

**MODELLHAFTE IMPLEMENTIERUNG
DES EXPERTENSTANDARD-ENTWURFS
„ERHALTUNG UND FÖRDERUNG DER MOBILITÄT
IN DER PFLEGE“
(ExMo)
ABSCHLUSSBERICHT**

Bremen, 31. August 2016

Projektleitung:

Prof. Dr. Stefan Görres, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen

Prof. Dr. Heinz Rothgang, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen

Kontaktadressen:

IPP

Grazer Str. 4

28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218-68900

E-Mail: sgoerres@uni-bremen.de

SOCIUM

Mary-Somerville-Straße 5

28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218-58557

E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Studienteam:

Lydia Neubert, M.A. Public Health/Pflegewissenschaften (SOCIUM)

Kathrin Seibert, B.A. Pflegewissenschaft (IPP)

Dr. P.H. Claudia Stolle, Dipl. Pflegewirtin (FH) (IPP und SOCIUM)

Dr. rer. nat. Sylvia Schmidt, Dipl. Wirtschaftsmathematikerin (KKSB)

Jörg Bendig, med. Dokumentationsassistent (KKSB)

Biometrie und Datenmanagement:

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Prof. Dr. Werner Brannath

Linzer Straße 4

28359 Bremen

Tel.: +49 (0) 421-218-63790

brannath@math.uni-bremen.de

Unter Mitarbeit von:

Anke Behrens, cand. B.A. Pflegewissenschaft (IPP)

Hayriye Marder, cand. B.Sc. Health Care Studies (SOCIUM)

Eric Freiwald, cand. M.Sc. Medical Biometry/ Biostatistics (KKSB)

Studentische Datenerheberinnen:

Judith Austermann

Julia Glögger

Marie Madeleine Larwig-Bakam

Sabine Scharf

Tobias Dorn

Steffi Großmann-Raschke

Franziska Preiß

Nadine Schubert

Uta Duffau

Alicia Hermann

Maren Riemann

Jasmin Triebe

Die an der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ beteiligten vollstationären Pflegeeinrichtungen:

„An der Zitadelle“, Wohnanlagen für Senioren und Behinderte Gut Köttenich GmbH, Jülich	Nordrhein-Westfalen
Alloheim Senioren-Residenz „Grasleben“, Alloheim Holding, Grasleben	Niedersachsen
Alten- und Pflegeheim „Haus Kohlscheid“ GmbH, Herzogenrath	Nordrhein-Westfalen
Alten- und Pflegeheim Haus Marienberg, Haus Marienberg GmbH, Kamp-Bornhofen	Rheinland-Pfalz
Altenpflegeheim Haus Sorgenfrei, Diakoniewerk Kloster Dobbertin gGmbH, Zinnowitz	Mecklenburg- Vorpommern
Altenzentrum St. Aegidien, Ev.-Luth. Diakoniewerk, Hannover	Niedersachsen
Blindenheim Schwäbisch Gmünd, Stiftung Blindenheim, Schwäbisch Gmünd	Baden-Württemberg
Curanum Betriebs GmbH Seniorenresidenz Iserlohn, Iserlohn	Nordrhein-Westfalen
Erasmus-Alberus-Haus, Gesellschaft für diakonische Einrichtungen in Hessen und Nassau mbH, Friedberg	Hessen
Evangelisches Altenzentrum Friedrich-Wilhelm Raiffeisen, gemeinnützige GmbH Evangelische Altenhilfe des Kirchenkreises Altenkirchen, Hamm	Rheinland-Pfalz
Gertrud Teufel Seniorenzentrum, Stadt Nagold, Nagold	Baden-Württemberg
Haus auf dem Wimberg, Evangelische Heimstiftung, Calw	Baden-Württemberg
Haus Malta - Seniorenheim am Malteser-Krankenhaus, Malteser-Werk Berlin e.V.	Berlin
Hospital „Zum Heiligen Geist“ Belzig, Bad Belzig	Brandenburg
Johanniter-Haus am Waldpark, Johanniter Seniorenhäuser GmbH, Ladenburg	Baden-Württemberg
Johanniterhaus Genthin-Wald, Johanniter Seniorenhäuser GmbH, Genthin	Sachsen-Anhalt
Katharinenhof am Schwarzen Berg, KATHARINENHOF® Seniorenwohn- und Pflegeanlage Betriebs-GmbH, Stade	Niedersachsen
Landhaus im Laspert, Seniorenpflegeheim GmbH & Co. KG, Remscheid	Nordrhein-Westfalen
mediana Pflegestift, mediana Holding, Fulda	Hessen
Otto-Ohl-Haus, Diakonie Düsseldorf, Düsseldorf	Nordrhein-Westfalen
Pflegeheim „Unter dem Regenbogen“, Delta Pflegebetrieb GmbH, Techau	Schleswig-Holstein
Pflegezentrum Steinheim, Mainterrasse GmbH, Hanau	Hessen
Rote Kreuz-Stift, Deutsches Rotes Kreuz, Delmenhorst	Niedersachsen
Senioren & Pflegeresidenz „Zur Mühle“ GmbH“, Visselhövede	Niedersachsen
Seniorenhaus Neue Caroline, Senioreneinrichtungen Mohring, Holzwickede	Nordrhein-Westfalen
Seniorenheim "Alfred Jung", Sozialdienste der Volkssolidarität gGmbH	Berlin
Seniorenheim St. Nikola, Bürgerspitalstiftung Straubing, Straubing	Bayern
Seniorenresidenz „An den Meerwiesen“, Senioren Wohnpark Weser GmbH, Groß Schwülper	Niedersachsen
Seniorenresidenz Am Stift, Senioren Wohnpark Weser GmbH, Hessisch Oldendorf	Niedersachsen
Seniorenwohnen Bürgerheim Rothenburg, Seniorenwohnen BRK, Rothenburg o.d.T.	Bayern
Seniorenwohnheim, R+B Seniorendienste, Bad Wimpfen	Baden-Württemberg
Spital Sonthofen, AllgäuPflege gGmbH, Sonthofen	Bayern
WohnGut Osterseifen, WohnGut GmbH, Olpe	Nordrhein-Westfalen

Die an der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ beteiligten ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen:

Hauskrankenpflege Luckau, DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e.V., Luckau	Brandenburg
mediana Mobil, mediana Holding, Fulda	Hessen
Paritätische Pflegedienste Bremen gGmbH	Bremen
Pflegedienst Vital, Föhren	Rheinland-Pfalz
Sozialstation Vaihingen an der Enz, Stadt Vaihingen, Vaihingen an der Enz	Baden-Württemberg
Sozialstation Zwönitz, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Zwönitz	Sachsen
Landpartie - Tagespflege Fintel GmbH, Fintel	Niedersachsen
NordseePflege Tagespflege, NordseePflege GmbH & Co. KG, Langen	Niedersachsen
Otto-Ohl-Haus, Diakonie Düsseldorf, Düsseldorf	Nordrhein-Westfalen
Tagespflege "Lichtblick", DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e.V., Luckau	Brandenburg
Tagespflege Haus Flora, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Bochum e.V., Bochum	Nordrhein-Westfalen
Tagespflege Herbstzeitlose, Bonum Vitae® ASS-Ull GmbH, Lingen	Niedersachsen

Summary

Der vorliegende Abschlussbericht präsentierte die Ergebnisse der Evaluation der modellhaften Implementierung des Entwurfs zum Expertenstandard nach § 113 a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. In 33 Pflegeheimen sowie sechs Pflegediensten und sechs teilstationären Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet wurden vom 01.02.2015 bis zum 31.08.2016 eine Cluster-RCT (Pflegeheime) und eine Beobachtungsstudie (Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen) durch die Universität Bremen durchgeführt. Forschungsleitend waren die Fragen nach der Praxistauglichkeit, nach den Einführungs- und Umsetzungskosten sowie nach der Wirksamkeit des Expertenstandard-Entwurfs.

Die **Praxistauglichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs nach § 113 a SGB XI ist für alle Settings gegeben. Die mit der Einführung anfallenden **Kosten** sind vorrangig als Opportunitätskosten (Personalressourcen für Schulungen) zu verstehen. Der Expertenstandard-Entwurf lässt einen breiten Spielraum bei der Auswahl und dem Angebot zielgruppenspezifischer Maßnahmen in jedem Setting zu. Die Pflegedienste in der modellhaften Implementierung griffen für die (Re-)Finanzierung neu eingeführter Interventionen auf Lösungen im Rahmen Grundpflege oder der häuslichen Betreuung als Sachleistung nach § 36 SGB XI oder im Rahmen des Beratungsbesuches nach § 37 Abs. 3 SGB XI zurück. Wenn Pflegeeinrichtungen eine gesonderte Finanzierung mobilitätsfördernder Maßnahmen anstreben, sind sie (auch vor dem Hintergrund der mit der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes anstehenden Verhandlungen) gefordert, mit den Leistungsträgern in Verhandlung zu treten. Auf eine entsprechende Berücksichtigung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in Vergütungsverhandlungen in allen Settings weist auch die Expertenarbeitsgruppe in der Präambel des Expertenstandard-Entwurfs hin (DNQP 2014, S. 21). Die Ergebnisse der **Wirksamkeitsanalyse** zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Pflegeheimen, die den Expertenstandard-Entwurf anwendeten und denen der Kontrollgruppe. Die Tatsache, dass mit dieser Studie keine klinische Wirksamkeit der Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs für die Bewohner der Pflegeheime nachgewiesen wurde, bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass dem Expertenstandard-Entwurf keine Wirksamkeit attestiert werden kann. Wenn auch keine Wirksamkeit für die Mobilität der Bewohner der Pflegeheimen nachgewiesen werden konnte, so ist der Expertenstandard-Entwurf wohlmöglich relevant für andere (mobilitätsbezogene) Endpunkte, die in dieser Studie nicht erhoben wurden, wie beispielsweise die Motivation, sich an bewegungsfördernden Maßnahmen zu beteiligen, oder die Zufriedenheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass sich durch die Einführung des Expertenstandard-Entwurfs positive Effekte besonders auf Struktur- und Prozessebene der Einrichtungen, jedoch weniger in klinischen Endpunkten der Mobilität der Pflegebedürftigen ausdrücken.

Hinsichtlich der durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zu treffenden Entscheidung, den Entwurf zum ersten „Expertenstandard nach § 113 a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ bundesweit verpflichtend zur Anwendung zu bringen, kann aus den Ergebnissen der modellhaften Implementierung gefolgert werden, dass

- der Transfer der Standardinhalte in die Praxis, unterstützt durch eine systematische Implementierungsstrategie, in Pflegediensten, teilstationären Pflegeeinrichtungen in Pflegeheimen, gelingen kann und für das Qualitätsmanagement in der Dokumentation abbildbar ist,
- die mit der Einführung verbundenen Kosten im Mittel als moderat bis gering einzuschätzen sind,

- positive Auswirkungen der Einführung des Expertenstandards auf die funktionale Mobilität der Pflegebedürftigen für die Pflegeeinrichtungen nicht zu erwarten ist,
- jedoch kein direktes Schadenspotential für die Pflegebedürftigen erkennbar ist und
- aus Sicht der anwendenden Pflegefachkräfte die Erhaltung und Förderung der Mobilität begünstigt wird.

Es hat sich gezeigt, dass ein systematisches Vorgehen sowohl in der Einführung des Expertenstandard-Entwurfs als auch für das Erfassen von Aufwänden und bewohner-/klientenbezogenen Outcomes seitens der Einrichtungen von hoher Bedeutung ist, um die Auswirkungen und Aufwände der Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs in der eigenen Praxis zu beobachten und für Kostenträger, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftige langfristig transparent zu machen. Im Fall einer bundesweiten Einführung des Expertenstandard-Entwurfs ist eine Begleitung der Einrichtungen über das Bereitstellen von Schulungs- und Implementierungsmaterialien sowie eine kurzfristige Information hinaus zu empfehlen.

Da jedoch kein Wirksamkeitsnachweis auf Ebene der Pflegebedürftigen erbracht werden konnte, ist von einer verpflichtenden Einführung des Expertenstandard-Entwurfs, dessen (Zusatz-) Nutzen für die Pflegebedürftigen unklar ist, abzuraten.

Die Tatsache, dass sich keine Wirksamkeit auf Ebene der Pflegebedürftigen nachweisen ließ kann der Schwierigkeit geschuldet sein, dass mit dem vorliegenden Expertenstandard-Entwurf ein Instrument in die Praxis überführt wurde, das sich hinsichtlich der Empfehlung einer konkreten mobilitätsfördernden Intervention auf eine heterogene und schwache internationale Evidenzlage stützen muss. Dies wirft die Frage auf, ob das derzeit in der Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 11. September 2008 in der Fassung vom 30. März 2009 geregelte Verfahren von einer Erweiterung profitieren würde. Hierbei wären, in einem Zwischenschritt – nach der Erstellung der ersten Entwurfsfassung und vor der Durchführung einer Fachkonferenz und anschließenden modellhaften Implementierung – die Erkenntnisse aus der Entwicklungsphase des Expertenstandard-Entwurfs zur Wirksamkeit von Interventionen auf Ebene der Pflegebedürftigen eingehend zu prüfen und zu bewerten. Ist die Studienlage heterogen und weist nur schwache Hinweise auf Wirksamkeit auf und wird im Expertenstandard-Entwurf keine konkrete Intervention empfohlen, sollten die Fachkonferenz sowie eine modellhafte Implementierung unterbleiben und stattdessen eine themenspezifische Forschungsförderung eingeleitet werden.

Wissen und Wirksamkeitsnachweise aus kontrolliert-randomisierten Studien allein schaffen keine Evidenzbasierung für die Pflege und Pflegewissenschaft. Seit mehr als einer Dekade besteht Einigkeit darüber, dass „es verschiedener Wissensgrundlagen und kontinuierlicher Entwicklung und Implementierung bedarf, bevor davon ausgegangen werden kann“, dass komplexe Interventionen – wozu die Expertenstandards in der Pflege zweifelsohne zählen – an ihren und für ihre jeweiligen Adressaten wirken (Büscher & Blumenberg 2014, S. 57). Evidenzbasiertes Handeln in der Pflege fußt neben relevanten Forschungsergebnissen auch auf Erkenntnissen auf Basis pflegerischer Expertise und der Präferenzen der Leistungsempfänger (Roes et al. 2013). Wissenschaftliche, empirisch fundierte Ergebnisse, die Ursache-Wirkungs-Beziehungen klären, können auf Grundlage unterschiedlicher Forschungsdesigns und -methoden generiert werden. Neben Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design, wie es im Zentrum der vorliegenden Studie stand, sollten künftig weitere Vorgehensweisen bedacht werden, die qualitative und quantitative Ansätze beinhalten (vgl. Büscher & Blumen-

berg 2014 b, S. 57, und Brandenburg 2016, S. 52 und 57). Die Integration qualitativer Daten fand in der vorliegenden Studie zumindest bezogen auf die Ergebnisse zur Analyse der Praxistauglichkeit mittels der Expertenaussagen (durch die projektbeauftragte Personen) und Mitarbeiterbefragungen statt. Weiterhin wäre die Analyse dezidierterer Aussagen zu beobachteter Wirksamkeit bei der Zielgruppe denkbar gewesen. . Allerdings weisen die Ergebnisse der Befragungen in ambulanten und teilstationären Einrichtungen in dieser Studie darauf hin, dass Pflegekräfte die Wirksamkeit von Interventionen, die ihnen sinnvoll erscheinen, auf die Pflegebedürftigen womöglich überschätzen. Um die Wirksamkeit einer komplexen Intervention zu testen, sollten Entwicklungen auf lange Sicht hin mit Studien im Längsschnitt-Design überprüft werden.

Die Evaluation der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs nach dem gesetzlichen Auftrag gemäß der Vereinbarung nach § 113 a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom 30. März 2009 liefert einen bedeutenden Beitrag zur Förderung einer nationalen Implementierungswissenschaft. Die vorliegenden Ergebnisse aus der erstmalig in dieser Größenordnung erfolgten, gleichzeitigen Betrachtung der Analysen zur Praxistauglichkeit und Wirksamkeit der Implementierung sowie die Ermittlung der damit verbundenen Kosten erfüllen trotz benannter Limitationen den Anspruch, entscheidend zur Evidenzbasierung der Pflegepraxis beizutragen. Künftige modellhafte Implementierungen der Expertenstandards in der Pflege sollten daran anknüpfen und als Chance begriffen werden, die für die Pflegewissenschaft noch junge Disziplin Implementierungswissenschaft in Deutschland voranzutreiben (vgl. Hoben, Bär & Wahl 2016, S. 398ff.). Dadurch ist gleichzeitig eine wünschenswerte stärkere Einflussnahme wissenschaftlicher Evidenz auf die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu erwarten.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XII
Abbildungsverzeichnis	XIII
Tabellenverzeichnis	XV
1 Einleitung	1
2 Hintergrund und Problemstellung	3
3 Ziel und Fragestellungen der Studie	5
4 Stand der Forschung	7
5 Studiendesign und Vorbereitung der Datenerhebung	11
5.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer	13
5.2 Konsensus-Workshop mit dem DNQP	14
5.3 Datenschutzkonzept, Antrag Ethikkommission, Registrierung Deutsches Register klinischer Studien.....	14
5.4 Konzeption der Schulungsmaßnahme, des Implementierungshandbuchs und des Auditinstruments	15
5.5 Erstellung der Erhebungsinstrumente und Pretest	16
5.6 Rekrutierung und Schulung des Erhebungsteams	20
5.7 Randomisierung	21
6 Datenerhebung und Implementierungsprozess	24
6.1 Ablauf der Datenerhebungen in jeder Einrichtung.....	24
6.1.1 Datenerhebung t_0 (Baseline).....	24
6.1.2 Datenerhebung t_1 (drei Monate nach Baseline).....	25
6.1.3 Datenerhebung t_2 (sechs Monate nach Baseline)	25
6.2 Implementierungsprozess in jeder Einrichtung.....	26
6.2.1 Schulungen in den Einrichtungen der Interventionsgruppen	29
6.2.2 Begleitung der Implementierung und Netzwerkförderung in den Implementierungseinrichtungen.....	30
6.3 Abweichungen im Studienverlauf.....	32
7 Datenbereinigung und Auswertung der Daten	35
7.1 Daten der Bewohner in der Cluster-RCT.....	35
7.2 Weitere Daten der Cluster-RCT und Beobachtungsstudie	36
8 Beschreibung der Stichprobe und Implementierungseinrichtungen	38
8.1 Beschreibung der Stichprobe in der Cluster-RCT: Pflegeheime zum Zeitpunkt t_0	38

8.2	Beschreibung der Stichprobe in der Beobachtungsstudie: Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zum Zeitpunkt t_0	49
8.3	Zusammenfassung der Stichprobenbeschreibung in der Cluster-RCT und Beobachtungsstudie	57
9	Zentrale Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage: Analyse der Praxistauglichkeit (Praktikabilität).....	61
9.1	Erreichter Zielerreichungsgrad bei der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“	61
9.1.1	Ergebnisse des klienten-/bewohnerbezogenen Audits.....	62
9.1.2	Ergebnisse des personalbezogenen Audits	73
9.1.3	Bewertung der Audit-Ergebnisse durch die Projektbeauftragten in den Pflegeeinrichtungen	76
9.1.4	Zusammenfassung zum Zielerreichungsgrad	78
9.2	Analyse mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation	79
9.2.1	Die Erfassung mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation	79
9.2.2	Ergebnisse der Pflegeheime der Cluster-RCT	80
9.2.3	Ergebnisse der Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen in der Beobachtungsstudie	84
9.2.4	Zusammenfassung zur Analyse mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation.....	89
9.3	Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“	90
9.3.1	Einschätzung der Verständlichkeit	95
9.3.2	Einschätzung der Umsetzung (Übertragbarkeit)	99
9.3.3	Einschätzung der Beeinflussbarkeit.....	102
9.3.4	Zusammenfassung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit (Verständlichkeit, Übertragbarkeit, Beeinflussbarkeit).....	104
9.4	Lerneffekte (Wissenszuwachs und Wissensverstetigung der Pflegefachkräfte)	105
9.4.1	Zusammenfassende Darstellung der ermittelten Lerneffekte	110
9.4.2	Zusammenfassung zur Einschätzung Lerneffekte (Wissenszuwachs und Wissensverstetigung)	114
9.5	Hemmende und begünstigende Faktoren im Implementierungsprozess	115
9.5.1	Herausforderungen in der ersten Implementierungsphase und deren Bewältigung	116
9.5.2	Herausforderungen in der zweiten Implementierungsphase und deren Bewältigung	117
9.5.3	Herausforderungen in der dritten Implementierungsphase und deren Bewältigung	119
9.5.4	Herausforderungen der vierten Implementierungsphase und deren Bewältigung	122

9.5.5	Implementierungsbarrieren und begünstigende Faktoren aus Sicht der Pflegefachkräfte	124
9.5.6	Zusammenfassung zu den hemmenden und begünstigenden Faktoren im Implementierungsprozess	128
9.6	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zur Analyse der Praxistauglichkeit	129
10	Zentrale Ergebnisse zur zweiten Forschungsfrage: Wirksamkeitsanalyse	132
10.1	Beschreibung der Bewohner in der Stichprobe	132
10.1.1	Fallzahlen der Wirksamkeitsanalysen	133
10.1.2	Soziodemographische und mobilitätsbezogene Daten der Bewohner im ITT-Kollektiv zu Baseline	135
10.2	Analyse des Hauptzielkriteriums	149
10.3	Analyse der Nebenzielkriterien	156
10.4	Zusammenfassung zur Analyse der Wirksamkeit in der Cluster-RCT	162
10.5	Retrospektive Befragung der Pflegenden in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Selbsteinschätzung der Wirksamkeit	163
10.6	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zur Wirksamkeitsanalyse	165
11	Zentrale Ergebnisse zur dritten Forschungsfrage: Kostenanalyse	168
11.1	Kostenerfassung in den Pflegeeinrichtungen	168
11.2	Kosten-Nutzen-Bewertung mittels Kosten-Wirksamkeitsanalyse	169
11.3	Aufwände in den Pflegeheimen der Cluster-RCT	170
11.3.1	Zeitaufwand der projektbeauftragten Personen und Projektgruppen in den Implementierungsphasen	170
11.3.2	Zeitaufwand des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen	171
11.3.3	Kosten des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen	174
11.3.4	Schulungs- und Sachkosten	176
11.3.5	Zeitaufwand und Personalkosten für neu eingeführte Interventionen	178
11.3.6	Zusammenfassung zu den Aufwänden in den Pflegeheimen	181
11.4	Aufwände in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen	182
11.4.1	Zeitaufwand der projektbeauftragten Personen und Projektgruppen in den Implementierungsphasen	182
11.4.2	Zeitaufwand des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen	183
11.4.3	Kosten des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen	185
11.4.4	Schulungs- und Sachkosten	187

11.4.5	Zeitaufwand und Personalkosten für neu eingeführte Interventionen	188
11.4.6	Zusammenfassung zu den Aufwänden in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen	190
11.5	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Kostenanalyse	191
12	Literaturverzeichnis	194
13	Anhang	199
13.1	Forschungsmatrix (Setting vollstationäre Langzeitpflege, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen)	200
13.2	Operationalisierung des Drei-Schritte-Programms	203
13.3	Auditinstrument (Version Oktober 2015)	205
13.4	Gewichtete Stundenlöhne des Personals in Pflege und Betreuung (Arbeitgeberbrutto)	215
13.5	Langversion des Kapitels 9.3 „Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs Erhaltung und Förderung der Mobilität“	216
13.6	Langversion des Kapitels 9.4 „Wissenszuwachs und Wissensverstetigung der Pflegefachkräfte“	260
13.7	Statistische Anlage zur Wirksamkeitsanalyse (Cluster-RCT): siehe eigene Anlage.....	290

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ADTV	Allgemeinen Deutschen Tanzlehrer Verband
ANOVA	Analysis of variance (engl.)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research (engl.)
CRF	Case Report Form (engl.)
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EBoMo	Erfassungsbogen Mobilität
EPOC	Effective Practice and Organization of Care (engl.)
FOCB	First Observation Carried Backwards (engl.)
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
ICH	International Conference on Harmonisation
IPW	Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
ITT	Intention To Treat (engl.)
KI	Konfidenzintervall
LOCF	Last Observation Carried Forward (engl.)
MAX	Maximum
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MIN	Minimum
MW	Mittelwert
NBA	Neues Begutachtungsassessment
OG	Obere Grenze
PP	Per Protocol (engl.)
SAS®	Statistical Analysis Software (engl.)
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
TUG	Timed-up-and-go-Test
t₀	Erster Erhebungszeitpunkt/Baseline
t₁	Zweiter Erhebungszeitpunkt, drei Monate nach Baseline
t₂	Dritter Erhebungszeitpunkt, sechs Monate nach Baseline
UG	Untere Grenze

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Studiendesign und –verlauf.....	11
Abbildung 2:	Rekrutierungs- und Randomisierungsverlauf der an der Studie teilnehmenden Pflegeeinrichtungen.....	23
Abbildung 3:	Implementierungsprozess und Studienverlauf der Pflegeheime in der Cluster-RCT.....	27
Abbildung 4:	Implementierungsprozess und Studienverlauf der Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen in der Beobachtungsstudie.....	27
Abbildung 5:	Trägerschaft der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013.....	39
Abbildung 6:	Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013.....	40
Abbildung 7:	Anteilige Verteilung der Pflegestufen in den Pflegeheimen im Vergleich zur Pflegestatistik 2013.....	42
Abbildung 8:	Verteilung der Qualifikation der Projektgruppenmitglieder in den Pflegeheimen.....	47
Abbildung 9:	Versorgte Pflegebedürftige in den Pflegediensten zum Stichtag t_0	49
Abbildung 10:	Versorgte Pflegebedürftige in den teilstationären Pflegeeinrichtungen zum Zeitpunkt t_0	50
Abbildung 11:	Verteilung der Pflegestufen in den Pflegediensten im Vergleich zur Pflegestatistik 2011.....	51
Abbildung 12:	Verteilung der Pflegestufen in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zur Pflegestatistik 2013.....	51
Abbildung 13:	Verteilung der Qualifikation der Projektgruppenmitglieder in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen.....	55
Abbildung 14:	Verteilung der Antworten aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit aller Pflegeheime.....	63
Abbildung 15:	Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle Pflegeheime (klienten-/bewohner-bezogenes Audit).....	64
Abbildung 16:	Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle Pflegeheime der Gruppen A und B (klienten-/bewohnerbezogenes Audit).....	65
Abbildung 17:	Verteilung der Antworten aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit aller Pflegedienste.....	66
Abbildung 18:	Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle Pflegedienste (klienten-/bewohnerbezogenes Audit).....	67
Abbildung 19:	Verteilung der Antworten aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit aller teilstationären Pflegeeinrichtungen.....	68
Abbildung 20:	Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle teilstationären Pflegeeinrichtungen (klienten-/bewohnerbezogenes Audit).....	69
Abbildung 21:	Teilnahme und Bedarf an Fortbildungen über alle Pflegeheime (personalbezogenes Audit).....	74
Abbildung 22:	Teilnahme und Bedarf an Fortbildungen über alle Pflegedienste (personalbezogenes Audit).....	75

Abbildung 23: Teilnahme und Bedarf an Fortbildungen über alle teilstationären Pflegeeinrichtungen (personalbezogenes Audit)	76
Abbildung 24: Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen? (Pflegeheime, alle Zeitpunkte).....	113
Abbildung 25: Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen? (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, alle Zeitpunkte)	114
Abbildung 26: Bewohnerfluss der auswertbaren Erhebungsbögen in der Cluster-RCT	133
Abbildung 27: Klassierte Altersverteilung im ITT- Kollektiv	136
Abbildung 28: Anteilige Verteilung der Pflegestufen im ITT-Kollektiv im Vergleich zur Pflegestatistik 2013	137
Abbildung 29: Mittlere TUG-Dauer zum Zeitpunkt t_0	144
Abbildung 30: Mittlere TUG-Dauer, alle Zeitpunkte und Bewohner	150
Abbildung 31: Mittlere TUG-Dauer, alle Zeitpunkte, selbständige Durchführung	150
Abbildung 32: Mittlere TUG-Dauer, alle Zeitpunkte, unterstützte Durchführung	151
Abbildung 33: Verlauf des mittleren EBoMo-Gesamtscores – gefährige Bewohner	158
Abbildung 34: Verlauf des mittleren EBoMo-Gesamtscores – nicht gefährige Bewohner	158
Abbildung 35: Verteilung des EBoMo-Scores (alle Werte zu t_0 und t_1) für gefährige Bewohner (N=1.561)	159
Abbildung 36: Verteilung des EBoMo-Scores (alle Werte zu t_0 und t_1) für nicht gefährige Bewohner (N=538).....	159
Abbildung 37: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala Gruppe A – alle Zeitpunkte.....	161
Abbildung 38: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala Gruppe B – alle Zeitpunkte.....	161
Abbildung 39: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala Gruppe C – alle Zeitpunkte.....	161
Abbildung 40: Anzahl und Art eingeführter Maßnahmen in den Pflegeheimen	178

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Standardtabelle des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“	4
Tabelle 2:	Verteilung der in der Randomisierung berücksichtigten Pflegeheime auf die Bundesländer	22
Tabelle 3:	Phasen und Arbeitsschritte des in Anlehnung an das vom DNQP empfohlene Verfahren entwickelten Implementierungsprozesses.....	28
Tabelle 4:	Anzahl und Qualifikation der an der Basis-Schulung teilnehmenden Mitarbeiter aus den Implementierungseinrichtungen.....	30
Tabelle 5:	Regionale Verteilung und Trägerschaft Pflegeheime	39
Tabelle 6:	Trägerschaft der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013	39
Tabelle 7:	Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime nach Studienarm	40
Tabelle 8:	Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013	40
Tabelle 9:	Verteilung der Pflegestufen in den Pflegeheimen (absolut)	41
Tabelle 10:	Verteilung der Pflegestufen im Vergleich zur Pflegestatistik 2013	41
Tabelle 11:	Wochenstunden für das Qualitätsmanagement in den Pflegeheimen	43
Tabelle 12:	Wochenstunden und Vollzeitäquivalente des Personals in den Pflegeheimen	43
Tabelle 13:	Empirische Fachkraftquote in den Pflegeheimen.....	44
Tabelle 14:	Fortbildungsstunden im Jahr 2014 in den Pflegeheimen	45
Tabelle 15:	Abgänge und Zugänge in den letzten sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegeheime).....	46
Tabelle 16:	Krankheitstage in den vergangenen sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegeheime).....	46
Tabelle 17:	Angewandte Expertenstandards in der Pflege und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung (Pflegeheime)	48
Tabelle 18:	Verfügbare Wochenstunden für das Qualitätsmanagement (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen).....	52
Tabelle 19:	Wochenstunden und Vollzeitäquivalente Personal in Pflege und Betreuung in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen	53
Tabelle 20:	Fortbildungsstunden im Jahr 2014 in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen.....	53
Tabelle 21:	Ab- und Zugänge (Vollzeitäquivalente) in den letzten sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen).....	54
Tabelle 22:	Krankheitstage in den letzten sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	54
Tabelle 23:	Angewandte Expertenstandards in der Pflege und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	56
Tabelle 24:	Zusammenfassung ausgewählter Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen zum Zeitpunkt t_0 (Pflegeheime)	59

Tabelle 25: Zusammenfassung ausgewählter Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen zum Zeitpunkt t_0 (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	60
Tabelle 26: Anzahl auditierter Personen und Dauer des Audits in den Pflegeheimen	62
Tabelle 27: Anzahl auditierter Personen und Dauer des Audits in den Pflegediensten	65
Tabelle 28: Anzahl auditierter Personen und Dauer des Audits in den teilstationären Pflegeeinrichtungen.....	68
Tabelle 29: Zielerreichungsgrad des Expertenstandard-Entwurfs in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen (klienten-/bewohnerbezogenes Audit)	71
Tabelle 30: Zielerreichungsgrad der Strukturkriterien S2b und S4 in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen (personalbezogenes Audit)	72
Tabelle 31: Items der Ist-Analyse zur Erfassung mobilitätsbezogener Daten in der Pflegedokumentation	79
Tabelle 32: Anteilige Häufigkeit mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation (Pflegeheime).....	82
Tabelle 33: Art und Anzahl mobilitätsbezogener Probleme und Interventionen in der Dokumentation (Pflegeheime)	83
Tabelle 34: Anteilige Häufigkeit mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation (Pflegedienste).....	84
Tabelle 35: Art und Anzahl mobilitätsbezogener Probleme und Interventionen in der Dokumentation (Pflegedienste).....	85
Tabelle 36: Anteilige Häufigkeit mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation (teilstationäre Pflegeeinrichtungen).....	86
Tabelle 37: Art und Anzahl mobilitätsbezogener Probleme und Interventionen in der Dokumentation (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	86
Tabelle 38: Alter der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 und t_2)	92
Tabelle 39: Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 und t_2).....	93
Tabelle 40: Qualifikation und Position in der Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 und t_2)	94
Tabelle 41: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich ihrer Vertrautheit mit den Standardinhalten (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 und t_2).....	95
Tabelle 42: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 und t_2)	97
Tabelle 43: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 und t_2)	100
Tabelle 44: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Beeinflussbarkeit der Mobilität von pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-	

Entwurfs (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 und t_2)	102
Tabelle 45: Alter der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 vor, t_0 nach und t_2)	107
Tabelle 46: Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 vor, t_0 nach und t_2).....	108
Tabelle 47: Qualifikation und Position in der Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 vor, t_0 nach und t_2)....	109
Tabelle 48: Zusammenfassende Darstellung der Lerneffekte direkt nach der Basis-Schulung und über die Zeit in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen.....	112
Tabelle 49: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegeheimen in der zweiten Implementierungsphase	117
Tabelle 50: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der zweiten Implementierungsphase.....	118
Tabelle 51: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegeheimen in der dritten Implementierungsphase	119
Tabelle 52: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der dritten Implementierungsphase	120
Tabelle 53: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegeheimen in der vierten Implementierungsphase	122
Tabelle 54: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der vierten Implementierungsphase	123
Tabelle 55: Implementierungsbarrieren und begünstigende Faktoren aus Sicht der Pflegefachkräfte.....	127
Tabelle 56: Unterteilung in gehfähige und nicht gehfähige Bewohner und nach Interventionsgruppen	133
Tabelle 57: Selbständige und unterstützte Durchführung des TUG im ITT-Kollektiv.....	134
Tabelle 58: Selbständige und unterstützte Durchführung des TUG im PP-Kollektiv.....	134
Tabelle 59: Soziodemographische Angaben zu den Bewohnern im Gesamt-, ITT- und PP-Kollektiv	135
Tabelle 60: PEA-Status und Pflegestufe der Bewohner im Gesamt-, ITT- und PP-Kollektiv.....	135
Tabelle 61: Fallzahlen im ITT-Kollektiv	136
Tabelle 62: Verteilung der Pflegestufen der Bewohner und Anteil mit PEA-Status nach Studienarm	137
Tabelle 63: Fehlende Angaben und mittlere Monatsanzahl zu pflegerelevanten Datumsangaben.....	138
Tabelle 64: Diagnosen der Bewohner nach Studienarm	138
Tabelle 65: Medikamente der Bewohner nach Studienarm	139
Tabelle 66: Hilfsmittel der Bewohner nach Studienarm	139
Tabelle 67: Sturzrisiko, Stürze und Sturzangst der Bewohner nach Studienarm	140

Tabelle 68: Selbst- und Fremdeinschätzung zum Schmerzempfinden der Bewohner nach Studienarm	141
Tabelle 69: Aktionsradius in den vergangenen sieben Tagen nach Studienarm.....	142
Tabelle 70: Zwischensummen des EBoMo für die Bewohner nach Studienarm (Standardabweichung der Gesamtsumme: 4,2 bei gefährigten, 6,7 bei nicht gefährigten Personen)	143
Tabelle 71: Dauer des TUG in Sekunden mit und ohne Trockenübung vorher	144
Tabelle 72: Hilfestufen der Esslinger Transferskala im ITT-Kollektiv.....	145
Tabelle 73: Zusammenfassung der soziodemographischen und mobilitätsbezogenen Merkmale der Bewohner im ITT-Kollektiv	147
Tabelle 74: Mittelwert der TUG-Dauer nach Zeitpunkt, Durchführung und Studienarm	149
Tabelle 75: Anzahl der TUG-Beobachtungen t_0 und t_1 mit und ohne Wechsel der Durchführung ...	151
Tabelle 76: Differenz der TUG-Dauer $t_1 - t_0$ unterteilt nach Wechsel der Durchführung.....	152
Tabelle 77: Verhältnis der TUG-Dauer t_1 zu t_0 unterteilt nach Wechsel der Durchführung	152
Tabelle 78: Anzahl der TUG-Beobachtungen t_0 und t_2 mit und ohne Wechsel der Durchführung ...	153
Tabelle 79: Differenz der TUG-Dauer $t_2 - t_0$ unterteilt nach Wechsel der Durchführung.....	153
Tabelle 80: Verhältnis der TUG-Dauer t_2 zu t_0 unterteilt nach Wechsel der Durchführung	153
Tabelle 81: Überblick über die durchgeführten Analysen zur Wirksamkeit	154
Tabelle 82: Differenz der TUG-Dauer $t_1 - t_0$ im Zweigruppenvergleich	155
Tabelle 83: Zeitliche Entwicklung des Mittelwerts des EBoMo-Gesamtscores der gefährigten und nicht gefährigten Bewohner	156
Tabelle 84: Mittlere Differenz des EBoMo-Gesamtscores nach Studienarm.....	157
Tabelle 85: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala in den Studienarmen – alle Zeitpunkte	160
Tabelle 86: Zeitaufwände der Projektbeauftragten und Projektgruppen in den Pflegeheimen.....	171
Tabelle 87: Zeitaufwände nach Berufsgruppe über alle Implementierungsphasen (Pflegeheime).....	172
Tabelle 88: Zeitaufwände nach Berufsgruppe und Phase des Implementierungsverlaufs (Pflegeheime).....	173
Tabelle 89: Personalkosten über den gesamten Implementierungsverlauf pro Pflegeheim.....	174
Tabelle 90: Personalkosten in den Implementierungsphasen nach Berufsgruppe (Pflegeheime).....	175
Tabelle 91: Anteil der Implementierungsphasen an den Personalkosten (Pflegeheime).....	175
Tabelle 92: Schulungskosten pro Pflegeheim in Euro	176
Tabelle 93: Sachkosten pro Pflegeheim in Euro	178
Tabelle 94: Zeitaufwände und Personalkosten für eingeführte Interventionen nach Berufsgruppe pro Pflegeheim.....	180
Tabelle 95: Personalkosten und Zeitaufwand für das Drei-Schritte-Programm	181

Tabelle 96: Zeitaufwände der Projektbeauftragte und Projektgruppen in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen	182
Tabelle 97: Zeitaufwände pro Berufsgruppe über alle Implementierungsphasen (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen).....	183
Tabelle 98: Zeitaufwände nach Berufsgruppe und Phase des Implementierungsverlaufs (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen).....	184
Tabelle 99: Personalkosten über den gesamten Implementierungsverlauf (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	185
Tabelle 100: Personalkosten in den Implementierungsphasen nach Berufsgruppe (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen).....	186
Tabelle 101: Anteil der Implementierungsphasen an den Personalkosten (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	187
Tabelle 102: Schulungskosten pro Pflegediensten und teilstationärer Pflegeeinrichtung	187
Tabelle 103: Sachkosten pro Pflegedienst und teilstationärer Pflegeeinrichtung	188
Tabelle 104: Zeitaufwände und Personalkosten für eingeführte Interventionen pro Pflegeeinrichtung nach Berufsgruppe (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen).....	189

1 Einleitung

Die Studie **Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo)** wurde in Zusammenarbeit des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) mit dem SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (ehemals: Zentrum für Sozialpolitik, ZeS) sowie dem Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb), Abteilung Biometrie, an der Universität Bremen unter der Verantwortung von Prof. Dr. Stefan Görres (IPP, Projektleiter), Prof. Dr. Heinz Rothgang (SOCIUM, Projektleiter) und Prof. Dr. Werner Brannath (KKSb, Biometrie) durchgeführt. Die Projektlaufzeit begann am 01.02.2015 und endete zunächst zum 31.07.2016. Für abschließende Arbeiten wurde eine kostenneutrale Verlängerung des Projektes bis zum 31.08.2016 gewährt.

Die modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgt im Rahmen der Aufgaben nach § 113 SGB XI der dort genannten Vertragspartner. Dies sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.

Inhalt und Ziel der Studie waren gemäß der Vereinbarung nach § 113 a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom 30. März 2009 die Evaluation der modellhaften Implementierung des Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

Bei der Entwicklung der Expertenstandards soll auf Basis der aufbereiteten vorhandenen Evidenz eine Vorgehensweise entwickelt werden, die dann in den Pflegealltag implementiert wird und dabei zu einer Verbesserung der Pflegequalität beiträgt. Die zugrunde liegende Vorstellung ist dabei, dass die vorhandene Evidenz ausreicht, um einen solchen Standard evidenzbasiert zu entwickeln. Bei der Entwicklung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung von Mobilität in der Pflege“ hat sich dagegen gezeigt, dass es keine Interventionen zur Förderung der Mobilität in der Pflege gibt, für zufriedenstellende Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Der Entwurf ist daher bezüglich seiner Empfehlungen sehr zurückhaltend. Da eine bloße Überprüfung der Praktikabilität von Maßnahmen, die über keinen Wirksamkeitsnachweis verfügen, nicht sinnvoll ist und die Regeln der evidenzbasierten Medizin bzw. des evidence-based nursing fordern, bei unzureichender Studienlage neue Evidenz zu generieren, war es Ziel des Projektes, durch eine dreiarmlige, multizentrische und cluster-randomisierte kontrollierte Studie neben der Implementierung des Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ auch die Effektivität und Effizienz ausgewählter Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität zu testen. Hierzu vereinte das Projekt ExMo zwei Einzelstudien: Eine Cluster-RCT (engl. „randomized controlled trial“) im Setting der vollstationären Pflegeeinrichtungen und eine Beobachtungsstudie im ambulanten und teilstationären Setting. Aus 33 Pflegeheimen nahmen insgesamt 1.111 Bewohnerinnen und Bewohner¹ an der bundesweit durchgeführten Cluster-RCT teil, in die Analysen wurden Daten von 1.097 Bewohnern einbezogen. Für die Beobachtungsstudie konnten jeweils sechs Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen aus dem Bundesgebiet gewonnen werden. Die bewohnerbezogenen Datenerhebungen in der Cluster-RCT

¹ Dieser Bericht berücksichtigt eine sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter. Folgend wird abwechselnd sowohl die weibliche als auch die männliche Schreibweise für Personen benutzt, sofern diese nicht durch einen geschlechtsneutralen Ausdruck zu bezeichnen sind.

erfolgten durch ein Team aus verblindeten Datenerhebern, das vom Studienteam der Universität Bremen geschult und begleitet wurde. Die Datenerhebungen zu den Struktur- und Kostendaten der teilnehmenden Einrichtungen aus den drei Settings und die Mitarbeiterbefragungen erfolgten durch Selbstaufschriebe der vom Studienteam der Universität Bremen begleiteten, projektbeauftragten Personen in den Pflegeeinrichtungen.

Die Antworten auf die Fragen zur Analyse der Praxistauglichkeit (Praktikabilität), Wirksamkeitsanalyse und Kostenanalyse dienen als Grundlage für die Entscheidungsfindung der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI über die bundesweite verpflichtende Einführung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung.

Im vorliegenden Abschlussbericht werden die einzelnen Studienphasen von der Konzeption bis hin zu den Ergebnissen des Projekts ExMo dargestellt. Nach der Einleitung beschreibt *Kapitel 2* den empirischen Hintergrund und die zugrundeliegende Problemstellung der Studie. In *Kapitel 3* werden Ziel und Fragestellungen der Untersuchung formuliert, und das *vierte Kapitel* umreißt den studienrelevanten Forschungsstand. Den Studienverlauf über das Design und die Vorbereitung der Datenerhebung bis zur Umsetzung der Erhebung und Gestaltung des Implementierungsprozesses in den Einrichtungen beschreiben *Kapitel 5* und *Kapitel 6*. Nachdem die Schritte der Datenaufbereitung, Plausibilisierung des Datensatzes und Datenauswertung in *Kapitel 7* beschrieben wurden, werden die Stichprobe und Implementierungseinrichtungen der Studie ExMo in *Kapitel 8* vorgestellt. Die *Kapitel 9 bis 11* liefern die Antworten auf die drei forschungsleitenden Fragestellungen zur Analyse der Praxistauglichkeit, Wirksamkeits- und Kostenanalyse. Der Bericht endet mit der Zusammenfassung der Ergebnisse und einem Ausblick (*Kapitel 12*).

2 Hintergrund und Problemstellung

Mobilität ist für Menschen jeglicher Altersstufe zentral und deren Erhaltung und Förderung für die pflegerische Versorgung von höchster Bedeutung: Zum einen gilt Mobilität als eine grundlegende Voraussetzung für Selbständigkeit und autonome Lebensführung, für soziale Teilhabe, für Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Zum anderen zählen Mobilitätseinbußen und Bewegungsmangel und das damit einhergehende Risiko für gesundheitliche Probleme in Kombination mit kognitiven Beeinträchtigungen zu den wichtigsten Ursachen für eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit (DNQP 2014, S. 14).

Indem Pflegefachkräfte Maßnahmen zur Verbesserung und Erhaltung von Mobilität in Rahmen ihrer täglichen Arbeit einsetzen, unterstützen sie neben einer selbständigen Lebensführung auch die Vermeidung einer zunehmenden pflegerischen Abhängigkeit der von ihnen versorgten Personen (DNQP 2014, S. 14). Die Mobilitätserhaltung und -förderung stellen somit ein zentrales Handlungsfeld pflegerischer Interventionen dar. Allerdings liegt über deren Wirksamkeit kaum Evidenz vor.

Als etablierte Instrumente für eine evidenzbasierte Pflegepraxis beschreiben Expertenstandards ein Qualitäts- und Leistungsniveau für komplexe Interventionen in Kernbereichen pflegerischen Handelns (Büscher & Blumenberg 2012, S. 22), wobei sie in Abweichung zu Leitlinien keine Graduierung einzelner Empfehlungen vornehmen, sondern einen höchstmöglichen Empfehlungscharakter auf Basis des besten verfügbaren Wissens für die Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien im Sinne des besten verfügbaren Wissens anstreben. Sie sind weniger konkrete Entscheidungshilfe als vielmehr Messlatte für ein innerhalb der Berufsgruppe abgestimmtes, nicht zu unterschreitendes Leistungsniveau (Büscher & Blumenberg 2012, S. 27). Mit dem Entwurf zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege nach § 113a SGB XI“ liegt der erste Expertenstandard zur Erprobung in Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und vollstationären pflegerischen Versorgung vor, der nach Abschluss der Vereinbarung gemäß § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom 30. März 2009 entwickelte wurde. Der Expertenstandard-Entwurf ist kostenlos auf der Website des GKV-Spitzenverbands frei verfügbar.² Kern des Expertenstandard-Entwurfs stellt dabei die Tabelle des Expertenstandards dar, welche ausgehend von der Zielsetzung „Jeder pflegebedürftige Mensch erhält eine pflegerische Unterstützung, die zur Erhaltung und/oder zur Förderung der Mobilität beiträgt“ die erforderlichen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien zusammenfasst (siehe Tabelle 1). Als komplexe Intervention zielt der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ auf Mobilitätserhalt und -förderung von pflegebedürftigen Menschen ab, die in einem vollstationären, ambulanten und teilstationären Setting leben.

In der ExMo-Studie erfolgt die modellhafte Implementierung des Standards. Dabei werden Praxis-tauglichkeit, entstandene Kosten und Wirksamkeit pflegerischer Interventionen zur Mobilitätserhaltung und -förderung in ausgewählten Einrichtungen der drei Settings untersucht. Im Rahmen der hierzu entwickelten Cluster-RCT wurde zudem einer der drei Interventionsgruppen eine spezielle mobilitätserhaltende und -fördernde Intervention zur Anwendung empfohlen. Die vom Studienteam ausgewählte Intervention zeichnet sich dadurch aus, dass sie bei pflegebedürftigen Menschen unabhängig von ihren Einschränkungen und ihrem Aufenthaltsort angewandt werden kann.

² https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Vereinbarung_Verfahrensordnung_fuers_Internet.pdf.

Tabelle 1: Standardtabelle des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“

Zielsetzung:	Jeder pflegebedürftige Mensch erhält eine pflegerische Unterstützung, die zur Erhaltung und/oder zur Förderung der Mobilität beiträgt.	
Begründung:	Eine eingeschränkte Mobilität ist ein Risiko für pflegebedürftige Menschen. Sie kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zu einer Ortsfixierung und Bettlägerigkeit führen und mit dem Risiko weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen (wie z. B. Dekubitus, Sturz) einhergehen. Durch eine regelmäßige Einschätzung der Mobilität, differenzierte Informations- und Edukationsangebote, eine motivierende und mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung, das Angebot sowie die Koordination zielgerichteter, die Eigenaktivität fördernder Maßnahmen kann zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beigetragen werden. Eine so verstandene pflegerische Unterstützung hat gesundheitsfördernden Charakter. Die damit erreichte Mobilität hat eine große Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe.	
Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen, Gründe für Mobilitätsbeeinträchtigungen sowie Umgebungsmerkmale, die für die Mobilität relevant sind, systematisch einzuschätzen.	P1 Die Pflegefachkraft schätzt zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität ein. Sie wiederholt die Einschätzung regelmäßig in individuell festzulegenden Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren.	E1 Eine aktuelle Einschätzung der vorhandenen Mobilität und möglicher Probleme und Ressourcen im Zusammenhang mit der Mobilität liegen vor. Die Entwicklung der Mobilität ist abgebildet.
S2a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordination von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. S2b Die Einrichtung stellt sicher, dass Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements sind.	P2 Die Pflegefachkraft plant und koordiniert in enger Absprache mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen sowie weiterer Berufsgruppen individuelle Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität unter Berücksichtigung seiner Präferenzen. Sie sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans.	E2 Ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität des pflegebedürftigen Menschen liegt vor.
S3 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seine Angehörigen über die Bedeutung von Mobilität für die Gesundheit und den Erhalt von Selbständigkeit zu informieren und sie durch Beratung und Anleitung darin zu unterstützen, Maßnahmen der Erhaltung und Förderung der Mobilität in ihren Lebensalltag zu integrieren.	P3 Die Pflegefachkraft bietet dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen Information, Beratung und Anleitung unter Berücksichtigung der bei der Einschätzung identifizierten Probleme, Wünsche und Ressourcen an.	E3 Der pflegebedürftige Mensch und gegebenenfalls seine Angehörigen sind über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität sowie Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert.
S4a Die Einrichtung verfügt über personelle, materielle und räumliche Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung. S4b Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Ermöglichung und Durchführung von mobilitätsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen.	P4 Die Pflegefachkraft unterbreitet dem pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität und führt die mit dem Pflegebedürftigen vereinbarten Maßnahmen	E4 Die Maßnahmen sind plangemäß durchgeführt und wirken sich positiv auf die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen aus.
S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen.	P5 Die Pflegefachkraft überprüft gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen sowie weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen den Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen. Bei Bedarf vereinbart sie mit dem pflegebedürftigen Menschen auf Grundlage einer erneuten Einschätzung Veränderungen am Maßnahmenplan.	E5 Eine Evaluation der vereinbarten Maßnahmen liegt vor.

3 Ziel und Fragestellungen der Studie

Ziel der Studie war die **Evaluation der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“** mittels einer dreiarmigen, multi-zentrischen und cluster-randomisierten kontrollierten Studie (Cluster-RCT) im vollstationären Bereich und einer Beobachtungsstudie im ambulanten und teilstationären Setting.

In der *Cluster-RCT* umfasste die Evaluation des Expertenstandard-Entwurfs die Erprobung der Praxistauglichkeit, die Erfassung des Zeit- und Ressourcenaufwandes für die Implementierung und der Einführungs- und dauerhaften Umsetzungskosten sowie die Testung von Effektivität und Effizienz ausgewählter Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. Die Beschränkung der Zielgruppe in der Cluster-RCT auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI erfolgte zum einen, da stationäre Langzeitversorgung ein Versorgungsbereich, in dem die Begleitung pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen länger andauernd – als beispielsweise in der Akutpflege im Krankenhaus – und fortwährend gewährleistet ist (DNQP 2014, S. 14). Dies sind Voraussetzungen, um im besonderen Maße auf den Erhalt und die Förderung der Mobilität der dort lebenden Menschen Einfluss zu nehmen und die Wirkungen sichtbar zu machen. Im ambulanten Setting können dritte, an der Versorgung beteiligte Personen und deren Einflussnahme durch körperlich aktivierende Interventionen oder Anreize schwerer erfasst werden, als es für den stationären Bereich gilt. In stationären Pflegeeinrichtungen können die kontinuierlich angewandten, mobilitätsbezogenen Interventionen aus pflegerischen Händen durch Fachkräfte aus der sozialen Betreuung sowie aus der Physio- und Ergotherapie begleitet werden (DNQP 2014, S. 94). Es galt die Bündelung des interdisziplinären Potenzials an einem Ort, der stationären Praxiseinrichtung, sowie den Einbezug von Hilfskräften, ehrenamtlich Tätigen und Angehörigen von Heimbewohnern zu nutzen. In allen Versorgungsbereichen ist mit der Schwierigkeit umzugehen, dass Schnittmengen zu Interventionen im Rahmen von Sturz-, Kontrakturen-, oder Dekubitusvermeidung bestehen (DNQP 2014, S. 15) und deren Koexistenz eindeutige, auf mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen zurückzuführende Wirksamkeitsprüfungen beeinträchtigen können. Des Weiteren enthält der Expertenstandard-Entwurf weder für ambulante noch für (teil-) stationäre Praxiseinrichtungen abschließende Empfehlungen zum Einsatz von mobilitätsbezogenen Assessmentinstrumenten und zur Ausgestaltung von Interventionen zu Erhalt und Förderung der Mobilität, auf die im Rahmen der modellhaften Implementierung aufgebaut werden könnte (DNQP 2014, S. 93f.). Im ambulanten und teilstationären Bereich wurden daher in einer *Beobachtungsstudie* im Vorher-Nachher-Design – die Ergebnisse der Cluster-RCT für das vollstationäre Setting ergänzend – deskriptive Daten zur Erprobung der Praxistauglichkeit, Erfassung und Evaluation des Zeit- und Ressourcenaufwandes für die Implementierung und zu den Einführungs- und dauerhaften Umsetzungskosten erhoben.

Die Cluster-RCT umfasste drei Studiengruppen, die hinsichtlich der Interventionen unterschieden:

- **Sensibilisierung durch Schulung in Interventionsgruppe (A):** Der Expertenstandard-Entwurf wurde entlang der darin empfohlenen Interventionen und Prozesse implementiert. Bestandteile der für die Implementierung durchzuführenden Schulung des Personals in den Einrichtungen waren besonders die Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs und die sich daraus ergebenden Implikationen für die Pflegepraxis. Zentrales Ziel war eine „Sensibilisierung“ zum Thema Mobilität. Auf die ausdrückliche Implementierung einer gezielten Intervention wurde verzichtet. Dieses lag vollständig in der Wahl der Pflegenden.

- **Sensibilisierung durch Schulung und Schulung für konkrete Interventionen in Interventionsgruppe (B):** In einer zweiten Gruppe erfolgte die Implementation des Expertenstandard-Entwurfs zunächst wie in Gruppe A, wurde allerdings durch eine gezielte Schulung zu ausgewählten mobilitätsfördernden Pflegeinterventionen ergänzt. Hierzu wurde in der ersten Studienphase eine Intervention ausgewählt. Voraussetzung für die gewählte Intervention war, dass sie auf ein breites Spektrum der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege anzuwenden und von Pflegenden zu erbringen ist.
- **Keinerlei Schulung in Kontrollgruppe (C):** Die Ergebnisse beider Interventionsgruppen wurden mit den Ergebnissen einer Kontrollgruppe verglichen, die keine Schulung zum Expertenstandard-Entwurf erhielt und in welcher die Einrichtungen über den Studienverlauf hinweg die herkömmliche Versorgung (*usual care*) leisteten.

Im Vordergrund der pflegewissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Untersuchung standen die **Überprüfung der Praxistauglichkeit (Praktikabilität)** des Expertenstandard-Entwurfs, die **Ermittlung der Kosten** seiner Umsetzung und seine **Wirksamkeit**. Basierend auf einrichtungs-, personal- und bewohnerbezogenen Daten sollte neben der Erfassung und Evaluation des Zeit- und Ressourcenaufwandes für die Implementierung und der Erhebung der Einführungs- und dauerhaften Umsetzungskosten auch die Effektivität sowie die Effizienz der ausgewählten Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität mit ggfs. resultierenden Folgekostenreduzierung getestet werden.

Konkret ergaben sich aus der Zielsetzung folgende Forschungsfragen:

Für die Analyse der Praxistauglichkeit:

Welcher **Umsetzungsgrad** der Kriterien des Expertenstandard-Entwurfs wird in stationären Pflegeeinrichtungen

- a) nach Durchführung einer Schulung,
- b) nach Durchführung einer Schulung und eines gezielten Einsatzes von Interventionen,
- c) ohne Schulung und Einsatz gezielter Interventionen

auf **Einrichtungs-, Personal- und Bewohnerebene** erreicht?

Welche **Hürden und Schwierigkeiten** ergeben sich auf **Einrichtungs-, Personal- und Bewohnerebene** bei der Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs in der vollstationären, teilstationären und ambulanten Versorgung?

Für die Wirksamkeitsanalyse

Welchen Einfluss hat die Einführung des Expertenstandard auf Grundlage des bisherigen Entwurfs auf die **Mobilität und Transferbeteiligung** der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen

- a) nach Durchführung einer Schulung?
- b) nach Durchführung einer Schulung und eines gezielten Einsatzes von Interventionen?
- c) ohne Schulung und Einsatz gezielter Interventionen?

Für die Kostenanalyse:

Welche **kurzfristigen und dauerhaften Einführungs- und Umsetzungskosten** ergeben sich für **stationäre Pflegeeinrichtungen** aus dem Expertenstandard-Entwurf?

Welche **kurzfristigen und dauerhaften Einführungs- und Umsetzungskosten** sind für **ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen** aus der Einführung des Expertenstandard-Entwurfs zu erwarten?

4 Stand der Forschung

Die Erstellung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung von Mobilität in der Pflege“ durch die Expertenarbeitsgruppe „Erhaltung und Förderung von Mobilität in der Pflege“ basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche zur vorhandenen bzw. nicht vorhandenen **Evidenz im Bereich der Mobilitätserhaltung und -förderung** (in der Pflege) (DNQP 2014, S. 44ff.). Die Rechercheergebnisse der Expertengruppe können wie folgt zusammengefasst werden:

- Einige der häufig in Deutschland eingesetzten, komplexen mobilitätsbezogenen Assessmentinstrumente erfassen Mobilität eher grob oder weisen im Bereich Mobilität nur eine mittelmäßige Aussagekraft auf (DNQP 2014, S. 60). Gleiches gilt für einige der spezifischen Assessmentinstrumente. Zudem liegen keine aussagekräftigen Studien vor, die den Effekt einer systematischen Einschätzung von Mobilitätsressourcen auf die Erhaltung und Förderung der Mobilität messen (DNQP 2014, S. 72).
- Es entsteht an dieser Stelle ein pflegerischer Aufwand unter Anwendung von Instrumenten, zu denen keine überzeugende Validität und Reliabilität vorliegt.
- Eine Bedarfserfassung im Bereich von Mobilitätseinschränkungen Pflegebedürftiger erwies sich nach Erkenntnis der Expertenarbeitsgruppe als notwendig hinsichtlich einer Mobilitätserhaltung bzw. -förderung. Vergleichend dazu sind die Standardkriterien S1, P1 und E1 zu betrachten (DNQP 2014, S. 18-23).
- Mit einer gezielten Bedarfserfassung zu Einschränkungen und Potentialen im Bereich der Mobilität durch Pflegende scheint eine signifikante Mobilitätserhaltung bzw. -förderung möglich.
- Vorwiegend für den stationären Bereich liegen einzelne Studien vor, die in speziellen Gruppen von Pflegebedürftigen aufwändige Interventionen testeten, die auf signifikanten Mobilitätsverbesserungen hindeuten, aber nicht auf die heterogene Gruppe von Pflegebedürftigen pauschal anwendbar sind. Eine grundsätzliche Empfehlung von Interventionen für größere Personengruppen erscheint als nicht sinnvoll.
- Umgekehrt liegen Studien vor, die allgemeine und „einfache“ Pflegeinterventionen bei Pflegebedürftigen ohne weitere Spezifizierung testeten. Dabei zeigte sich allerdings nur eine schwache Evidenz zur Wirksamkeit der Interventionen.
- Für den Bereich der ambulanten und teilstationären Versorgung konnten von der Expertengruppe keine mobilitätsfördernden Interventionen mit überzeugendem Wirkungsnachweis identifiziert werden.
- Zur Kosten-Nutzen-Bewertung mobilitätsfördernder Intervention, die die Kosten von der Einführung bis zur erfolgreichen Implementation beinhalten, liegen derzeit keine gesundheitsökonomischen Studien vor. Auch hier besteht daher die Notwendigkeit einer Primärdatenerhebung aller einschlägigen Kostenaspekte, um die Kosten der Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs bemessen zu können.

Ergänzend zu der im Rahmen der Standardentwicklung durchgeführten Aufarbeitung der Literatur erfolgte durch das Studienteam der Universität Bremen eine weitere Literaturrecherche auf Grundlage der als Anlagenband zu den Ergebnissen der Literaturanalyse zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ veröffentlichten, systematischen Übersichtsarbeit des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW, 2013 a) im Rahmen der Antragstellung für den Zeitraum Juni 2013 bis September 2014 in den Datenbanken *Cochrane Library*, *MEDLINE*, *EMBASE*,

CINAHL und der Datenbank der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). Zielsetzung war dabei, auf Basis der verwendeten Suchstrategie (IPW 2013 b), weitere Veröffentlichungen zu identifizieren, die nach dem Abschluss der Literaturrecherche ab Juni 2013 erschienen sind und potenzielle, für das Forschungsvorhaben wesentliche neue Erkenntnisse liefern. Die Suche identifizierte lediglich zwei methodisch gute Publikationen, die der Zielgruppe entsprachen. Ein aktualisiertes Cochrane-Review untersuchte die Wirksamkeit von Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung („exercise programs“) bei demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnern unter anderem auf die Entwicklung der ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens). Ergebnis war eine signifikant positive Entwicklung der ADL, jedoch bei starker Heterogenität der gepoolten Studien (Forbes et al. 2013).

Für den Bereich der ambulanten Pflege liegt eine Meta-Analyse aus zwölf Untersuchungen vor. Ziel war die Mobilitätsförderung durch „physical exercise“-Programme, doch ohne den Nachweis von Effekte auf die ADL und Balance der Studienteilnehmer (Ginéà-Garriga et al. 2013). Für den teilstationären Bereich ließen sich keine Publikationen identifizieren.

Zusammengefasst können aus dem Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ für die Praxis kaum relevante und evidenzbasierte Empfehlungen zu Interventionen und deren Wirksamkeit abgeleitet werden. Zwar liegen zu einzelnen konkreten mobilitätsfördernden Interventionen vielversprechende Ergebnisse vor, jedoch ist deren Evidenz zu schwach, um auf dieser Grundlage Empfehlungen auszusprechen. Insgesamt fehlen Studien hoher Qualität, um die Wirksamkeit dieser Interventionen belegen zu können. Inwieweit die ergänzend identifizierte Studie neueren Datums (Forbes et al. 2013) zusätzliche Maßnahmen zur Mobilitätsförderung liefert, die auch in der deutschen Pflegelandschaft durch professionell Pflegenden erbracht werden können, wurde im Rahmen des Konsensus-Workshops mit dem DNQP zum Studienbeginn geprüft.

Evidenzbasierte Pflegepraxis und Implementierungswissenschaft in Deutschland

Evidence-based nursing ist die „Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden“ (Behrens & Langer 2010, S. 25) und ihre Förderung und Verbreitung ist allgemeiner Konsens unter Wissenschaftlern aus den Disziplinen Pflege und Gerontologie, Leistungserbringern und Leistungsentscheidern (vgl. Roes et al. 2013, Büscher & Blumenberg 2014 b, S. 50).³ Jede pflegerische und pflegerisch beratende Entscheidung in der Begegnung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen findet nicht nur auf Grundlage der derzeit besten wissenschaftlichen Belege aus der Pflegeforschung statt, sondern muss gleichermaßen auf der Expertise der Pflegenden und den Zielen, Vorstellungen und Handlungen des individuellen pflegebedürftigen Menschen basieren, die wiederum von Anreizen und Umgebungsbedingungen des jeweiligen Settings geprägt sind (Behrens & Langer 2010, S. 28).

Viele in die pflegerische Praxis einzuführende Maßnahmen – wie die vom DNQP entwickelten Expertenstandards in der Pflege – sind komplexe Interventionen. Diese kennzeichnen sich durch mehrere miteinander interagierende Komponenten aus:

³ So schreibt auch der Gesetzgeber eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ erkrankter Menschen (§ 70 (1) Satz 1 SGB V) und eine Pflege und Versorgung „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch pflegerischen Erkenntnisse“ pflegebedürftiger Menschen vor (§ 72 (3) SGB XI).

- die Interaktion zwischen den Bestandteilen einer Intervention (im Fall eines Expertenstandards findet zum Beispiel zwischen der Art des gewählten Einschätzungsinstruments und dem Wissen und den Kompetenzen der anwendenden Personen Interaktion statt),
- die Flexibilität, die ein Behandlungsprogramm im individuellen Fall zulässt (zum Beispiel können verschiedene Einschätzungsinstrumente für unterschiedliche Zielgruppen zur Verfügung stehen),
- die Bandbreite der Zielgrößen (woran lässt sich die Wirksamkeit einer Intervention messen werden – Verringerung eines Risikofaktors oder Zufriedenheit?) und
- die Unterschiede bei Klienten, Fachpraktikerinnen oder den Rahmenbedingungen (zum Beispiel zählen hierzu die Klientenpräferenzen, die Kompetenz und Qualifikation des Personals oder verfügbare Ressourcen der Einrichtung) (Voigt-Radloff et al. 2013, S. 4).

Komplexität ist nach Wahlster et al. (2016, S. 15) nicht als binäre Eigenschaft einer Intervention zu verstehen sondern bewegt sich auf einem Spektrum, auf dem sich alle Maßnahmen bis zu einem gewissen Grad als komplex zeigen. Das Ausmaß der Komplexität spielt jedoch eine entscheidende Rolle bei der wissenschaftlichen Evaluation von Interventionen. Die Expertenstandards des DNQP beziehen sich zum einen auf komplexe Interventionen zu Kernbereichen pflegerischen Handelns und sind zum zweiten mittlerweile etablierte Instrumente für eine evidenzbasierte Pflegepraxis in Deutschland (Büscher & Blumenberg 2014 b, S. 50). Auf Basis des besten verfügbaren Wissens streben ihre Empfehlungen für die einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien höchstmöglichen Empfehlungscharakter an. Des Weiteren sind die Pflegeeinrichtungen hierzulande gesetzlich dazu verpflichtet die Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden. Durch randomisiert-kontrollierte Studien fand jedoch in Deutschland bislang keine Evaluation der Auswirkungen statt, die sich aus der Einführung der nationalen Expertenstandards als komplexe Interventionen auf Ebene der Pflegebedürftigen ergeben und welches Nutzen- oder Schadenspotential auch im Hinblick auf die zu erwartenden Ressourcenverbräuche mit einer Einführung einhergeht. Vorliegende Ergebnisse in Beobachtungs-, Querschnitts- und Fall-Kontroll-Studien weisen sowohl positive aber auch ausbleibende Effekte über unterschiedliche Expertenstandards sowohl für patientenbezogene Endpunkte (beispielsweise Sturzereignisse) als auch für personalbezogene Endpunkte (z.B. Wissenszuwachs) aus und liefern keine validen Schätzungen des Kostenaufwands im Verhältnis zum Nutzen der Einführung (Meyer et al. 2016, S. 195f.). Für den ersten Expertenstandard nach § 113a SGB XI liefern die erhaltenen Ergebnisse dieser Studie wertvolle Evaluationsdaten.

Doch wie lassen sich die, im besten Fall aus methodisch hochwertigen randomisiert-kontrollierten Studien generierten, besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen an den Handlungsort Pflege bringen? Im Sinne einer Anwendung- oder Handlungswissenschaft wollen Vertreter aus Pflegewissenschaft und der evidenzbasierten Pflegepraxis nicht nur Wissen generieren, sondern dieses auch in die Praxis bringen, um letztlich unter Zuhilfenahme der gewonnenen Erkenntnisse die Situation der Zielgruppe – der Menschen, die Hilfe oder Pflege bedürfen – zu verbessern.

Doch existieren bisher nur wenige nationale pflegewissenschaftliche Arbeiten, die sich mit der „effektiven Implementierung implementierungswürdiger Erkenntnisse“ befassen und auch internationale wissenschaftliche Erkenntnisse zur Ergründung von Implementierungsprozessen finden zur Förderung der evidenzbasierten Pflege bisher wenig Beachtung (Hoben, Bär und Wahl 2016, S. 16). Nach Hoben, Bär & Wahl (2016, S. 25) ist eine Implementierung ein aktiver und systematischer Prozess, in dem Neuerungen (Innovationen; z. B. ein Expertenstandard) in ein bestimmtes Setting (z. B. Pflege-

heim) integriert werden. Wenn dieser Implementierungsprozess – neben seiner Umsetzung in die Praxis – selbst wissenschaftlicher Forschungsgegenstand ist, indem sich Wissenschaftler damit auseinandersetzen, wie Implementierungsprozesse funktionieren und effektiv beeinflusst werden können, sprechen die Autoren von **Implementierungsforschung/-wissenschaft**. Wer implementiert, ohne dabei den Implementierungsprozess zu betrachten und zu analysieren, betreibt lediglich Implementierungspraxis. Implementierungsforscher untersuchen mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden Implementierungsprozesse und Implementierungstreue, um das Verständnis für die Prozesse und Bedingungen einer erfolgreichen Integration einer evidenzbasierten Innovation in die Praxis zu fördern (Hoben, Bär & Wahl 2016, S. 36). Indem Implementierungswissenschaft die Gesamtheit der empirischen Befunde von Implementierungsforschern sammelt und sie in Form von Lehre weitergibt, theoretische und begriffliche Grundlagen klärt sowie gegenstandsbezogene Theorien bildet und Diskurse führt, geht sie über die Implementierungsforschung hinaus (Hoben, Bär & Wahl 2016, S. 36ff.). Zusammengefasst nehmen Implementierungsforschung/-wissenschaft die Verläufe, Einflussfaktoren, Kosten und (Aus-)Wirkungen von zu implementierenden Neuerungen in den Blick, indem vor der Implementierung auf verfügbare Theorien, Modelle und Strategien zurückgegriffen wird und diese nach dem wissenschaftlich begleitenden Implementierungsprozess durch die neuen Erfahrungen weiterentwickelt werden (Hoben, Bär & Wahl 2016, S. 33). Auch wenn hierzulande von Pflegewissenschaftlern oder Gerontologen betriebene Aktivitäten im Bereich der Implementierungsforschung zunehmend zu beobachten sind, ist die Implementierungswissenschaft als eigenständige Disziplin im Wissenschaftsfeld Pflege zum heutigen Zeitpunkt in Deutschland noch kaum verankert (Roese, de Jong & Wulff, S. 199; Hoben, Bär & Wahl 2016, S. 398ff.) und bleibt hier im Gegensatz zu anderen Disziplinen – darunter beispielsweise die Politikwissenschaft mit langjähriger Forschungstradition zu Implementationsprozessen (vgl. Kevenhörster 2015; Kevenhörster 2008; Mayntz 1980) – zurück.

Indem die vorliegende Evaluation der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ ein evidenzbasiertes Instrument auf dem Weg seiner Überführung (*translation*) in die Praxis begleitet, seine Umsetzung unter Berücksichtigung vorherrschender Rahmenbedingungen auf Individual- und Institutionsebene überprüft sowie seine Wirksamkeit und damit verbundenen Kosten untersucht, tragen die erhaltenen Erkenntnisse sowohl zur Förderung einer evidenzbasierten Pflegepraxis als auch der Implementierungsforschung/-wissenschaft in Deutschland bei.

5 Studiendesign und Vorbereitung der Datenerhebung

Das gewählte Studiendesign vereint eine dreiarmlige, bundesweite, cluster-randomisierte kontrollierte Studie im vollstationären Setting (Cluster-RCT) und eine prospektive Beobachtungsstudie im ambulanten und teilstationären Setting.

Die Datenerhebungen erfolgten zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten. Eine Baseline-Datenerhebung (t_0) erfolgte vor Einführung des Expertenstandard-Entwurfs und nach Randomisierung der teilnehmenden Einrichtungen auf einen der Studienarme. Unmittelbar danach erhielten die *Interventionsgruppen* die entsprechenden Schulungen:

- Interventionsgruppe A: Sensibilisierung durch Schulung zum Expertenstandard-Entwurf (Inhalte und Implikationen für die Praxis),
- Interventionsgruppe B: Sensibilisierung durch Schulung zum Expertenstandard-Entwurf (Inhalte und Implikationen für die Praxis) plus Schulung zu konkreten Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

In der *Kontrollgruppe C* erfolgte die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen wie bislang üblich (herkömmliche Versorgung) und der Expertenstandard-Entwurf wurde nicht eingeführt (Abbildung 1).

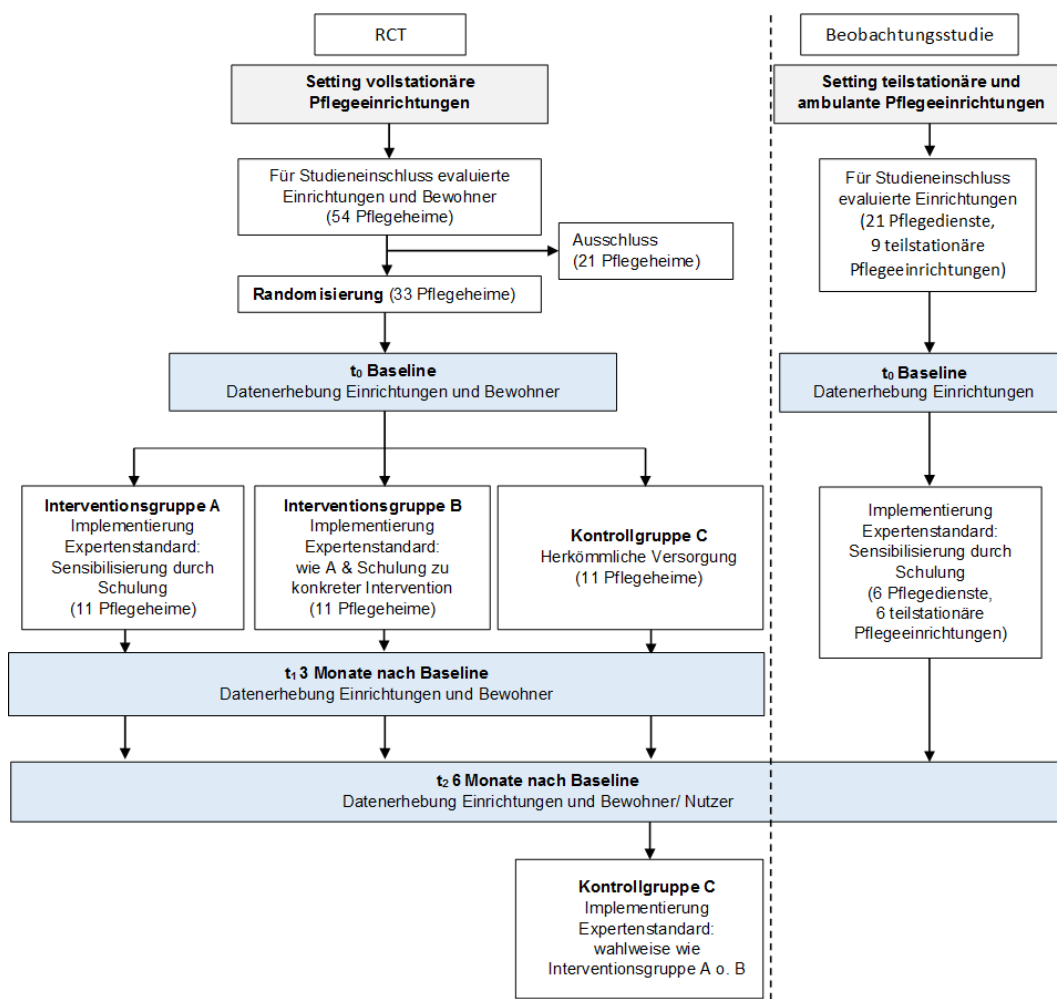


Abbildung 1: Studiendesign und –verlauf

Aufgrund der für die stationäre Langzeitpflege angenommenen Überlebensdauer der Bewohnerinnen (Rothgang et al. 2013, S. 186) schlossen sich die Folgerhebungen (t_1 und t_2) zu relativ kurz aufeinanderfolgenden Zeitpunkten der Baseline-Datenerhebung an. In allen Einrichtungen wurden die Daten jeweils drei (t_1) bzw. sechs Monate (t_2) nach der Baseline-Datenerhebung erhoben. Nach Abschluss des Erhebungszeitraumes bekamen die Einrichtungen der Kontrollgruppe die Möglichkeit, ebenfalls wahlweise die Intervention A oder B zu erhalten (Wartegruppensdesign), um so ihre Bereitschaft zur Studienteilnahme zu honorieren (Abbildung 1).

Auswahl der Stichprobe

In die **Cluster-RCT** wurden 33 Pflegeeinrichtungen des vollstationären Settings eingeschlossen. Auf Basis der zur Antragstellung durchgeführten Fallzahlberechnung (clusterrandomisierter ANOVA-Test zur Untersuchung von drei Gruppen) sollten insgesamt 693 gehfähige (je 21 pro Pflegeheim)⁴ und 165 nicht gehfähige (je 5 pro Pflegeheim) Bewohner rekrutiert werden. Als Hauptzielgröße in der Wirksamkeitsanalyse wurde die messbare Differenz der benötigten Zeitdauer für den *Timed-up-and-go-Test* (TUG; Podsiadlo & Richardson 1991) zwischen den Zeitpunkten t_0 (Baseline) und t_1 (drei Monate nach Baseline) angesetzt. Als Nebenzielgrößen wurden die Skalenwerte der *Esslinger Transferskala* (Runge & Rehfeld 1995, S. 64) und die Dimensionen des *Erfassungsbogens Mobilität* (EBoMo; DNQP 2014, S. 68) festgesetzt, um auch nicht gehfähige Personen und eventuelle Veränderungen ihrer Mobilität nach Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs bei der Wirksamkeitsanalyse zu berücksichtigen. Um einen möglichst der Versorgungsrealität stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen entsprechenden Case-Mix abzubilden und auch im Hinblick auf die in der Präambel des Expertenstandard ausdrücklich betonte Zielgruppe von Menschen mit Demenz (DNQP 2014, S.14f.), kamen zunächst *alle* in den beteiligten Einrichtungen lebenden Personen als potentielle Studienteilnehmerinnen in Frage.

Eingeschlossen wurden demnach Pflegeeinrichtungen mit einem vollstationären Versorgungsauftrag in unterschiedlicher Trägerschaft im gesamten Bundesgebiet, die in Anlehnung an DNQP (2011, S.14)

- in der Lage waren, eine eigenständige Projektleitung für den Implementierungszeitraum zu benennen,
- personelle und zeitliche Ressourcen für die Teilnahme an Schulungen und Arbeitsgruppen zur Verfügung stellen konnten.

Beabsichtigt war eine Verteilung der Einrichtungen über verschiedene Träger mit unterschiedlichen Charakteristika (Größe, Lage, ländlich oder urban etc.) und so fand eine nach Trägerschaft und Region stratifizierte Randomisierung mit dem Statistikprogramm R (Version 3.1.1) statt (vgl. Abschnitt „5.7 Randomisierung“). Um einen umfassenden Einblick in die Versorgungssituation zu gewährleis-

⁴ Für die Fallzahlkalkulation wurde als relevanter Unterschied zur Kontrollgruppe C eine mittlere Verkürzung von 5 Sekunden für die Interventionsgruppe A und von 6 Sekunden für die Interventionsgruppe B angesehen. Angenommen wurden eine Varianz von 352 (nach Kerse et al. 2008, wo ein SE von 1 in der Kontrollgruppe beobachtet wurde), eine Intra-Cluster-Korrelation (ICC) von 0,01 (Kuß et al. 2009, S. 8; Peri et al. 2008, S. 59) und ein zweiseitiges Alpha-Niveau von 5 %. Es ergab sich ein erforderlicher Stichprobenumfang von 660 teilnehmenden und zum Zeitpunkt t_1 verfügbaren Bewohnern, aufgeteilt in je 20 Personen per Einrichtung (3 x 11 Cluster à 20 Personen), um eine Power von 80,7 % zu erreichen. Die Berechnung wurde mit Glimmpse Version 2.1.2 (<http://glimmpse.samplesizeshop.com>) durchgeführt. Zur Berücksichtigung einer angenommenen Dropout-Rate (z. B. durch Tod) von 5 % in drei Monaten sollten pro Einrichtung 21 Personen rekrutiert werden. Somit ergab sich eine Gesamtfallzahl von 693 Bewohnern.

ten, wurde lediglich ein Ausschlusskriterium für die Einrichtungen festgelegt: Einrichtungen, die sich vor Studienbeginn intensiver mit dem Expertenstandard-Entwurf auseinandergesetzt haben, hätten eine Verzerrung der Ausgangsbedingungen verursachen können. Daher wurden Einrichtungen, die hierzu spezifische Kenntnisse aufwiesen, von der Studie ausgeschlossen.

In die **Beobachtungsstudie** wurden Pflegeeinrichtungen mit einem teilstationären und ambulanten Versorgungsauftrag in unterschiedlicher Trägerschaft im gesamten Bundesgebiet einbezogen, die in Anlehnung an DNQP (2011, S.14)

- in der Lage waren, eine eigenständige Projektleitung für den Implementierungszeitraum zu benennen und
- personelle und zeitliche Ressourcen für die Teilnahme an Schulungen und Arbeitsgruppen zur Verfügung stellen konnten.

Im teilstationären und ambulanten Setting lag der Hauptfokus der Untersuchung auf der Praxistauglichkeit. Dazu wurde in beiden Settings die Teilnahme von jeweils sechs Einrichtungen angestrebt. Diese Anzahl entspricht anteilig jeweils 20 % der im vollstationären Bereich teilnehmenden Einrichtungen, da davon auszugehen ist, dass ein Sättigungsgrad der Erfahrungswerte der Einrichtungen mit dieser Anzahl erreicht ist. Auch in der Beobachtungsstudie waren Merkmale wie regionale Lage und Trägerschaft für den Einschluss in die Stichprobe entscheidend.

5.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Die Akquisition der teilnehmenden Pflegeheime sowie deren Bewohner (Cluster-RCT) und der Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Beobachtungsstudie) erfolgte in mehreren Schritten:

- Aufruf zur Studienteilnahme in den Journalen *CAREkonkret*, *Die Schwester Der Pfleger*, *Altenpflege* sowie über den Newsletter *sc-Newsletter exclusiv* und das online-Portal der Fachzeitschrift *Pflegewissenschaft*. Ebenso informierten Vertreter der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI ihre Mitglieder über die Möglichkeit der Teilnahme.
- Dem Aufruf folgten 193 Interessenten aus dem voll-, teilstationären und ambulanten Setting. Nach Erhalt eines Informationsschreibens erfolgte bei weiterhin bestehendem Interesse ein umfassendes telefonisches Vorgespräch zwischen Vertretern aus den Einrichtungen und dem Studienteam, um die mit der Studiendurchführung verbundenen Anforderungen aufzuzeigen.
- Alle weiterhin Interessierten erhielten daraufhin eine Kooperationsvereinbarung in zweifacher Ausfertigung. Nach Unterschrift eines Rechtsvertreters der Einrichtung war diese per Post an die Universität Bremen zurückzuschicken. Die Kooperationsvereinbarung regelte zum Vertragsgegenstand der Durchführung des Forschungsvorhabens die Durchführung der Arbeiten, Koordination, Nutzungsrechte, Beiträge der unterzeichnenden Partner, Kostentragung, Vertraulichkeit/Veröffentlichungen/Datenschutz, Gewährleistung/Haftung sowie die Kündigung.
- Diejenigen vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die fristgerecht die unterschriebene Kooperationsvereinbarung zurück an das Studienteam der Universität Bremen schickten, wurden im weiteren Rekrutierungsverfahren berücksichtigt.

Für die Cluster-RCT lagen im vierten Projektmonat von 54 Pflegeheimen aus dem gesamten Bundesgebiet die unterschriebenen Kooperationsvereinbarungen fristgerecht vor. Die Auswahl und Randomisierung der Pflegeheime auf die drei Studienarme (Interventionsgruppen A und B, Kontrollgruppe C) wird im Abschnitt „5.7 Randomisierung“ beschrieben.

Die Pflegeheime erhielten zur Akquise der studienteilnehmenden Bewohner bzw. deren Betreuer ein Informationsschreiben inklusive Einwilligungserklärung. Dieses wurde den potentiellen Probanden zum Unterzeichnen in zweifacher Ausfertigung ausgehändigt.

Das Informationsschreiben für teilnahmeinteressierte Einrichtungen, das Formular der Kooperationsvereinbarung und das Informationsschreiben für teilnahmeinteressierte Bewohner bzw. deren Betreuer wurden den Vertragsparteien nach § 113 SGB mit Abgabe des Zwischenberichts zum 29.02.2016 übermittelt (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht).

Für die Beobachtungsstudie meldeten 21 Pflegedienste und neun teilstationäre Pflegeeinrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet ihre Teilnahme per unterzeichneter Kooperationsvereinbarung an.

5.2 Konsensus-Workshop mit dem DNQP

Am 02.03.2015 erfolgte an der Universität Bremen ein Konsensus-Workshop mit den Entwicklern des Expertenstandard-Entwurfs. Das DNQP (vertreten durch Prof. Dr. Andreas Büscher und Petra Blumenberg) sowie das Projektteam der Universität Bremen (vertreten durch Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Claudia Stolle und Kathrin Seibert) verständigten sich über den geplanten Studienverlauf und diskutierten die Vor- und Nachteile der zu empfehlenden Intervention in der Interventionsgruppe B der Cluster-RCT.

Der fachliche Austausch mit dem DNQP wurde über den gesamten Projektzeitraum aufrechterhalten. Am 31.03.2015 diskutierte das Team des DNQP (Prof. Dr. Andreas Büscher, Petra Blumenberg und Heiko Stehling) an der Hochschule Osnabrück mit dem Projektteam (Dr. Claudia Stolle, Lydia Neubert und Kathrin Seibert) das bisher vom DNQP empfohlene Implementierungsverfahren sowie die Items in den bereits durch das DNQP eingesetzten Auditinstrumenten. Schwerpunkt eines weiteren Termins am 17.09.2015 an der Hochschule Osnabrück war der Austausch über die Erfahrungen der an der Implementierung beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Institute. Das DNQP berichtete über die Erfahrungen bei der Begleitung der teilnehmenden Einrichtungen sowie das Audit in den vorausgegangenen Implementierungen (Prof. Dr. Andreas Büscher, Petra Blumenberg, Heiko Stehling, Lydia Neubert und Kathrin Seibert). Ein abschließender persönlicher Austausch fand am 07.07.2016 an der Universität Bremen statt. An diesem Treffen nahmen für das DNQP Prof. Dr. Andreas Büscher, Petra Blumenberg und Moritz Krebs teil. Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Lydia Neubert und Kathrin Seibert vertraten das Studienteam der Universität Bremen.

5.3 Datenschutzkonzept, Antrag Ethikkommission, Registrierung Deutsches Register klinischer Studien

In den ersten beiden Projektmonaten (Februar und März 2015) wurden ein Datenschutzkonzept sowie der Ethikantrag erstellt. Das Datenschutzkonzept wurde nach Prüfung durch die Datenschutzbeauftragte der Universität Bremen genehmigt. Nach Vorlage des Datenschutzkonzeptes sowie des

Ethikantrags bei der Ethikkommission der Universität Bremen erhielt das Forschungsvorhaben zum 14.04.2015 ein positives Votum der Ethikkommission. Beide Dokumente wurden den Vertragsparteien nach § 113 SGB mit Abgabe des Zwischenberichts zum 29.02.2016 übermittelt (vgl. Teil A des Anlagenbands zum Zwischenbericht).

Die Studie wurde beim Deutschen Register für klinische Studien (DRKS) unter der Nummer DRKS00007901 offiziell registriert.

5.4 Konzeption der Schulungsmaßnahme, des Implementierungshandbuchs und des Auditinstruments

Die Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgte im Studienverlauf angelehnt an das von Schiemann & Moers (2014, S. 38ff.) empfohlene Verfahren zur Einführung von Expertenstandards. Sich ergebende Abweichungen sind dem methodischen Vorgehen im Rahmen dieser Studie geschuldet. Abschnitt 6.2 gibt den Ablauf des Implementierungsprozesses in den an ExMo teilgenommenen Pflegeeinrichtungen wieder.

Für die teilnehmenden Pflegeheime der Interventionsgruppen A und B sowie die Studienteilnehmer aus dem ambulanten und teilstationären Setting wurden **Schulungsmaterialien zur Unterstützung des Implementierungsprozesses** und zur **Einführung (Sensibilisierung) in die Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs** erstellt. Für die Pflegeheime der Interventionsgruppe B wurde weiteres **Schulungsmaterial zur Einführung** einer vom Studienteam der Universität Bremen ausgewählten, mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahme erstellt. Als Maßnahme wurde eine Intervention eingeführt, die auf ein breites Spektrum der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege anzuwenden und von Pflegenden zu erbringen ist. Die im Expertenstandard-Entwurf betonte Wirksamkeit eines alltagsaufgabengerechten Trainings im Sinne einer „wiederherstellenden Pflege“ (DNQP 2014; S. 106) in Kombination mit dem Ansatz, alle an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personengruppen in die Erhaltung- und Förderung der Mobilität einzubeziehen sprachen für das Dreischritte-Programm nach Zegelin (Abt-Zegelin & Reuther 2014 a; Abt-Zegelin & Reuther 2014 b; Abt-Zegelin 2013; Abt-Zegelin & Reuther 2009) als vielversprechende, praxistaugliche Maßnahme. Für die Studie wurde das **Dreischritte-Programm** als einfaches Motivations- und Bewegungsförderungsprogramm für Menschen mit oder ohne Bewegungseinschränkungen in Abstimmung mit dessen Entwicklerin Prof. Dr. Angelika Zegelin und ihrem Mitarbeiter Sven Reuther (beide Universität Witten/Herdecke) operationalisiert (Anhang 13.2 bildet die Operationalisierung des Dreischritte-Programms ab).

Die in den Schulungen eingesetzten Materialien sowie die Zielgruppe und Dauer der jeweiligen Schulungseinheit gliedern sich in

- *Microsoft PowerPoint*-Präsentation und Handout zur Einführung in die Studie ExMo mit Überblick über die Studienaufgaben und den Implementierungsverlauf (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht) für die Mitglieder der Projektgruppe in der Einrichtung (Zielgruppe) mit einer Schulungsdauer von 2 Stunden;
- *Microsoft PowerPoint*-Präsentation und Handouts zur Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zur Einführung (Sensibilisierung) in die Standardinhalte (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht) für die Mitglieder der Projektgruppe, Pflegefachkräfte der Einrichtung (Zielgruppe) und optio-

nal für Mitarbeiter aus der Pflege und Betreuung der jeweiligen Einrichtung sowie angeschlossene und interessierte Berufsgruppen und weitere interessierte Personen mit einer Schulungsdauer von 3 Stunden;

Microsoft PowerPoint-Präsentation und Handouts zur Einführung in die Anwendung des Drei-Schritte-Programms als einzuführende mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahme in der Interventionsgruppe B (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht) für Mitglieder der Projektgruppe, Pflegefachkräfte der Einrichtung, Mitarbeiter aus der Pflege und Betreuung der jeweiligen Einrichtung (Zielgruppe) sowie optional für : Angehörige und interessierte Berufsgruppen und weitere interessierte Personen mit einer Schulungsdauer von 1,5 Stunden.

Um Abweichungen im Implementierungsprozess zu minimieren und die Integrität der durchgeführten Interventionen zu unterstützen, wurde ein **Implementierungshandbuch** erstellt (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht) (vgl. Sidani & Braden 2011, S. 93). Neben einem Überblick über die durchzuführende Implementierung, einer Darstellung der benötigten personellen und materiellen Ressourcen sowie Handlungsempfehlungen für die Umsetzung des Projektplans enthält das Implementierungshandbuch eine Vorlage zur Verlaufsdokumentation durch die einrichtungsinternen Projektleitungen sowie das zum Ende des Implementierungsprozesses einzusetzende Auditinstrument. Das **Auditinstrument** wurde den Einrichtungen zunächst als Entwurfsversion zur Abschätzung des Arbeitsaufwands zur Verfügung gestellt. Im Dialog mit den Einrichtungen hinsichtlich Verständlichkeit und Praktikabilität wurde die Endversion bis zum Oktober 2015 entwickelt (vgl. Anhang 13.3).

5.5 Erstellung der Erhebungsinstrumente und Pretest

Die für die Studie ExMo entwickelten Erhebungsinstrumente je Analyseebene (Analyse der Praxistauglichkeit, Wirksamkeits- und Kostenanalyse) umfassen:

Für die Wirksamkeitsanalyse:

1. CRF (engl. Case Report Form) zur Datenerhebung der gehfähigen Bewohner, Papierversion (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht),
2. CRF zur Datenerhebung der nicht gehfähigen Bewohner, Papierversion (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht),
3. Drei Skalen zur Endpunktmessung, den Timed-up-and-go Test, den Erfassungsbogen Mobilität und die Esslinger Transferskala.

Timed-up-and-go Test (TUG)

Hauptzielgröße der Wirksamkeitsanalyse ist die messbare Differenz der (logarithmierten) benötigten Zeitdauer für den TUG zwischen den Zeitpunkten t_0 (Baseline) und t_1 (drei Monate nach Baseline), während Veränderungen zwischen t_0 (Baseline) und t_2 (sechs Monate nach Baseline) ergänzend deskriptiv ausgewertet werden. Der TUG misst die benötigte Zeit in Sekunden, die eine Person braucht, um von einem Stuhl mit Armlehnen (Sitzhöhe etwa 46 cm) aufzustehen, eine Strecke von drei Metern zu laufen, umzudrehen, zum Stuhl zurückzugehen und sich wieder zu setzen. Für diesen Test werden nach Gupta (2012, S. 140) eine hohe Inter-Rater-Reliabilität ($r = 0,99$), eine hohe Intra-Rater-Reliabilität ($r = 0,99$) sowie eine gute Retest-Reliabilität in verschiedenen Settings beschrieben. Er-

gänzend wird dem Test eine einfache Durchführbarkeit bestätigt. Der TUG ist dazu geeignet, Therapieeffekte in verschiedenen Institutionen miteinander zu vergleichen (DNQP 2014, S. 63). Jedoch ergibt sich mit Blick auf die Studienpopulation von Pflegeheimbewohnern eine nicht unwesentliche Einschränkung bei der Anwendung des TUG: der Test setzt grundsätzlich die Fähigkeit voraus, selbstständig ohne personelle Unterstützung von einem Stuhl aufstehen zu können. Dem Kompetenzzentrum Geriatrie (2016) zufolge ergibt sich hier ein Bodeneffekt, der Fortschritte beim Gehen, solange das Aufstehen nicht selbständig möglich ist, nicht darstellbar macht. Um die Heterogenität der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen in der Cluster-RCT zu berücksichtigen und damit die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu stützen, wurden in die Studienpopulation auch Personen eingeschlossen, die physische Unterstützung (etwa beim Aufstehen vom Stuhl) bei der Durchführung des TUG benötigen. Entsprechend wurden neben der Art des verwendeten Hilfsmittels während des Gehens weitere Variablen, wie zum Beispiel die Art der Unterstützung je nach Testsequenz (beim Aufstehen, Gehen oder Hinsetzen) oder die subjektive Sturzangst der Testperson, erhoben.

Die für den TUG ermittelte Zeitdauer lässt eine Aussage über die funktionale Mobilität in vier Ausprägungen zu:

- Zeitwerte von unter zehn Sekunden weisen in der Regel auf keine Einschränkungen der Mobilität hin,
- Zeitwerte unter 20 Sekunden weisen auf eine unabhängige Mobilität bei minimalen Einschränkungen hin (die Person benötigt etwa einen Gehstock),
- Zeitwerte zwischen 20 und 29 Sekunden werden von Personen erreicht, die abklärungsbedürftig in ihrer funktionalen Mobilität eingeschränkt sind,
- Zeitwerte über 30 Sekunden weisen auf eine ausgeprägte Mobilitätseinschränkung hin (vgl. Podsiadlo & Richardson 1991).

Crocker et al. (2013, S. 18) berichten in ihrem Cochrane-Review zur Wirksamkeit physikalischer Rehabilitation für ältere Menschen in der Langzeitpflege in einer Meta-Analyse aus sieben Studien einen gepoolten Effekt von -5 Sekunden TUG-Dauer zugunsten der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Jüngst veröffentlichten Pflaum et al. (2016, S. 369) in einer Pilotstudie zur Machbarkeit eines Mobilitätstrainings für Rollatornutzer für den TUG als Primärvariable Unterschiede von -5,2 (Personen ohne Rollator) und -4,5 (Personen mit Rollator) Sekunden sowie entsprechende mittlere bis hohe Effektstärken von Cohens $d=-0,58$ und $0,94$. Verbesserungen der TUG-Dauer von bis zu 5 Sekunden sind demnach ein erwartbarer und klinisch relevanter Effekt der Wirksamkeit mobilitätsfördernder Interventionen.

Idealerweise stellten die Pflegeheime in der Cluster-RCT einen geschützten Raum für die Durchführung des TUG zur Verfügung. Um den TUG zu absolvieren, war die zu laufende Strecke von drei Metern von den Datenerheberinnen ausgemessen und mit zwei visuellen Markierungen (Klebestreifen auf dem Boden) kenntlich gemacht worden. Die Bewohner saßen angelehnt in einem Stuhl mit Armstützen und Sitzhöhe von 46 cm. Die Arme lagen auf den Armstützen auf, ein eventuell verwendetes Hilfsmittel (z. B. ein Rollator) war einsatzbereit in Reichweite positioniert. Mit der Aufforderung „Los“ wurden die Bewohnerinnen gebeten, aufzustehen und die Strecke in der für sie üblichen Gehgeschwindigkeit (mit der sie sich sicher fühlten) zu gehen, auf Höhe der Markierung umzudrehen, zum Stuhl zurückzugehen und sich wieder zu setzen. Die Datenerheber stoppten die benötigte Zeit (mit geeichten, einheitlichen Stoppuhren) von der Aufforderung „Los“ bis zu dem Moment, an dem die Bewohnerinnen wieder auf dem Stuhl Platz genommen und wieder Kontakt zur Rückenlehne hatten.

Erfassungsbogen Mobilität (EBoMo)

Die Item-Scores des EBoMo dienen der mobilitätsbezogenen Statuserhebung. Zur Abbildung eines Verlaufes werden die Ergebnisse zu den drei Erhebungszeitpunkten miteinander verglichen. Der EBoMo scheint geeignet, Mobilität bzw. Beeinträchtigungen der Mobilität von Pflegeheimbewohnerinnen (mobil bis immobil) differenziert und zuverlässig zu beurteilen und weist auf inhaltlicher ebenso wie auf methodischer Ebene große Ähnlichkeit mit dem „Neuen Begutachtungsassessment“ (NBA) (Wingenfeld et al. 2011) auf. Verfügbare Daten zur Interrater-Reliabilität, internen Konsistenz, Item-Schwierigkeit und Trennschärfe der Items weisen auf Ebene des Gesamtscores auf eine gute Interrater-Reliabilität hin. Die Kappa-Werte von 12 Items dokumentieren moderate bis starke Übereinstimmungen. Für zwei Items (aus den Bereichen Transfer und Stehen/ Gehen/ Treppen steigen) wurden allerdings niedrigere Kappa-Werte ermittelt. Auch die interne Konsistenz erwies sich als sehr gut. Des Weiteren wurden keine relevanten Boden- und Deckeneffekte gefunden (DNQP 2014, S. 68).

Der EBoMo wurde im Rahmen des Praxisprojektes „Lebensnahe Integration ortsfixierter älterer Menschen in der Altenpflege“ von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung der Pflegewissenschaftlerin Angelika Abt-Zegelin von der Universität Witten/Herdecke entwickelt.

Das Ausmaß der Selbständigkeit enthält vier Ausprägungen:

- „selbständig“ (die jeweilige Aktivität kann alleine, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen oder Hilfsmittel durchgeführt werden),
- „mit Hilfsmittel“ (die Aktivität kann mit einem Hilfsmittel selbständig ohne Personenhilfe durchgeführt werden),
- „mit Personenhilfe“ (die Aktivität kann mit personeller Hilfe durchgeführt werden, unter personeller Hilfe sind alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffende Aktivität (z.B. Anleitung und oder leichte Unterstützung durch das Pflegepersonal) durchzuführen, zu verstehen),
- „komplett unselbständig“ (die Aktivität ist entweder gar nicht mehr möglich (wie das Treppensteigen) oder sie muss vollständig von einer oder mehreren Pflegeperson/en übernommen werden).

Für den Einsatz in der Cluster-RCT wurde der EBoMo in Absprache mit der Universität Witten/Herdecke für drei Items modifiziert: Die Schätzung der Zeit- und Entfernungswerte für die Items „Sitzt frei (Rumpfkontrolle) für X Minuten“, „Steht X Sekunden“ und „Geht auf der Ebene X Meter“ entfiel. Die Datenerheberinnen beobachteten die Bewohner und füllten den EBoMo gemeinsam mit der zuständigen Pflegefachkraft aus. Dabei wurde bei der Einschätzung das jeweils höchstmögliche Ausmaß nur für diejenigen Aktivitäten angegeben, die die Bewohner auch wirklich konnten und ausführten. Die in der Studie erhobenen Items des EBoMo sind dem Anlagenband zum Zwischenbericht zu entnehmen (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht).

Esslinger Transferskala

Die Erfassung der Transferbeteiligung (Nebenzielgröße) erfolgte über die Esslinger Transferskala. Die Esslinger Transferskala wurde für nicht gehfähige Personen erhoben und ausgewertet. Sie beschreibt das für einen sichereren Transfer benötigte Ausmaß an Hilfe. Die Skala umfasst fünf Stufen (H0 bis H4), welche das Ausmaß an Hilfe nach dem Schulungsgrad und der Anzahl der Helfer abstufen. Die Skala zielt darauf ab, den Schwierigkeitsgrad der für einen schmerz- und gefahrlosen Transfer erforderlichen

derlichen personellen Hilfe zu beurteilen (Runge & Rehfeld 1995, S. 64). Dieses Instrument ist für die Anwendung bei nicht gehfähigen Personen entwickelt und ohne zusätzlichen zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand im Rahmen einer regulär durchgeführten Pflegesituation einsetzbar (DNQP 2014, S. 65).

Die fünf Hilfestufen der Esslinger Transferskala beschreiben das für den Transfer notwendige Ausmaß an Unterstützung:

- Hilfestufe H0: es ist keine personelle Hilfe erforderlich,
- Hilfestufe H1: es reicht spontane Laienhilfe aus (als Laien sind durchschnittliche Erwachsene ohne besondere Schulung anzusehen),
- Hilfestufe H2: es ist geschulte Laienhilfe erforderlich (etwa bei einem durchschnittlich geschickten Erwachsenen nach ca. zweimal je ½ Stunde Schulungszeit),
- Hilfestufe H3: ein Helfer professionellen Standards muss den Transfer unterstützen (wie eine Fachpflegekraft oder Therapeutin, bei Bewohnern mit Apoplex werden die Grundregeln des Umsetzens nach Bobath vorausgesetzt, allerdings wird Kompensation zugelassen, wenn die Bewohnerin von sich aus so vorgeht. Auch ein geschickter Nicht-Profi kann in diesem Bereich professionellen Standard erreichen),
- Hilfestufe H4: ein durchschnittlich geschickter Helfer professionellen Standards ist nicht ausreichend, um den Bewohner gefahrlos oder schmerzlos (auch für den Helfer gefahrlos) umzusetzen. Ein zweiter Helfer oder ein technisches Gerät (Lifter, Rutschbrett, Drehbrett) sind nötig (vgl. Runge und Rehfeld 1995, S. 64f.).

Testsituation ist das Umsetzen aus einem Stuhl mit Armlehnen in einen Rollstuhl. Die Bewohner dürfen ihre üblichen Hilfsmittel einsetzen. Sie führen den Transfer so durch, wie sie ihn üblicherweise gewohnt sind (vgl. Runge und Rehfeld 1995, S. 64f.). In der Cluster-RCT beobachteten die Datenerheberinnen einen Transfer der nicht gehfähigen Bewohnerinnen und legten auf Grundlage ihrer Beobachtung die Hilfestufe fest. Der Transfer erfolgte in den meisten Fällen regelhaft im Tagesablauf, etwa vor einer Mittagsruhe oder nach einer Mahlzeit am Tisch. Die in der Studie erhobenen Hilfestufen der Esslinger sind dem Anlagenband zum Zwischenbericht zu entnehmen (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht).

Für die Analyse der Praxistauglichkeit:

4. Erhebungsbogen zur Erfassung mobilitätsbezogener Aspekte in der Pflegedokumentation, Papierversion (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht)
5. CRF zur Mitarbeiterbefragung hinsichtlich der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs, Papierversion (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht)
6. CRF zur Mitarbeiterbefragung hinsichtlich des Wissenszuwachses und Schulungsevaluation, Papierversion (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht)
7. Fragebogen und Ergebnisprotokoll 1 zum klienten-/bewohnerbezogenen Audit zur Ermittlung des Umsetzungsgrades der Standardkriterien in den Einrichtungen, Papierversion und bearbeitbare *Microsoft Excel*-Datei (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht)
8. Fragebogen und Ergebnisprotokoll 2 zum personalbezogenen Audit zur Ermittlung des Umsetzungsgrades der Standardkriterien in den Einrichtungen, Papierversion und bearbeitbare *Microsoft Excel*-Datei (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht).
9. Verlaufsdokumentation im Implementierungshandbuch zur Dokumentation beobachteter Fortschritte, Hürden und Highlights im Implementierungsverlauf durch die Projektleitung

gen, Papierversion und bearbeitbare *Microsoft Word*-Datei (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht)

Für die Analyse der Praxistauglichkeit, Wirksamkeits- und Kostenanalyse insgesamt:

10. Erfassung der Strukturdaten, jeweils für die Einrichtungen im vollstationären oder teilstationären/ambulanten Setting, bearbeitbare *Microsoft Excel*-Datei (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht)
11. Erfassung der Kostendaten, jeweils für die Einrichtungen im vollstationären oder teilstationären/ambulanten Setting, bearbeitbare *Microsoft Excel*-Datei (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht)

Für alle Instrumente wurden ergänzende Ausfüll- und Anwendungshinweise erstellt.

Der Pretest der Instrumente in der 18. und 19. Kalenderwoche 2015 erfolgte unter den Gesichtspunkten Verständlichkeit, Vollständigkeit, Datenverfügbarkeit und Praktikabilität für die einrichtungs- und bewohnerbezogenen Daten in zwei Pflegeheimen in unterschiedlicher Trägerschaft (privat und öffentlich) in der Stadt Bremen, die zum Zeitpunkt des Pretests mit unterschiedlichen Dokumentationsverfahren (papiergestützt vs. EDV-basiert) arbeiteten. Insbesondere die Durchführung des TUG bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pretest-Einrichtungen verdeutlichten die Wichtigkeit der Vorbereitung der verblindeten Datenerheber durch die Universität Bremen auf die im Versorgungsalltag vielfältig heterogenen Erhebungsbedingungen. Eine entsprechende Berücksichtigung dieser wurde mit den Datenerhebern geübt. Weitere sich aus dem Pretest ergebende Anpassungen, insbesondere des Layouts der Datenerhebungsformulare und -dateien fanden ebenfalls Berücksichtigung.

5.6 Rekrutierung und Schulung des Erhebungsteams

Für die Erhebung der bewohnerbezogenen Daten wurden bundesweit 12 Personen rekrutiert, die über den gesamten Studienverlauf nicht erfuhren, in welchem Studienarm sich die Bewohner des Pflegeheims befanden (**Verblindung**). Der Kontakt sowie die Bekanntmachung der Stellenausschreibung erfolgten bundesweit an (Fach-)Hochschulen mit pflege- und/oder gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen. Voraussetzung für die Mitarbeit im Erhebungsteam war neben dem Studium der Pflegewissenschaft oder eines anderen gesundheitswissenschaftlichen Studiengangs eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem pflegerischen Beruf oder in der Ergo- oder Physiotherapie.

Im Mai, Juni und Dezember 2015 erfolgten Schulungen an der Universität Bremen sowie an der FH Ravensburg-Weingarten zum Ablauf der Erhebung, zur Anwendung der Erhebungsinstrumente sowie zur Durchführung des TUG. Es wurden neben praktischen Übungen ebenso Kommunikationsstrategien im Bewohnerkontakt sowie im Kontakt mit den projektbegleitenden Mitarbeitern der Einrichtungen geschult.

Ein **Monitoring** einzelner Datenerheber fand durch punktuelle Besuche durch das Studienteam der Universität Bremen (Dr. Claudia Stolle, Lydia Neubert, Kathrin Seibert) während der Baseline-Datenerhebung statt. Dabei wurde besonders auf das Verhalten im Bewohnerkontakt sowie auf die korrekte Durchführung des TUG geachtet. Das Studienteam der Universität Bremen war während der Erhebungsphasen jederzeit für das Erhebungsteam persönlich erreichbar. Zusätzlich zu derartigen Einzelgesprächen erfolgten zum gezielten Erfahrungsaustausch der einzelnen Erheber und zur Bera-

tung durch das Studienteam Telefonkonferenzen, in denen beispielsweise die durchgeführten Datenerhebungen besprochen wurden oder die korrekte Bearbeitung der Rückfragen (engl. *Queries*) geklärt wurde.

5.7 Randomisierung

Die Randomisierung der 33 Einrichtungen (11 Einrichtungen pro Studienarm) in der Cluster-RCT erfolgte nach Eingrenzung der sich per Kooperationsvereinbarung zur Studienteilnahme fristgerecht bereit erklärten 54 Pflegeheime. Angestrebt war eine repräsentative Verteilung der Einrichtungen auf das Bundesgebiet hinsichtlich Trägerschaft, Größe und regionaler Lage (Nord, Ost, Süd und West). Diese drei Merkmale begrenzten die Stichprobe auf Grundlage der vom Statistischen Bundesamt in der Pflegestatistik 2011 veröffentlichten Zahlen. So wurden beispielsweise in Bundesländern mit überproportional hoher Teilnahmebereitschaft privater Träger nach dem Zufallsprinzip Einrichtungen in die Stichprobe einbezogen. Einrichtungen wurden trotz vorliegendem Kooperationsvertrag für die Randomisierung nicht berücksichtigt, wenn die Bedingungen des Kooperationsvertrags nicht erfüllt werden konnten. So gaben einige Einrichtungen erst nach Abgabe des Kooperationsvertrages bekannt, dass sie die erforderliche Anzahl an teilnehmenden Bewohnern in keinem Fall rekrutieren können. Andere Einrichtungen hatten sich bereits intensiv mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs vertraut gemacht und konnten so ebenfalls in der Studie nicht berücksichtigt werden, um eine etwaige Verzerrung der Kontrollgruppe nicht schon wissentlich vor der Erhebung in Kauf zu nehmen. Da sich nur eine geringe Anzahl Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zur Teilnahme bereit erklärte, wurden alle Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft ungeachtet ihrer regionalen Lage in die Erhebung mit einbezogen.

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der in der Randomisierung berücksichtigten vollstationären Pflegeeinrichtungen auf die Bundesländer.

Nach Vergabe individueller IDs durch das Studienteam des IPP/SOCIUM wurde die ID-Liste der 33 für die Randomisierung berücksichtigten Pflegeheime an das KKSb übergeben. Die Randomisierung der einzelnen IDs auf einen der drei Studienarme (Interventionsgruppe A und B, Kontrollgruppe C) erfolgte am 26.05.2015 durch das KKSb. Hierbei wurde eine nach Trägerschaft (zwei Kategorien: öffentlich/freigemeinnützig vs. privat) und Region (vier Kategorien: Nord, Ost, West und Süd) stratifizierte Randomisierung mit dem Statistikprogramm R (Version 3.1.1) durchgeführt. Die zufällige Zuteilung der IDs zu den beiden Interventionsgruppen und zur Kontrollgruppe, entsprechend elf Pflegeheimen je Gruppe, wurde anschließend wieder an das Studienteam des IPP/SOCIUM übermittelt.

Von den Pflegediensten (n=21) und teilstationären Pflegeeinrichtungen (n=9) mit unterzeichneter Kooperationsvereinbarung wählte das Studienteam jeweils sechs Einrichtungen bzw. Pflegedienste aus, so dass in der Beobachtungsstudie eine Stichprobengröße von 12 teilnehmenden Einrichtungen erreicht wurde. Die Auswahl erfolgte nach den Kriterien Trägerschaft und Region.

Tabelle 2: Verteilung der in der Randomisierung berücksichtigten Pflegeheime auf die Bundesländer

Bundesland	Heime mit vollstationärer Dauerpflege nach Pflegestatistik 2011	Anteil an N (gerundet)	ideale Anzahl in ExMo (gerundet)	Kooperationsvereinbarung fristgerecht vorliegend	für die Randomisierung berücksichtigt
Baden-Württemberg	1436	13 %	4	7	5
Bayern	1509	14 %	5	3	3
Berlin	295	3 %	1	2	2
Brandenburg	310	3 %	1	1	1
Bremen	88	1 %	0	0	--
Hamburg	163	2 %	1	1	1
Hessen	706	7 %	2	6	3
Mecklenburg-Vorpommern	236	2 %	1	1	1
Niedersachsen	1392	13 %	4	9	6
Nordrhein-Westfalen	2052	19 %	6	19	7
Rheinland-Pfalz	434	4 %	1	3	2
Saarland	136	1 %	0	0	--
Sachsen	608	6 %	2	1	--
Sachsen-Anhalt	415	4 %	1	1	1
Schleswig-Holstein	620	6 %	2	1	1
Thüringen	306	3 %	1	0	--
Deutschland	10.706 (N)	--	33	54	33

Absage und Nachrückverfahren

Einrichtungen, die nicht bei der Randomisierung berücksichtigt wurden (sonst aber alle Anforderungen erfüllten) oder den Kooperationsvertrag nicht fristgerecht übermittelten, erhielten ein Absageschreiben. Dieses beinhaltete das Angebot, auf eine nummerierte Warteliste für den Fall eines eventuellen Nachrückens bei Ausfall einer Einrichtung bis zum September 2015 aufgenommen zu werden.

Bei Ausfall einer Einrichtung wurde der Ausfallgrund dokumentiert. Danach kamen jeweils drei oder mehr auf der Warteliste geführte Einrichtungen gleicher Region und Trägerschaft für ein Nachrücken in Frage. Bei schwach repräsentierter Region wurde der Einzugsradius bis zu 200 km um den Ausfallort erweitert. Die Nummern der entsprechenden Wartelistenplätze wurden durch das Studienteam des IPP/SOCIUM an das KKSb übermittelt. Es erfolgte eine Zufallsauswahl der nachrückenden Einrichtung durch das KKSb. Die individuelle ID-Vergabe erfolgte anschließend wieder durch das Studienteam des IPP/SOCIUM. Eine Doppelvergabe einer ID fand nicht statt – die IDs wurden fortlaufend vergeben. Das beschriebene Verfahren trifft auf eine nachgerückte Einrichtung zu. Vorab war nach erfolgter Randomisierung ein Pflegeheim aus Hamburg von der Teilnahme zurückgetreten, da die erforderliche Teilnehmerzahl von Bewohnern nicht erreicht werden konnte. Das Nachrücken erfolgte noch vor Beginn der Feldphase.

Abbildung 2 veranschaulicht zusammenfassend die Anzahl der Einrichtungen über den Rekrutierungsverlauf (vgl. Abschnitt „5.1“) und die Randomisierung im Projekt ExMo.

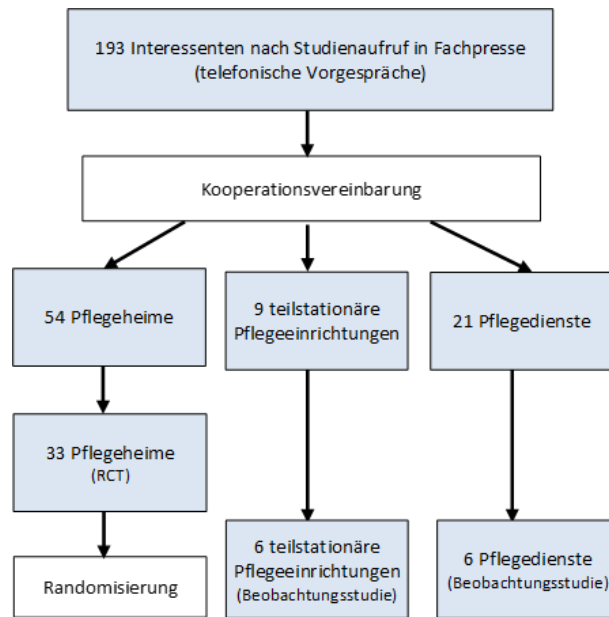


Abbildung 2: Rekrutierungs- und Randomisierungsverlauf der an der Studie teilnehmenden Pflegeeinrichtungen

6 Datenerhebung und Implementierungsprozess

Dieses Kapitel beschreibt die Feldphase der Studie, die im Wesentlichen die drei Datenerhebungen zu t_0 , t_1 und t_2 umfasst (Abschnitt 6.1) und nimmt den dazu parallel verlaufenden Implementierungsprozess in den Pflegeeinrichtungen in den Blick (Abschnitt 6.2). Abschließend werden Abweichungen im Studienverlauf erläutert (Abschnitt 6.3).

6.1 Ablauf der Datenerhebungen in jeder Einrichtung

Die Datenerhebungen in den teilnehmenden Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen fanden zu drei Zeitpunkten statt, auf die nachfolgend eingegangen wird (Abschnitt 6.1.1 bis 6.1.3).

6.1.1 Datenerhebung t_0 (Baseline)

Die Erhebungen zum Zeitpunkt t_0 in der Cluster-RCT und Beobachtungsstudie erstreckten sich von der 23. bis in die 36. Kalenderwoche des Jahres 2015.

Die Daten wurden mit den in Abschnitt 5.5 genannten Erhebungsinstrumenten durch das Erhebungsteam der Universität Bremen und durch die Einrichtungen selbst erhoben:

Cluster-RCT (Pflegeheime)

1. Datenerhebung der gehfähigen Bewohner (Universität Bremen),
2. Datenerhebung der nicht gehfähigen Bewohner (Universität Bremen),
3. Erfassung der Strukturdaten (Einrichtung),
4. Erfassung mobilitätsbezogener Aspekte in der Pflegedokumentation (Universität Bremen),
5. Mitarbeiterbefragung zur Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs (Universität Bremen),
6. Mitarbeiterbefragung zu Wissenszuwachs und Schulungsevaluation (Universität Bremen),

Beobachtungsstudie (Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen)

1. Erfassung der Strukturdaten (Einrichtung),
2. Erfassung mobilitätsbezogener Aspekte in der Pflegedokumentation (Einrichtung),
3. Mitarbeiterbefragung zur Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs (Universität Bremen),
4. Mitarbeiterbefragung zu Wissenszuwachs und Schulungsevaluation (Universität Bremen).

In der Cluster-RCT war die **Verblindung** der Datenerheber der Bewohnerdaten in 29 Einrichtungen gegeben. In vier Einrichtungen kam es während der Erhebung der Baselinedaten zu einer Entblindung. Dies betrifft potentiell 135 Beobachtungen (98 gehfähige Bewohner und 37 nicht gehfähige Bewohnerinnen), wobei der tatsächliche Zeitpunkt der Entblindung (vor, während oder nach erfolgter Datenerhebung innerhalb der Einrichtung) nicht bekannt ist. Gründe hierfür waren das bewusste Bekunden des jeweiligen Studienarms durch Mitarbeiter der Einrichtung oder für die Datenerheber sichtbare Aushänge mit Ankündigung des Schulungstermins für die Pflegekräfte der Einrichtung. Die betreffenden Datenerheber wurden für t_1 einer anderen Einrichtung zugewiesen, so dass für die Erhebungszeitpunkte t_1 und t_2 eine Verblindung wieder gegeben war.

Die Datenerhebung der **gefähigen und nicht gefähigen Bewohner** verlief wie geplant ohne berichtenswerte Vorkommnisse. Unerwünschte Ereignisse wie Stürze kamen nicht vor.

Die **Strukturdaten** der teilnehmenden Einrichtungen wurden im vollstationären, teilstationären und ambulanten Setting erhoben. In der Bearbeitung der Erhebungsinstrumente (passwortgeschützte *Microsoft Excel*-Dateien) zeigten die Einrichtungen keine nennenswerten Schwierigkeiten.

Die Erhebungen zur **Praxistauglichkeit** und **Schulungsevaluation** erfolgten am selben Tag vor (Schulungsevaluation) und nach der Schulungsveranstaltung (Schulungsevaluation, Praxistauglichkeit) zum Expertenstandard-Entwurf durch die anwesenden Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen.

6.1.2 Datenerhebung t_1 (drei Monate nach Baseline)

Die Erhebungen zum Zeitpunkt t_1 in der Cluster-RCT und Beobachtungsstudie erstreckten sich von der 36. bis in die 49. Kalenderwoche des Jahres 2015.

Die Daten wurden mit den in Abschnitt 5.5 genannten Erhebungsinstrumenten durch das Erhebungsteam der Universität Bremen und durch die Einrichtungen selbst erhoben:

Cluster-RCT (Pflegeheime)

1. Datenerhebung der gefähigen Bewohner (Universität Bremen),
2. Datenerhebung der nicht gefähigen Bewohner (Universität Bremen),
3. Erfassung der Kostendaten (Einrichtung),

Beobachtungsstudie (Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen)

4. Erfassung der Kostendaten (Einrichtung).

In der Cluster-RCT war die **Verblindung** der Datenerheber der Bewohnerdaten in allen Einrichtungen gegeben. Die Datenerhebung der **gefähigen und nicht gefähigen Bewohner** verlief wie geplant ohne berichtenswerte Vorkommnisse. Unerwünschte Ereignisse wie Stürze kamen auch in dieser Erhebung nicht vor.

Die **Kostendaten** der teilnehmenden Einrichtungen wurden im vollstationären, teilstationären und ambulanten Setting erhoben. In der Bearbeitung der Erhebungsinstrumente (passwort-geschützte *Microsoft Excel*-Dateien) zeigten die Einrichtungen keine nennenswerten Schwierigkeiten.

6.1.3 Datenerhebung t_2 (sechs Monate nach Baseline)

Die Erhebungen zum Zeitpunkt t_2 in der Cluster-RCT und der Beobachtungsstudie wurden in der 50. Kalenderwoche des Jahres 2015 begonnen und dauerten bis in die 9. Kalenderwoche des Jahres 2016 an.

Die Daten wurden mit den in Abschnitt 5.5 genannten Erhebungsinstrumenten durch das Erhebungsteam der Universität Bremen und durch die Einrichtungen selbst erhoben:

Cluster-RCT (Pflegeheime)

1. Datenerhebung der gefähigen Bewohner (Universität Bremen),
2. Datenerhebung der nicht gefähigen Bewohner (Universität Bremen),
3. Erfassung der Strukturdaten (Einrichtung),
4. Erfassung der Kostendaten (Einrichtung),

5. Erfassung mobilitätsbezogener Aspekte in der Pflegedokumentation (Universität Bremen),
6. Mitarbeiterbefragung zur Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs (Einrichtung),
7. Mitarbeiterbefragung zu Wissenszuwachs und Schulungsevaluation (Einrichtung),
8. Klienten-/ Bewohnerbezogenes Audit (Einrichtung),
9. Personalbezogenes Audit (Einrichtung),
10. Verlaufsdocumentation zur Dokumentation beobachteter Fortschritte, Hürden und Highlights im Implementierungsverlauf (Einrichtung),

Beobachtungsstudie (Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen)

1. Erfassung der Strukturdaten (Einrichtung),
2. Erfassung der Kostendaten (Einrichtung),
3. Erfassung mobilitätsbezogener Aspekte in der Pflegedokumentation (Einrichtung),
4. Mitarbeiterbefragung zur Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs (Einrichtung),
5. Mitarbeiterbefragung zu Wissenszuwachs und Schulungsevaluation (Einrichtung),
6. Mitarbeiterbefragung zur Wirksamkeit (Einrichtung),
7. Klienten-/ Bewohnerbezogenes Audit (Einrichtung),
8. Personalbezogenes Audit (Einrichtung),
9. Verlaufsdocumentation zur Dokumentation beobachteter Fortschritte, Hürden und Highlights im Implementierungsverlauf (Einrichtung).

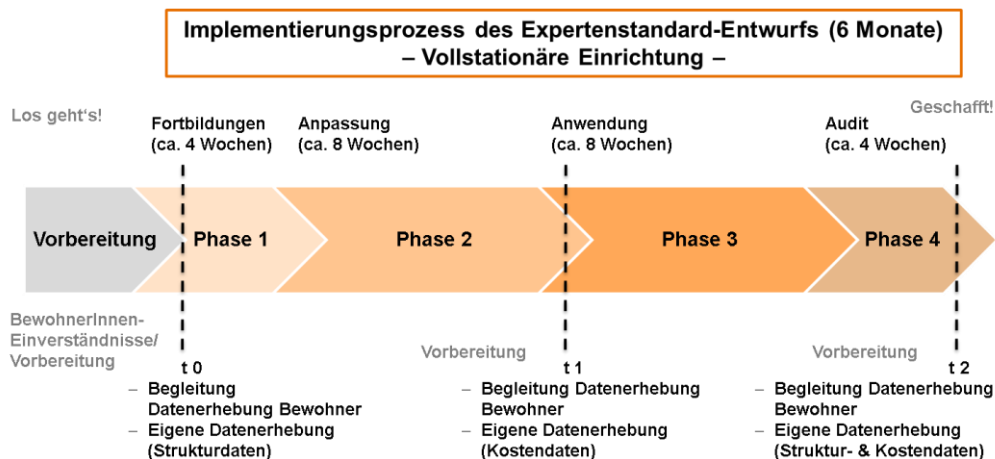
Die **Verblindung** der Datenerheber der Bewohnerdaten in der Cluster-RCT war in allen Einrichtungen gegeben. Die Datenerhebung der **gehfähigen und nicht gehfähigen Bewohner** verlief wie geplant und ohne berichtenswerte Vorkommnisse. Unerwünschte Ereignisse wie Stürze kamen nicht vor.

Die **Kostendaten** sowie die **Strukturdaten** der teilnehmenden Einrichtungen wurden im vollstationären, teilstationären und ambulanten Setting erhoben. In der Bearbeitung der Erhebungsinstrumente (passwortgeschützte *Microsoft Excel*-Dateien) zeigten die Einrichtungen auch zu diesem Zeitpunkt keine nennenswerten Schwierigkeiten.

Die Mitarbeiterbefragungen zur **Schulungsevaluation** und zur **Praxistauglichkeit** sowie die Durchführung des **Audits** erfolgten durch die Einrichtungen nach Übermittlung der entsprechenden Erhebungsinstrumente durch die Universität Bremen. Auch diese Erhebungen stellten die Einrichtungen vor keine größeren Schwierigkeiten. Die **Beobachtungen und Erfahrungen der teilnehmenden Tagespflegeeinrichtungen und Pflegedienste zur beobachteten Wirksamkeit** erfolgten zum Netzwerktreffen II an der Universität Bremen, hierzu wurde ein entsprechendes Erhebungsinstrument entwickelt.

6.2 Implementierungsprozess in jeder Einrichtung

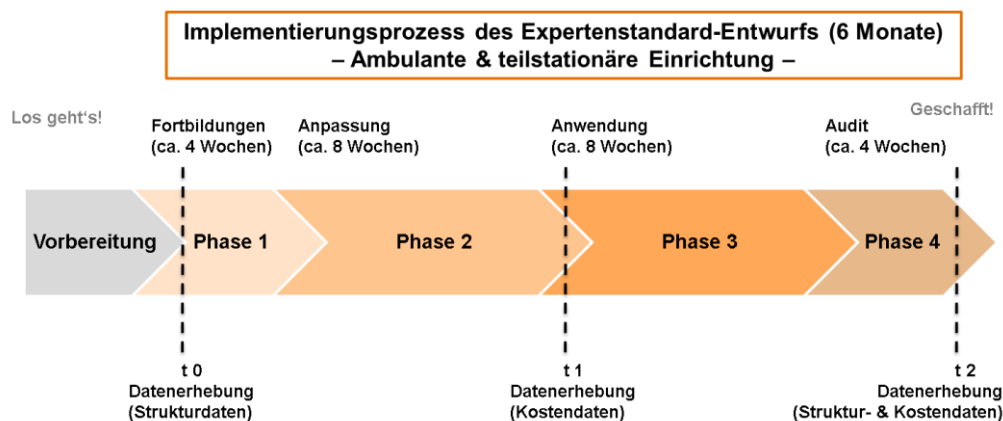
Parallel zu den Kernaufgaben der Studie (die Erhebung der Struktur- und Kostendaten) durchliefen die Einrichtungen (Interventionsgruppen A und B der Cluster-RCT sowie Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen) den in Anlehnung an das vom DNQP empfohlene Verfahren zur Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Abbildung 3 verdeutlicht das zeitliche Zusammenfallen der Datenerhebungen im Rahmen der Studie ExMo und der Implementierungsphasen für die Pflegeheime, in denen auch und insbesondere über die Bewohnererhebungen Daten zur Wirksamkeitsanalyse (*Cluster-RCT*) erhoben wurden.



Verlauf der Studie „ExMo“ & Datenerhebung durch die Studienteilnehmer

Abbildung 3: Implementierungsprozess und Studienverlauf der Pflegeheime in der Cluster-RCT

Abbildung 4 stellt dementsprechend den Implementierungsprozess und Studienverlauf, ohne Datenerhebungen bei den Klienten zur Wirksamkeitsanalyse, für die Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen, die sich im Rahmen der *Beobachtungsstudie* an der modellhaften Implementierung beteiligten.



Verlauf der Studie „ExMo“ & Datenerhebung durch die Studienteilnehmer

Abbildung 4: Implementierungsprozess und Studienverlauf der Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen in der Beobachtungsstudie

Der in der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zur Anwendung empfohlene Implementierungsprozess erfolgte in Anlehnung an die Empfehlung des DNQP für ein sechsmonatiges und vierstufiges Phasenmodell als Grundlage für ein systematisches Vorgehen bei der Standardeinführung (Schiemann & Moers 2014, S. 40). Eine Gegenüberstellung des Phasenmodells des DNQP sowie das in ExMo eingesetzte Phasenmodell ist dem Anlagenband (Teil B) zum Zwischenbericht zu entnehmen. Den vier Phasen (*Fortbildungen, Anpassung des Standards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe, verbindliche Standardeinführung, abschließende Datenerhebung mit standardisiertem Auditinstrument*) vorangestellt

wurde eine Vorbereitungsphase. Tabelle 3 stellt eine Übersicht der Phasen und den dazugehörigen Arbeitsschritten dar.

Tabelle 3: Phasen und Arbeitsschritte des in Anlehnung an das vom DNQP empfohlene Verfahren entwickelten Implementierungsprozesses

	Phase	Arbeitsschritt
	Vorbereitung	Bildung einer Projektgruppe Lesen des Expertenstandard-Entwurfs und Klären von Verständnisfragen Bedarfserhebung zum Schulungsbedarf des Personals, Anpassung von Fortbildungsthemen an die Einrichtung
1. Monat	Phase 1 Fortbildungen zum Expertenstandard (ca. 4 Wochen)	Fortbildungen zu den Themen des Expertenstandards anbieten: <ul style="list-style-type: none"> - Kick-off 1 Veranstaltung in der Einrichtung - Weitere Fortbildung je nach Bedarf - Informationsweitergabe Bedside/Teamsitzung/Selbst-studium mit einbeziehen Fortbildungen auch später im Verlauf anbieten – Fortbildungsbedarf nachjustieren
2. und 3. Monat	Phase 2 Anpassung einzelner Standardkriterien an spezifische Zielgruppen oder die Einrichtung (Konkretisierung) (ca. 8 Wochen)	Vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit den Standardkriterien und Kommentierungen, Klärung einzelner Umsetzungsfragen unter Beibehaltung des angestrebten Qualitätsniveaus des Standards durch die Projektgruppe Benennen von zielgruppenspezifischen Interventionen oder Hilfsmitteln
4. und 5. Monat	Phase 3 Einführung und Anwendung des Expertenstandards (ca. 8 Wochen)	Einführung und Anwendung in der Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> - Kick-Off 2 Veranstaltung in der Einrichtung
6. Monat	Phase 4 Datenerhebung mit standardisiertem Auditinstrument (ca. 4 Wochen)	Überprüfung aller Kriterienebenen (Umsetzungsgrad) des Expertenstandard-Entwurfs Datenquellen: Pflegedokumentation (n=40), Bewohnerbefragung (n=40), Personalbefragung

Auch bei der Festlegung des Implementierungsprozesses auf einen Zeitraum von sechs Monaten folgte das Studienteam den Erfahrungen des DNQP (Schiemann & Moers 2014, S. 40). Wie in den früheren modellhaften Implementierungen konnte diese Gesamt-Laufzeit in den Implementierungseinrichtungen zur Einführung des Expertenstandard-Entwurfs eingehalten werden, auch wenn es zu zeitlichen Abweichungen innerhalb des Prozesses kam. Auch wenn die Bewältigung der vier Phasen innerhalb von sechs Monaten die Einrichtungen vor hohe Anforderungen stellt, so trägt nach Ansicht des DNQP der überschaubare Zeitrahmen auch dazu bei, die Motivation aller projektbeteiligten Personen – auch angesichts der sich abzusehenden Ergebnisse am Ende des Projektes – über die Zeit aufrechtzuerhalten (ebd.). Dies kann das Studienteam der Universität Bremen für die an der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ beteiligten Einrichtungen nur bestätigen.

Um Abweichungen im Implementierungsprozess zu minimieren und die Integrität der durchgeführten Interventionen zu unterstützen, wurde – wie bereits in Abschnitt „5.4 Konzeption der Schulungsmaßnahme, des Implementierungshandbuchs und des Auditinstruments“ beschrieben –

ein **Implementierungshandbuch** erstellt (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht) (vgl. Sidani & Braden 2011, S. 93). Neben einem Überblick über die durchzuführende Implementierung, einer Darstellung der benötigten personellen und materiellen Ressourcen sowie Handlungsempfehlungen für die Umsetzung des Projektplans enthielt das Implementierungshandbuch eine Vorlage zur Verlaufsdocumentation durch die einrichtungsinternen Projektleitungen sowie das zum Ende des Implementierungsprozesses einzusetzende Auditinstrument.

6.2.1 Schulungen in den Einrichtungen der Interventionsgruppen

Die Schulungen der Pflegeheime der Interventionsgruppen A und B in der Cluster-RCT und der teilstationären und ambulanten Einrichtungen in der Beobachtungsstudie durch das Team der Universität Bremen (Lydia Neubert und Kathrin Seibert) erstreckten sich von der 23. bis in die 36. Kalenderwoche des Jahres 2015. Die Schulungen fanden jeweils nach Abschluss der t_0 -Datenerhebung in der gleichen oder folgenden Kalenderwoche statt und markierten als erste Kick Off-Veranstaltung den Beginn des sechsmonatigen Implementierungsprozesses. Die Konzeption der Schulungsmaterialien wurde im Abschnitt „5.4 Konzeption der Schulungsmaßnahme, des Implementierungshandbuches und des Auditinstruments“ aufgeführt.

Direkt vor und direkt nach der dreistündigen Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zur Einführung (Sensibilisierung) in die Standardinhalte wurden die anwesenden Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen mittels des Fragebogens „Schulungsevaluation“ hinsichtlich ihres Wissenszuwachs (Lerneffekte der Schulung) befragt. Der zur Beurteilung von Verständlichkeit, Übertragbarkeit und Beeinflussbarkeit des Expertenstandard-Entwurfs konzipierte Fragebogen „Praxistauglichkeit“ kam ebenfalls direkt nach der Basis-Schulung zum Einsatz. Die anwesenden Mitarbeiter wurden zu beiden Befragungen über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Sechs Monate später, zum jeweiligen Implementierungsende in den Einrichtungen, erhielten die Projektleitungen die beiden Fragebögen „Schulungsevaluation“ und „Praxistauglichkeit“ und wurden gebeten, diese ein weiteres Mal an die Mitarbeiter auszugeben, um deren Wissensverfestigung (Lerneffekte nach sechs Monaten) zu erfassen und die Einschätzungen zur Praxistauglichkeit nach der durchlaufenen Implementierung erneut zu erheben.

Die Gruppengröße für die vom Studienteam der Universität Bremen durchgeführten Basis-Schulungen in den 22 an der dreiarmligen Cluster-RCT teilnehmenden Pflegeheimen belief sich auf fünf bis 34 Mitarbeiter, die Gruppengröße in den Basis-Schulungen in den je sechs Tagespflegeeinrichtungen und Pflegediensten der Beobachtungsstudie betrug zwischen einer Person und 23 Personen.

Tabelle 4 fasst die Anzahl und Qualifikation der an der Basis-Schulung teilnehmenden Mitarbeiter aus allen Implementierungseinrichtungen zusammen. Da vorab als primäre Zielgruppe der Schulung die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte bestimmt wurde, wird diese an dieser Stelle getrennt von weiteren teilnehmenden Personen (Pflegehilfskräfte mit einer absolvierten Ausbildung unter drei Jahren und andere Berufsgruppen wie Ergotherapeuten oder Mitarbeiter aus der sozialen Betreuung) dargestellt. Unter den Pflegefachkräften sind alle Mitarbeiter mit einer mindestens 3-jährigen Pflegeausbildung mit und ohne Führungs-/Qualitätsmanagementaufgaben subsummiert.

Tabelle 4: Anzahl und Qualifikation der an der Basis-Schulung teilnehmenden Mitarbeiter aus den Implementierungseinrichtungen

Teilnehmer an den Schulungen durch die Universität Bremen zu t ₀ und Mitarbeiterbefragungen zu den drei Zeitpunkten	Cluster-RCT (22 Pflegeheime)				Beobachtungsstudie (6 Pflegedienste und 6 Tagespflegeeinrichtungen)			
	Pflegefachkräfte (3-jährige Ausbildung wie Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachkräfte mit Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang)		Pflegehilfskräfte (Ausbildung < drei Jahre) und andere Berufsgruppen wie Ergotherapeuten oder Mitarbeiter aus der sozialen Betreuung		Pflegefachkräfte (3-jährige Ausbildung wie Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachkräfte mit Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang)		Pflegehilfskräfte (Ausbildung < drei Jahre) und andere Berufsgruppen wie Ergotherapeuten oder Mitarbeiter aus der sozialen Betreuung	
	Schulungsevaluation	Praxis-tauglichkeit	Schulungsevaluation	Praxis-tauglichkeit	Schulungsevaluation	Praxis-tauglichkeit	Schulungsevaluation	Praxis-tauglichkeit
t _{0 vor}	256	---	171	---	91	---	34	---
t _{0 nach}	222	234	156	160	86	90	33	10
t ₂	123	136	50	65	45	52	12	13

In allen Implementierungseinrichtungen fanden wie im Implementierungsverlauf vorgesehen weitere, an den jeweiligen Bedarf der Mitarbeiter und den vorherrschenden Entwicklungsstand angepasste Schulungen und Fortbildungen zum Thema Mobilitätserhalt und -förderung während des Implementierungszeitraums statt. Über ihre stattgefundenen Angebote gaben die projektbeauftragten Personen in den für die Studie ExMo zu bearbeitenden Kostendaten, Verlaufsdocumentationen und Audit-Instrument Auskunft. Einen Einblick in die geschulten Themen geben die Ergebnisse des personalbezogenen Audits (vgl. Abschnitt 9.1.2).

Schulungsangebot und -durchführung in den Pflegeheimen der Kontrollgruppe C in der Cluster-RCT

Die Pflegeheime der Kontrollgruppe C der Cluster-RCT hatten bei abgeschlossenem Erhebungszeitraum und nach Übermittlung aller ausstehenden Daten die Gelegenheit, nach Wunsch eine oder beide Schulungsmaßnahmen (Einführung in das Vorgehen der modellhaften Implementierung und/oder Basisschulung zum Expertenstandard-Entwurf) der Interventionsgruppe A und die die Implementierung begleitenden Unterlagen (Implementierungshandbuch, Audit-Instrument, Schulungsmaterialien) zu erhalten. In acht der elf Kontroll-Einrichtungen fanden diese Schulungen statt. Sie begannen in der 50. KW 2015 und wurden in der 14. KW 2016 abgeschlossen (Lydia Neubert und Kathrin Seibert).

6.2.2 Begleitung der Implementierung und Netzwerkförderung in den Implementierungseinrichtungen

Zur Begleitung innerhalb des Implementierungsprozesses wurden den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen vor Beginn jeder Implementierungsphase Telefonate angeboten. Die teilstrukturierten Gespräche fanden zwischen den Projektleitungen in den Pflegeeinrichtungen und dem für die Einrichtung verantwortlichen Mitglied aus dem Studienteam der Universität Bremen (Lydia Neubert oder Kathrin Seibert) statt. Schwerpunkte der Gespräche bildeten jeweils der Blick auf die abgeschlossene

Projektphase (Schwierigkeiten, Erfolge, Handlungsstrategien) sowie die Klärung offener Fragen und inhaltliche Erläuterung der im nächsten Schritt zu bewältigenden Projektphase.

Zusätzlich fanden an der Universität Bremen zwei Netzwerktreffen für die teilnehmenden Einrichtungen der drei Studiengruppen (Studienteilnehmer der Interventionsgruppe A und Interventionsgruppe B, Studienteilnehmer der Beobachtungsstudie) statt. Der langjährigen Beobachtung des DNQP zur Bedeutung von Netzwerken folgend, nach der „der gegenseitige Austausch über und die gemeinsame, konzeptionelle Arbeit an Fragen der Qualitätsentwicklung jenseits empirischen Wissens (...) nach wie vor bedeutsam für die Herstellung von Pflegequalität“ ist (Büscher & Blumenberg 2014, S. 58), war dem Studienteam der Universität Bremen sehr an der Realisierung der beiden Netzwerktreffen während der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ gelegen, die ursprünglich nicht in der Projektkonzeption vorgesehen waren.

Neben dem Kennenlernen und dem Austausch der Einrichtungen untereinander stand bei den im September 2015 jeweils ganztägigen **Netzwerktreffen I** die Vorbereitung des Audits sowie ein Erfahrungsaustausch zum Stand der modellhaften Implementierungen des Expertenstandard-Entwurfs in den teilnehmenden Einrichtungen im Vordergrund. Grundlegend für den Austausch in Kleingruppen und im Plenum waren die folgenden diskussionsleitenden Fragen:

- Welche Erfahrungen haben Sie bislang im Implementierungsprozess gesammelt?
- Wie haben Sie die bisher in Ihrer Einrichtung durchlaufenen Phasen gestaltet?
- Was lief dabei gut? Wo gab es Hürden/Probleme und wie sind Sie mit diesen umgegangen?
- Gibt es Fragen, die Sie hier an die ganze Gruppe richten möchten?
- Welche Tipps/Ratschläge könnten Sie schon jetzt für die anderen Einrichtungen formulieren?

Als zweiter Tagesschwerpunkt wurde die Arbeitsversion des Auditinstruments mit den Teilnehmenden hinsichtlich Verständlichkeit und Praktikabilität in Kleingruppen sowie im Plenum diskutiert. Anmerkungen wurden bei der Entwicklung der Endversion des Auditinstruments nach Möglichkeit berücksichtigt. Dieses wurde im Oktober an die Einrichtungen versandt, denn zu diesem Zeitpunkt traten die ersten Einrichtungen in die vierte Implementierungsphase, Durchführung des bewohner-/klienten- und personalbezogenen Audits, ein.

Auf Wunsch der projektbeauftragten Personen erhielten die Teilnehmer der drei Studiengruppen im Nachgang der ersten Netzwerktreffen im September 2015 die Kontaktdaten (Name der Projektgruppenleitung, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Anschrift der Pflegeeinrichtung) der übrigen Gruppenmitglieder, um auch unabhängig von der Universität Bremen untereinander in Kontakt treten zu können.

Die im März 2016 stattgefundenen **Netzwerktreffen II** beschlossen für die Einrichtungen die aktive Teilnahme an der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs. Wieder kamen hierfür die projektbeauftragten Personen aus den Einrichtungen (als Studienteilnehmer der Interventionsgruppe A oder Interventionsgruppe B, oder als Studienteilnehmer der Beobachtungsstudie) jeweils für einen Tag nach Bremen. Schwerpunkt dieser Treffen war die Beurteilung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs und die Identifikation von Implementierungsbarrieren und begünstigenden Faktoren. Dazu wurden den Teilnehmern die bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Auditergebnisse, die zusammengefassten Aussagen der Projektleitungen in den Verlaufsdocumenta-

tionen zu erlebten Schwierigkeiten und die zusammengefassten Aussagen zu den die Implementierung erschwerenden und erleichternden Faktoren aus der Mitarbeiterbefragung vorgestellt. Im Dialog wurden die Befunde diskutiert und gegebenenfalls durch weitere Beobachtungen der Pflegepraktiker ergänzt. Durch diesen Austausch erhielt das Studienteam der Universität Bremen über die schriftlichen Mitteilungen in den eingesetzten Erhebungsinstrumenten hinaus und flankierend zu den Telefongesprächen weitere wertvolle Hinweise zur gelingenden Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ bezogen auf die Bewohner-/Klienten-, Personal- und Einrichtungsebene der drei Settings. Zudem profitierten die projektbeauftragten Personen untereinander davon, beispielsweise wenn sich über Anregungen zur Lösung erlebter Schwierigkeiten ausgetauscht wurde. Es war insbesondere dieser Austausch, den die Teilnehmer der Netzwerktreffen als bereichernd betonten.

6.3 Abweichungen im Studienverlauf

Dieser Abschnitt beschreibt die aufgetretenen Abweichungen vom geplanten Studienverlauf.

Abbruch der modellhaften Implementierung in Pflegeheimen der Cluster-RCT

Von den 33 in die Cluster-RCT eingetretenen Pflegeheimen haben zwei Einrichtungen der Interventionsgruppe A und eine Einrichtung der Interventionsgruppe B die modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs abgebrochen. Somit wurde dort weder das klienten-/bewohnerbezogene Audit noch das personalbezogene Audit durchgeführt. Dennoch wurden, soweit von den Pflegeheimen ermöglicht, alle weiteren Daten im Studienverlauf wie vorgesehen erhoben. Dieses Vorgehen trägt maßgeblich dazu bei, ein möglichst realitätsnahes Abbild der Praxis zu erfassen (keine Laborsituation) – in der es auch bei gesetzlich verpflichtender Einführung des Expertenstandard-Entwurfs vermutlich Einrichtungen geben wird, die diesen nur in Teilen oder zu anderen Zeitpunkte implementieren werden.

Der Abbruch erfolgte in der Interventionsgruppe A

- in der geplanten Kalenderwoche für den Erhebungszeitpunkt t_1 und
- drei Wochen vor der geplanten Kalenderwoche für den Erhebungszeitpunkt t_2

Der Abbruch erfolgte in der Interventionsgruppe B

- in der Kalenderwoche nach dem Erhebungszeitpunkt t_1 .

Zum Zeitpunkt t_1 erfolgte in einem Pflegeheim der Interventionsgruppe A keine Erhebung der Bewohnerdaten. Trotz des Abbruchs der Implementierung konnten die Erhebungen der Bewohnerdaten zu t_2 in allen betreffenden Einrichtungen der Interventionsgruppe A stattfinden. Alle weiteren Daten zu t_2 wurden nicht mehr übermittelt. In der betreffenden Einrichtung der Interventionsgruppe B war zu t_2 keine Erhebung von Daten mehr möglich.

Gründe für den Abbruch lagen in allen drei Fällen in einer hohen Personalfluktuation der Führungsebene sowie der projektbeauftragten Personen in den Einrichtungen. In einem Fall kam es zu dreimaligem Wechsel der Pflegedienstleitung im Projektzeitraum. In einem weiteren Fall führte ein Trägerwechsel vor Abschluss der Implementierung zum Abbruch der Implementierung.

Die Erfahrungen, dass Projektteilnehmer die modellhafte Implementierung abbrechen, machten die Entwickler der nationalen Expertenstandards in der Pflege erstmalig bei der Einführung des Exper-

tenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (2009). Sie weisen darauf hin, dass „auch bei gezielter Auswahl von Modelleinheiten die Personal- und Zeitressourcen knapper werden und unvorhergesehene Einflüsse (...) nicht ohne weiteres abgedeckt werden können“ (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 77). In der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ waren als zusätzliche Anforderungen die studienbezogenen Aufgaben (u. a. Datenerhebung bei den Bewohnern in der Cluster-RCT, Erfassung der Struktur- und Kostendaten) zu bewerkstelligen, die in vielen Fällen von der projektbeauftragten Person zu tragen waren.

Umgang mit dem Studienzentrumsordner und der ID-Liste der Bewohner in der Cluster-RCT

In 32 der teilnehmenden Pflegeheime erfolgte der Umgang mit dem Studienzentrumsordner sowie die Verwahrung der ID-Liste der Bewohner gemäß dem Studienprotokoll.

In einer Einrichtung gab die projektbegleitende Person nach erfolgter Datenerhebung zum Zeitpunkt t_0 den Verlust der ID-Liste der Bewohner an. Es erfolgte eine Rekonstruktion der ID-Liste zum Zeitpunkt t_1 unter Berücksichtigung der vorliegenden schriftlichen Einwilligungserklärungen sowie auf Basis der vorliegenden Daten der in die Studie aufgenommenen Bewohner. Mittels Datenbankabfrage wurde eine Liste der betreffenden Einrichtung erstellt, welche folgende Variablen enthielt: Bewohner-ID, Gruppe (gefhähig/nicht gefhähig), Geburtsjahr, Geschlecht, Körpergröße, Heimeinzug, Pflegestufe. Mit Hilfe dieser Liste konnte die ID-Liste der Bewohner eindeutig rekonstruiert werden.

Unvollständige Übermittlung der Daten in der Cluster-RCT

Zum Abschluss der Studie lagen aus 33 Pflegeheimen Datensätze der Strukturdaten für den Zeitpunkt t_0 vor. In einem Fall übermittelte ein Pflegeheim die zu t_0 erfragten Strukturdaten ohne Angaben zu Fluktuation, Krankenstand und Fortbildungsstunden des Personals. Auf Nachfrage betonte die Einrichtung einen nicht vertretbaren Erhebungsaufwand. Für den Zeitpunkt t_2 lagen Strukturdaten aus 28 Pflegeheimen vor. Die vorliegenden Datensätze wiesen für beide Zeitpunkte in wenigen Fällen fehlende Werte innerhalb einzelner Variablen auf. Angaben zu den Zeitaufwänden, die in den Kostendaten erfasst wurden, liegen zum Abschluss der modellhaften Implementierung aus acht Einrichtungen der Interventionsgruppe A und zehn Einrichtungen der Interventionsgruppe B sowie aus acht Einrichtungen der Kontrollgruppe vor. 18 von 22 Pflegeheimen übermittelten ihre Audit-Ergebnisse mit vereinzelt fehlenden Werten. Hinweise auf unvollständige Datensätze finden sich in der Ergebnisdarstellung jeweils am Beginn der Abschnitte. Fehlende Werte in einzelnen Variablen werden im Textverlauf ausgewiesen.

Unvollständige Übermittlung der Daten in der Beobachtungsstudie

Für den Zeitpunkt t_0 lagen zum Abschluss der Studie die Strukturdaten aus fünf von sechs Pflegediensten sowie aus allen teilstationären Pflegeeinrichtungen vor. Zum Studienabschluss lagen die Strukturdaten aus vier von sechs Pflegediensten und aus fünf von sechs teilstationären Pflegeeinrichtungen vor, jeweils mit einzelnen fehlenden Werten. In einem Fall übermittelte ein in der Beobachtungsstudie teilnehmender Pflegedienst die zu t_0 erfragten Strukturdaten ohne Angaben zu Fluktuation, Krankenstand und Fortbildungsstunden des Personals. Auf Nachfrage betonte die Einrichtung einen ebenfalls nicht vertretbaren Erhebungsaufwand. Auch für die Folgedatenerhebungen lehnte diese Einrichtung die Übermittlung der entsprechenden Daten ab. Hinweise auf unvollständige Da-

tensätze finden sich in der Ergebnisdarstellung jeweils am Beginn der Abschnitte. Fehlende Werte in einzelnen Variablen werden im Textverlauf ausgewiesen.

Nach Abschluss der Implementierung erhielten die teilnehmenden Einrichtungen bis zur 15. KW 2016 Zeit, noch ausstehende Angaben zu den Struktur- und Kostendaten, die Ergebnisse des Audits (Ergebnisprotokoll 1 und Ergebnisprotokoll 2, Fragebögen 1), die Fragebögen zur zweiten Mitarbeiterbefragung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit und Schulungsevaluation, den Erhebungsbogen zur Erfassung mobilitätsbezogener Aspekte in der Pflegedokumentation (nur die Teilnehmer der Beobachtungsstudie) und die bearbeiteten Verlaufsdocumentationen an das Studienteam der Universität Bremen zu senden. Während des Studienverlaufs und bis zum Stichtag in der 15. KW 2016 wurden diejenigen Einrichtungen, aus denen noch Daten ausstanden, mehrmals per E-Mail oder telefonisch an die Bearbeitung und den Versand erinnert. Das Studienteam der Universität Bremen stand während der gesamten Studiendauer für Nachfragen zur Datenerhebung zur Verfügung. Darauf griffen die Einrichtungen in einem geringeren als – aufgrund von Vorerfahrungen des Studienteams – vermutetem Ausmaß zurück. Die reine Bearbeitung der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente stellte die projektbeauftragten oder andere damit betraute Personen der Pflegeeinrichtungen vor keine nennenswerten Schwierigkeiten, vor allem dann nicht, wenn sie direkt auf die einzusammelnden einrichtungs- und personalbezogenen Daten zugreifen konnten. Dennoch wiesen die abschließend übermittelten Datensätze zu Bewohner-, Struktur- und Kostendaten an einigen Stellen fehlende Werte oder unplausible Angaben auf. Den Umgang mit diesen beschreibt das nächste Kapitel. Dort werden die einzelnen Schritte der Datenbereinigung und -auswertung beschrieben.

7 Datenbereinigung und Auswertung der Daten

Dieses Kapitel beschreibt das Vorgehen der Datenbereinigung und Auswertung der Daten. Zunächst umreißt Abschnitt 7.1 das Vorgehen bei der Dateneingabe und -bereinigung und Auswertung der Bewohnerdaten in der Cluster-RCT, bevor in Abschnitt 7.2 das Vorgehen für alle weiteren Daten aus den drei Settings beschrieben wird.

7.1 Daten der Bewohner in der Cluster-RCT

Die Eingabe, Aufbereitung und Verarbeitung der **Bewohnerdaten** erfolgte durch das Team des KKSb (Jörg Bendig, Dr. Sylvia Schmidt, Prof. Dr. Werner Brannath).

Dateneingabe und Bereinigung

Die Einträge aus den CRFs wurden durch speziell geschulte und autorisierte KKSb-Mitarbeiter in eigens für diesen Zweck programmierte relationale Datenbanken übernommen. Um sicherzustellen, dass die Datenbank die Einträge im CRF widerspiegelt, wurden die Daten der primären Wirksamkeitsanalyse (TUG) im „Double-Entry-Verfahren“ (doppelte Dateneingabe von zwei unterschiedlichen Personen) aufgenommen. Eine Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung sowie eine Prüfung auf Widerspruchsfreiheit der Daten (Range-, Validitäts- und Konsistenzchecks) fand entweder direkt während der Eingabe der Daten (programmierte Abfragen innerhalb der Datenbank) oder nach der Eingabe (programmierte Abfragen mittels geeigneter Software) statt.

Rückfragen (Queries), die sich ggf. aus den Überprüfungen ergeben, wurden auf speziellen Formblättern an die entsprechenden Personen des Studienteams (verblindete Datenerheber über das Team des IPP/SOCIUM) zur Klärung weitergeleitet. Anhand der Formblätter wurden entstandene Diskrepanzen überprüft. Die in den Formblättern gemachten Angaben dienen als Nachweis der Abweichungen im CRF. Im CRF selbst wurden keine Änderungen vorgenommen. Auf jedem Formblatt wurde die Richtigkeit der Änderung durch Unterschrift der verantwortlichen Person bestätigt. Die Formblätter wurden im Original an das Datenmanagement zur Weiterbearbeitung zurückgegeben und nach ihrer Bearbeitung mit den dazugehörigen CRFs bis zum Abschluss der Studie archiviert.

Im Rahmen der statistischen Auswertung wurden umfangreiche **Plausibilitätsüberprüfungen** vorgenommen. Alle Angaben wurden auf Konsistenz überprüft. Ein ausführlicher Bericht zu den Ergebnissen der Plausibilitätsüberprüfungen findet sich im statistischen Bericht des KKSb. Nach Abschluss der Plausibilitätsüberprüfungen und Vornahme notwendiger Korrekturen lag zur weiteren Analyse ein widerspruchsfreier Datensatz vor.

Für alle Variablen wurden die Anzahlen fehlender Werte zu jedem der drei Erhebungszeitpunkte dokumentiert. Einige fehlende Werte konnten aufgrund der Angaben anderer Zeitpunkte **imputiert** werden. Bei den folgenden Variablen wurde – nach erfolgtem Plausibilitätscheck – der Wert eines anderen Zeitpunkts übernommen: Geschlecht, Geburtsjahr (und damit das berechnete Alter), aktuelle Pflegestufe und PEA-Status. Für die Größe und das Gewicht (und damit den berechneten BMI) sowie den Gesamtscore des EBoMo wurde linear interpoliert, wobei fehlende Werte zu t_0 durch FOCB (first observation carried backwards) und fehlende Werte zu t_2 durch LOCF (last observation carried forward) ersetzt wurden. Die Hauptzielgröße Log(TUG) wurde nur zu t_1 linear interpoliert, falls sowohl zu t_0 als auch zu t_2 der TUG durchgeführt wurde, und zwar entweder beide Male selbstständig oder beide Male mit Unterstützung. Hierbei konnten 33 zusätzliche TUG-Werte für eine Sen-

sitivitätsanalyse verwendet werden, insbesondere bei Bewohnern des Pflegeheims, welches nur zu t_0 und zu t_2 an den Erhebungen teilnahm.

Datenauswertung

Für die Analyse der Baselinedaten wurden die Variablen, welche im CRF erhoben bzw. hieraus berechnet wurden, deskriptiv beschrieben. Weiterhin wurden Korrelationen beziehungsweise Assoziationen zwischen spezifischen Variablen und der Dauer des TUG betrachtet. Für die Wirksamkeitsanalyse wurden Unterschiede zwischen den drei Interventionsgruppen durch eine longitudinale Multilevel ANOVA (mit den Einrichtungen und Bewohnern als random effect) für die Zeitpunkte t_0 und t_1 mit Treatment-Zeit-Interaktionen geprüft. Die Gruppen wurden zudem paarweise durch entsprechende Multilevel Analysen verglichen. Bei der Regression wurden relevante Kovariablen einbezogen. Verschiedene Sensitivitätsanalysen wurden unterstützend durchgeführt. Weitere Auswertungen zur Wirksamkeitsanalyse waren deskriptive Analysen, insbesondere für den EBoMo und die Esslinger Transferskala. Alle Auswertungen erfolgten mit SAS® (Version 9.4). Die Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse sind in Kapitel 10 dieses Berichtes zu finden. Ergänzend führt die statistische Anlage zur Wirksamkeitsanalyse dieses Berichtes den Statistischen Analyseplan (SAP) (in Anhang A der statistischen Anlage), weiterführende Analysen (Anhang B der statistischen Anlage) sowie sämtliche Ergebnistabellen und Grafiken (Anhang C der statistischen Anlage).

7.2 Weitere Daten der Cluster-RCT und Beobachtungsstudie

Die Eingabe, Aufbereitung und Verarbeitung der **Struktur- und Kostendaten, der Analysen zu mobilitätsbezogenen Aspekten in der Dokumentation, der Mitarbeiterbefragungen Schulungsevaluation, Praxistauglichkeit und Wirksamkeit** sowie der Daten aus dem **klienten-/bewohner- sowie personalbezogenen Audit und der Verlaufsdokumentation** erfolgte durch das Team des IPP/SOCIUM (Lydia Neubert und Kathrin Seibert).

Dateneingabe und Bereinigung

In einem ersten Schritt wurden Eingabeprotokolle erstellt und Auswertungsregeln festgelegt. Die Eingabe der Daten aus den papiergestützten Erhebungen sowie die Überführung der *Microsoft Excel*-Dateien in einen vollständigen Datensatz erfolgte im Double-Data-Entry-Verfahren. Sowohl während der Dateneingabe als auch im Rahmen der Auswertung wurden die Daten auf Plausibilität und Konsistenz überprüft (z.B. die Zuordnung von Interventionen zu einer Maßnahmenart oder Datumsangaben). Bei nicht plausiblen oder fehlenden Werten in den Struktur-, Kosten- und Auditdaten wurden die entsprechenden Einrichtungen per E-Mail und telefonisch kontaktiert, um die Werte zu validieren. Nach Bereinigung der Datensätze gingen diese in die Datenauswertung ein.

In den vorliegenden Datensätzen der Struktur- und Kostendaten konnten einzelne fehlende Werte aufgrund der Angaben zu anderen Zeitpunkten **imputiert** werden. Dabei wurden – nach erfolgtem Plausibilitätscheck – die Werte eines anderen Zeitpunkts übernommen. Dies betrifft die Variable „Träger“. Für die monetäre Bewertung der Zeitaufwände wurden in Einrichtungen, die zwar einen Zeitaufwand für Berufsgruppen, jedoch kein dazugehöriges Arbeitgeberbrutto angaben, der sich aus den Angaben der übrigen Einrichtungen errechnete jeweilige Mittelwert der betreffenden Berufsgruppe eingesetzt. Weitere Änderungen des Datensatzes betrafen beispielsweise die Angaben der Stundenlöhne des Arbeitgeberbruttos: Wurde hier für einzelne Berufsgruppen mehr als ein Wert

angeben (betrifft die Variable „Arbeitgeberbrutto Auszubildende Altenpflege, 1. und 2. Ausbildungsjahr“), wurde der Mittelwert beider Werte übernommen. Bei nicht als Stunden sondern als Monatsgehälter/Taschengeld/Honorar angegebenen Werten erfolgte die Berechnung eines Stundenlohns entweder von dem in der Einrichtung erfragten Stundenumfang oder ausgehend von einer 38,5-Stunden-Woche bei ausbleibender Antwort der Einrichtung. Erläuterungen der Berechnungsschritte oder zum Umgang mit fehlenden Werten oder statistischen Extremwerten (Ausreißern) finden sich jeweils an den betreffenden Stellen der in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse.

Datenauswertung

Für die Analyse der Strukturdaten zur Baseline wurden die erhobenen bzw. errechneten Daten deskriptiv beschrieben. Die zu t_2 erhobenen bzw. errechneten Kostendaten wurden deskriptiv beschrieben. Weitere Auswertungen der Strukturdaten und Kostendaten aus der Beobachtungsstudie waren deskriptive Analysen. Gleiches gilt für alle Daten des Audits sowie die Daten der Mitarbeiterbefragungen und Verlaufsdokumentation. Die Analyse mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation wurde für alle Settings deskriptiv beschrieben. Für die Daten der Mitarbeiterbefragungen und Verlaufsdokumentation erfolgten für alle Settings und Zeitpunkte deskriptive Analysen sowie zusammenfassende inhaltsanalytische Auswertungen angelehnt an das von Mayring (2007) beschriebene Verfahren. Die Auswertung quantitativer Daten erfolgten mit den Programmen IBM SPSS STATISTICS® Version 23.0 und *Microsoft Excel* 2013. Qualitative Daten wurden mit MAXQDA® Version 12.0 ausgewertet.

8 Beschreibung der Stichprobe und Implementierungseinrichtungen

Der Darstellung der in der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ erhaltenen Ergebnisse vorangestellt, sind die beteiligten Pflegeeinrichtungen der drei Versorgungsbereiche (vollstationär, ambulant und teilstationär) vorzustellen. Dazu beschreibt Abschnitt 8.1 die Baseline-Charakteristika der Stichprobe in der Cluster-RCT (Pflegeheime) und Abschnitt 8.2 dieselben Merkmale für die Teilnehmer der Beobachtungsstudie (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen). Abschnitt 8.3 fasst die Baseline-Charakteristika der Stichproben – auch im Vergleich zu den Daten der Pflegestatistik – zusammen. Dazu zeigen Tabelle 24 und Tabelle 25 am Ende des Abschnitts eine Übersicht ausgewählter Merkmale in der Zusammenfassung.

8.1 Beschreibung der Stichprobe in der Cluster-RCT: Pflegeheime zum Zeitpunkt t_0

Die jeweils elf teilnehmenden Pflegeheime der beiden Interventionsgruppen A und B sowie der Kontrollgruppe C der Cluster-RCT werden im Folgenden auf Basis der übermittelten **Strukturdaten** zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_0) und für den jeweiligen Studienarm näher beschrieben. Die Darstellung erfolgt sowohl über alle Einrichtungen hinweg als auch differenziert nach Studienarm. Für den Zeitpunkt t_0 lagen zum Abschluss der Studie aus allen Pflegeheimen Datensätze vor, die in wenigen Fällen fehlende Werte innerhalb einzelner Variablen aufwiesen. Ein Vergleich der Mittelwertdifferenzen der für den Zeitpunkt t_0 übermittelten Strukturvariablen zeigte in keiner Gruppe einen signifikanten Unterschied. Die im Weiteren beschriebenen Merkmale verteilten sich zu Beginn der Studie dem Verfahren der Zufallszuweisung folgend weitgehend gleich über die drei Studienarme.

Zu den Strukturdaten zählen Region, Trägerschaft, Größe, angewandte Konzepte zur Mobilitäts-erhaltung und -förderung, Gesamtwochenstunden im Qualitätsmanagement, Personalausstattung (Wochenstunden und Vollzeitäquivalente), Fortbildungsstunden, Fluktuation und Krankheitstage. Zum Abschluss des Kapitels werden zudem die projektbeauftragten Personen, Zusammensetzung der Projektgruppen sowie der allgemeine und mobilitätsbezogene pflegerische Entwicklungsstand in den Implementierungseinrichtungen des vollstationären Settings näher beschrieben (hierzu zählen in der Einrichtung angewandte Expertenstandards und durchgeführte Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung, Pflegeorganisationsform und Pflegefachkräfte mit spezieller Expertise im Bereich der Mobilität).

Region, Trägerschaft und Größe

8 der teilnehmenden Einrichtungen liegen in Nordrhein-Westfalen, 7 in Niedersachsen, 5 in Baden-Württemberg, je 3 in Bayern und Hessen, 2 in Berlin und je 1 in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Die regionale Verteilung und Trägerschaft aller teilnehmenden Pflegeheime wird in Tabelle 5 dargestellt. Die Anteile pro Region (Nord, Ost, Süd und West) der 33 in der Studie teilnehmenden Pflegeheime wurden zur Stratifizierung vor der Randomisierung den im Frühjahr 2015 verfügbaren Anteilen aller vollstationären Pflegeheime in Deutschland aus der Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013, S. 18) gegenüberlegt. Insgesamt liegen die Anteile der regionalen Verteilung der Pflegeheime in ExMo nah an der regionalen Verteilung aller Pflegeheime in Deutschland.

Tabelle 5: Regionale Verteilung und Trägerschaft Pflegeheime

		Region				Summe
		Nord (SH, HH, HB, MVP, NS)	Ost (B, BB, TH, SA, S)	Süd (BY, BW)	West (NRW, HE, RP, SAR)	
Träger	privat	6	0	1	9	16
	öffentlich	0	0	2	0	2
	freigemeinnützig	3	4	5	3	15
	Summe	9	4	8	12	33
Anteile in ExMo		27 %	12 %	24 %	36 %	100 %
Anteile nach Pfleigestatistik 2011		21 % (2.263)	20 % (2.170)	28 % (2.945)	31 % (3.328)	100 % (10.706)

Je knapp die Hälfte der teilnehmenden Pflegeheime befindet sich in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft, während öffentliche Träger mit zwei Einrichtungen der insgesamt 33 Einrichtungen in der Stichprobe vertreten sind. Tabelle 6 zeigt die absolute und prozentuale Verteilung.

Tabelle 6: Trägerschaft der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

Träger		freigemeinnützig	öffentlich	privat	Gesamt
ExMo	absolut	15	2	16	33
	prozentual	45,5	6,1	48,5	100,00
Pfleigestatistik 2013	absolut	5.895	558	4.496	10.949
	prozentual	53,8	5,1	41,1	100,00

Die anteilige Verteilung nach Art des Trägers der teilnehmenden Pflegeheime im Vergleich mit den in der Pflegestatistik 2013⁵ ausgewiesenen Pflegeheimen mit vollstationärer Dauerpflege (Statistisches Bundesamt 2015, S. 21) ist in Abbildung 5 abgebildet.

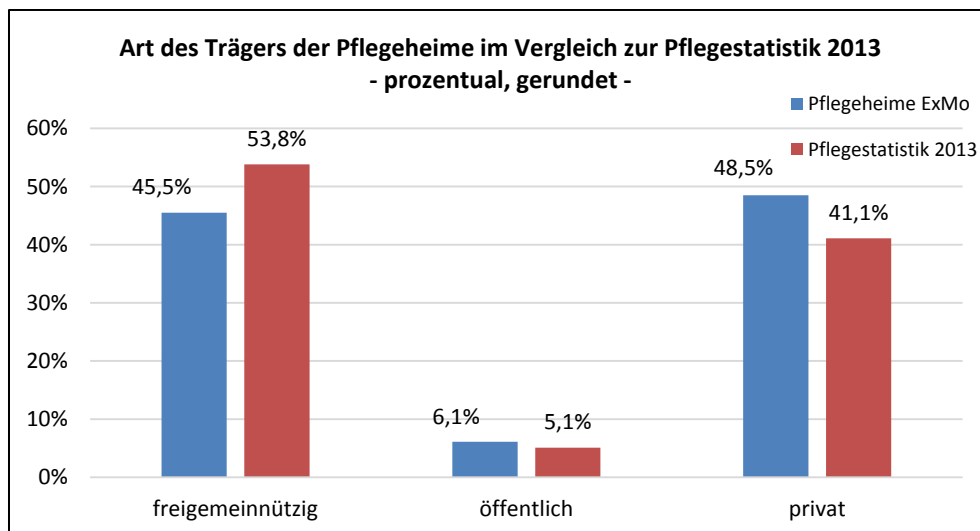


Abbildung 5: Trägerschaft der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

⁵ Die in der Pflegestatistik verfügbaren Daten stellen derzeit die beste verfügbare Datenbasis dar, um sich der Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen in Deutschland deskriptiv zu nähern. Die Daten der Pflegestatistik dürften der Grundgesamtheit in der Struktur (nicht in den absoluten Fallzahlen) sehr nahe kommen und zeigten zumindest in der Vergangenheit keine disruptiven strukturellen Veränderungen.

Von den Pflegeheimen haben 32 keinen zusätzlichen pflegefachlichen Schwerpunkt vereinbart. Eine Einrichtung in der Kapazitätsgrößenklasse 101 bis 150 Plätze führt 24 Plätze mit einem gerontopsychiatrischen Schwerpunkt.

Tabelle 7 zeigt die absoluten und anteiligen Häufigkeiten der Zuordnung der 33 Pflegeheime in sieben Größenklassen nach Studienarm. Diese wurden angelehnt an die in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ausgewiesenen Kapazitätsgrößenklassen gebildet.

Tabelle 7: Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime nach Studienarm

Kapazitätsgrößenklasse	Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<=50	0	0,0 %	0	0,0 %	1	9,1 %
51 bis 60	0	0,0 %	1	9,1 %	2	18,2 %
61 bis 80	3	27,3 %	4	36,4 %	4	36,4 %
81 bis 100	3	27,3 %	3	27,3 %	1	9,1 %
101 bis 150	3	27,3 %	3	27,3 %	3	27,3 %
151 bis 200	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
201 bis 300	2	18,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %
>301	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
gesamt	11	100,0 %	11	100,0 %	11	100,0 %

Tabelle 8: Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

	Kapazitätsgrößenklasse (Plätze)								gesamt
	<=50	51-60	61-80	81-100	101-150	151-200	201-300	>=301	
ExMo: absolut	1	3	11	7	9	0	2	0	33
ExMo: prozentual	3,0	9,1	33,3	21,2	27,3	0,00	6,1	0,00	100,00
Pflegestatistik 2013: absolut	3.284	1.053	2.035	1.686	2.147	542	176	26	10.949
Pflegestatistik 2013: prozentual	30,0	9,6	18,6	15,4	19,6	5,0	1,6	0,2	100,00

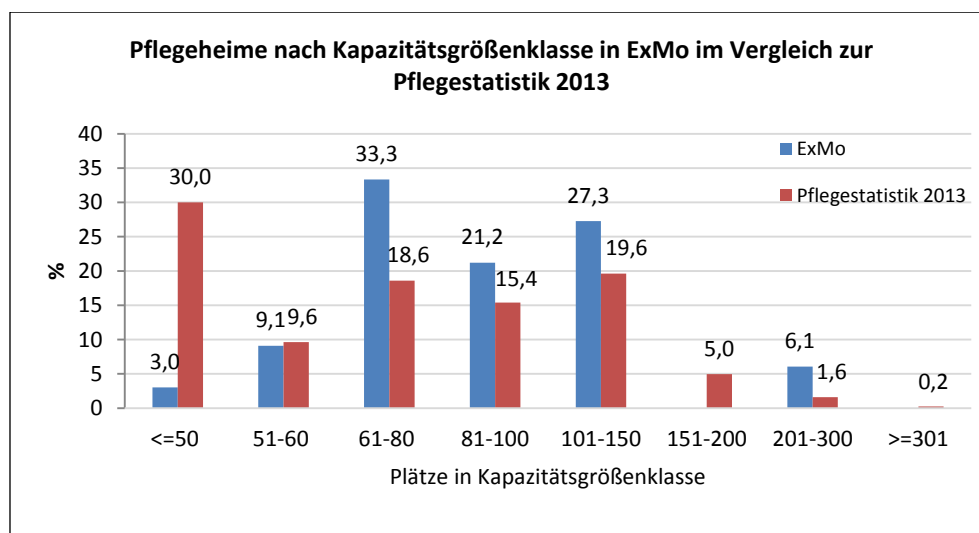


Abbildung 6: Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

Tabelle 8 und Abbildung 6 zeigen die anteilige und absolute Verteilung nach Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime im Vergleich zu den Daten der Pflegestatistik 2013 (vgl. Statistisches Bundesamt

2015, S. 21). Während kleine Pflegeheime von unter 50 Plätzen in der Grundgesamtheit den größten Anteilswert (30 %) aufweisen, nahm in dieser Studie in dieser Kapazitätsklasse lediglich eine Einrichtung mit 48 Plätzen teil (3 %). Dagegen weisen mehr als 80 % der teilnehmenden Einrichtungen eine Größenklasse von 61-150 Plätzen auf, während der entsprechende Anteilswert in der Pflegestatistik lediglich bei unter 55 % liegt. Die vermehrte Teilnahme mittlerer und größerer Pflegeheime (> 60 Plätze) kann u.a. auf die Rekrutierungsbedingung zurückzuführen sein, mindestens 25 bis 30 gefähige sowie zehn nicht gefähige Pflegebedürftige für die Teilnahme in der Einrichtung zu gewinnen.

Anzahl der in den einzelnen Pflegeheimen versorgten Personen

Zum ersten Erhebungszeitpunkt lebten in den Pflegeheimen 2.981 Personen. In allen teilnehmenden Pflegeheimen waren im Mittel 90 Plätze (Streuung der Werte zwischen 47 und 211 Pflegeplätzen) belegt. In der Interventionsgruppe A waren durchschnittlich 110 Pflegeplätze (Streuung der Werte von 56 bis 211), in der Interventionsgruppe B 86 Pflegeplätze (Streuung der Werte von 48 bis 128) und in der Kontrollgruppe C 76 Pflegeplätze (Streuung der Werte von 47 bis 131) belegt. Bundesweit lebten zum Stichtag 15.12.2013 in allen Pflegeheimen im Mittel 63 Personen, in Pflegeheimen mit ausschließlichem Dauerpflegeangebot 67 Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt 2015, S. 21).

Die absolute Häufigkeit der Verteilung der Pflegestufen in den Studienarmen zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9: Verteilung der Pflegestufen in den Pflegeheimen (absolut)

Pfleigestufe	Pflegebedürftige in den Pflegeheimen zum Zeitpunkt t0			
	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	gesamt
ohne PS	39	31	42	112
PS I	527	396	333	1.256
PS II	439	336	313	1.088
PS III	190	175	124	489
Härtefall	11	5	20	36
gesamt	1.206	943	832	2.981

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Pflegestatistik 2013 zeigt sich über alle Bewohner hinweg die Verteilung der Pflegestufen zum Erhebungszeitpunkt t_0 in den Pflegeheimen wie in Tabelle 10 und Abbildung 7 dargestellt. Für die Gegenüberstellung wurden nur die Angaben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Dauerpflege herangezogen (Statistisches Bundesamt 2015, S. 23).

Tabelle 10: Verteilung der Pflegestufen im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

Pfleigestufen		ohne PS	PS I	PS II	PS III	Härtefall	gesamt
ExMo	absolut	112	1.256	1.088	489	36	2.981
	prozentual	3,6	42,1	36,5	16,4	1,2	100,00
Pfleigestatistik 2013	absolut	12.410	279.379	295.999	147.546	8.096	743.430
	prozentual	1,7	37,6	39,8	19,9	1,1	100,00

Zwischen den einzelnen Studienarmen zeigen sich nur geringe Unterschiede. Werden alle Pflegeheime betrachtet, sind Personen mit Pflegestufe I in den Pflegeheimen der Cluster-RCT im Vergleich zur Grundgesamtheit anteilmäßig häufiger vertreten. Ebenfalls weisen die Pflegestufen II und III einen geringeren Anteil als die Grundgesamtheit auf. Von den drei Studienarmen liegen die Werte der Kontrollgruppe C den Werten der Pflegestatistik insgesamt am nächsten. Die leicht von der Grundgesamtheit abweichende Verteilung der Pflegestufen in der Cluster-RCT kann ebenfalls auf die Rekrutierung zurückzuführen sein.

tierungsbedingung zurückzuführen sein, gehfähige Bewohner für eine Studienteilnahme zu gewinnen, denen vermutlich eher eine niedrigere Pflegestufe zu eigen ist.

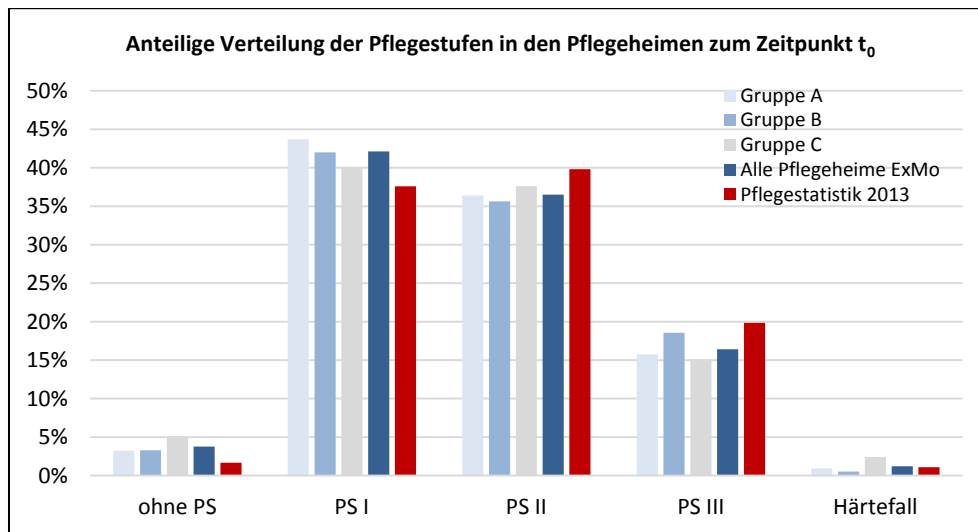


Abbildung 7: Anteilige Verteilung der Pflegestufen in den Pflegeheimen im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

Konzepte zur Mobilitätserhaltung und -förderung

Von den Pflegeheimen werden zu Beginn der Datenerhebungsphase unterschiedliche, bereits angewandte Konzepte zur Erhaltung und Förderung der Mobilität benannt.

- Zwei Pflegeheime nutzen Konzepte wie Mobil im Alter (MiA) oder Älterwerden ist LebensART, eine Einrichtung setzt Bewegungsangebote in Anlehnung an das Drei-Schritte-Programm nach Zegelin und Reuther (Abt-Zegelin & Reuther 2014) um. Auch wurden hausinterne, nicht näher definierte Konzepte, wie beispielsweise ein Traineeprogramm von Koordination und Kognition (Bewegungskalender) aufgeführt.
- Die Mehrheit der Pflegeheime nennt an dieser Stelle Angebote zu allgemeinen Fitness- und Bewegungsübungen. Darunter sind Kraft- und Balancetraining, Bewegungstraining mit und ohne Musik für unterschiedliche Personengruppen oder Bewegungsangebote unter Einsatz mechanischer Bewegungstrainer, spielkonsolengesteuerte Bewegungsangebote sowie regelmäßig stattfindende Tanzcafés genannt. Eine Einrichtung betont Bewegungsförderung bei Alltagsaktivitäten wie der Mithilfe bei der Hauswirtschaft oder die Erledigung von Botengängen und Besorgungen.

Gesamtwochenstunden im Qualitätsmanagement

Die für das Qualitätsmanagement in den Einrichtungen und über den Träger zur Verfügung stehenden Gesamtwochenstunden im Qualitätsmanagement fasst Tabelle 11 zusammen: Insgesamt standen in den Pflegeheimen der Kontrollgruppe C durchschnittlich die meisten Stunden sowohl einrichtungsintern als auch über den Träger für das Qualitätsmanagement zur Verfügung. Beide Interventionsgruppen verfügen dagegen über weniger personelle Ressourcen für das Qualitätsmanagement, wobei die Einrichtungen der Interventionsgruppe B noch einmal deutlich niedrigere durchschnittliche Stunden aufweisen als Interventionsgruppe A.

Tabelle 11: Wochenstunden für das Qualitätsmanagement in den Pflegeheimen

	Wochenstunden Qualitätsmanagement											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
intern	38,47	10,00	120,00	36,49	24,22	2,00	69,00	21,77	42,68	3,00	100,00	29,58
Träger	16,89	0,00	59,00	22,48	12,50	0,00	40,00	16,09	17,55	0,00	91,00	27,61
insgesamt	53,67	10,00	127,20	45,77	34,30	0,00	109,00	34,08	60,23	4,00	182,00	51,09

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Personalausstattung: Wochenstunden und Vollzeitäquivalente

In den Pflegeheimen lagen zu t_0 die in Tabelle 12 gezeigten Wochenstunden und entsprechenden Vollzeitäquivalente (Ausgangspunkt ist eine 38,5-Stunden Woche) für das an der pflegerischen Versorgung beteiligte Personal vor. Eine Einrichtung der Interventionsgruppe B stellte keine Daten zu den Wochenstunden des Personals zur Verfügung. Die Berufsgruppen orientieren sich an den im Erhebungsbogen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege (MDS & GKV-SV 2014a) erfassten Personengruppen, beinhalten jedoch ergänzende Differenzierungen.

Tabelle 12: Wochenstunden und Vollzeitäquivalente des Personals in den Pflegeheimen

	Wochenstunden des Personals (gerundet)											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	2.224	1.227	5.102	1.116	1.945	1.137	3.105	828	1.855	1.094	3.505	712
Pflegefachkräfte	727	379	1629	346	630	405	1.049	243	584	215	1.170	304
Akademiker in Pflege und Betreuung	22	0	127	40	26	0	113	37	4,6	0	40	12
Pflegehilfskräfte	158	0	640	180	275	23	1.034	331	133	0	370	121
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	680	0	1.836	502	562	200	1.548	422	669	235	1.390	302
Soziale Betreuung und Therapie	244	100	489	116	175	96	290	68	177	72	390	95
Hauswirtschaftliche Versorgung	393	0	992	307	277	0	796	252	287	110	638	183
	Vollzeitäquivalente											
gesamt	57,8	31,9	132,5	29,0	50,5	29,5	80,6	21,5	48,2	28,4	91,0	18,5
Pflegefachkräfte	18,9	9,8	42,3	9,0	16,4	10,5	27,3	6,3	15,2	5,6	30,4	7,9
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,6	0,0	3,3	1,0	0,7	0,0	2,9	1,0	0,1	0,0	1,0	0,3
Pflegehilfskräfte	4,1	0,0	16,6	4,7	7,1	0,6	26,9	8,6	3,5	0,0	9,6	3,1
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	17,7	0,0	47,7	13,0	14,6	5,2	40,2	11,0	17,4	6,1	36,1	7,8
Soziale Betreuung und Therapie	6,3	2,6	12,7	3,0	4,5	2,5	7,5	1,8	4,6	1,9	10,1	2,5
Hauswirtschaftliche Versorgung	10,2	0,0	25,8	8,0	7,2	0,0	20,7	6,6	7,5	2,9	16,6	4,7

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Insgesamt verfügten die Pflegeheime der Interventionsgruppe A im Durchschnitt über die höchste Anzahl von Gesamtwochenstunden und Vollzeitäquivalenten über alle Berufsgruppen. Gefolgt von den Einrichtungen der Interventionsgruppe B und Kontrollgruppe C. Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte (darin sind die verantwortliche Pflegefachkraft, Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger enthalten) macht im Mittel in der Interventionsgruppe A einen Anteil von 33 %, in der Interventionsgruppe B einen Anteil von 33 % und in der Kon-

trollgruppe einen Anteil von 32 % aus.⁶ Diese Anteile unterschreiten die in der Pflegestatistik 2013 berichtete Zahl von 45 % mit einem Abschluss entweder als Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Statistisches Bundesamt 2015, S. 19).

Eine empirische Fachkraftquote, ausgehend von den Vollzeitäquivalenten der Pflegefachkräfte zuzüglich der Vollzeitäquivalenten der Ergotherapeuten, Sozialpädagoginnen und Sozialarbeitern und den Akademikerinnen in Pflege und Betreuung im Vergleich zum übrigen Personalbestand ergibt für die Pflegeheime in ExMo die in Tabelle 13 dargestellten Werte. Diese erlauben keine Aussage über die Fachkraftquote im Sinne der Heimpersonalverordnung § 5 (1) (HeimPersV) für die teilnehmenden Pflegeheime, da die zur Berechnung herangezogenen Daten aus 31 von 33 Pflegeheimen im Rahmen der Erfassung der Wochenstunden im Kontext der Studie erhoben wurden und die Berufsgruppen nicht bundeslandspezifisch der Kategorie „Pflegefachkraft“ zugeordnet wurden. Die Zahlen geben Aufschluss über eventuelle bedeutsame Strukturungleichheiten in den drei Studienarmen, die für dieses Merkmal nicht erkennbar sind.

Tabelle 13: Empirische Fachkraftquote in den Pflegeheimen

	Empirische Fachkraftquote (%)			
	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	34,88	14,36	56,82	8,02
Gruppe A	36,25	26,99	56,82	9,07
Gruppe B	35,99	26,49	44,07	5,68
Gruppe C	32,59	14,36	45,05	8,70

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Akademiker in Pflege und Betreuung sind in allen Studienarmen wenig benannt. Personen mit entsprechender Qualifikation könnten das allgemeine Qualitätsniveau eines Pflegeheims durch ihre erweiterten Kompetenzen beeinflussen. In der Interventionsgruppe A sind in vier Pflegeheimen für diese Berufsgruppe Wochenstunden angegeben, in Interventionsgruppe B in fünf Pflegeheimen und in der Kontrollgruppe C in zwei Pflegeheimen. Insgesamt verfügen die Einrichtungen der Interventionsgruppe B hier im Mittel über die höchste Anzahl an Wochenstunden. Ebenso verzeichnet die Interventionsgruppe B auch die höchste Anzahl an Wochenstunden für Pflegehilfskräfte. Als vergleichendes Merkmal der Studienarme lässt sich für die Gruppe der Pflegefachkräfte auf Grundlage der angegebenen Wochenstunden die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehende Zeit in Stunden bestimmen. Die Pflegezeit pro Pflegebedürftigem liegt durchschnittlich in den Studienarmen nah beieinander und beträgt in der Interventionsgruppe A im Mittel 6,9 Stunden (Streuung von 2,1 bis 8,9 Stunden), in der Interventionsgruppe B im Mittel 7,4 Stunden (Streuung von 5,1 bis 8,7 Stunden) und in der Kontrollgruppe C 7,6 Stunden (Streuung von 3,1 bis 12,5 Stunden).

Fortbildungsstunden, Fluktuation und Krankheitstage

Angaben zu den in den letzten zwölf Monaten angefallenen Fortbildungsstunden, zu der Fluktuation und den Krankheitstagen des Personals liegen für den Zeitpunkt t_0 aus jeweils zehn Pflegeheimen der

⁶ Dieser Anteil ist nicht mit der sogenannten Fachkraftquote gleichzusetzen, da in der hier durchgeführten Berechnung ausschließlich die oben genannten pflegerischen Qualifikationen als Pflegefachkräfte gezählt wurden.

Interventionsgruppe B und der Kontrollgruppe C vor. In der Interventionsgruppe A war es einer Einrichtung nicht möglich, retrospektiv Angaben zu den Zu- und Abgängen des Personals vorzuhalten. Insgesamt unterscheiden sich die durchschnittlichen Fortbildungsstunden des Personals in Pflege und Betreuung kaum zwischen den Studienarmen und liegen – wie Tabelle 14 zeigt – in allen Gruppen bei etwa 1.000 Stunden.

Tabelle 14: Fortbildungsstunden im Jahr 2014 in den Pflegeheimen

	Fortbildungsstunden											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	1.086	184	2.485	725	1.014	0	4.680	1.460	1.049	176	3.927	1.114
Pflegefachkräfte	580	66	2.120	597	298	0	888	308	398	0	1.943	570
Akademiker in Pflege und Betreuung	16	0	116	35	18	0	70	28	29	0	210	66
Pflegehilfskräfte	75	0	352	104	61	0	318	110	71	0	400	127
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	192	21	570	187	428	0	3.400	1.049	300	0	1.191	347
Soziale Betreuung und Therapie	173	22	462	146	165	0	798	267	164	25	569	190
Hauswirtschaftliche Versorgung	51	0	192	56	46	0	160	59	88	0	333	111

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Erfasst wurden sowohl einmalige hausinterne oder externe Fortbildungsveranstaltungen als auch mehrwöchige, zumeist externe, Fortbildungen (wie eine Qualifizierung zum Praxisanleiter oder zur verantwortlichen Pflegefachkraft). Ebenso wurden Pflichtfortbildungen zu Themen wie Brandschutz oder Notfalltraining, in die Erhebung einbezogen. Für die einzelnen Berufsgruppen ist auf die in Gruppe A auffallend höheren mittleren Stunden der Pflegefachkräfte hinzuweisen. Jedoch weist die Interventionsgruppe A auch den durchschnittlich höchsten Anteil an Gesamtwochenstunden für diese Berufsgruppe auf. Ebenfalls gaben die Einrichtungen die Gesamtwochenstunden der Mitarbeiter an, die die Einrichtung in den vergangenen sechs Monaten verlassen haben oder hinzugekommen sind (Ab- und Zugänge). Auf Grundlage dieser Daten errechnen sich die in Tabelle 15 enthaltenen entsprechenden Vollzeitäquivalente. Sowohl bei den Vollzeitäquivalenten der Ab- als auch der Zugänge zeigt sich in der Interventionsgruppe B eine Abweichung des Mittelwerts im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen, welche mit ihren Werten näher beieinander liegen. Hier können die Extremwerte einer Einrichtung als ursächlich betrachtet werden, die mit Abgängen im Umfang von 66 Vollzeitäquivalenten und Zugängen von 170 Vollzeitäquivalenten das Ergebnis insgesamt maßgeblich beeinflussen. Bleibt diese Einrichtung bei der Berechnung unberücksichtigt, so ergibt sich für die Interventionsgruppe B ein mittlerer Wert von 4,9 Vollzeitäquivalenten der Abgänge und von 4,1 Vollzeitäquivalenten der Zugänge. Dieses Ergebnis liegt dann wieder in Nähe des Ergebnisses der beiden anderen Studienarme. Weiter kann an dieser Stelle der gegenüber Extremwerten robustere Median herangezogen werden. Dieser liegt für die Interventionsgruppe B bei 4,9 (Abgänge) und 4,8 (Zugänge). Die Hälfte der Einrichtungen in der Interventionsgruppe B hat demnach 4,9 oder weniger Vollzeitäquivalente an Abgängen verzeichnet, die andere Hälfte 4,9 oder mehr Vollzeitäquivalente. Die gleiche Interpretation gilt für die entsprechenden Zugänge.

Tabelle 15: Abgänge und Zugänge in den letzten sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegeheime)

	Abgänge (Vollzeitäquivalente)											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	3,0	0,0	10,6	3,2	11,1	1,0	66,4	19,6	4,9	0,0	8,5	2,8
Pflegefachkräfte	1,3	0,0	4,5	1,6	1,9	0,0	6,8	1,9	1,2	0,0	4,4	1,3
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	0,1	0,0	0,8	0,2	1,2	0,0	6,8	2,1	0,9	0,0	2,9	1,0
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	1,0	0,0	3,5	1,2	4,6	0,0	28,9	8,7	1,9	0,0	5,0	1,6
Soziale Betreuung und Therapie	0,3	0,0	1,3	0,5	2,0	0,0	12,9	4,0	0,5	0,0	1,2	0,4
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,4	0,0	1,3	0,4	1,4	0,0	11,2	3,5	0,4	0,0	1,1	0,5
	Zugänge (Vollzeitäquivalente)											
gesamt	4,3	0,0	15,7	4,6	20,7	0,8	170,3	52,6	6,5	2,8	10,4	2,4
Pflegefachkräfte	0,9	0,0	3,0	1,0	3,9	0,0	28,9	8,8	1,9	0,0	6,2	2,1
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	0,3	0,0	1,6	0,6	0,5	0,0	2,1	0,8	0,4	0,0	1,4	0,5
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	1,8	0,0	7,2	2,1	10,4	0,0	92,5	28,9	3,0	0,0	6,0	1,9
Soziale Betreuung und Therapie	0,9	0,0	3,1	1,0	5,5	0,0	47,5	14,8	0,8	0,0	2,3	0,9
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,5	0,0	1,8	0,6	0,5	0,0	1,5	0,6	0,4	0,0	1,1	0,5

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Tabelle 16: Krankheitstage in den vergangenen sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegeheime)

	Krankheitstage											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	701	0	1.734	622	420	0	881	274	534	0	1.580	442
Pflegefachkräfte	271	0	897	302	134	0	240	87	158	0	308	107
Akademiker in Pflege und Betreuung	1	0	12	4	1	0	8	3	3	0	25	8
Pflegehilfskräfte	54	0	176	60	100	0	453	147	94	0	552	167
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	172	0	447	1423	94	0	259	90	131	0	261	73
Soziale Betreuung und Therapie	62	0	328	98	22	0	98	28	51	0	166	48
Hauswirtschaftliche Versorgung	141	0	374	135	70	0	153	57	97	0	480	147

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Die von den Einrichtungen angegebenen Krankheitstage der Mitarbeiter in den vergangenen sechs Monaten zeigt Tabelle 16. Insgesamt fielen durchschnittlich in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B die wenigsten Krankheitstage an, während für die Einrichtungen in der Interventionsgruppe A die meisten Tage verzeichnet wurden. Dabei wurden alle anfallenden Krankheitstage für die entsprechenden Personalgruppen gezählt. Auch über längere Zeiträume arbeitsunfähige Mitarbeiter sind so in die Werte der Einrichtung eingegangen. Als vergleichendes Merkmal zeigen die Krankheitstage an dieser Stelle allenfalls eine Tendenz zwischen den drei Studienarmen auf. Die Relevanz der Krankheitstage für die Organisation der pflegerischen Versorgung entsprechend der Frage, ob eine

Person über einen längeren Zeitraum ausfällt oder viele Personen mehrfach über kurze Zeiträume ausfallen, lässt sich anhand der hier gezeigten Zahlen nicht bewerten.

Projektbeauftragte Personen und Zusammensetzung der Projektgruppen

Die Festlegung der in den Pflegeheimen der Interventionsgruppen A und B zu Beginn der modellhaften Implementierung benannten projektbeauftragte Person und die Bildung einer arbeitsfähigen Projektgruppe waren Kernbestandteile der ersten Phase der Vorbereitung der Implementierung (vgl. Abschnitt 6.2). In den Pflegeheimen übernahmen zumeist die Pflegedienstleitungen oder die Qualitätsmanagementbeauftragten die Funktion der Projektbeauftragten. Eine Ausnahme stellte beispielsweise eine Leitung der sozialen Betreuung mit einer Qualifikation als Ergotherapeutin dar. Die Projektbeauftragten koordinierten die Projektgruppen in den Einrichtungen und übernahmen die Verantwortung für die Umsetzung der einzelnen Implementierungsphasen. Sie standen über den Studienverlauf hinweg in engem Kontakt mit dem Team der Universität Bremen. In der Interventionsgruppe A umfassten die Projektgruppen eine bis acht Personen (im Mittel 4,4), die überwiegend über eine Qualifikation als Altenpfleger verfügten. In der Interventionsgruppe B variierte die Gruppengröße zwischen zwei und neun Personen (im Mittel 5,8), welche ebenfalls besonders Pflegefachkräfte mit Ausbildung in der Altenpflege waren. Mitarbeiter angeschlossener Berufsgruppen wie Kranken- oder Altenpflegehilfe oder Personal der sozialen Betreuung nach § 87b SGB XI waren in beiden Interventionsgruppen eher in geringerer Zahl präsent. Weitere Mitglieder der Projektgruppen waren in der Interventionsgruppe A Präsenzkkräfte ohne Qualifikation nach § 87b SGB XI, Physiotherapeuten und Studenten der Gesundheits- oder Pflegewissenschaft im Praxissemester. In der Interventionsgruppe B waren ebenfalls Praktikanten bzw. Studenten der Gesundheits- oder Pflegewissenschaft im Praxissemester in die Projektgruppen eingebunden. Weiter auch Ergotherapeuten, Einrichtungsleitungen, Pflegedirektionen und Qualitätsmanagementbeauftragte in übergeordneter Funktion. Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Qualifikation der Projektgruppenmitglieder für die Interventionsgruppe A und die Interventionsgruppe B im Vergleich.

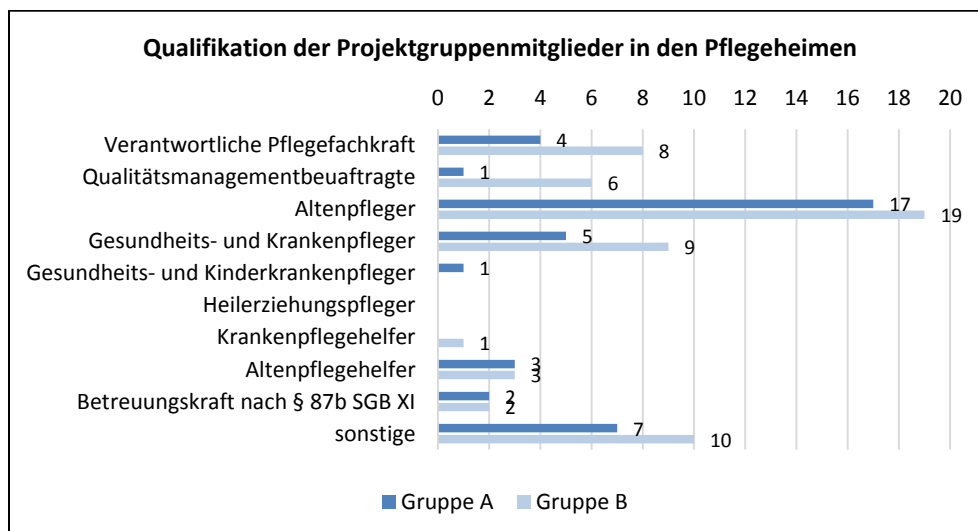


Abbildung 8: Verteilung der Qualifikation der Projektgruppenmitglieder in den Pflegeheimen

Pflegerischer und mobilitätsbezogener Entwicklungsstand in den Implementierungseinrichtungen

Zu den Merkmalen, die den pflegerischen und mobilitätsbezogenen Entwicklungsstand beschreiben, liegen zum Implementierungsende aus sechs der elf Pflegeheime aus der Interventionsgruppe A und aus neun der elf Pflegeheime aus der Interventionsgruppe B Daten vor. Tabelle 17 zeigt detailliert die in den Pflegeheimen der Cluster-RCT angewandten Expertenstandards und weitere dort durchgeführte Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

Tabelle 17: Angewandte Expertenstandards in der Pflege und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung (Pflegeheime)

Angewandte Expertenstandards in der Pflege	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung	Pflegeheime A	Pflegeheime B
Dekubitusprophylaxe	in 6 von 6	in 9 von 9	stationsgebundene Organisationsentwicklung	in 3 von 6	in 1 von 9
Entlassungsmanagement	in 4 von 6	in 5 von 9			
Schmerzmanagement (akute Schmerzen)	in 6 von 6	in 9 von 9	Qualitätszirkel	in 6 von 6	in 9 von 9
Sturzprophylaxe	in 6 von 6	in 9 von 9	sonstige Maßnahmen in den Pflegeheimen: interne und externe Qualitätszirkel und -überprüfungen (Audits, Revisionen), Fallbesprechungen, Teamsitzungen, Einrichtungsleiterbesprechungen, Fach- und Pflegevisiten, (persönliche) Fachanleitungen (<i>face to face</i>), Supervision, interne und externe Fort- und Weiterbildungen, Expertenrunden und Projektgruppen/Arbeitskreise zum Thema Qualität, Bewohner-, Mitarbeiter-, Angehörigenbefragungen, Beschwerdemanagement, interne Statistiken (z.B. Sturzauswertung)		
Förderung der Harnkontinenz	in 6 von 6	in 9 von 9			
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	in 6 von 6	in 9 von 9			
Ernährungsmanagement	in 6 von 6	in 9 von 9			

In allen Implementierungseinrichtungen aus dem vollstationären Setting finden die vom DNQP entwickelten Expertenstandards in der Pflege Anwendung (einzige und verständliche Ausnahme bildet die Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege). In zwei der sechs Pflegeheime, für die aus der Interventionsgruppe A Daten vorliegen, ist die pflegerische Versorgung nach dem Konzept der Gruppenpflege organisiert. In einem weiteren Pflegeheim findet sowohl Funktions- als auch Bereichspflege statt. Die übrigen drei Pflegeheime gaben an, ausschließlich nach Bereichspflege organisiert zu sein. Unter den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B ist ein Heim, das ausschließlich dem Konzept der Bereichspflege folgt. Vier weitere Pflegeheime dieser Gruppe wenden *primary nursing* in Kombination mit Funktions- und Gruppen- oder Bereichspflege an. Weitere drei Pflegeheime kombinieren Funktionspflege mit Gruppen- oder Bereichspflege. Das übrige Pflegeheim kombiniert die Organisationsform Gruppenpflege mit der Organisationsform Bereichspflege.

Für fünf Pflegeheime der Interventionsgruppe A und vier Pflegeheime der Interventionsgruppe B ist bekannt, dass dort in den meisten Fällen bereits seit mehreren Jahren Pflegefachkräfte mit spezieller Expertise im Bereich der Mobilität beschäftigt sind. Die Pflegefachkräfte haben Grund- und Aufbaukurse in Kinaesthetics, TaktiP (therapeutisch aktivierende Pflege) oder im Bereich Sturzprävention, teilweise mit Trainerlizenzen oder als *peer tutor*, absolviert. Eine Fachkraft kann die Ausbildung zum Rollatoranzen durch den Allgemeinen Deutschen Tanzlehrer Verband (ADTV) nachweisen. Des Weiteren gibt es Pflegefachkräfte mit Fertigkeiten und Kenntnissen zu Kraft- und Balancetrainingseinheiten, Bewegungs- und Koordinationsübungen im täglichen Pflege- und Betreuungsablauf sowie weitere diverse Maßnahmen (Klinikspaziergang, Drei-Schritte-Programm nach Zegelin). In einem Pflege-

heim haben alle Mitarbeiter den Kinaesthetics-Grundkurs und etwa die Hälfte aller Mitarbeiter bereits den Kinaesthetics-Aufbaukurs absolviert.

8.2 Beschreibung der Stichprobe in der Beobachtungsstudie: Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zum Zeitpunkt t_0

Die jeweils sechs teilnehmenden Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen werden im Folgenden auf Basis der übermittelten **Strukturdaten** zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_0) näher beschrieben. Die Darstellung erfolgt sowohl über alle Einrichtungen hinweg als auch in einzelnen Fällen differenziert für die Einrichtungen. Für den Zeitpunkt t_0 lagen zum Abschluss der Studie Daten aus fünf von sechs Pflegediensten sowie aus allen sechs teilstationären Pflegeeinrichtungen vor. Zu den Strukturdaten zählen dieselben Merkmale wie sie im vorangegangenen Abschnitt zur Stichprobenbeschreibung der an der Cluster-RCT teilnehmenden Pflegeheime präsentiert wurden.

Region, Trägerschaft und Größe

Die **Pflegedienste** verteilen sich mit jeweils einer Einrichtung auf die Bundesländer Brandenburg, Bremen, Hessen, Sachsen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Drei Pflegedienste befanden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft, ein Pflegedienst befand sich in öffentlicher und zwei Pflegedienste in privater Trägerschaft. Damit sind die sechs Pflegedienste in der Beobachtungsstudie anteilmäßig anders verteilt, als die insgesamt in Deutschland zum 15.12.2013 zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen, bei denen private Träger vor freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern überwiegen (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10). Das in dieser Studie kleine Sample erhebt hier keinen Anspruch auf Repräsentativität. Bedeutsamer ist, dass Pflegedienste jeglicher Trägerschaft in der Stichprobe enthalten sind und zu den Ergebnissen der Evaluation der modellhaften Implementierung vor dem Hintergrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen beitragen. Abbildung 9 zeigt die Anzahl der in den einzelnen Pflegediensten versorgten Personen.

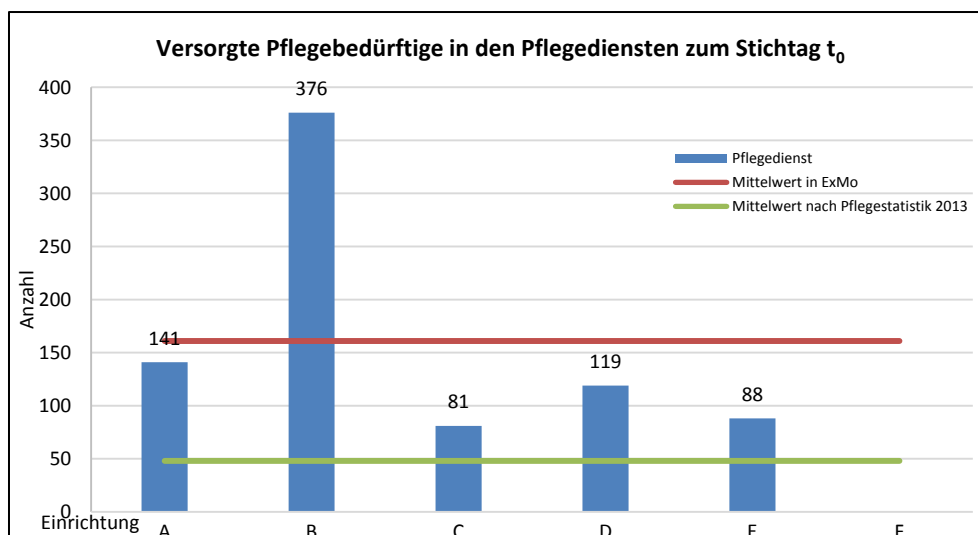


Abbildung 9: Versorgte Pflegebedürftige in den Pflegediensten zum Stichtag t_0

Zum Stichtag t_0 versorgten die Pflegedienste zwischen 81 und 376 Pflegebedürftige (im Mittel 161 Pflegebedürftige; Median 119). Damit liegen die an der Studie teilnehmenden Pflegedienste hinsichtlich der Zahl der versorgten Pflegebedürftigen deutlich über dem in der Pflegestatistik 2013 (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10) angegebenen bundesweiten Mittelwert zur Zahl der versorgten Personen in allen 12.745 zugelassenen ambulanten Pflegediensten (48 Pflegebedürftige je Pflegedienst). Hier ist zu vermuten, dass die Teilnahmebereitschaft an Forschungsprojekten, insbesondere hinsichtlich der zu investierenden Personalressourcen, in größeren Pflegediensten eher gegeben ist. Kein Pflegedienst hatte einen pflegefachlichen Schwerpunkt vereinbart. Zwei Pflegedienste waren an ein Pflegeheim angebunden, ein Pflegedienst an eine teilstationäre Pflegeeinrichtung.

Die **teilstationären Pflegeeinrichtungen** liegen in den Bundesländern Brandenburg (eine Einrichtung), Niedersachsen (drei Einrichtungen) und Nordrhein-Westfalen (zwei Einrichtungen). Drei teilstationäre Pflegeeinrichtungen befanden sich zum Zeitpunkt t_0 in freigemeinnütziger Trägerschaft und drei in privater Trägerschaft.

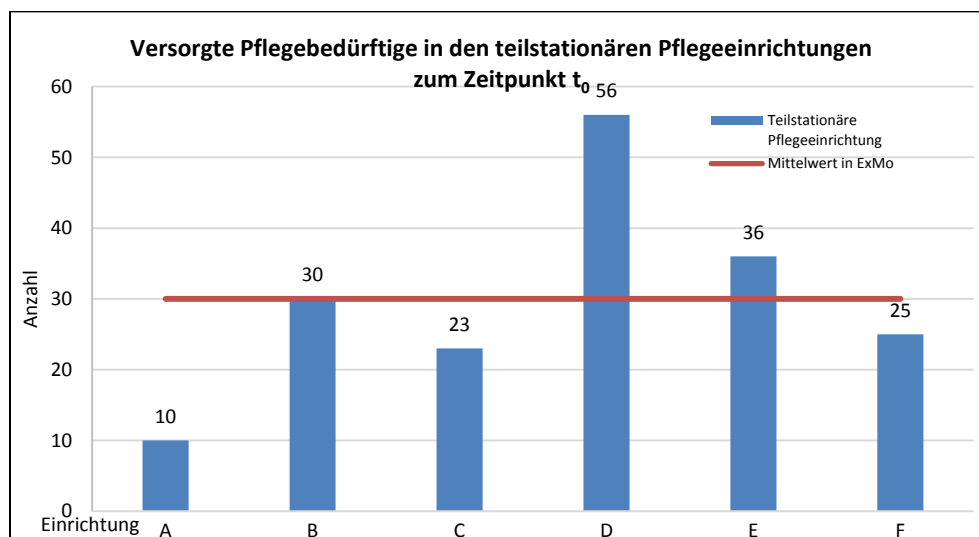


Abbildung 10: Versorgte Pflegebedürftige in den teilstationären Pflegeeinrichtungen zum Zeitpunkt t_0

Zum Stichtag t_0 nahmen zwischen 10 und 56 Pflegebedürftige die Leistungen der Tagespflegen in Anspruch. Im Mittel versorgten die teilstationären Pflegeeinrichtungen 30 Personen (Abbildung 10). Ein pflegefachlicher Schwerpunkt war für keine der teilstationären Pflegeeinrichtungen vereinbart. Drei teilstationäre Pflegeeinrichtungen waren an ein Pflegeheim angebunden, zwei teilstationäre Pflegeeinrichtungen an einen Pflegedienst.

Abbildung 11 und Abbildung 12 zeigen ergänzend die Verteilung der Pflegestufen über die von den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen zum Stichtag versorgten Personen im Vergleich zu den Daten der letzten Pflegestatistiken vom 15.12.2011 und vom 15.12.2013 (Statistisches Bundesamt 2013, Statistisches Bundesamt 2015). Die Pflegestatistik 2011 weist die Anzahl der in den Pflegediensten versorgten Menschen als Mittelwerte aus. Für die Anzahl der in den Tagespflegeeinrichtungen versorgten Menschen liegen diese nicht vor, so dass für den Vergleich zur Einschätzung der Repräsentativität die Anteilswerte aus der Pflegestatistik 2013 herangezogen werden.

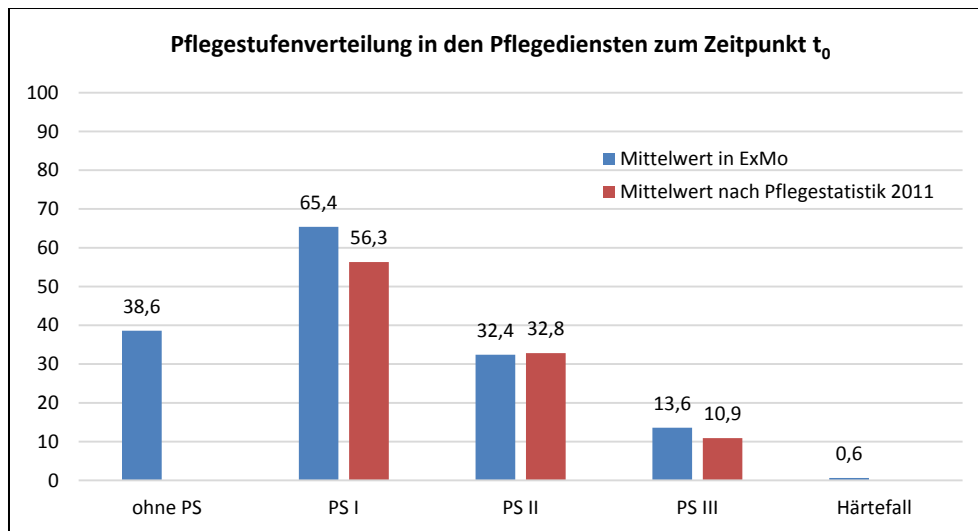


Abbildung 11: Verteilung der Pflegestufen in den Pflegediensten im Vergleich zur Pflegestatistik 2011

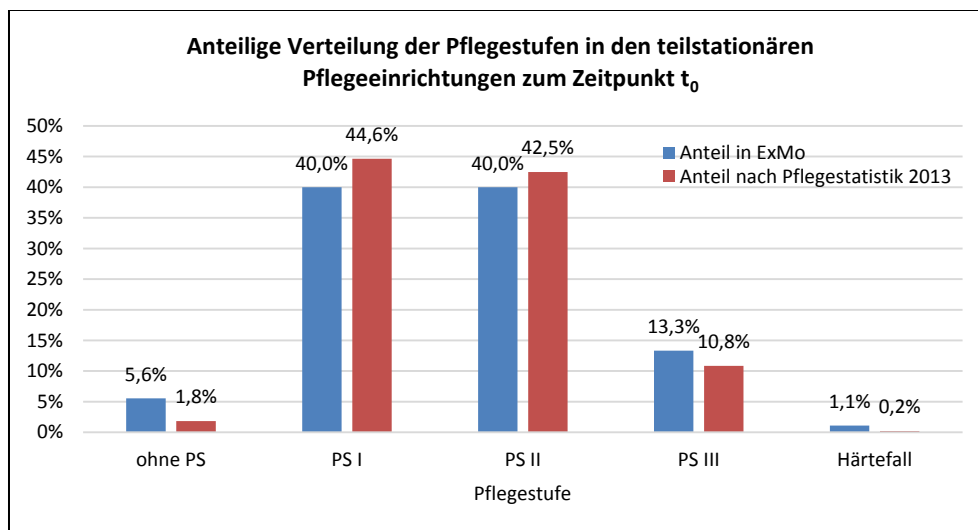


Abbildung 12: Verteilung der Pflegestufen in den teilstationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

Die Pflegestufenverteilung der von den Pflegediensten und Tagespflegen in der Beobachtungsstudie versorgten Personen zeichnet insgesamt ein gutes Abbild der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und Tagesgäste in teilstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland und weist darauf hin, dass die Stichprobe diesbezüglich als repräsentativ zu betrachten ist.

Konzepte zur Mobilitätserhaltung und -förderung

Vier von fünf **Pflegediensten** sowie fünf von sechs **teilstationären Pflegeeinrichtungen** gaben an, die Mobilität der versorgten Pflegebedürftigen bereits zum Zeitpunkt t_0 durch ein angewandtes Konzept zu fördern oder zu erhalten. Mehrheitlich werden an dieser Stelle Angebote zu allgemeinen Bewegungsanreizen und Interventionen beschrieben. So bieten zwei Pflegedienste und zwei Tagespflegen organisierte Spaziergänge an und ein Pflegedienst ermöglicht zweiwöchentlich Sport- und Bewegungsübungen als Gruppenangebot. Zwei teilstationäre Pflegeeinrichtungen nutzen die Möglichkeit ihre Leistungen gemäß der Tagesstruktur auszurichten und bieten täglich im Rahmen eines Morgen-

kreises oder vor dem Mittagessen Bewegungsübungen als Gruppenmaßnahme an. Darüber hinaus werden Gruppenmaßnahmen wie Sitzgymnastik/-tanz oder aber Einzelmaßnahmen in den teilstationären Pflegeeinrichtungen je nach individuellem Bedarf der Pflegebedürftigen beschrieben.

Gesamtwochenstunden im Qualitätsmanagement

Die **Pflegedienste** verfügten im Mittel über ca. 14 Wochenstunden, die für das interne Qualitätsmanagement in der Einrichtung zur Verfügung stehen. Seitens des Trägers standen im Mittel 10 Wochenstunden für das Qualitätsmanagement zur Verfügung. Den **teilstationären Pflegeeinrichtungen** stehen im Mittel knapp 16 Wochenstunden für das interne Qualitätsmanagement zur Verfügung, die durch ca. 29 Wochenstunden seitens des Trägers ergänzt werden. Tabelle 18 zeigt die zur Verfügung stehenden Wochenstunden für Qualitätssicherung und -management je Einrichtung.

Tabelle 18: Verfügbare Wochenstunden für das Qualitätsmanagement (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Gesamtwochenstunden Qualitätsmanagement							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
intern	13,8	4,0	35,0	12,6	10,4	0,0	28,0	11,3
Träger	15,5	0,0	40,0	18,8	28,8	5,0	98,0	36,2
insgesamt	24,2	5,0	63,0	23,7	44,3	10,0	137,0	52,9

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Personalausstattung: Wochenstunden und Vollzeitäquivalente

In den **Pflegediensten** und **teilstationären Pflegeeinrichtungen** lagen zum ersten Erhebungszeitpunkt die in Tabelle 19 abgebildeten Wochenstunden und entsprechenden Vollzeitäquivalente (ausgehend von einer 38,5-Stunden Woche) für die an der pflegerischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen vor. Die Berufsgruppen orientieren sich an den im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege (MDS & GKV-SV 2014 b) erfassten Personengruppen, beinhalten jedoch ergänzende Differenzierungen. Zwei Pflegedienste beschäftigen fast ausschließlich Pflegefachkräfte und weisen in dieser Berufsgruppe auffallend höhere Werte auch im Vergleich zu Einrichtungen mit ähnlicher Anzahl der versorgten Personen auf. Wochenstunden für Akademiker in Pflege und Betreuung wurden von den Einrichtungen nicht angegeben. Die in der sozialen Betreuung und Therapie tätigen Personen in den Pflegediensten waren besonders ehrenamtlich Tätige, die im Rahmen der Betreuung nach § 45b SGB XI eingesetzt waren.

Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte (bestehend aus verantwortlicher Pflegefachkraft, Altenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegern und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern) macht im Mittel einen Anteil von 63 % der Beschäftigten in den Pflegediensten aus und liegt damit an dem in der Pflegestatistik 2013 ausgewiesenen Anteil von 60 % Beschäftigter mit entsprechendem Berufsabschluss (Statistisches Bundesamt 2015, S. 11). In den Einrichtungen der Tagespflege stellt die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte 41 % des Personalbestandes dar (zu diesem Anteil liegen keine Vergleichswerte aus der Pflegestatistik vor). Für die Gruppe der Pflegefachkräfte lässt sich auf Grundlage der angegebenen Wochenstunden die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehende Zeit als vergleichendes Merkmal der Einrichtungen bestimmen. Die Pflegezeit pro Pflegebedürftigem liegt in den Pflegediensten im durchschnittlich bei 5,8 Stunden (Streuung von 3,4 bis 15,1 Stunden) und in den teilstationären Einrichtungen im Mittel bei 3,1 Stunden (Streuung von 1,4 und 17,6 Stunden).

Tabelle 19: Wochenstunden und Vollzeitäquivalente Personal in Pflege und Betreuung in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen

	Wochenstunden des Personals							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	1.252,9	490,0	2.537,0	838,9	231,3	152,0	359,5	70,9
Pflegefachkräfte	838,7	280,0	1.808,0	679,5	97,3	40,8	176,3	45,9
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	182,7	11,7	626,0	253,2	19,0	0,0	80,0	31,1
Mitarbeiter ohne Pflegerische Ausbildung	41,8	0,0	80,0	38,9	27,5	0,0	74,0	32,4
Soziale Betreuung und Therapie	29,0	0,0	130,0	56,8	47,3	15,0	88,0	27,9
Hauswirtschaftliche Versorgung	160,7	0,0	538,0	221,8	40,1	0,0	114,0	39,5
	Vollzeitäquivalente							
gesamt	32,5	12,7	65,9	21,8	6,0	4,0	9,3	1,8
Pflegefachkräfte	21,8	7,3	47,0	17,7	2,5	1,1	4,6	1,2
Akademiker in Pflege und Betreuung	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Pflegehilfskräfte	4,7	0,3	16,3	6,6	0,5	0,0	2,1	0,8
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	1,1	0,0	2,1	1,0	0,7	0,0	1,9	0,8
Soziale Betreuung und Therapie	0,8	0,0	3,4	1,5	1,2	0,4	2,3	0,7
Hauswirtschaftliche Versorgung	4,2	0,0	14,0	5,8	1,0	0,0	3,0	1,0

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Fortbildungsstunden, Fluktuation und Krankheitstage

Angaben zu Fortbildungsstunden, Fluktuation und Krankheitstagen des Personals liegen aus vier der sechs Pflegedienste vor. Zum Zeitpunkt t_0 konzentrierten sich die im Jahr 2014 in den einzelnen Berufsgruppen absolvierten Fortbildungsstunden sowohl in den **Pflegediensten** als auch in den **teilstationären Pflegeeinrichtungen** vorrangig auf die Pflegefachkräfte, wie Tabelle 20 zeigt. Erfasst wurden hier sowohl hausinterne einmalige als auch hauserne mehrmalige Fortbildungsveranstaltungen (wie beispielsweise die Teilnahme an einer Qualifizierung zur Praxisanleitung über mehrere Wochen oder eine Qualifizierungsmaßnahme zur verantwortlichen Pflegefachkraft). Ebenso flossen Pflichtfortbildungen zu Themen wie Brandschutz oder Notfalltraining in die Erhebung ein. Eine teilstationäre Pflegeeinrichtung eröffnete erst zum Ende des Jahres 2014 und hatten in diesem Zeitraum noch keine Fortbildungsstunden zu verzeichnen.

Tabelle 20: Fortbildungsstunden im Jahr 2014 in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen

	Fortbildungsstunden							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	1.161,5	69,0	2.036,0	900,4	133,3	0,0	352,0	117,7
Pflegefachkräfte	949,3	45,0	1.729,0	858,5	98,4	0,0	272,0	93,9
Akademiker in Pflege und Betreuung	45,8	0,0	183,0	91,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	134,8	12,0	395,0	180,0	5,3	0,0	24,0	9,7
Mitarbeiter ohne Pflegerische Ausbildung	31,8	0,0	102,0	47,2	2,2	0,0	8,0	3,5
Soziale Betreuung und Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	14,8	0,0	41,0	18,1
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	32,0	13,0

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Für den Zeitpunkt t_0 gaben die Einrichtungen die Gesamtwochenstunden der Ab- und Zugänge einzelner Berufsgruppen in den vergangenen sechs Monaten sowie die Krankheitstage pro Berufsgruppe ebenfalls in den vergangenen sechs Monaten an. Auch diese Angaben liegen für vier der sechs Pflegedienste und alle teilstationären Pflegeeinrichtungen vor. Die Ab- und Zugänge sind in Tabelle 21 als Vollzeitäquivalente dargestellt.

Tabelle 21: Ab- und Zugänge (Vollzeitäquivalente) in den letzten sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Abgänge (Vollzeitäquivalente)							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	1,3	0,0	3,9	1,7	0,3	0,0	1,0	0,4
Pflegefachkräfte	1,0	0,0	2,7	1,2	0,2	0,0	1,0	0,4
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	0,3	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Soziale Betreuung und Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,6	0,2
	Zugänge (Vollzeitäquivalente)							
gesamt	2,5	0,0	7,4	3,3	1,0	0,0	2,7	1,1
Pflegefachkräfte	1,5	0,0	5,1	2,5	0,3	0,0	0,8	0,4
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	0,2	0,0	0,8	0,4	0,1	0,0	0,8	0,3
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,6	0,0	1,6	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Soziale Betreuung und Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	1,0	0,5
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,3	0,0	0,7	0,3	0,2	0,0	0,9	0,4

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Tabelle 22 zeigt die Krankheitstage. Sowohl die Fluktuation als auch die Krankheitstage fielen in den Pflegediensten höher aus als in den teilstationären Pflegeeinrichtungen. Dem Personalbestand entsprechend entfielen die höchsten Anteile in beiden Settings und für alle drei Merkmale auf die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte.

Tabelle 22: Krankheitstage in den letzten sechs Monaten zum Zeitpunkt t_0 (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Krankheitstage							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	364,8	48,0	844,0	340,5	73,8	0,0	224,0	95,1
Pflegefachkräfte	244,3	32,0	471,0	189,6	19,0	0,0	40,0	18,7
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	35,3	0,0	74,0	35,0	0,7	0,0	4,0	1,6
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	11,8	0,0	47,0	23,5	6,3	0,0	34,0	13,6
Soziale Betreuung und Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	14,7	0,0	87,0	35,4
Hauswirtschaftliche Versorgung	73,5	0,0	271,0	131,8	33,2	0,0	150,0	59,9

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Projektbeauftragte Personen und Zusammensetzung der Projektgruppen

Zu Beginn des Implementierungsprozesses stellte die Benennung einer Projektgruppenleitung und Bildung einer arbeitsfähigen Projektgruppe in der Einrichtung einen ersten entscheidenden Schritt in

der Vorbereitungsphase der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs dar (vgl. Abschnitt 6.2). Die einzelnen Projektgruppen in den Pflegediensten bestanden aus drei bis acht Personen (im Mittel fünf Personen), welche mehrheitlich über eine Qualifikation zum Gesundheits- und Krankenpfleger verfügten. Zwei Pflegedienste banden auch Alten- und Krankenpflegehilfskräfte in die Projektgruppen mit ein. In den teilstationären Pflegeeinrichtungen umfassten die Projektgruppen drei bis sechs Personen (im arithmetischen Mittel 4,4), von denen besonders Altenpfleger aber auch Qualitätsmanagementbeauftragte sowie verantwortliche Pflegefachkräfte und Mitarbeiter der sozialen Betreuung sowie in einem Fall auch die Ergotherapie an der modellhaften Implementierung beteiligt waren. Sowohl ein Pflegedienst als auch eine Tagespflege bezogen ebenfalls weitere Personen in die Projektgruppe mit ein, benannten diese aber nicht konkret in ihrer Funktion. Abbildung 13 zeigt die Anzahl der Qualifikation der Projektgruppenmitglieder für jedes Setting. Als Projektgruppenleitungen fungierten in den meisten Fällen die verantwortlichen Pflegefachkräfte oder Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtungen.

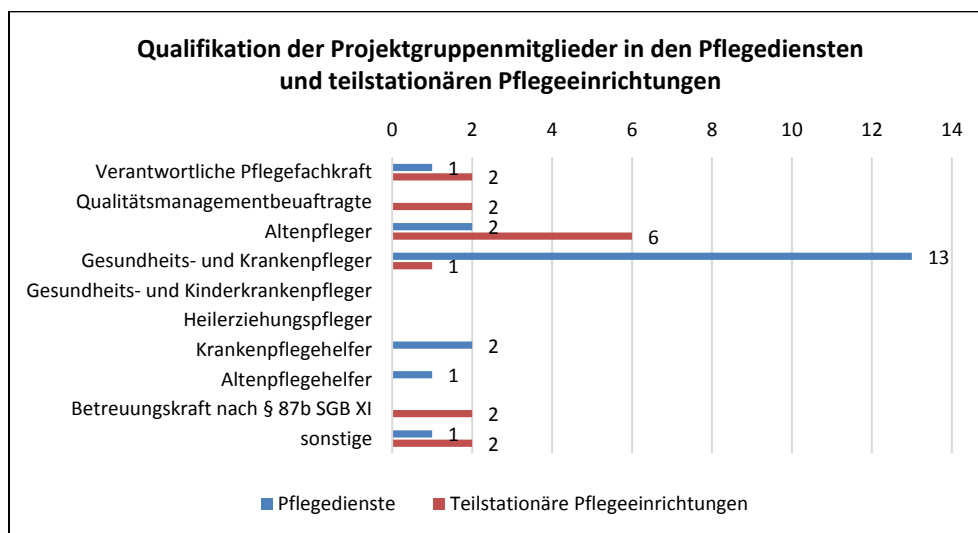


Abbildung 13: Verteilung der Qualifikation der Projektgruppenmitglieder in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen

Pflegerischer und mobilitätsbezogener Entwicklungsstand in den Implementierungseinrichtungen

Zu den Merkmalen, die den pflegerischen und mobilitätsbezogenen Entwicklungsstand beschreiben, liegen zum Implementierungsende aus fünf von sechs Pflegediensten und aus drei von sechs Tagespflegeeinrichtungen Daten vor. In einem Pflegedienst findet die Pflegeorganisationsform Bereichspflege, in einem weiteren Pflegedienst findet sowohl Gruppen- als auch Bereichspflege statt. Ein dritter Pflegedienst gab ebenfalls eine Kombination an, nämlich aus Funktionspflege und *primary nursing*. Zwei der fünf Pflegedienste organisieren ihre pflegerische Leistungserbringung ausschließlich nach dem *primary nursing-Konzept*. In einer Tagespflegeeinrichtung findet Bereichspflege statt, in einer weiteren wird die Kombination aus Bereichspflege und *primary nursing* angewandt und die dritte Tagespflegeeinrichtung, für die Daten vorliegen, ist ausschließlich nach dem *primary nursing-Konzept* organisiert.

Tabelle 23 gibt Aufschluss über die in den Einrichtungen angewandten vom DNQP entwickelten Expertenstandards in der Pflege und über weitere durchgeführte Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

In einem Pflegedienst findet die Pflegeorganisationsform Bereichspflege, in einem weiteren Pflegedienst findet sowohl Gruppen- als auch Bereichspflege statt. Ein dritter Pflegedienst gab ebenfalls eine Kombination an, nämlich aus Funktionspflege und *primary nursing*. Zwei der fünf Pflegedienste organisieren ihre pflegerische Leistungserbringung ausschließlich nach dem *primary nursing*-Konzept. In einer Tagespflegeeinrichtung findet Bereichspflege statt, in einer weiteren wird die Kombination aus Bereichspflege und *primary nursing* angewandt und die dritte Tagespflegeeinrichtung, für die Daten vorliegen, ist ausschließlich nach dem *primary nursing*-Konzept organisiert.

Tabelle 23: Angewandte Expertenstandards in der Pflege und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

Angewandte Expertenstandards in der Pflege	Pflegedienste	Tagespflege	Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung	Pflegedienste	Tagespflege
Dekubitusprophylaxe	in 5 von 5	in 3 von 3	stationsgebundene Organisationsentwicklung	in 2 von 5	in 1 von 3
Entlassungsmanagement	in 0 von 5	in 1 von 3			
Schmerzmanagement (akute Schmerzen)	in 3 von 5	in 3 von 3	Qualitätszirkel	in 4 von 5	in 3 von 3
Sturzprophylaxe	in 4 von 5	in 3 von 3	sonstige Maßnahmen in den Pflegediensten: Fallbesprechungen, Patienten- und tourenbezogene Pflegevisiten sonstige Maßnahmen in den Tagespflegen: Fallbesprechungen, Arbeitskreise, interne Qualitätsprüfungen, Audits		
Förderung der Harnkontinenz	in 3 von 5	in 2 von 3			
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	in 4 von 5	in 3 von 3			
Ernährungsmanagement	in 3 von 5	in 2 von 3			

Aus zwei Pflegediensten und zwei Tagespflegeeinrichtungen ist bekannt, dass sie teilweise auch schon seit mehreren Jahren Pflegefachkräfte mit spezieller Expertise im Bereich der Mobilität beschäftigen. Die einzelnen Pflegefachkräfte sind beispielsweise Kinaesthetics Trainer (Stufe 2) oder können diverse Fortbildungen im Bereich Mobilität, Beratung und Anleitung oder Demenz (je mit dem Schwerpunkt Bewegungsförderung) nachweisen und fungieren als Multiplikatoren für diese Themen in der Einrichtung. Eine teilstationär tätige Pflegefachkraft weist sich beispielsweise zudem dadurch aus, Kraft- und Balancetraining anzubieten. In einem Pflegedienst haben darüber hinaus alle Mitarbeiter mindestens den Kinaesthetics-Grundkurs und 80 % der Mitarbeiter bereits den Kinaesthetics-Aufbaukurs absolviert.

8.3 Zusammenfassung der Stichprobenbeschreibung in der Cluster-RCT und Beobachtungsstudie

Pflegeheime in der Cluster-RCT

Die Strukturmerkmale der Pflegeheime zeigen zu Beginn der Studie dem Verfahren der Zufallszuweisung folgend teilweise leichte, aber keine auffälligen Unterschiede in den drei Studienarmen.

Die Vergleiche der Merkmale **regionale Lage** und Art der **Trägerschaft** zeigen, dass die 33 an der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs nach § 113a SGB XI beteiligten Pflegeheime sich auf alle Regionen des Bundesgebietes verteilen und alle Trägerformen vertreten sind. An der Studie nahmen insgesamt eher **größere Pflegeheime** teil, in denen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Pfleigestatistik 2013) mehr Personen mit der **Pflegestufe I** und weniger Personen mit den Pflegestufen II und III lebten. Die Abweichungen in der Größe der Einrichtungen und der Pflegestufenverteilung können der Rekrutierungsbedingung geschuldet sein, eine Mindestpersonenzahl gehfähiger Bewohner für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen.

Der **Anteil der Pflegefachkräfte** am gesamten Personal in Pflege und Betreuung lag in allen Studienarmen durchschnittlich bei etwa einem Drittel. Insgesamt waren nur wenige akademisch qualifizierte Mitarbeiter in den Einrichtungen tätig. Die meisten Wochenstunden wiesen hierzu – wie auch für die Pflegehilfskräfte – die Pflegeheime der Interventionsgruppe B auf.

Fortbildungsstunden entfielen in den Pflegeheimen im Jahr 2014 vorrangig auf die Pflegefachkräfte. Die meisten Fortbildungsstunden verzeichneten die Einrichtungen der Interventionsgruppe A. Die durchschnittlichen Vollzeitäquivalente der **Zu- und Abgänge** zeigen bei Berücksichtigung eines Ausreißers nahezu gleiche Werte in den drei Studienarmen.

In die **Projektgruppen** in den Interventionsgruppen A und B waren mehrheitlich Personen aus der Anwendergruppe (Pflegefachkräfte) des Expertenstandard-Entwurfs eingebunden. Als **Leitungen der Projektgruppen** fungierten zumeist die Qualitätsmanagementbeauftragten oder die verantwortlichen Pflegefachkräfte der Einrichtungen

In beiden Interventionsgruppen waren die bislang vom DNQP veröffentlichten und für das Setting relevanten nationalen **Expertenstandards in der Pflege** umgesetzt. Wenige Pflegeheime gaben an, Erfahrung mit der Methode der **stationsgebundenen Organisationsentwicklung** zu haben. Diverse Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung wie **Qualitätszirkel, Fallbesprechungen** und **Pflegevisiten** sind in den Einrichtungen etabliert. Während in der Interventionsgruppe A besonders die Bereichspflege als **Organisationsform** hervortritt, wendet ein Drittel der Heime in Interventionsgruppe B *primary nursing* an. Weiter kamen in beiden Gruppen auch Funktions- und Gruppenpflege zum Einsatz. Sowohl in der Interventionsgruppe A als auch in der Interventionsgruppe B, aber auch in der Kontrollgruppe C waren Pflegefachkräfte mit **spezieller Expertise im Bereich der Mobilität** beschäftigt.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der Beobachtungsstudie

Die **Beobachtungsstudie** zeichnet ein **Abbild der Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland**. Dabei bereichert die Heterogenität der einzelnen Einrichtungen in den Settings die Erkenntnisse der modellhaften Implementierung.

Die **regionale Lage** und die Art der **Trägerschaft** verteilen sich auf die Regionen Nord, Ost, Süd und West des gesamten Bundesgebiets und jegliche Trägerform. Die Pflegedienste lagen im Durchschnitt mit der **Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen** über dem in der Pflegestatistik 2013 ausgewiesenen Wert. Größere Einrichtungen entscheiden sich wahrscheinlich eher für die ressourcenaufwändige Teilnahme an Forschungsprojekten. Für die Verteilung der **Pflegestufen** der von den Pflegediensten versorgten Personen ist im Vergleich mit der Pflegestatistik die Repräsentativität gegeben. Für die teilstationären Pflegeeinrichtungen liegen aktuell keine Vergleichswerte vor.

Der **Anteil der Pflegefachkräfte** am gesamten Personal in Pflege und Betreuung lag in den Pflegediensten mit 63 % nah am Bundesdurchschnitt von 60 %. In den Einrichtungen der Tagespflege betrug der Anteil 41 % – hierzu liegen keine vergleichenden Zahlen aus der Pflegestatistik vor.

Fortbildungsstunden entfielen in den beiden Settings im Jahr 2014 vorrangig auf die Pflegefachkräfte. Die durchschnittlichen Vollzeitäquivalente der **Zu- und Abgänge** fallen in den Pflegediensten bei insgesamt höherem Personalbestand höher aus als in den Tagespflegen, welche in den vergangenen sechs Monaten kaum Zu- oder Abgänge des Personals aufwiesen.

In die **Projektgruppen** waren in den beiden Settings mehrheitlich Personen aus der Anwendergruppe (Pflegefachkräfte) des Expertenstandard-Entwurfs eingebunden. Als **Leitungen der Projektgruppen** fungierten zumeist die Qualitätsmanagementbeauftragten oder die verantwortlichen Pflegefachkräfte der Einrichtungen.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen setzten mehrheitlich die bislang vom DNQP veröffentlichten und für das Setting relevanten nationalen **Expertenstandards in der Pflege** um. Wenige Einrichtungen wiesen Erfahrung mit der Methode der **stationsgebundenen Organisationsentwicklung** auf. Die meisten Einrichtungen haben **Qualitätszirkel** aber auch **Fallbesprechungen** etabliert. Als **Organisationsformen** kamen in den Pflegediensten sowohl Bereichspflege als auch Gruppen- und Funktionspflege oder *primary nursing* zur Anwendung. In beiden Settings waren in einzelnen Einrichtungen Pflegefachkräfte mit **spezieller Expertise im Bereich der Mobilität** beschäftigt.

Tabelle 24: Zusammenfassung ausgewählter Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen zum Zeitpunkt t₀ (Pflegeheime)

	Pflegeheime Cluster-RCT				
	gesamt	Pflegestatistik 2013	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Anzahl Einrichtungen in der Studie	33	10.949	11	11	11
Träger – anteilig (absolut)					
privat	48,5 % (16)	41,1 % (4.496)	45,5 % (5)	45,5 % (5)	54,5 % (6)
öffentlich	6,1 % (2)	5,1 % (558)	9,1 % (1)	9,1 % (1)	0 % (0)
freigemeinnützig	45,5 % (15)	53,8 % (5.895)	45,5 % (5)	45,5 % (5)	45,5 % (5)
Plätze Kapazitätsgrößenklasse – anteilig (absolut)					
<=50	3,0 % (1)	30,0 % (3.284)	0 % (0)	0 % (0)	9,1 % (1)
51 bis 60	9,1 % (3)	9,6 % (1.053)	0,0 % (0)	9,1 % (1)	18,2 % (2)
61 bis 80	33,3 % (11)	18,6 % (2.035)	27,3 % (3)	36,4 % (4)	36,4 % (4)
81 bis 100	21,2 % (7)	15,4 % (1.686)	27,3 % (3)	27,3 % (3)	9,1 % (1)
101 bis 150	27,9 % (9)	19,6 % (2.147)	27,3 % (3)	27,3 % (3)	27,3 % (3)
151 bis 200	0 % (0)	5 % (542)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
201 bis 300	6,1 % (2)	1,6 % (176)	18,2 % (2)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
>301	0 % (0)	0,2 % (26)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
Versorgte Pflegebedürftige – Anzahl (Mittelwert)	2.981 (90)	743.430 (63)	1.206 (110)	943 (86)	832 (76)
Verteilung der Pflegestufen – anteilig (absolut)					
ohne PS	3,6 % (112)	1,7 % (12.410)	3,2 % (39)	3,3 % (31)	5,0 % (42)
PS I	42,1 % (1.256)	37,6 % (279.379)	43,7 % (527)	42,0 % (396)	40,0 % (333)
PS II	36,5 % (1.088)	39,8 % (295.999)	36,4 % (439)	35,6 % (336)	37,6 % (313)
PS III	16,4 % (489)	19,8 % (147.546)	15,8 % (190)	18,6 % (175)	14,9 % (124)
Härtefall	1,2 % (36)	1,1 % (8.096)	0,9 % (11)	0,5 % (5)	2,4 % (20)
Wochenstunden Qualitätsmanagement gesamt – Mittelwert	--	--	53,7	34,3	60,2
Wochenstunden des Personals – Mittelwert					
Pflegefachkräfte	--	--	727	630	584
Akademiker	--	--	22	26	4,6
Pflegehilfskräfte	--	--	158	275	133
ohne Pflegeausbildung	--	--	680	562	669
Soz. Betreuung/ Therapie	--	--	244	175	177
Hauswirtschaft	--	--	393	277	287
Vollzeitäquivalente – Mittelwert					
Pflegefachkräfte	--	--	18,9	16,4	15,2
Akademiker	--	--	0,6	0,7	0,1
Pflegehilfskräfte	--	--	4,1	7,1	3,5
ohne Pflegeausbildung	--	--	17,7	14,6	17,4
Soz. Betreuung/ Therapie	--	--	6,3	4,5	4,6
Hauswirtschaft	--	--	10,2	7,2	7,5
Fortbildungsstunden im Jahr 2014 – Mittelwert					
Pflegefachkräfte	--	--	580	298	398
Akademiker	--	--	16	18	29
Pflegehilfskräfte	--	--	75	61	71
ohne Pflegeausbildung	--	--	192	428	300
Soz. Betreuung/ Therapie	--	--	173	165	164
Hauswirtschaft	--	--	51	46	88
Vollzeitäquivalente Abgänge in den vergangenen sechs Monaten – Mittelwert					
Pflegefachkräfte	--	--	1,3	1,9	1,2
Akademiker	--	--	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	--	--	0,1	1,2	0,9
ohne Pflegeausbildung	--	--	1,0	4,6	1,9
Soz. Betreuung/ Therapie	--	--	0,3	2,0	0,5
Hauswirtschaft	--	--	0,4	1,4	0,4
Vollzeitäquivalente Zugänge in den vergangenen sechs Monaten – Mittelwert					
Pflegefachkräfte	--	--	0,9	3,9	1,9
Akademiker	--	--	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	--	--	0,3	0,5	0,4
ohne Pflegeausbildung	--	--	1,8	10,4	3,0
Soz. Betreuung/ Therapie	--	--	0,9	5,5	0,8
Hauswirtschaft	--	--	0,5	0,5	0,4
Krankheitstage in den vergangenen sechs Monaten – Mittelwert					
Pflegefachkräfte	--	--	271	134	158
Akademiker	--	--	1	1	3
Pflegehilfskräfte	--	--	54	100	94
ohne Pflegeausbildung	--	--	172	94	131
Soz. Betreuung/ Therapie	--	--	62	22	51
Hauswirtschaft	--	--	141	70	97

Für die Lesbarkeit wurden verkürzte Bezeichnungen der Berufsgruppen verwendet. Die Berufsgruppen waren in der Erhebung wie folgt benannt: Pflegefachkräfte, Akademiker in Pflege und Betreuung, Pflegehilfskräfte, Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung, Soziale Betreuung und Therapie, Hauswirtschaftliche Versorgung.

Tabelle 25: Zusammenfassung ausgewählter Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen zum Zeitpunkt t₀ (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der Beobachtungsstudie			
	Pflegedienste	Pflegestatistik 2013	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegestatistik 2013 (*2011)
Anzahl Einrichtungen in der Studie	6	12.745	6	--
Träger – anteilig (absolut)				
privat	50,0 % (3)	64,0 % (8.140)	50,0 % (3)	--
öffentlich	16,7 % (1)	1,0% (183)	0,0 % (0)	--
freigemeinnützig	33,3 (2)	35,0 % (4442)	50,0 % (3)	--
Versorgte Pflegebedürftige – Anzahl (Mittelwert)	161	48	30	--
Verteilung der Pflegestufen – Pflegedienste Mittelwert/ teilstationäre Pflegeeinrichtungen anteilig (absolut)				
ohne PS	38,6	--	5,6 % (10)	1,6 % (704)*
PS I	65,4	56,3	40,0 % (72)	44,5 % (19.488)*
PS II	32,4	32,8	40,0 % (72)	42,6 % (18.655)*
PS III	13,6	10,9	13,3 % (24)	11,1 % (4.877)*
Härtefall	0,6	--	1,1 % (2)	0,1 % (58)*
Wochenstunden Qualitätsmanagement gesamt – Mittelwert	24,2	--	44,3	--
Wochenstunden des Personals – Mittelwert				
Pflegefachkräfte	838,7	--	97,3	--
Akademiker	0,0	--	0,0	--
Pflegehilfskräfte	182,7	--	19,0	--
ohne Pflegeausbildung	41,8	--	27,5	--
Soz. Betreuung/ Therapie	29,0	--	47,3	--
Hauswirtschaft	160,7	--	40,1	--
Vollzeitäquivalente – Mittelwert				
Pflegefachkräfte	21,8	--	2,5	--
Akademiker	n.a.	--	n.a.	--
Pflegehilfskräfte	4,7	--	0,5	--
ohne Pflegeausbildung	1,1	--	0,7	--
Soz. Betreuung/ Therapie	0,8	--	1,2	--
Hauswirtschaft	4,2	--	1,0	--
Fortbildungsstunden im Jahr 2014 – Mittelwert				
Pflegefachkräfte	949,3	--	98,4	--
Akademiker	45,8	--	0,0	--
Pflegehilfskräfte	134,8	--	5,3	--
ohne Pflegeausbildung	31,8	--	2,2	--
Soz. Betreuung/ Therapie	0,0	--	14,8	--
Hauswirtschaft	0,0	--	12,5	--
Vollzeitäquivalente Abgänge in den vergangenen sechs Monaten – Mittelwert				
Pflegefachkräfte	1,0	--	0,2	--
Akademiker	0,0	--	0,0	--
Pflegehilfskräfte	0,3	--	0,0	--
ohne Pflegeausbildung	0,0	--	0,0	--
Soz. Betreuung/ Therapie	0,0	--	0,0	--
Hauswirtschaft	0,1	--	0,1	--
Vollzeitäquivalente Zugänge in den vergangenen sechs Monaten – Mittelwert				
Pflegefachkräfte	1,5	--	0,3	--
Akademiker	0,0	--	0,0	--
Pflegehilfskräfte	0,2	--	0,1	--
ohne Pflegeausbildung	0,6	--	0,0	--
Soz. Betreuung/ Therapie	0,0	--	0,4	--
Hauswirtschaft	0,3	--	0,2	--
Krankheitstage in den vergangenen sechs Monaten – Mittelwert				
Pflegefachkräfte	244,3	--	19,0	--
Akademiker	0,0	--	0,0	--
Pflegehilfskräfte	35,3	--	0,7	--
ohne Pflegeausbildung	11,8	--	6,3	--
Soz. Betreuung/ Therapie	0,0	--	14,7	--
Hauswirtschaft	73,5	--	33,2	--

Für die Lesbarkeit wurden verkürzte Bezeichnungen der Berufsgruppen verwendet. Die Berufsgruppen waren in der Erhebung wie folgt benannt: Pflegefachkräfte, Akademiker in Pflege und Betreuung, Pflegehilfskräfte, Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung, Soziale Betreuung und Therapie, Hauswirtschaftliche Versorgung.

9 Zentrale Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage: Analyse der Praxistauglichkeit (Praktikabilität)

Welcher **Umsetzungsgrad** der Kriterien des Expertenstandards wird in stationären Pflegeeinrichtungen

- a) nach Durchführung einer Schulung,
- b) nach Durchführung einer Schulung und eines gezielten Einsatzes von Interventionen,
- c) ohne Schulung und Einsatz gezielter Interventionen

auf **Einrichtungs-, Personal- und Bewohnerebene** erreicht?

Welche **Hürden und Schwierigkeiten** ergeben sich auf **Einrichtungs-, Personal- und Bewohnerebene** bei der Umsetzung des Expertenstandards in der vollstationären, teilstationären und ambulanten Versorgung?

Gemäß der ersten forschungsleitenden Fragestellung der Studie „Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zur Analyse der Praxistauglichkeit gliedert sich dieses Kapitel zur Beantwortung der Unterfragen in fünf Unterkapitel (9.1 bis 9.5) (vgl. Forschungsmatrix im Anhang 13.1). Es endet damit, die Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage pointiert zusammenzufassen und dabei unter Berücksichtigung methodischer Einschränkungen zu diskutieren (9.6).

Zu Beginn der jeweiligen Unterkapitel werden vor der Darstellung der zentralen Ergebnisse kurz die Erhebungsinstrumente und Auswertungsschritte sowie bei den Ergebnissen aus den Mitarbeiterbefragungen die Stichprobenbeschreibungen wiedergegeben.

9.1 Erreichter Zielerreichungsgrad bei der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“

Der Umsetzungsgrad des Expertenstandard-Entwurfs lässt sich anhand der Zielerreichungsgrade, die am Ende der Implementierungsphase durch die Anwendung des Audits ermittelt wurden, beurteilen.

Dieses Kapitel fasst die deskriptive Analyse des Zielerreichungsgrades des Expertenstandard-Entwurfs für die Pflegeheime der Interventionsgruppen (Cluster-RCT) sowie für die Pflegedienste und teilstationären Einrichtungen (Beobachtungsstudie) zusammen. Die Zielerreichungsgrade der Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs setzen sich aus dem zum Zeitpunkt t_2 (sechs Monate nach Baseline) erreichten Anteil der als umgesetzt, als vorliegend und als erfüllt bewerteten Beobachtungen in Relation zur Anzahl der insgesamt gültigen Beobachtungen zusammen. Diese werden zunächst im Abschnitt 9.1.1 für das klienten-/bewohnerbezogene Audit und im Abschnitt 9.1.2 für das personalbezogene Audit dargestellt. Am Ende des Abschnitts zum klienten-/bewohnerbezogenen Audit werden die Ergebnisse der Bewertung des Audits durch die Projektbeauftragten der Einrichtungen präsentiert (Abschnitt 9.1.3), bevor in Abschnitt 9.1.4 eine Zusammenfassung zum Zielerreichungsgrad das Kapitel abschließt.

9.1.1 Ergebnisse des klienten-/bewohnerbezogenen Audits

Das klienten-/bewohnerbezogene Audit erfolgte in Form einer schriftlichen Selbstbewertung durch einen Auditor oder eine Auditorin in den teilnehmenden Einrichtungen. Das dazugehörige Erhebungsinstrument „Audit-Ergebnisprotokoll 1“ umfasste 15 Items (8 Items mit Fragen an die Pflegedokumentation, 2 Items mit Fragen an die zuständige Pflegefachkraft, 5 Items mit Fragen an den Bewohner oder dessen Angehörige), die jeweils mit JA, NEIN oder NICHT ANWENDBAR (NA) beantwortet werden. Gültige Beobachtungen waren alle mit JA oder NEIN beantworteten Fragen. Tabelle 29 zeigt für den schnellen Leser die ermittelten Zielerreichungsgrade des Expertenstandard-Entwurfs in den Pflegeheimen, Pflegediensten und den teilstationären Einrichtungen als Ergebnis des klienten-/bewohnerbezogenen Audits. Aus der Tabelle sind ebenfalls die hinter den Items liegenden Fragestellungen abzulesen.

Stichprobe und Erhebungsdauer des klienten-/bewohnerbezogenen Audits in den Pflegeheimen

Für den Zeitpunkt t_2 lagen aus 18 der 22 Pflegeheime der Interventionsgruppen in der Cluster-RCT Daten aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit vor. Insgesamt erhoben die Pflegeheime Daten von 677 Bewohnern. Die vorgegebene zu auditierende Stichprobe von 40 Personen wurde in neun Pflegeheimen erreicht. Im Mittel auditierten die Pflegeheime 38 Personen. Die benötigten Zeitaufwände der Auditoren variierten zwischen zwei und 62 Stunden. Der Mittelwert für die Durchführung liegt bei 24 Stunden. Die Pflegeheime lagen mit einer mittleren Dauer von drei Wochen im für die Durchführung des Audits vorgegebenen Zeitraum von vier Wochen.

Tabelle 26 fasst die Anzahl der auditierten Bewohner sowie die Erhebungsdauer des Audits in den Pflegeheimen zusammen. Zwei der Pflegeheime nutzten die Gelegenheit, eine Rückmeldung zum Erhebungsaufwand in Form eines Freitextes zu formulieren und betonten dabei eine Erschwernis der Bewohnerbefragung durch einen hohen Anteil von Menschen mit Demenz, die in der Einrichtung lebten.

Tabelle 26: Anzahl auditierter Personen und Dauer des Audits in den Pflegeheimen

18 Pflegeheime	gesamt	Min.	Max.	MW	Median	SD
Anzahl auditierte Bewohner	677	29	43	38	40	3,87
Zeitaufwand in Stunden	--	2	62	24	23	14,5
Dauer in Wochen	--	0,1	6,4	3,0	3,1	1,7

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standarddeviation = Standardabweichung

Zielerreichungsgrad der Standardkriterien des klienten-/bewohnerbezogenen Audits in den Pflegeheimen

Abbildung 14 zeigt die **Verteilung der Antworten** zum klienten-/bewohnerbezogenen Audit (Ergebnisprotokoll 1) über alle Pflegeheime. Berücksichtigt sind neben den jeweils als gültige Antworten in die Berechnung des Zielerreichungsgrades einfließenden JA und NEIN Antworten auch die als NICHT ANWENDBAR (NA) gekennzeichneten und fehlenden Antworten. Die Darstellung erfolgt über alle Fragen des klienten-/bewohnerbezogenen Audits hinweg. Die Fragen zu den Items E1.1, E1.2, E2.1, E3.1, E4.1, E4.2, E5.1 und E5.2 waren anhand der vorliegenden Bewohnerdokumentation zu beantworten, die Fragen zu den Items E2.2 und E2.3 an die zuständige Pflegefachkraft zu richten, während die Fragen zu den Items E3.2, E3.3, E3.4, E4.3 und E5.3 direkt dem Bewohner oder dessen Angehörigen gestellt wurden. Gemeinsam mit dem Item 5.2 stellen die eben genannten Items diejenigen dar,

für welche die Auswahlmöglichkeit NICHT ANWENDBAR auffallend häufiger vergeben wurde. Bei der Vergabe eines NA waren die Auditoren gebeten, die Gründe hierfür zu erfassen. Bei den genannten Gründen überwogen – wie von zwei Pflegeheimen auch zusammenfassend bemerkt – das hohe Ausmaß kognitiver Einschränkungen und die damit entfallende Befragung der pflegebedürftigen Person sowie mangelndes Interesse der Angehörigen und/oder der gesetzlichen Betreuungspersonen und die damit verbundene entfallende Verfügbarkeit für eine stellvertretende Befragung.

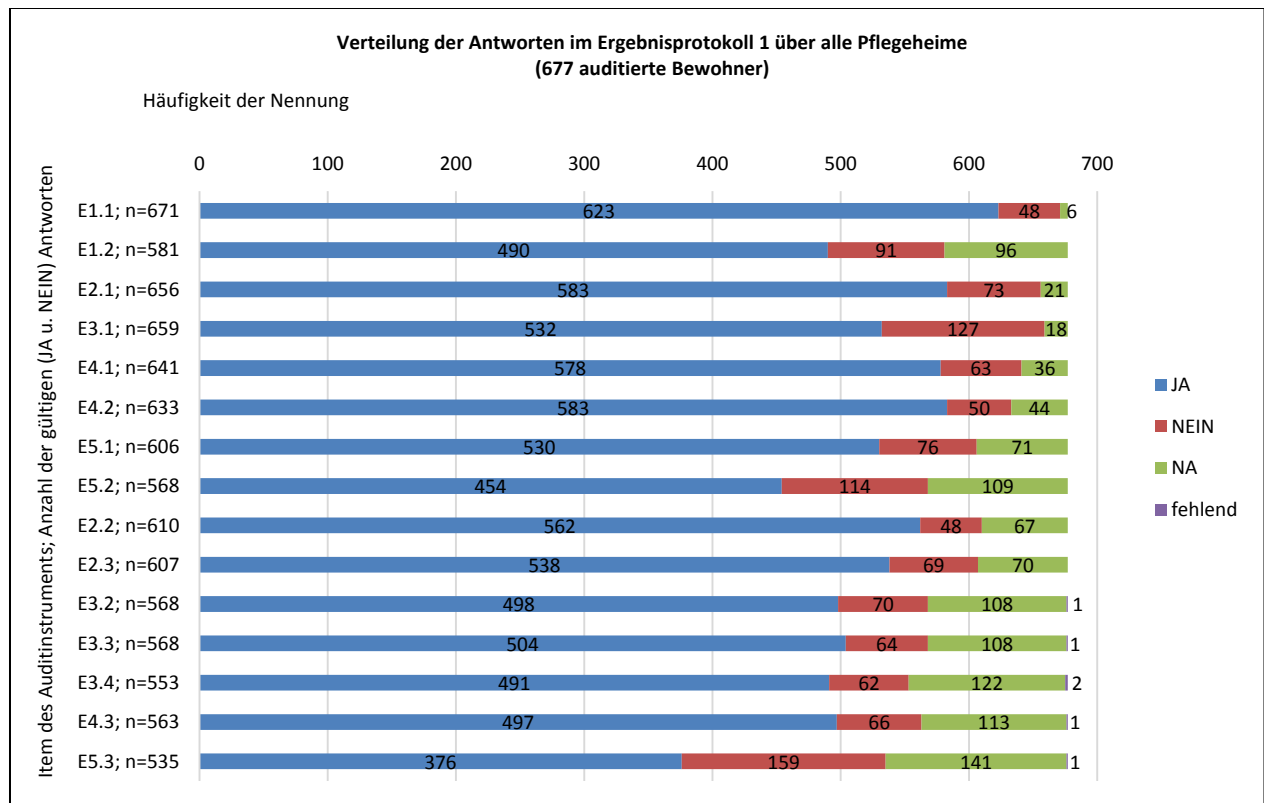


Abbildung 14: Verteilung der Antworten aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit aller Pflegeheime

Abbildung 15 zeigt den **Zielerreichungsgrad der Standardkriterien** über alle Fragen des klienten-/bewohnerbezogenen Audits in den Pflegeheimen. Die Ergebnisse zeigen über alle Ebenen des Expertenstandard-Entwurfs hinweg weitgehend homogene hohe bis sehr hohe Zielerreichungsgrade⁷. Bis auf ein Kriterium wurden die Standardebenen in allen Pflegeheimen zu mindestens 80 % umgesetzt. Den höchsten Zielerreichungsgrad erzielte das Kriterium E1.1 zur ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus) mit einem Zielerreichungsgrad von knapp 93 %. Zu diesem Kriterium ist aus der Bewohnerdokumentation die Frage, *Wurden unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität eingeschätzt?*, zu beantworten. Mit 92 % folgt das Kriterium E2.2 zur zweiten Standardebene (Planung und Koordination von Maßnahmen), welches durch Befragung der zuständigen Pflegefachkraft, *War es Ihnen möglich, die geplanten Maßnahmen (zur Erhaltung und Förderung der Mobilität) zu koordinieren?*, zu bewerten war. Mit einem Zielerreichungsgrad von 70 %

⁷ Zielerreichungsgrade von ≥ 85 % sind als sehr hoch und von 70 bis 84 % als hoch zu bewerten.

ist das Kriterium E5.3 der fünften Standardebene der Evaluation (Befragung des Klienten/ Bewohners (alternativ Angehörigen): *Wurde gemeinsam mit Ihnen der Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen überprüft?*) das am geringsten umgesetzte Kriterium.

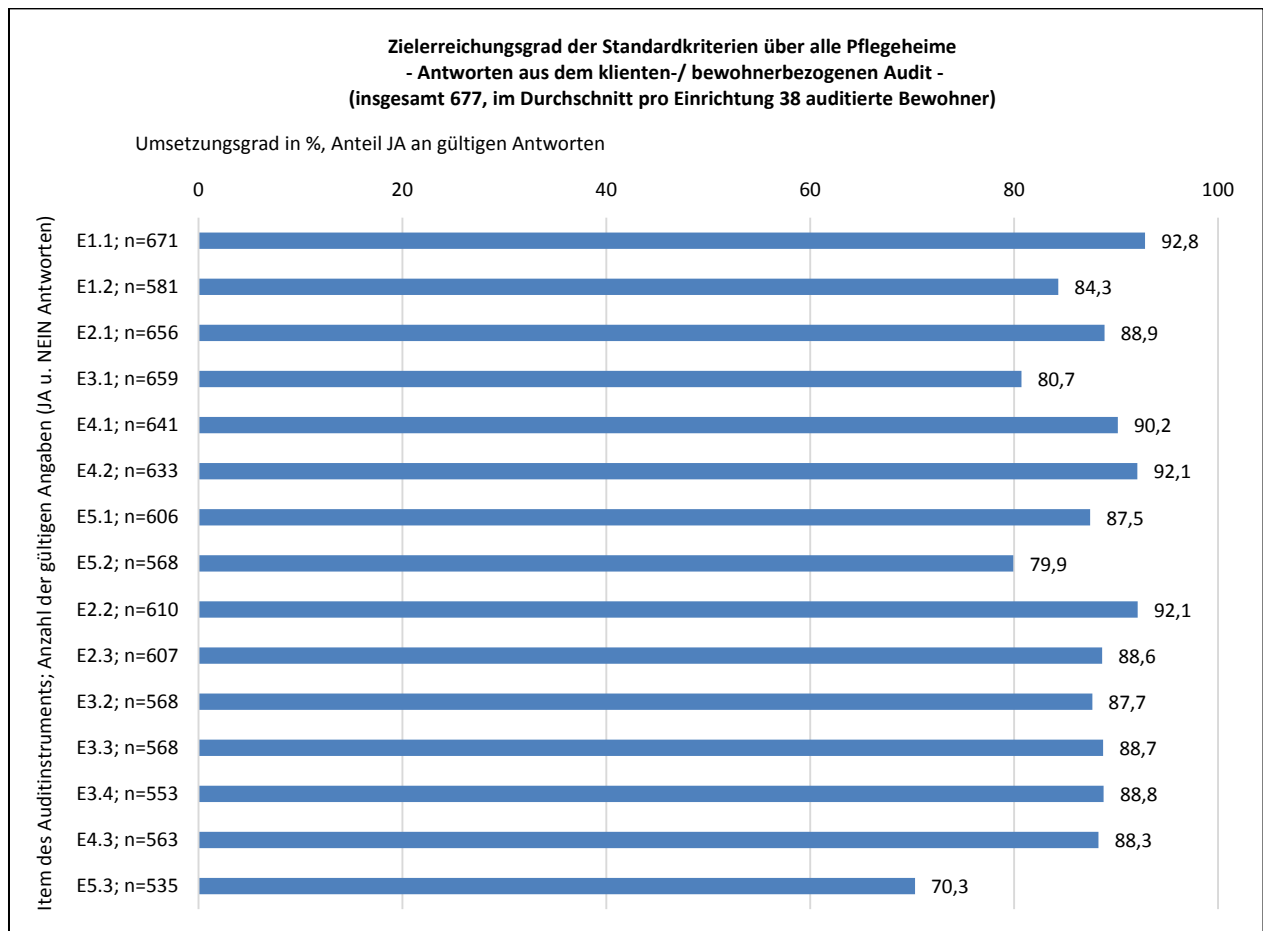


Abbildung 15: Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle Pflegeheime (klienten-/bewohnerbezogenes Audit)

Abbildung 16 zeigt den Zielerreichungsgrad der Pflegeheime nach den beiden Interventionsgruppen A und B der Cluster-RCT getrennt. Die Ergebnisse differieren kaum zwischen den Gruppen. Bei der Frage nach der unmittelbar zu Beginn des Pflegeprozesses erforderlichen Einschätzung der Mobilität (Item 1.1) sowie bei der Befragung der zuständigen Pflegefachkraft danach, ob bei Veränderungen Anpassungen im Maßnahmenplan vorgenommen wurden (Item 5.2), erzielten die Pflegeheime der Interventionsgruppe B höhere Werte als die Pflegeheime der Interventionsgruppe A. Wohingegen die Zielerreichungsgrade der Pflegeheime der Interventionsgruppe A unter anderem im Item 1.2 (regelmäßige Einschätzung in individuell festgelegten Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren) und im Item 5.1 (Vorliegen einer Evaluation der vereinbarten Maßnahmen) höher ausfielen.

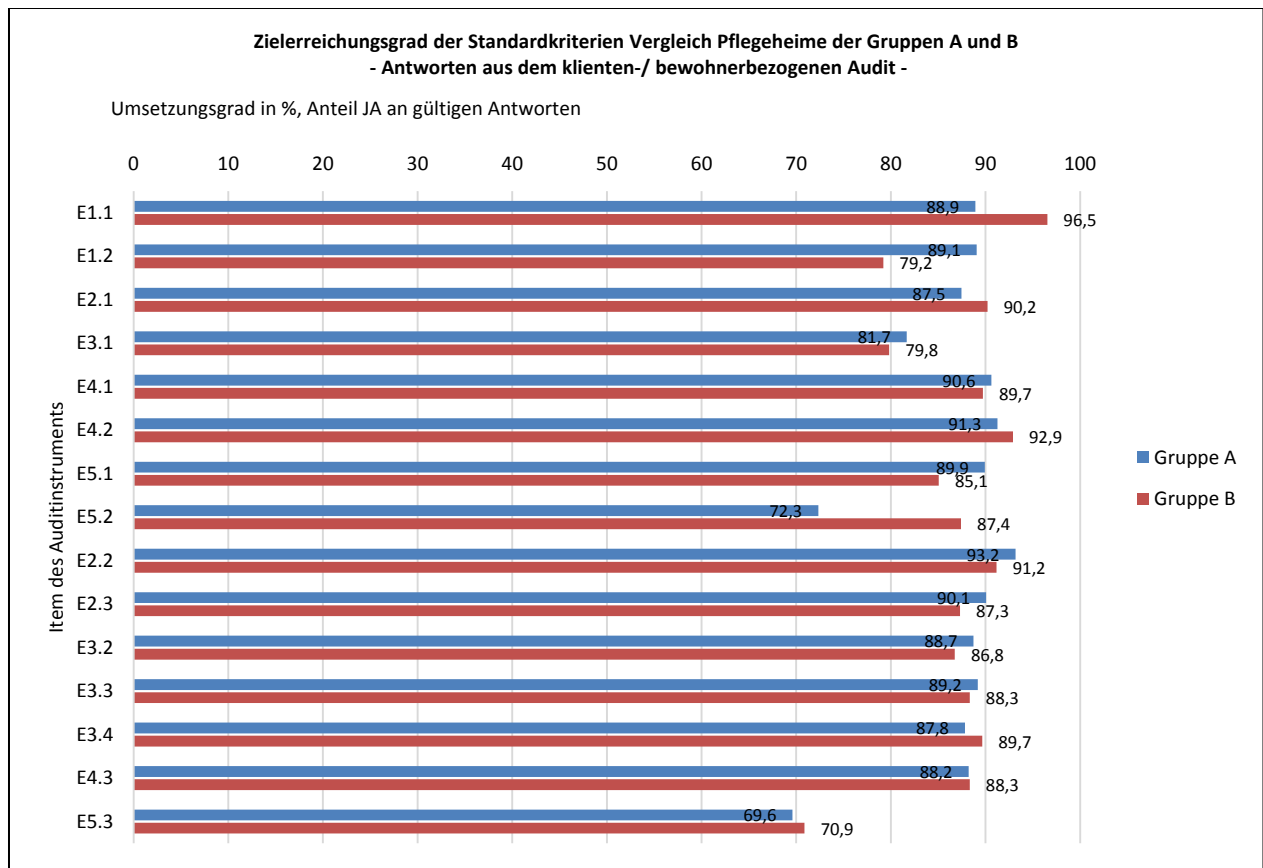


Abbildung 16: Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle Pflegeheime der Gruppen A und B (klienten-/bewohnerbezogenes Audit)

Stichprobe und Erhebungsdauer des klienten-/bewohnerbezogenen Audits in den Pflegediensten

Für den Zeitpunkt t_2 lagen von fünf der sechs Pflegedienste Daten aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit vor. Insgesamt erhoben die Pflegedienste Daten von 177 Bewohnern. Die vorgegebene zu auditierende Stichprobe von 40 Personen wurde in zwei Pflegediensten erreicht. Im Mittel auditierten die Pflegedienste 35 Personen. Die benötigten Zeitaufwände der Auditoren variierten zwischen 16 und 31 Stunden. Wobei im Mittel 26 Stunden für die Durchführung des Audits benötigt wurden. Auch die Pflegedienste lagen mit einer mittleren Dauer von 3,3 Wochen im für die Durchführung des Audits vorgegebenen Zeitraum von vier Wochen.

Tabelle 27 fasst die Anzahl der auditierten Klienten sowie die Erhebungsdauer des Audits in den Pflegediensten zusammen. Ein Pflegedienst nutzte die Gelegenheit, eine Rückmeldung zum Erhebungsaufwand in Form eines Freitextes zu formulieren und betonte dabei eine Erschwernis der Klientenbefragung dadurch, dass sich Klienten nicht an erfolgte Beratungsgespräche erinnerten.

Tabelle 27: Anzahl auditierter Personen und Dauer des Audits in den Pflegediensten

5 Pflegedienste	gesamt	Min.	Max.	MW	Median	SD
Anzahl auditierte Klienten	177	21	40	35,4	39	8,1
Zeitaufwand in Stunden	--	16	31	26	30	6,4
Dauer in Wochen	--	1,1	4,6	3,3	4,0	1,5

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standarddeviation = Standardabweichung

Zielerreichungsgrad der Standardkriterien des klienten-/bewohnerbezogenen Audits in den Pflegediensten

Abbildung 17 zeigt die **Verteilung der Antworten** im Ergebnisprotokoll 1 über alle Pflegedienste. Berücksichtigt sind neben den jeweils als gültige Antworten in die Berechnung des Zielerreichungsgrades einfließenden JA und NEIN Antworten auch die als NICHT ANWENDBAR (NA) gekennzeichneten und fehlenden Antworten. Die Darstellung erfolgt über alle Fragen des klienten-/bewohnerbezogenen Audits hinweg. Die Items 5.2, 3.3, 3.4, 4.3 und 5.3 stellen auch bei den Pflegediensten diejenigen Items dar, für welche die Auswahlmöglichkeit NICHT ANWENDBAR häufiger vergeben wurde. Bei den genannten Gründen für die Vergabe eines NA überwogen bei den Pflegediensten zu den an die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige gerichteten Fragen die Rückmeldungen dazu, dass sich Klienten nicht an erfolgte Beratungs- und/oder Informationsgespräche erinnerten oder diese nicht als solche wahrgenommen hatten. Bei dem am geringsten umgesetzten Kriterium E5.2 (vgl. Abbildung 18) wurde die Vergabe eines NA vorrangig damit begründet, dass im Erhebungszeitraum noch keine Veränderungen des Maßnahmenplans erfolgten.

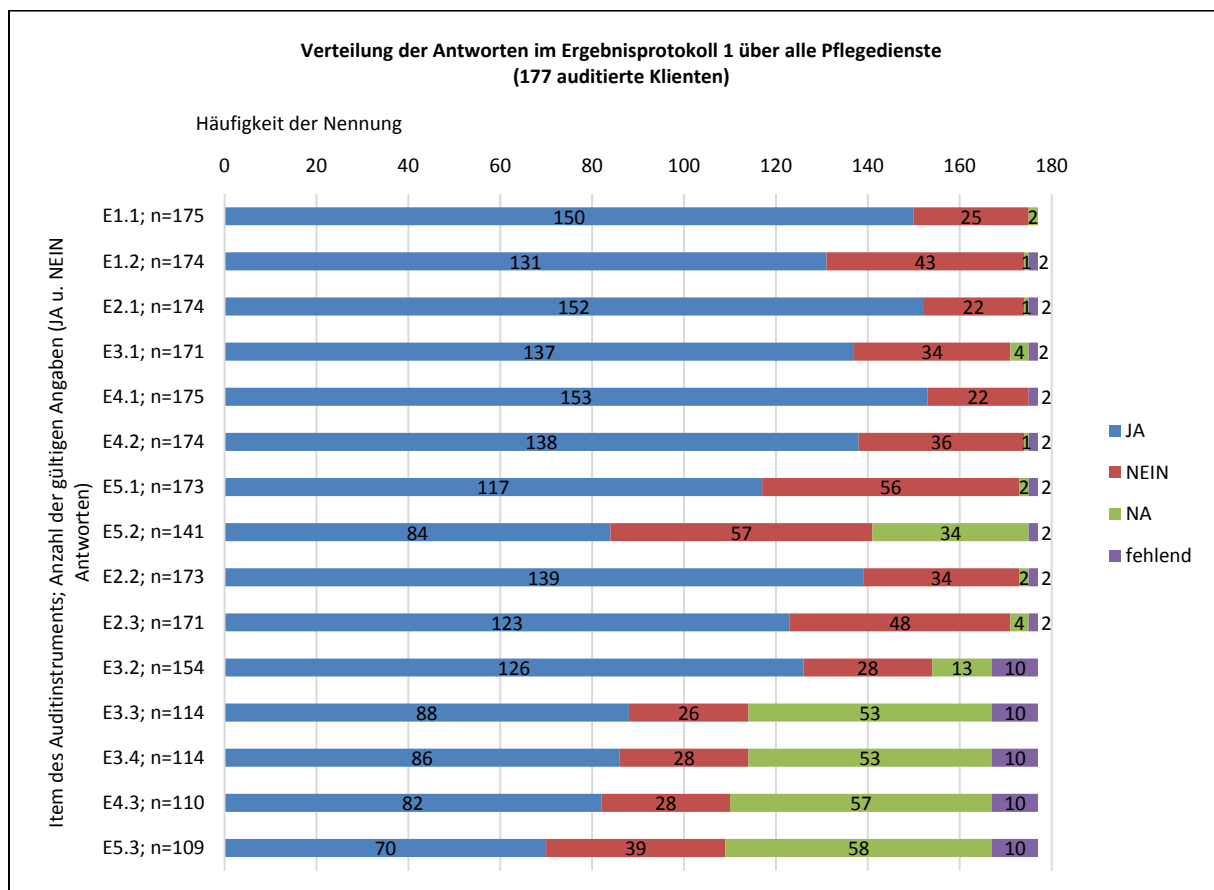


Abbildung 17: Verteilung der Antworten aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit aller Pflegedienste

Abbildung 18 zeigt den **Zielerreichungsgrad der Standardkriterien** über alle Fragen des klienten-/bewohnerbezogenen Audits in den Pflegediensten. Mit jeweils 87 % erzielten die höchsten Zielerreichungsgrade das Kriterium E2.1 der zweiten Standardebene zur Planung und Koordination von Maßnahmen (Dokumentenanalyse: *Liegt ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maß-*

nahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität vor?) und das Kriterium E4.1 der vierten Standardebene zur Durchführung von Maßnahmen (Dokumentenanalyse: Wurden dem pflegebedürftigen Menschen ggf. seinen Angehörigen die im Maßnahmenplan festgelegten Maßnahmen und Hilfsmittel angeboten?). Mit einem Zielerreichungsgrad von knapp 60 % ist das Kriterium E5.2 der fünften Standardebene zur Evaluation (Dokumentenanalyse: Wurden bei Veränderungen am Maßnahmenplan Anpassungen vorgenommen und dokumentiert?) das am geringsten umgesetzte Kriterium. Insgesamt erreichten auch die Pflegedienste hohe Zielerreichungsgrade, wobei die Homogenität der Einzelergebnisse im Vergleich zu den Pflegeheimen abgenommen hat.

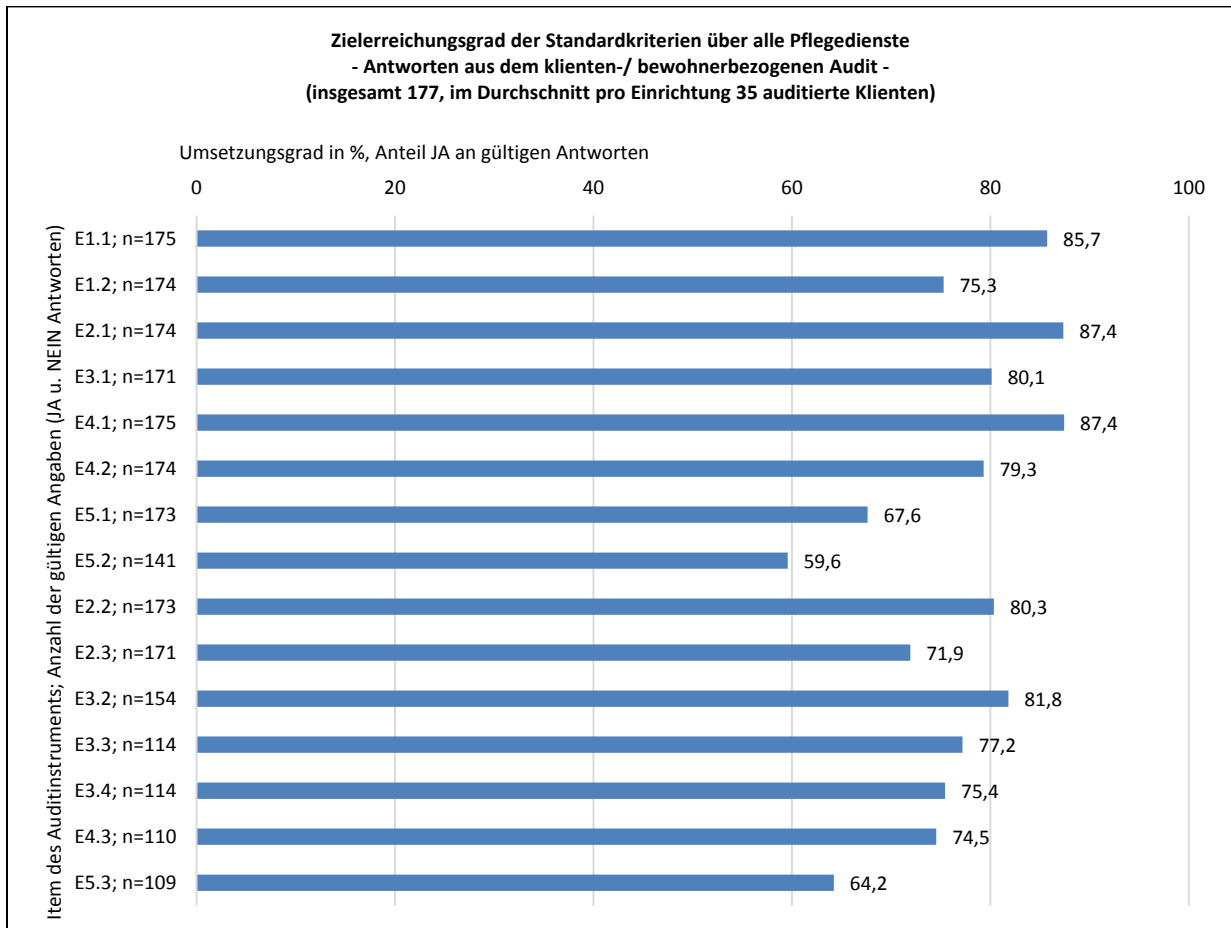


Abbildung 18: Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle Pflegedienste (kunden-/bewohnerbezogenes Audit)

Stichprobe und Erhebungsdauer des kranken-/bewohnerbezogenen Audits in den teilstationären Pflegeeinrichtungen

Für den Zeitpunkt t_2 lagen von fünf der sechs teilstationären Pflegeeinrichtungen Daten aus dem kranken-/bewohnerbezogenen Audit vor. Insgesamt erhoben die teilstationären Einrichtungen Daten von 107 Tagesgästen. Im Mittel auditierten die teilstationären Pflegeeinrichtungen 21 Personen. Angesichts der in der Regel kleineren Anzahl der in diesem Versorgungsbereich betreuten Menschen ist diese Stichprobe im Vergleich zu den auditierten Personenzahl in den Pflegeheimen und Pflegediensten begründbar (vgl. Abschnitt 8.2). Die benötigten Zeitaufwände der Auditoren variierten zwischen acht und 28,5 Stunden. Wobei im Mittel 15,4 Stunden für die Durchführung des Audits benö-

tigt wurden. Die teilstationären Pflegeeinrichtungen benötigten zwischen 0,7 und 4,7 Wochen für die Durchführung des Audits.

Tabelle 28 fasst die Anzahl der auditierten Tagesgäste sowie die Erhebungsdauer des Audits in den teilstationären Pflegeeinrichtungen zusammen.

Tabelle 28: Anzahl auditierten Personen und Dauer des Audits in den teilstationären Pflegeeinrichtungen

5 teilstationäre Pflegeeinrichtungen	gesamt	Min.	Max.	MW	Median	SD
Anzahl auditierten Tagesgäste	107	15,0	38,0	21	18,0	9,5
Zeitaufwand in Stunden	--	8,0	28,5	15,4	12,5	9,2
Dauer in Wochen	--	0,7	4,7	2,1	2,1	1,6

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standarddeviation = Standardabweichung

Zielerreichungsgrad der Standardkriterien des kranken-/bewohnerbezogenen Audits in den teilstationären Pflegeeinrichtungen

Die **Verteilung der Antworten** im Ergebnisprotokoll 1 über alle teilstationären Pflegeeinrichtungen stellt Abbildung 19 dar. In den teilstationären Pflegeeinrichtungen entfällt ebenfalls die Vergabe mit den bereits in den anderen Settings aufgeführten Begründungen eines NICHT ANWENBAR häufiger auf die Items der Klienten-/Bewohnerbefragung (Item 3.2, 3.3, 3.4, 4.3 und 5.3).

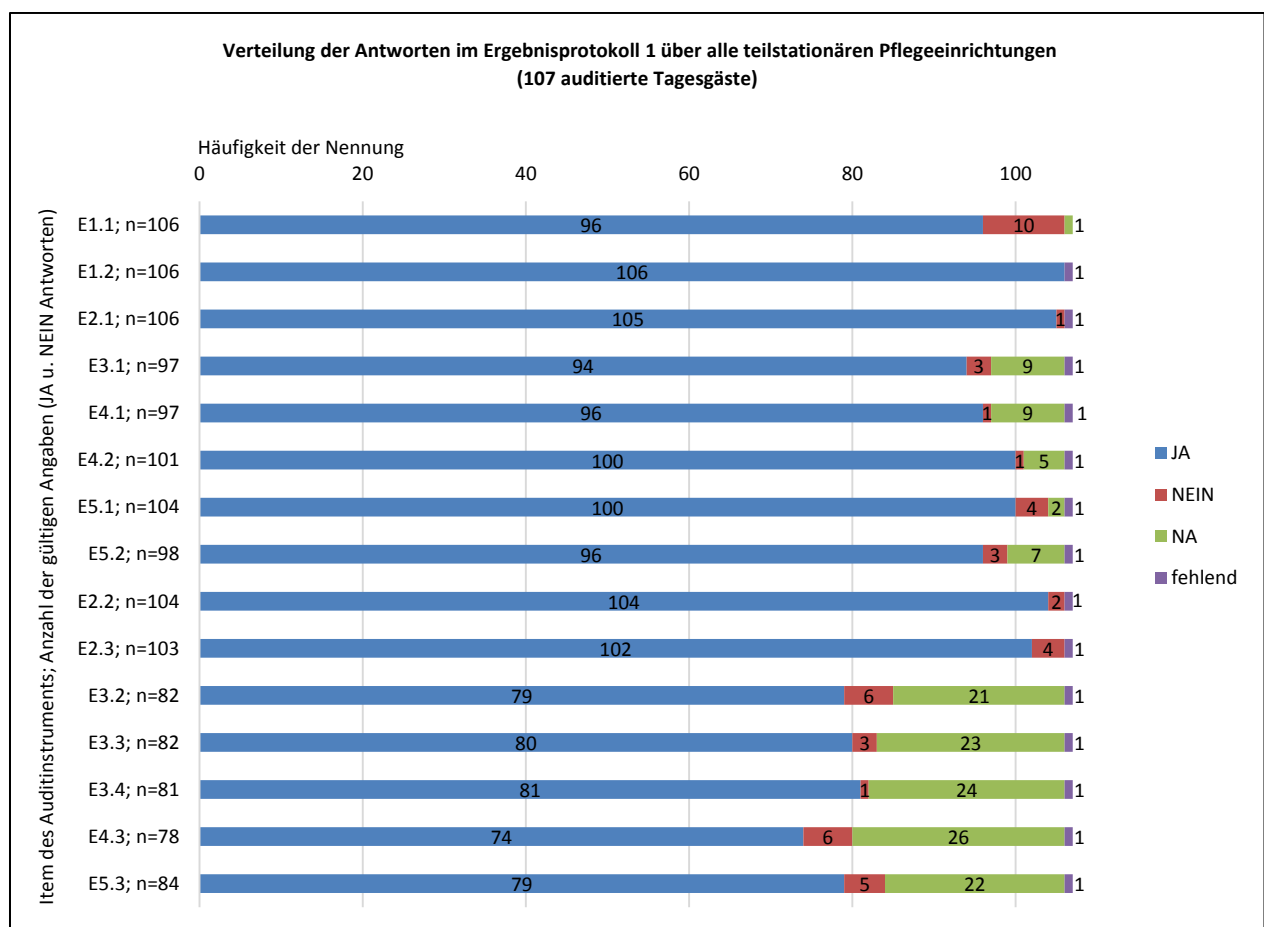


Abbildung 19: Verteilung der Antworten aus dem kranken-/bewohnerbezogenen Audit aller teilstationären Pflegeeinrichtungen

Abbildung 20 zeigt den **Zielerreichungsgrad der Standardkriterien** über alle Fragen des klienten-/bewohnerbezogenen Audits. Die fünf teilstationären Pflegeeinrichtungen erreichten für alle Items der Standardkriterien ausnahmslos sehr hohe Zielerreichungsgrade von mindestens 90 %, die sich zudem sehr homogen verhalten. Den höchsten Zielerreichungsgrad von 100 % erzielte das Kriterium E1.2 (Dokumentenanalyse: *Wurde die Einschätzung regelmäßig in individuell festgelegten Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren wiederholt?*), gefolgt von dem Kriterium E2.1 (Dokumentenanalyse: *Liegt ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität vor?*) und dem Kriterium E4.2 (Dokumentenanalyse: *Liegt ein Nachweis über die planmäßige Durchführung der Maßnahmen vor?*) mit je 99 %. Mit einem Zielerreichungsgrad von knapp 91 % ist das Kriterium E1.1 (Dokumentenanalyse: *Wurden unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität eingeschätzt?*) das in den teilstationären Pflegeeinrichtungen am geringsten umgesetzte Kriterium.

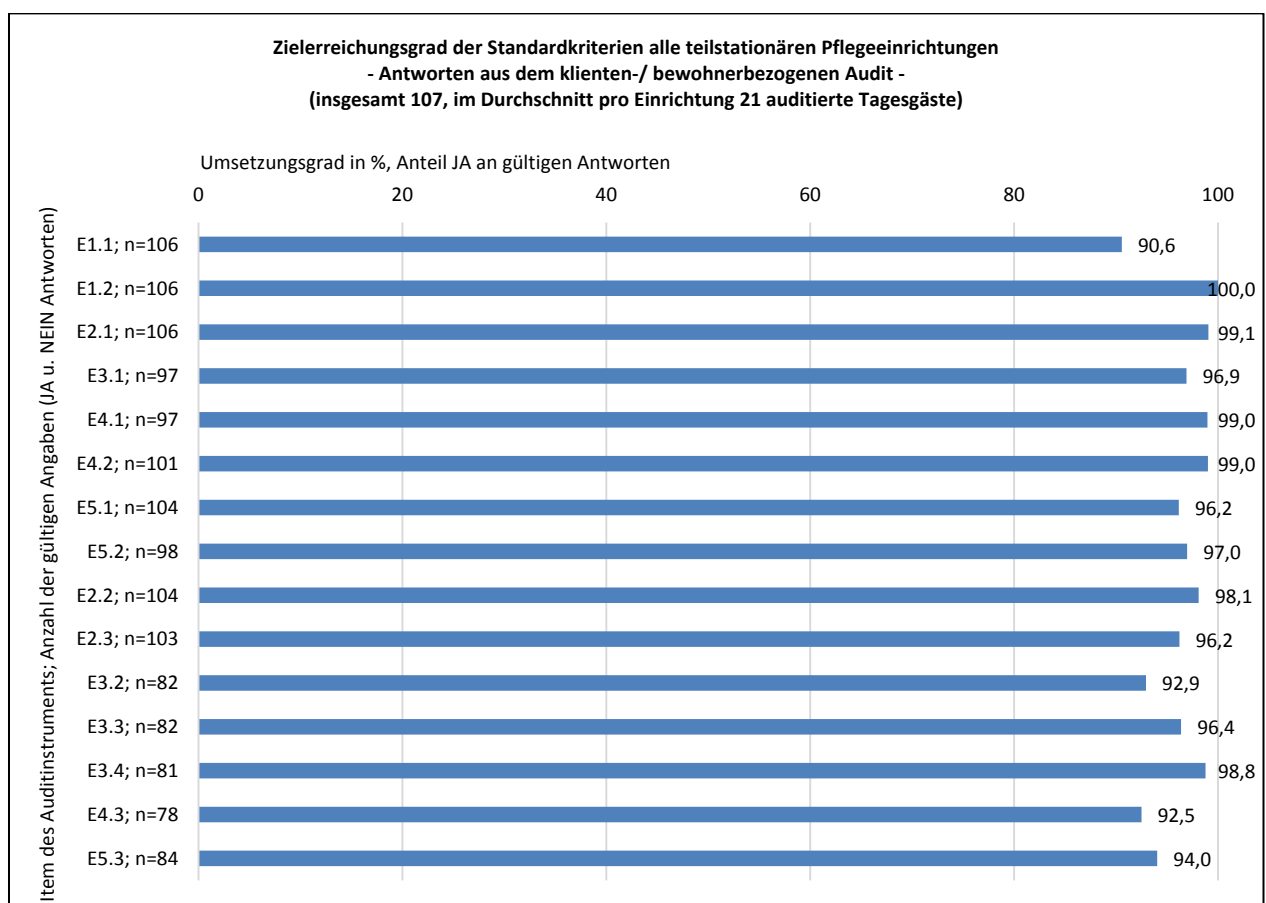


Abbildung 20: Zielerreichungsgrad der Standardkriterien über alle teilstationären Pflegeeinrichtungen (klienten-/bewohnerbezogenes Audit)

Tabelle 29 zeigt **zusammenfassend die Zielerreichungsgrade der Standardkriterien** in den Pflegeheimen (Cluster-RCT) und den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen (Beobachtungsstudie). Hierzu können für die drei Settings die auffälligsten Einzelergebnisse wie folgt komprimiert werden:

- Pflegeheime:**

Das aus der Dokumentation zu erfassende Kriterium der ersten Standardebene, nämlich ob unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität eingeschätzt wurden, war das im höchsten Ausmaß umgesetzte Ergebniskriterium. Dies kann als Hinweis verstanden werden, dass der Einsatz von Assessment-Instrumenten in den Alltag übergegangen ist. Das aus der Bewohnerbefragung zu ermittelnde Kriterium der fünften Standardebene, welches die mit dem Bewohner bzw. seinen Angehörigen gemeinsame Überprüfung des Erfolgs und der Angemessenheit der Maßnahmen beinhaltet, war das am geringsten umgesetzte Kriterium. Gründe für dieses Ergebnis liegen in kognitiven Einschränkungen der Heimbewohner und der nicht immer gegebenen Erreichbarkeit der Angehörigen. Die Ergebnisse zeigen über alle Ebenen des Expertenstandard-Entwurfs hinweg hohe bis sehr hohe Zielerreichungsgrade mit weitgehend homogenen Einzelergebnissen.
- Pflegedienste:**

Das aus der Dokumentation zu erfassende Kriterium der zweiten Standardebene, nämlich ob ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität vorliegt, und das Kriterium der vierten Standardebene, welches das dokumentierte Angebot der im Maßnahmenplan festgelegten Maßnahmen und Hilfsmittel an die pflegebedürftigen Menschen ggf. seinen Angehörigen abfragt, erzielten die höchsten Zielerreichungsgrade. Die Umsetzung der Dokumentation dieser Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses gelang den beteiligten Pflegediensten sehr gut. Das ebenfalls aus der Dokumentation zu erfassende Kriterium der fünften Standardebene, welches bei Veränderungen nach Anpassungen am Maßnahmenplan in der Dokumentation fragt, war das am geringsten umgesetzte Kriterium. Als Begründung gaben die Pflegedienstmitarbeiter an, dass sie im Laufe der Implementierung noch keine Anpassungen vornehmen mussten, weswegen das Kriterium folgerichtig als nicht anwendbar bewertet wurde.

Insgesamt erreichten auch die Pflegedienste hohe Zielerreichungsgrade, wobei die Homogenität der Einzelergebnisse im Vergleich zu den Pflegeheimen abgenommen hat.
- Tagespflegeeinrichtungen:**

Die aus der Dokumentation zu erfassenden Ergebniskriterien der ersten, zweiten und vierten Standardebene (regelmäßige Einschätzung in individuell festgelegten Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren, Vorliegen eines individuellen Maßnahmenplans und Vorliegen eines Nachweises über die planmäßige Durchführung der Maßnahmen) wurden in den beteiligten Tagespflegeeinrichtungen in höchstem Ausmaß umgesetzt. Das aus der Dokumentation zu erfassende Kriterium der ersten Standardebene, also ob unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität eingeschätzt wurden, war das im geringsten, aber immer noch sehr hohen, Ausmaß umgesetzte Ergebniskriterium.

Für alle Items der Standardkriterien erzielten die Tagespflegeeinrichtungen durchgängig sehr hohe und in den Einzelergebnissen homogene Zielerreichungsgrade.

Die höchsten Zielerreichungsgrade erreichten die Items des bewohner- und klientenbezogenen Audits, die durch die Dokumentenanalyse und hinsichtlich unterschiedlicher Ergebniskriterien der verschiedenen Standardebenen ermittelt wurden. Dies spricht für einen hohen und konsistenten Ent-

wicklungsstand der pflegebezogenen Dokumentation in den beteiligten Implementierungseinrichtungen der drei Versorgungsbereiche, der sicherlich auch durch externe Prüfinstanzen wie den MDK vorangetrieben wurde und in den aktuellen Entwicklungen durch das Strukturmodell zur entbürokratisierten Pflegedokumentation einer Revision unterliegt.

Tabelle 29: Zielerreichungsgrad des Expertenstandard-Entwurfs in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Klienten-/bewohnerbezogenes Audit)

Item/Frage	Zielerreichungsgrad in %		
	Pflegeheime (677 auditierte Personen)	Pflegedienste (177 auditierte Personen)	Teilstationäre Pflegeeinrich- tungen (107 auditierte Personen)
Quelle: Dokumentenanalyse			
E1.1 Wurden unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität eingeschätzt?	92,9	85,7	90,6
E1.2 Wurde die Einschätzung regelmäßig in individuell festgelegten Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren wiederholt?	84,3	75,3	100,0
E2.1 Liegt ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität vor?	88,9	87,4	99,1
E3.1 Wurde dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen Information, Beratung und Anleitung angeboten?	80,7	80,1	96,9
E4.1 Wurden dem pflegebedürftigen Menschen ggf. seinen Angehörigen die im Maßnahmenplan festgelegten Maßnahmen und Hilfsmittel angeboten?	90,2	87,4	99,0
E4.2 Liegt ein Nachweis über die planmäßige Durchführung der Maßnahmen vor?	92,1	79,3	99,0
E5.1 Liegt eine Evaluation der vereinbarten Maßnahmen vor?	87,5	67,6	96,2
E5.2 Wurden bei Veränderungen am Maßnahmenplan Anpassungen vorgenommen und dokumentiert?	79,9	59,6	97,0
Quelle: Befragung der zuständigen Pflegefachkraft			
E2.2 War es Ihnen möglich, die geplanten Maßnahmen (zur Erhaltung und Förderung der Mobilität) zu koordinieren?	92,1	80,4	98,1
E2.3 War es Ihnen möglich, für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans zu sorgen?	88,6	71,9	96,2
Quelle: Befragung des Klienten/ Bewohners (alternativ Angehörigen)			
E3.2 Wurden Sie über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität informiert?	87,7	81,8	92,9
E3.3 Wurden Sie über Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert?	88,7	77,2	96,4
E3.4 Waren diese Informationen für Sie ausreichend und verständlich?	88,8	75,4	98,8
E4.3 Wurden Ihnen spezielle Kurse oder Trainingsprogramme und/oder Hilfsmittel angeboten, um Ihre Mobilität zu erhalten und zu fördern?	88,3	74,6	92,5
E5.3 Wurde gemeinsam mit Ihnen der Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen überprüft?	70,3	64,2	94,1

Zielerreichungsgrad der einrichtungsbezogenen Strukturkriterien S2b und S4a in den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen

Der Zielerreichungsgrad der einrichtungsbezogenen Strukturkriterien S2b und S4a wurde durch die Auditoren anhand von vier Fragen ermittelt, welche jeweils mit JA oder NEIN beantwortet werden konnten. Diese Fragen wurden den Auditoren ergänzend im personalbezogenen Audit (Ergebnisprotokoll 2) gestellt, aufgrund ihrer thematischen Nähe zu den in den vorangegangenen Abschnitten vorgestellten Zielerreichungsgraden der übrigen Standardkriterien werden sie an dieser Stelle präsentiert. Tabelle 30 zeigt den **Zielerreichungsgrad der Strukturkriterien S2b und S4a** in den Pflegeheimen, Pflegediensten und den teilstationären Einrichtungen. Es lagen für 16 von 22 Pflegeheimen, für fünf von sechs Pflegediensten und für fünf von sechs teilstationären Einrichtungen Angaben vor. Zwei der 16 Pflegeheime machten keine Angabe zum Kriterium S2b. Besonders die teilstationären Pflegeeinrichtungen konnten zum Ende der Implementierungsphase die einrichtungsbezogenen Strukturkriterien in Gänze umsetzen und für sich festhalten, dass sowohl personelle als auch materielle und räumliche Ressourcen zur Verfügung standen, um ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung zu verwirklichen. Auch die Pflegedienste verankerten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität als festen Bestandteil des internen Qualitätsmanagements. Die Verfügbarkeit von materiellen und räumlichen Ressourcen wurde jedoch nur von drei Pflegediensten bejaht. Ein Pflegedienst gab an, dass die personellen Ressourcen zum Ende der Implementierungsphase nicht zur Verfügung standen. Die Pflegeheime bejahten die Kriterien in der Mehrheit. Drei Pflegeheime gaben an, zum Ende der Implementierungsphase nicht über die erforderlichen personellen und räumlichen Ressourcen zu verfügen. Zwei Pflegeheime hatten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität nicht als festen Bestandteil des internen Qualitätsmanagements integriert.

Tabelle 30: Zielerreichungsgrad der Strukturkriterien S2b und S4 in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen (personalbezogenes Audit)

Item/Frage	Zielerreichungsgrad in %		
	Pflegeheime	Pflegedienste	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen
Quelle: Auskunft der Auditoren			
S2b Sind Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements?	85,7	100,0	100,0
S4a.1 Verfügt Ihre Einrichtung über Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung – Persönliche Ressourcen?	81,3	80,0	100,0
S4a.2 Verfügt Ihre Einrichtung über Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung – Materielle Ressourcen?	87,5	60,0	100,0
S4a.3 Verfügt Ihre Einrichtung über Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung – Räumliche Ressourcen?	81,3	60,0	100,0

9.1.2 Ergebnisse des personalbezogenen Audits

Das personalbezogene Audit in Form einer schriftlichen Befragung der Pflegefachkräfte umfasste 18 Items (neun Items zur tatsächlichen Teilnahme an Informations-, Schulungs- oder Fortbildungsveranstaltungen und neun Items zum weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf), die jeweils mit JA oder NEIN beantwortet werden konnten. Im dazu gehörenden Erhebungsinstrument „Audit-Ergebnisprotokoll 2“ entsprachen alle mit JA oder NEIN beantworteten Items gültigen Beobachtungen. Die Pflegeeinrichtungen konnten die vorgegebenen Themenkomplexe mit Beispielen/Titeln der tatsächlich erfolgten Fortbildungsveranstaltungen ergänzen, um so den Pflegefachkräften die Zuordnung von Fortbildungsveranstaltungen zu den Themenkomplexen zu erleichtern.

Stichprobe und Rücklauf des personalbezogenen Audits in den Pflegeheimen

Für den Zeitpunkt t_2 lagen aus 16 der 22 Pflegeheime der Interventionsgruppen in der Cluster-RCT Daten aus dem personalbezogenen Audit vor. Von den insgesamt in den Pflegeheimen an das Personal ausgegebenen 266 Fragebögen wurden 231 ausgefüllt abgegeben, was einem Rücklauf von ca. 87 % entspricht. Im Mittel nahmen pro Pflegeheim 14 Pflegefachkräfte an der Befragung teil.

Teilnahme an Informations-, Schulungs- oder Fortbildungsveranstaltungen und weiterhin bestehender Bedarf in den Pflegeheimen

Ausgehend von den Antworten der Pflegefachkräfte griffen Informations-, Schulungs- oder Fortbildungsveranstaltungen in den Pflegeheimen die Themenbereiche der Standardebenen umfassend auf. Die höchste Teilnahme, jeweils von mehr als 80 % der Pflegefachkräfte, verzeichneten dabei Veranstaltungen zur ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus), zur zweiten Standardebene (Planung und Koordination von Maßnahmen) sowie zur vierten Standardebene (Durchführung von Maßnahmen). Fortbildungen zu den Inhalten der dritten (Information, Anleitung und Beratung) und fünften Standardebene (Evaluation) verzeichneten Teilnahmen von 73 bis 77 %. Trotz besuchter Fortbildungsangebote besteht subjektiv für die Pflegefachkräfte zum Abschluss des Implementierungsprozesses weiterhin Fortbildungsbedarf, und zwar besonders für die Themenkomplexe der zweiten Standardebene zur Planung und Koordination von Maßnahmen (Fortbildungsbedarf 44 %), der fünften Standardebene zur Evaluation (Fortbildungsbedarf 43 %) und aus der dritten Standardebene die Inhalte zur Anleitung (Fortbildungsbedarf ca. 41 %).

Abbildung 21 führt die Ergebnisse des personalbezogenen Audits für die Pflegeheime zusammen.

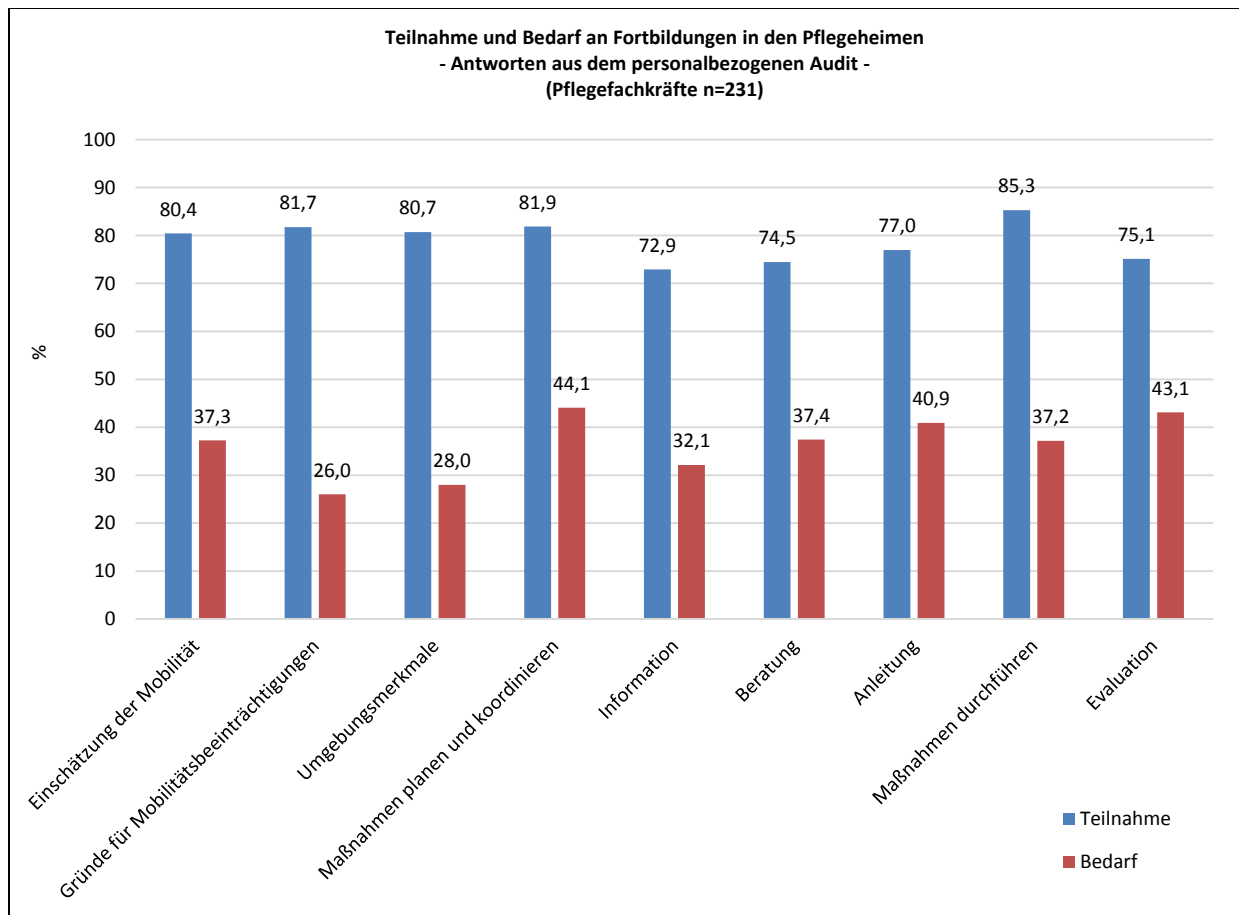


Abbildung 21: Teilnahme und Bedarf an Fortbildungen über alle Pflegeheime (personalbezogenes Audit)

Stichprobe und Rücklauf personalbezogenes Audit Pflegedienste

Für den Zeitpunkt t_2 lagen aus fünf der sechs Pflegedienste Daten aus dem personalbezogenen Audit vor. Von den insgesamt in den Pflegediensten an das Personal ausgegebenen 77 Fragebögen wurden 71 ausgefüllt wieder abgegeben – dies entspricht einem Rücklauf von 92 %. Im Mittel nahmen pro Pflegedienst 14 Pflegefachkräfte an der Befragung teil.

Teilnahme an Informations-, Schulungs- oder Fortbildungsveranstaltungen und weiterhin bestehender Bedarf in den Pflegediensten

Abbildung 22 zeigt die Ergebnisse des personalbezogenen Audits in den Pflegediensten. Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie in den Pflegeheimen: die Themen des Expertenstandard-Entwurfs wurden für alle Standardebenen in Fortbildungsveranstaltungen aufgegriffen. Die höchste Teilnahme lag dabei bei den Themenkomplexen der ersten Standardebene (Teilnahme Themenkomplex Einschätzung der Mobilität bei 87 % der Pflegefachkräfte, gefolgt von ca. 86 % Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Gründen für Mobilitätsbeeinträchtigungen). Die geringste Teilnahme (68 %) und gleichsam den höchsten weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf (69 %) verzeichnete der Themenkomplex zur fünften Standardebene (Evaluation). Für die Pflegefachkräfte der Pflegedienste besteht zum Ende der Implementierungsphase des Weiteren subjektiver Fortbildungsbedarf für die zwei Themenkomplexe der dritten Standardebene (Beratung 66 %; Anleitung 63 %) sowie für die zweite Standardebene zur Planung und Koordination von Maßnahmen (64 %).

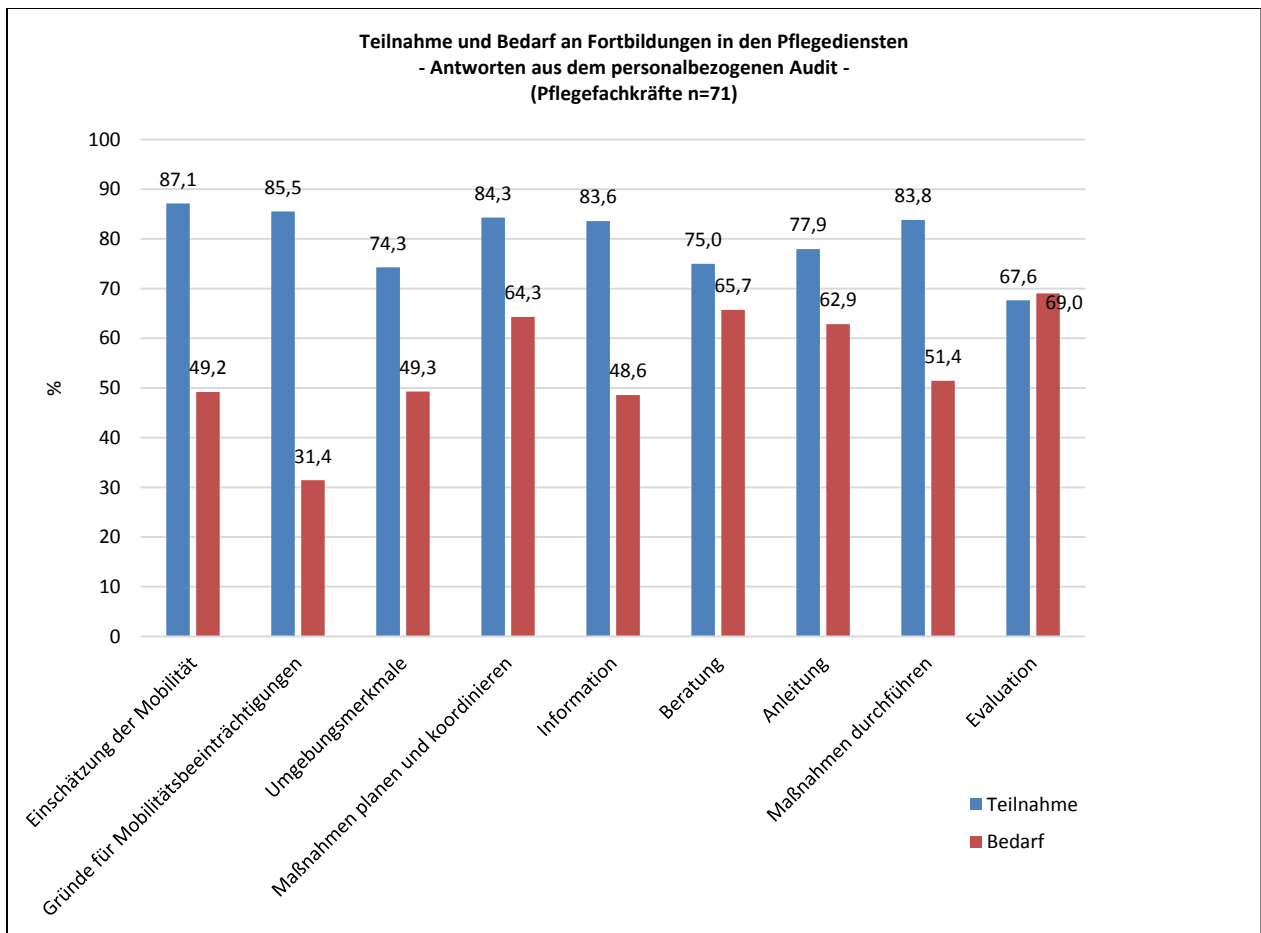


Abbildung 22: Teilnahme und Bedarf an Fortbildungen über alle Pflegedienste (personalbezogenes Audit)

Stichprobe und Rücklauf personalbezogenes Audit teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Für den Zeitpunkt t_2 lagen aus fünf der sechs teilstationären Pflegeeinrichtungen Daten aus dem personalbezogenen Audit vor. Von den insgesamt an das Personal ausgegebenen 24 Fragebögen wurden alle Bögen ausgefüllt abgegeben (Rücklauf von 100 %). Im Mittel nahmen pro Einrichtung fünf Pflegefachkräfte an der Befragung teil.

Teilnahme an Informations-, Schulungs- oder Fortbildungsveranstaltungen und weiterhin bestehender Bedarf in den teilstationären Pflegeeinrichtungen

Abbildung 23 zeigt die Ergebnisse des personalbezogenen Audits in den teilstationären Pflegeeinrichtungen. Ausgehend von den Antworten der Pflegefachkräfte liegt ein Schwerpunkt der Fortbildungsangebote und somit auch sehr hoher Teilnahme (96 %) in der vierten Standardebene (Durchführung von Maßnahmen). Gefolgt von den Themenkomplexen der ersten Standardebene (Teilnahme Themenkomplex Einschätzung der Mobilität bei 75 % der Pflegefachkräfte, gefolgt von je ca. 71 % Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Gründen für Mobilitätsbeeinträchtigungen und zur Einschätzung von Umgebungsmerkmalen). Die geringste Teilnahme (ca. 57 %) verzeichnete der Themenkomplex Anleitung aus der dritten Standardebene. Für die Pflegefachkräfte in den teilstationären Pflegeeinrichtungen besteht zum Ende der Implementierungsphase weiterhin subjektiver Fortbildungsbedarf besonders für die Themenkomplexe der ersten und dritten Standardebene (Einschät-

zung und Beratung je ca. 44 %, Information, Anleitung und Gründe für Mobilitätseinschränkungen je ca. 35 %).

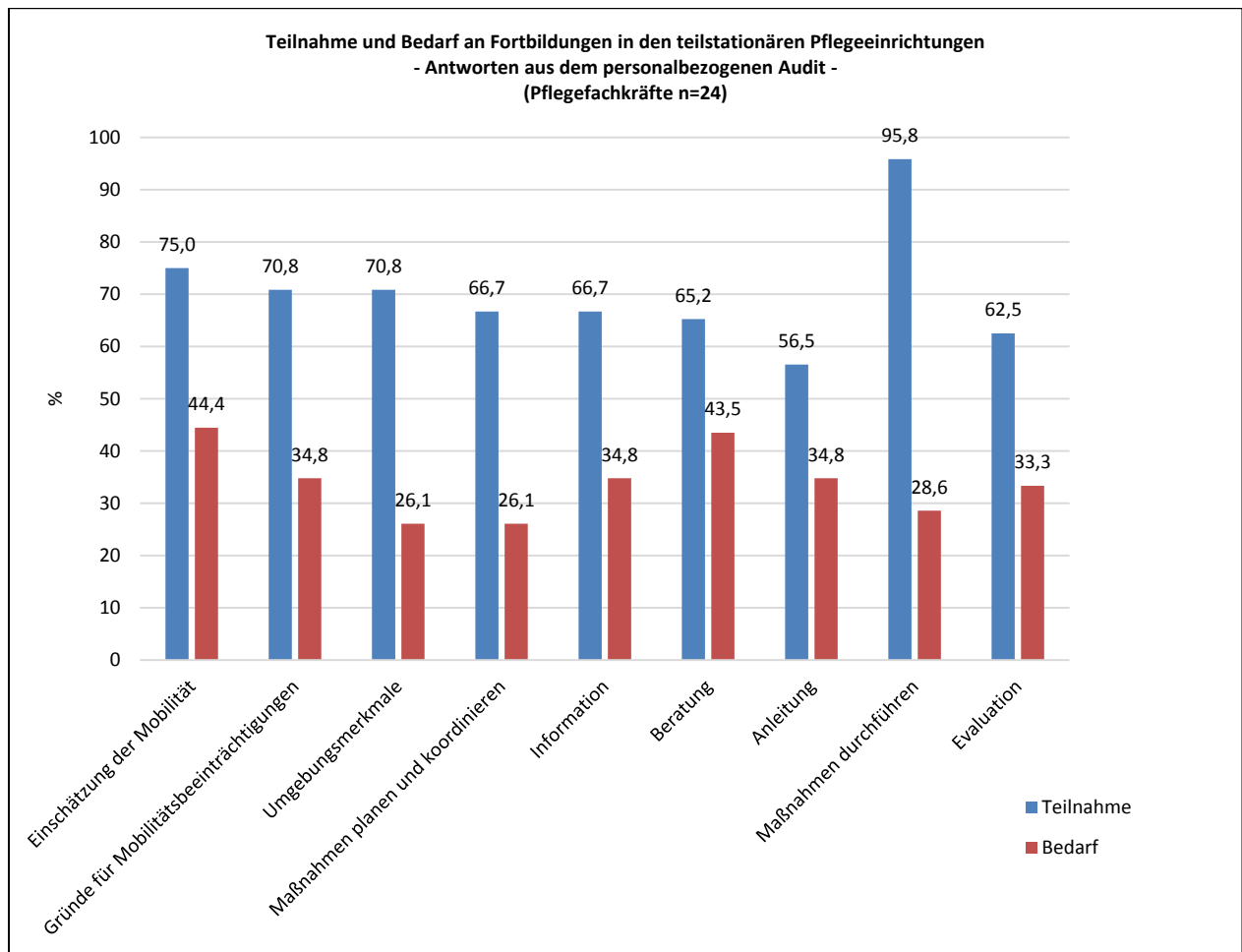


Abbildung 23: Teilnahme und Bedarf an Fortbildungen über alle teilstationären Pflegeeinrichtungen (personalbezogenes Audit)

9.1.3 Bewertung der Audit-Ergebnisse durch die Projektbeauftragten in den Pflegeeinrichtungen

In der die Implementierung begleitenden Verlaufsdocumentation (vgl. Kapitel 6.2) wurden die Projektleitungen gefragt, ob und inwieweit die erhaltenen Audit-Ergebnisse ihren Erwartungen entsprachen. Die erhaltenen Antworten aus den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen werden kurz vorgestellt.

Inwieweit stimmen die Audit-Ergebnisse mit Ihren Erwartungen überein? (Pflegeheime)

Für eine Projektleitung aus einem Pflegeheim der Interventionsgruppe A fielen die Audit-Ergebnisse in der bewohnerbezogenen und personalbezogenen Befragung besser als erwartet aus, vor allem, weil die Einrichtung aufgrund eines Leitungswechsel erhebliche Schwierigkeiten während der Implementierungszeit erlebte. Eine weitere Projektleitung bemerkte, dass auf der Bewohnerebene – den Bewohnerwillen vorausgesetzt – noch deutlich mehr zu erreichen gewesen wäre, wenn sich die an

der Pflege und Betreuung beteiligten Mitarbeiter stärker zurückgenommen und mehr Unterstützung in Form von Anleitung geboten hätten. In Bezug auf die Personal- und Einrichtungsebene hätten sich manche der antwortenden Projektleitungen aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A bessere Ergebnisse in Form von einer kontinuierlichen Umsetzung der geplanten Maßnahmen und vollständigen Dokumentation gewünscht.

Zwei der Projektleitungen aus der Studiengruppe B gaben an, dass die Ergebnisse des Audits in Gänze besser ausfielen als erwartet. Für eine Projektleitung aus einem Pflegeheim der Interventionsgruppe B haben sich die Erwartungen hinsichtlich der Bewohnerebene bestätigt, da sich bei vielen Bewohnern die Mobilität – ihren Beobachtungen nach – verbessert hat oder erhalten werden konnte. Für eine weitere Projektleitung, für die sich die Erwartungen auf der Bewohnerebene ebenfalls bestätigten, liegt dieses Ergebnis auch daran, dass in der Einrichtung bereits vor der Implementierung ein breites Angebot an Einzel- und Gruppenmaßnahmen bestand und auch das Augenmerk der Mitarbeiter bereits auf der Verbesserung der Mobilität der Bewohner lag. Der Expertenstandard-Entwurf zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ ist ein, im Vergleich zu den bisherigen Expertenstandards, sehr komplexer und übergreifender Standard und der notwendige Perspektivwechsel scheint in den Augen einer Projektleitung manchen Mitarbeitern nicht leicht zu fallen. Mit Bezug auf die Personalebene konnten wieder andere Projektleitungen beobachten, dass die Mitarbeiter zum Ende der Implementierung sensibler dafür waren, die Bewohner zur Bewegung zu motivieren. Entgegen ihren Erwartungen stellten – wie im ambulanten und teilstationären Setting – manche der Projektleitungen einen noch nicht gedeckten Schulungsbedarf der Mitarbeiter fest. Auch auf der Einrichtungsebene stimmten für die vollstationären Einrichtungen der Studiengruppe B die Ergebnisse zur Planung, Durchführung und Dokumentation der Maßnahmen mit den Erwartungen überein, Verbesserungsbedarf wurde lediglich in der (regelmäßigen und den Bewohner miteinzubeziehenden) Evaluation der Maßnahmen gesehen.

Inwieweit stimmen die Audit-Ergebnisse mit Ihren Erwartungen überein? (Pflegedienste und Tagespflege)

In Bezug auf die Klientenebene wurden die Erwartungen für einen Großteil der antwortenden Projektleitungen aus dem ambulanten und teilstationären Setting aufgrund der Compliance der Klienten/Patienten und Angehörigen und des Engagements der Mitarbeiter übertroffen. Keine Projektleitung gab konkretisierende Angaben zu dieser Einschätzung an. In einem Fall wurde sich mehr Bereitschaft von den Klienten gewünscht, nämlich dann, wenn sie zum über die Sozialversicherungen refinanziertem Angebot der Einrichtung zusätzliche mobilitätsbezogene Maßnahmen abrufen würden („man nimmt alles mit, was nichts kostet“, Zitat einer Projektleitung). Mit Blick auf die Personalebene besteht entgegen den Erwartungen weiterer Schulungsbedarf der Pflegedienstmitarbeiter und Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen. Für die Einrichtungsebene lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse bezüglich der (Vollständigkeit der) klientenbezogenen Dokumentation ebenfalls die Erwartungen der Projektleitungen erfüllten.

9.1.4 Zusammenfassung zum Zielerreichungsgrad

Allen teilnehmenden Einrichtungen ist es im Rahmen der modellhaften Implementierung gelungen, die Standardkriterien in die Pflegepraxis umzusetzen.

Insgesamt zeigten sich **hohe bis sehr hohe Zielerreichungsgrade** bei der Umsetzung der Standardkriterien in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Ergebniskriterien der ersten (Einschätzung des Mobilitätsstatus), der zweiten (Koordination und Planung von Maßnahmen) und vierten Standardebene (Durchführung von Maßnahmen) erreichten dabei die höchsten Zielerreichungsgrade. Der Einsatz von Assessments sowie die Maßnahmenplanung und deren Durchführung sind in den Dokumentationen der Implementierungseinrichtungen konsistent vorzufinden. Die sich im Mittelfeld (der an sich hohen bis sehr hohen) angesiedelten Zielerreichungsgrade für die Dokumentation von geleisteter Information, Beratung und Anleitung können als Hinweis dahingehend verstanden werden, dass diese den Pflegefachkräften weniger stark bewusst waren und damit weniger häufig dokumentiert wurden, was noch ausstehenden **Fortbildungsbedarf** im Themenbereich der Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen impliziert. Weiteres **Verbesserungspotenzial** besteht auf Grundlage der niedrigeren (aber immer noch hohen) Zielerreichungsgrade der Ergebniskriterien der fünften Standardebene (Evaluation) hinsichtlich der mit dem Bewohner bzw. Klient (oder seiner Angehörigen) gemeinsam durchzuführenden Überprüfung des Erfolgs und der Angemessenheit der Maßnahmen und hinsichtlich der bei Veränderungen erforderlichen Anpassungen am Maßnahmenplan in der Dokumentation. Des Weiteren ist es **gelingen, die Bewohnerinnen oder Klienten in die Planung, Durchführung und Evaluation der Interventionen einzubinden**. Im bewohner- und klientenbezogenen Audit erreichten die Items, die durch die Dokumentenanalyse ermittelt wurden, die höchsten Zielerreichungsgrade. Der Grad der Zielerreichung nahm zum Fragenbereich an die zuständige Pflegefachkraft und insbesondere zum Fragenbereich an den Bewohner/Klient oder seine Angehörigen hin ab. Gründe hierfür liegen in der methodischen **Schwierigkeit, die Bewohnerbefragung bei kognitiv eingeschränkten Menschen durchzuführen** oder wenn stellvertretend deren Angehörige nicht erreicht werden konnten.

Besonders die teilstationären Pflegeeinrichtungen setzten auch die **einrichtungsbezogenen Strukturkriterien** in ihrer Gänze um. Diese bewerten, inwieweit Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements sind und inwieweit die Einrichtung über die personellen, materiellen und räumlichen Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung verfügt.

Die Einrichtungen in allen Settings realisierten ein **umfassendes Fortbildungsangebot** über alle Themen des Expertenstandard-Entwurfs hinweg. Zum Ende des Implementierungsprozesses besteht für die befragten Pflegefachkräfte aus den drei Settings noch subjektiver **Fortbildungsbedarf**. Dieser liegt insbesondere in den Themenbereichen der ersten (Einschätzung des Mobilitätsstatus), zweiten (Koordination und Planung von Maßnahmen), dritten (Information, Beratung und Anleitung) und der fünften Standardebene (Evaluation). Es gilt nicht nur, diese Bedarfe zu decken, sondern die angestoßene Sensibilisierung zum Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität erfordert über den Implementierungszeitraum hinaus eine begleitete Verstetigung des neu erlangten Wissens.

Die hohen bis sehr hohen Zielerreichungsgrade der Standardkriterien (aus dem klienten-/bewohnerbezogenen Audit) in allen Settings sprechen für die Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs. Das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen sollte die Zielerreichungsgrade, die noch nicht im sehr hohen Bereich liegen, dazu nutzen, interne Prozesse auf mögliche Ansatzpunkte zur Optimierung hin zu prüfen.

9.2 Analyse mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation

In diesem Kapitel werden die Veränderungen mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation zwischen den Zeitpunkten t_0 (Baseline) und t_2 (sechs Monate nach Baseline) in allen drei Gruppen der Cluster-RCT sowie den Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen betrachtet. Nach einer kurzen Einführung zum Hintergrund der Erfassung (Abschnitt 9.2.1) sind die Ergebnisse der Pflegeheime (Abschnitt 9.2.2) denen der Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 9.2.3) vorangestellt, bevor abschließend eine Zusammenfassung über alle Settings (Abschnitt 0) das Kapitel beendet.

9.2.1 Die Erfassung mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation

Da in den Pflegeheimen der Kontrollgruppe die Anwendung des Audit-Instruments wie in den Pflegeheimen der Gruppen A und B aufgrund nicht erfolgter Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs nicht sinnvoll ist, bestand eine Herausforderung der Studie darin, eine für alle Pflegeheime der Cluster-RCT vergleichbare Datenbasis hinsichtlich der Veränderung mobilitätsbezogener Parameter zwischen den Zeitpunkten t_0 (Baseline) und t_2 (sechs Monate nach Baseline) zu betrachten. Ausgehend von der Annahme, dass es bereits zu Beginn der Studie Pflegeheime in allen drei Studienarmen geben wird, welche die in den Standardebenen genannten Kriterien mehr oder weniger systematisch in den Versorgungsalltag integrieren (ohne vorab den Expertenstandard-Entwurf implementiert zu haben) und diese entsprechend dokumentieren, erfasste der Erhebungsbogen „Ist-Analyse Mobilität in Dokumentation“ mit 16 Items mobilitätsbezogene Parameter in der Pflegedokumentation (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht). Tabelle 31 gibt eine Übersicht der erhobenen Items.

Tabelle 31: Items der Ist-Analyse zur Erfassung mobilitätsbezogener Daten in der Pflegedokumentation

Ebene des Expertenstandard-Entwurfs	Items der Ist-Analyse Mobilität in Dokumentation
Einschätzung	Liegt eine Einschätzung vor 1) zum Mobilitätsstatus? 2) zu mobilitätsbezogenen Problemen? 3) zu mobilitätsbezogenen Ressourcen? Liegen Instrumente zur Erfassung der Mobilität vor 4) komplexe Instrumente? 5) spezifische Instrumente? 6) andere?
Planung und Koordination	7) Liegt ein individueller Maßnahmenplan zur Erhaltung und Förderung der Mobilität vor? 8) Anzahl der dokumentierten mobilitätsbezogenen Probleme?
Information, Anleitung und Beratung	<i>siehe Durchführung</i>
Durchführung	Art und Anzahl der dokumentierten mobilitätsbezogenen Maßnahmen 9) Einzelmaßnahmen? 10) Gruppenmaßnahmen? 11) Maßnahmen mit vorrangig anderer Zielsetzung? 12) Beratungsangebote? 13) Ansprache und Motivation? 14) Andere? 15) Liegt ein Nachweis über die Durchführung der Maßnahmen vor?
Evaluation	16) Liegt eine schriftliche Evaluation der Maßnahmen vor?

Angelehnt an die Ergebniskriterien der Standardebenen erhoben die verblindeten Datenerheber der Universität Bremen in den Pflegeheimen sowohl zum Zeitpunkt t_0 (Baseline) als auch sechs Monate nach Baseline zum Zeitpunkt t_2 Daten aus der Pflegedokumentation der an der Studie teilnehmenden Bewohner. Eine Verknüpfung mit den in der Bewohnerdatenerhebung für die Wirksamkeitsanalyse erfassten Variablen erfolgte nicht. Je nach Verfügbarkeit der Bewohnerakten am Erhebungstag ergeben sich Abweichungen zu der Fallzahl der in die Bewohnerdatenerhebung einbezogenen Personen. Als Antwortmöglichkeiten standen jeweils JA, NEIN, NICHT ANWENDBAR (NA) oder die Angabe eines Zahlenwertes zur Verfügung. In den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen erhoben die projektbeauftragten Personen (Projektgruppenleitungen) die entsprechenden Parameter mittels Selbstauskunft für maximal 40 Klienten/Tagesgäste.

9.2.2 Ergebnisse der Pflegeheime der Cluster-RCT

Zum Zeitpunkt t_0 lagen Daten aus 32 von 33 Pflegeheimen vor. In die Auswertung gingen Angaben aus 1.009 Pflegedokumentationen ein. Für den Zeitpunkt t_2 lagen Daten aus 32 von 33 Pflegeheimen vor. Für diesen Zeitpunkt gingen Angaben aus 950 Pflegedokumentationen in die Auswertung ein. Tabelle 32 zeigt die Ergebnisse des **Vergleichs der Mittelwerte des jeweiligen Anteils der mit JA, NEIN oder NICHT ANWENDBAR (n.a.) zu beantwortenden Items** zu den zwei Erhebungszeitpunkten nach Studienarm. Auffallend sind die zu Beginn der Studie bestehenden Unterschiede im Vorliegen einer **Einschätzung des Mobilitätsstatus** zwischen den Einrichtungen der Kontrollgruppe C und den Einrichtungen der Interventionsgruppen A und B. Während in letzteren bei etwa 60 % der Bewohnerinnen der Mobilitätsstatus dokumentiert war, traf dies in der Kontrollgruppe C für gut 90 % der Bewohner zu. Entsprechend hatte sich im Verlauf der modellhaften Implementierung der Anteil des dokumentierten Mobilitätsstatus in den Interventionsgruppen auf fast 100 % erhöht (99,4 % in Interventionsgruppe A und 99,7 % in Interventionsgruppe B), während der Anteil in der Kontrollgruppe C unverändert hoch blieb. Der **Fokus der Einschätzung** veränderte sich in den Interventionsgruppen im Studienverlauf: In der Interventionsgruppe A waren zum Ende der modellhaften Implementierung häufiger mobilitätsbezogene Probleme für die Bewohnerinnen dokumentiert, während in der Interventionsgruppe B sowohl Aussagen zu relevanten Problemen als auch mobilitätsbezogene Ressourcen für fast alle betrachteten Bewohner in der Dokumentation zu finden waren. In der Kontrollgruppe C war hier eine geringe Abnahme zu verzeichnen. In allen drei Studienarmen lagen zum Zeitpunkt t_0 nur wenige **Instrumente zur Erfassung der Mobilität** vor. Veränderungen zeigten sich in der Interventionsgruppe A: Waren in dieser Gruppe anfangs weder komplexe noch spezifische Instrumente im Einsatz, so waren zum Ende der Studie für ein Drittel der Bewohner komplexe Instrumente und für noch 24 % der Pflegebedürftigen spezifische Instrumente dokumentiert. In der Interventionsgruppe B waren zu beiden Beobachtungszeitpunkten weder komplexe, noch spezifische und nur in geringem Anteil andere Instrumente dokumentiert, gleiches gilt für die Kontrollgruppe C. Der geringe Anteil dokumentierter Instrumente zur Einschätzung der Mobilität in den Interventionsgruppen der Cluster-RCT scheint dem höheren Anteil eines dokumentierten Mobilitätsstatus zu widersprechen. Jedoch kann sich hier ein Hinweis darauf verbergen, dass relevante mobilitätsbezogene Aussagen bislang in den entsprechenden Einrichtungen weniger gebündelt als vielmehr an unterschiedlichen Stellen in der Dokumentation zu finden sind. Das **Vorliegen von Maßnahmenplan, Durchführungsnachweis und schriftlicher Evaluation** nahm in der Interventionsgruppe A im Verlauf zu, wobei sich die geringste Zunahme (von etwa 13 %) für das Vorliegen einer Evaluation zeigte. Diese lag zum Anschluss der Studie für knapp zwei Drittel der Bewohnerinnen vor. In der Interventionsgruppe B waren ebenfalls

Maßnahmenplan und Durchführungsnachweis zu t_2 häufiger dokumentiert, während für gut zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu beiden Beobachtungszeitpunkten eine Evaluation vorlag. In der Kontrollgruppe C war diese zu Beginn und Ende der Studie nur für die Hälfte der Bewohner dokumentiert.

Sowohl die hier dargestellten als auch die (um an dieser Stelle vorzugreifen) in der Kostenanalyse aufgezeigten Ergebnisse für die Pflegeheime der Kontrollgruppe C lassen die Vermutung zu, dass wahrscheinlich nicht alle Einrichtungen in dieser Gruppe der Bedingung nachgekommen sind, vor Beginn und im Verlauf der Studie nicht in den Expertenstandard-Entwurf Einsicht zu nehmen oder sich sogar mit diesem auseinanderzusetzen. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die frei zugänglichen Informationen zur Studie aber auch durch den Schwerpunkt des Themas Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Fachpresse im vergangenen und in diesem Jahr, Einrichtungen Impulse für ihre tägliche Praxis genutzt und in den Pflegealltag integriert haben. Auffallend ist das hohe Niveau der Pflegedokumentation zu t_0 im Vergleich zu den Einrichtungen der Interventionsgruppen A und B. Dieses kann dem Bedürfnis geschuldet sein, bei bekannter Gruppenzuordnung zeigen zu wollen, dass auch eine Einrichtung der Kontrollgruppe C ohne Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs eine mobilitätserhaltende und fördernde Pflege im Alltag anwendet. Dafür sprechen auch die in Tabelle 33 gezeigten Ergebnisse des **Mittelwertvergleichs der Häufigkeiten bestimmter Interventionsarten und der insgesamt als mobilitätsbezogen dokumentierten Probleme** in der Pflegedokumentation. In den Pflegeheimen der Kontrollgruppe C nahmen sowohl die Anzahl dokumentierter **Einzel- und Gruppenmaßnahmen** als auch das dokumentierte Angebot an **Beratung, Ansprache und Motivation** im Studienverlauf zu. Während sich in den Interventionsgruppen A und B nur unwesentliche Veränderungen oder sogar Abnahmen der Häufigkeiten zeigten. So waren für Pflegebedürftige der Interventionsgruppe A zu t_0 beispielsweise durchschnittlich 1,5 Einzel- und 1,3 Gruppenmaßnahmen dokumentiert. Zu t_2 betrug dieser Wert dann 1,7 und 1,2. Ähnliche Werte zeigten sich in der Interventionsgruppe B (2,7 zu 2,1 und 1,2 zu 1,1 dokumentierter Einzel- und Gruppenmaßnahmen). In den Pflegeheimen der Kontrollgruppe C hatte sich die Zahl der dokumentierten Einzelmaßnahmen zum Ende der Studie verdoppelt, während sich die dokumentierten Gruppenmaßnahmen auf das 0,6fache erhöht hatten. Allerdings muss eine ausgebliebene Erhöhung in den Interventionsgruppen nicht zwangsläufig bedeuten, dass mit einem augenscheinlich geringeren Angebot an Interventionen auch weniger Mobilitätserhaltung und Förderung betrieben wurde. Vielmehr ist – auch in Zusammenhang mit den im Audit und in der Kostenanalyse beschriebenen Aufwänden und eingeführten neuen Interventionen – von einem angepassten Angebot von Interventionen (beispielsweise stärker an die Bedürfnisse spezifischer Zielgruppen ausgerichtet) auszugehen.

Tabelle 32: Anteilige Häufigkeit mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation (Pflegeheime)

Item	Vorliegen mobilitätsbezogener Parameter Pflegeheime % (Anzahl)						
		Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C	
		Baseline (t ₀) N=360	t ₂ N=341	Baseline (t ₀) N=365	t ₂ N=321	Baseline (t ₀) N=284	t ₂ N=288
Einschätzung zum Mobilitätsstatus liegt vor	Nein	36,9 % (133)	0,6 % (2)	38,3 % (133)	0,3 % (1)	10,9 % (31)	9,4 % (27)
	Ja	63,1 % (227)	99,4 % (339)	61,7 % (214)	99,7 % (320)	89,1 % (253)	90,6 % (261)
	n.a.	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Einschätzung zu mobilitätsbezogenen Problemen liegt vor	Nein	14,7 % (53)	8,2 % (28)	9,6 % (35)	2,5 % (8)	9,2 % (26)	10,1 % (29)
	Ja	85,3 % (307)	91,8 % (313)	90,4 % (330)	97,5 % (312)	90,8 % (258)	89,9 % (259)
	n.a.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Einschätzung zu mobilitätsbezogenen Ressourcen liegt vor	Nein	8,4 % (30)	4,7 % (16)	7,4 % (27)	1,6 % (5)	6,0 % (17)	6,6 % (19)
	Ja	91,6 % (328)	95,3 % (325)	92,6 % (338)	98,4 % (316)	94,0 % (267)	93,4 % (269)
	n.a.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Komplexe Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	100,0 % (360)	71,0 % (242)	99,7 % (364)	99,4 % (319)	77,8 % (221)	100,0 % (288)
	Ja	0,0 %	29,0 % (99)	0,3 % (1)	0,6 % (2)	22,2 % (63)	0,0 % (0)
	n.a.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Spezifische Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	100,0 % (360)	76,2 % (260)	91,8 % (335)	100,0 % (321)	100,0 % (284)	100,0 % (288)
	Ja	0,0 %	23,8 % (81)	8,2 % (30)	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	n.a.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Andere Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	75,6 % (236)	88,8 % (278)	89,0 % (325)	91,0 % (292)	88,4 % (251)	91,3 % (263)
	Ja	24,4 % (76)	11,2 % (35)	11,0 % (40)	9,0 % (29)	11,6 % (33)	8,7 % (25)
	n.a.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	0,0 %
Maßnahmenplan liegt vor	Nein	28,1 % (101)	10,0 % (34)	21,6 % (79)	14,6 % (47)	34,7 % (95)	39,9 % (115)
	Ja	71,9 % (259)	90,0 % (307)	78,4 % (286)	85,4 % (274)	65,3 % (179)	60,1 % (173)
	n.a.	0,0 %	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Durchführungsnachweis liegt vor	Nein	21,9 % (79)	1,5 % (5)	21,1 % (77)	3,4 % (11)	2,5 % (7)	1,7 % (5)
	Ja	76,1 % (274)	97,7 % (333)	77,8 % (284)	96,6 % (308)	94,7 % (269)	92,7 % (267)
	n.a.	1,9 % (7)	0,9 % (3)	1,1 % (4)	0,0 %	2,8 % (8)	5,6 % (16)
Schriftliche Evaluation liegt vor	Nein	50,8 % (183)	39,0 % (133)	24,9 % (91)	23,2 % (74)	47,2 % (134)	43,1 % (124)
	Ja	47,2 % (170)	60,1 % (205)	74,0 % (270)	76,8 % (245)	50,0 % (142)	51,4 % (148)
	n.a.	1,9 % (7)	0,9 % (3)	1,1 % (4)	0,0 %	2,8 % (8)	5,6 % (16)

Tabelle 33: Art und Anzahl mobilitätsbezogener Probleme und Interventionen in der Dokumentation (Pflegeheime)

Item	t	Gruppe A					Gruppe B					Gruppe C				
		N	MW	SD	SE	Mittlere Differenz	N	MW	SD	SE	Mittlere Differenz	N	MW	SD	SE	Mittlere Differenz
Anzahl dokumentierter mobilitätsbezogener Probleme	t ₀	360	3,3	3,6	0,2	0,80	365	3,7	3,2	0,2	0,01	284	3,0	2,8	0,2	-0,63
	t ₂	341	2,6	2,4	0,1		318	3,3	2,4	0,1		259	3,6	4,5	0,3	
Anzahl Einzelmaßnahmen	t ₀	360	1,5	1,8	0,1	-0,20	365	2,7	2,5	0,1	0,62	282	1,1	1,4	0,1	-0,93
	t ₂	341	1,7	1,6	0,1		319	2,1	1,9	0,1		288	2,1	2,0	0,1	
Anzahl Gruppenmaßnahmen	t ₀	360	1,3	1,3	0,1	0,12	365	1,2	2,1	0,1	0,17	284	1,0	1,3	0,1	0,56
	t ₂	340	1,2	1,3	0,1		311	1,1	1,1	0,1		284	1,6	2,7	0,2	
Anzahl Maßnahmen mit anderer Zielsetzung	t ₀	360	1,4	2,0	0,1	0,50	365	3,0	4,1	0,2	1,62	284	2,0	1,8	0,1	-0,01
	t ₂	341	0,8	1,1	0,1		313	1,3	1,4	0,1		286	2,0	2,4	0,1	
Anzahl Beratungsangebote	t ₀	360	0,5	0,6	0,0	0,10	365	0,7	0,9	0,0	0,11	283	0,5	0,8	0,0	-0,76
	t ₂	341	0,4	0,5	0,0		313	0,6	0,6	0,0		263	1,2	1,4	0,1	
Anzahl Motivation und Ansprache	t ₀	360	0,4	0,6	0,0	0,04	365	0,7	3,4	0,2	0,21	284	0,2	0,4	0,0	-0,48
	t ₂	341	0,4	0,5	0,0		319	0,5	0,5	0,0		288	0,7	0,9	0,1	
Anzahl andere Maßnahmen	t ₀	360	0,1	0,4	0,0	0,10	365	0,1	0,4	0,0	0,10	284	0,2	0,6	0,0	0,06
	t ₂	341	0,0	0,0	0,0		288	0,0	0,1	0,0		288	0,1	0,3	0,0	

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung, SE = Standard Error = Standardfehler

9.2.3 Ergebnisse der Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen in der Beobachtungsstudie

Aus allen sechs untersuchten Pflegediensten lagen zum Zeitpunkt t_0 (Baseline) Daten aus 167 Pflegedokumentationen vor. Für den Zeitpunkt t_2 (Follow-up sechs Monate nach Baseline) lagen aus fünf von sechs Pflegediensten Daten aus 177 Pflegedokumentationen vor. Alle sechs teilstationären Pflegeeinrichtungen stellten Daten für die Zeitpunkte t_0 (Pflegedokumentationen von 103 Tagesgästen) und t_2 (Pflegedokumentationen von 102 Tagesgästen) zur Verfügung.

Tabelle 34: Anteilige Häufigkeit mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation (Pflegedienste)

Item	Vorliegen mobilitätsbezogener Parameter Pflegedienste % (Anzahl)		
		Zeitpunkt	
		Baseline (t_0) N=167	t_2 N=177
Einschätzung zum Mobilitätsstatus liegt vor	Nein	7,8 % (13)	12,4 % (22)
	Ja	92,2 % (154)	86,4 % (153)
	n.a.	0,0 % (0)	1,1 % (2)
Einschätzung zu mobilitätsbezogenen Problemen liegt vor	Nein	6,6 % (11)	12,4 % (22)
	Ja	92,8 % (155)	86,4 % (153)
	n.a.	0,6 % (1)	1,1 % (2)
Einschätzung zu mobilitätsbezogenen Ressourcen liegt vor	Nein	9,0 % (15)	14,1 % (25)
	Ja	91,0 % (152)	84,7 % (150)
	n.a.	0,0 % (0)	1,1 % (2)
Komplexe Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	80,2 % (134)	78,0 % (138)
	Ja	19,8 % (33)	20,9 % (37)
	n.a.	0,0 % (0)	1,1 % (2)
Spezifische Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	100,0 % (167)	35,0 % (62)
	Ja	0,0 %	63,8 % (113)
	n.a.	0,0 %	1,1 % (2)
Andere Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	77,8 % (130)	87,4 % (152)
	Ja	22,2 % (37)	10,9 % (19)
	n.a.	0,0 %	1,7 % (3)
Maßnahmenplan liegt vor	Nein	20,4 % (34)	13,6 % (24)
	Ja	77,8 % (130)	85,3 % (151)
	n.a.	1,8 % (3)	1,1 % (2)
Durchführungsnachweis liegt vor	Nein	28,7 % (48)	37,9 % (67)
	Ja	44,9 % (75)	62,1 % (110)
	n.a.	26,3 % (44)	0,0 % (0)
Schriftliche Evaluation liegt vor	Nein	35,3 % (59)	40,7 % (72)
	Ja	37,1 % (62)	59,3 % (105)
	n.a.	27,5 % (46)	0,0 % (0)

Für die **Pflegedienste** zeigt Tabelle 34 das Ergebnis des **Vergleichs der Mittelwerte des jeweiligen Anteils der mit JA, NEIN oder NICHT ANWENDBAR (n.a.) zu beantwortenden Items** zu den zwei Erhebungszeitpunkten. Auf den ersten Blick ist erkennbar, dass die Pflegedienste die Inhalte der Pflegedokumentation bereits zu Beginn der Studie auf den Schwerpunkt der **Einschätzung der Mobilität** und den damit verbundenen individuellen Ressourcen und Problemen der Pflegebedürftigen legten. Entsprechende Parameter waren im Mittel jeweils für über 90 % der betrachteten Klienten dokumentiert. Allerdings nutzen nur wenige Pflegedienste komplexe, spezifische oder selbst erarbeitete **Instrumente für die Erfassung des Mobilitätsstatus**. Dies kann als Hinweis darauf verstanden wer-

den, dass sich die einschätzungsrelevanten Vermerke in der Dokumentation an unterschiedlichen Stellen und nicht unbedingt thematisch gebündelt finden ließen. Ein individueller **Maßnahmenplan** zur Erhaltung und Förderung der Mobilität lag ebenfalls zu Beginn der Studie für mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen vor. Weniger waren zum Zeitpunkt t_0 die **Durchführung und Evaluation** der Maßnahmen in der Dokumentation vorzufinden. Unterschiede zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten zeigten sich für die vier Items „Spezifische Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor“, „Andere Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor“, „Durchführungsnachweis liegt vor“ und „Schriftliche Evaluation liegt vor“. Sechs Monate nach t_0 setzten die Pflegedienste bei gut 64 % der Pflegebedürftigen spezifische Instrumente ein – zu Beginn der Studie kamen diese in keinem Fall zum Einsatz. Dies erklärt vermutlich auch die Reduktion von etwa 10 % bei den mit „andere“ gekennzeichneten Instrumenten. Auch zeigte sich ein vermehrter Nachweis von durchgeführten Maßnahmen um gerundet 17 % sowie einer dokumentierten Evaluation um gerundet 22 %.

Neben der Frage nach dem Vorliegen wurden auch die Art und Anzahl bestimmter Parameter in der Dokumentation erfasst. Hierzu zeigt Tabelle 35 die Ergebnisse des **Mittelwertvergleichs der Häufigkeiten bestimmter Interventionsarten und der insgesamt als mobilitätsbezogenen dokumentierten Probleme** in der Pflegedokumentation.

Tabelle 35: Art und Anzahl mobilitätsbezogener Probleme und Interventionen in der Dokumentation (Pflegedienste)

Item	Zeitpunkt	N	MW	SD	SE	Mittlere Differenz
Anzahl dokumentierter mobilitätsbezogener Probleme	t_0	167	2,4	2,2	0,2	-0,6
	t_2	157	3,0	2,2	0,2	
Anzahl Einzelmaßnahmen	t_0	167	0,6	1,1	0,1	-0,6
	t_2	177	1,2	1,5	0,1	
Anzahl Gruppenmaßnahmen	t_0	167	0,8	1,3	0,1	0,0
	t_2	177	0,8	1,2	0,1	
Anzahl Maßnahmen mit anderer Zielsetzung	t_0	167	0,7	0,5	0,0	-0,9
	t_2	177	1,5	1,2	0,1	
Anzahl Beratungsangebote	t_0	167	0,8	0,5	0,0	-0,2
	t_2	177	1,0	0,9	0,1	
Anzahl Motivation und Ansprache	t_0	167	0,7	0,5	0,0	-0,1
	t_2	177	0,8	0,5	0,0	
Anzahl andere Maßnahmen	t_0	167	0,1	0,2	0,0	-0,1
	t_2	177	0,2	0,5	0,0	

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung, SE = Standard Error = Standardfehler

Im Verlauf der Studie erhöhte sich die durchschnittliche Anzahl (2,4 zu t_0 versus 3,0 zu t_2) dokumentierter mobilitätsbezogener Probleme für einen Pflegebedürftigen und die Anzahl dokumentierter Maßnahmen, ebenso die Anzahl der Beratungsangebote. Bei den Einzelmaßnahmen verdoppelte sich die dokumentierte Anzahl von 0,6 Interventionen zu t_1 auf 1,2 Interventionen zu t_2 . Ebenso nahm die Anzahl dokumentierter Maßnahmen mit anderer Zielsetzung um das Doppelte zu. Entfielen zum ersten Zeitpunkt im Mittel 0,8 Beratungsangebote auf einen Klienten, war es nach einem halben Jahr durchschnittlich ein Beratungsangebot. Auch hatte sich die Anzahl dokumentierter, auf Motivation und Absprache abzielender Maßnahmen gering erhöht.

Die Ergebnisse der **teilstationären Pflegeeinrichtungen** sind in Tabelle 36 und Tabelle 37 abgebildet.

Tabelle 36: Anteilige Häufigkeit mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

Item	Vorliegen mobilitätsbezogener Parameter teilstationäre Pflegeeinrichtungen % (Anzahl)*		
		Zeitpunkt	
		Baseline (t ₀) N=103	t ₂ N=102
Einschätzung zum Mobilitätsstatus liegt vor	Nein	8,2 % (8)	1,0 % (1)
	Ja	91,8 % (89)	98,0 % (100)
	n.a.	0,0 %	1,0 % (1)
Einschätzung zu mobilitätsbezogenen Problemen liegt vor	Nein	28,9 % (28)	2,0 % (2)
	Ja	71,1 % (69)	97,1 % (99)
	n.a.	0,0 %	1,0 % (1)
Einschätzung zu mobilitätsbezogenen Ressourcen liegt vor	Nein	10,3 % (10)	3,9 % (4)
	Ja	89,7 % (87)	95,1 % (97)
	n.a.	0,0 %	1,0 % (1)
Komplexe Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	84,5 % (82)	84,3 % (86)
	Ja	15,5 % (15)	14,7 % (15)
	n.a.	0,0 %	1,0 % (1)
Spezifische Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	95,9 % (93)	76,5 % (78)
	Ja	4,1 % (4)	22,5 % (23)
	n.a.	0,0 %	1,0 % (1)
Andere Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor	Nein	45,1 % (37)	19,5 % (17)
	Ja	54,9 % (45)	79,3 % (69)
	n.a.	0,0 %	1,1 % (1)
Maßnahmenplan liegt vor	Nein	36,1 % (35)	3,9 % (4)
	Ja	63,9 % (62)	95,1 % (97)
	n.a.	0,0 %	1,0 % (1)
Durchführungsnachweis liegt vor	Nein	22,7 % (22)	0,0 %
	Ja	77,3 % (75)	98,9 % (86)
	n.a.	0,0 %	1,1 % (1)
Schriftliche Evaluation liegt vor	Nein	27,8 % (27)	5,9 % (6)
	Ja	67,0 % (65)	93,1 % (95)
	n.a.	5,2 % (5)	1,0 % (1)

Tabelle 37: Art und Anzahl mobilitätsbezogener Probleme und Interventionen in der Dokumentation (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

Item	Zeitpunkt	N	MW	SD	SE	Mittlere Differenz
Anzahl dokumentierter mobilitätsbezogener Probleme	t ₀	82	3,6	2,9	0,3	-0,1
	t ₂	102	3,7	4,3	0,4	
Anzahl Einzelmaßnahmen	t ₀	97	2,5	2,2	0,2	-1,1
	t ₂	102	3,6	3,0	0,3	
Anzahl Gruppenmaßnahmen	t ₀	97	1,9	2,2	0,2	-1,5
	t ₂	102	3,4	1,9	0,2	
Anzahl Maßnahmen mit anderer Zielsetzung	t ₀	97	2,7	2,7	0,3	0,4
	t ₂	102	2,3	2,5	0,2	
Anzahl Beratungsangebote	t ₀	77	0,5	0,7	0,1	-1,2
	t ₂	101	1,7	1,5	0,2	
Anzahl Motivation und Ansprache	t ₀	82	1,1	0,8	0,1	-0,1
	t ₂	78	1,2	0,7	0,1	
Anzahl andere Maßnahmen	t ₀	62	0,2	0,5	0,1	-0,4
	t ₂	83	0,6	0,9	0,1	

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung, SE = Standard Error = Standardfehler

Der **Vergleich der Mittelwerte des jeweiligen Anteils der mit JA, NEIN oder NICHT ANWENDBAR (n.a.) zu beantwortenden Items** zeigt auch für die Tagespflegen zum Beginn der Studie eine Ausrichtung der Dokumentation auf den Schwerpunkt der **Einschätzung der Mobilität** sowie auf korrespondierende Ressourcen und Probleme (Tabelle 36). Dabei war bei gut der Hälfte der Pflegebedürftigen auf **Instrumente zur Erhebung der Mobilität** zurückgegriffen worden – diese ließen sich jedoch nicht den Gruppen komplexer oder spezifischer Instrumente im Sinne des Expertenstandard-Entwurfs zuordnen, sondern beinhalteten eher selbst erstellte Instrumente. Ein individueller **Maßnahmenplan** zur Erhaltung und Förderung der Mobilität, sowie ein **Durchführungsnachweis** und eine **Evaluation** waren zum Zeitpunkt t_0 für etwa zwei Drittel der Tagesgäste dokumentiert. In den teilstationären Pflegeeinrichtungen zeigten sich (hoch-)signifikante Unterschiede zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten für die sechs Items „Einschätzung zum Mobilitätsstatus liegt vor“, „Einschätzung zu mobilitätsbezogenen Problemen liegt vor“, „Andere Instrumente zur Erfassung der Mobilität liegen vor“, „Maßnahmenplan liegt vor“, „Durchführungsnachweis liegt vor“ und „Schriftliche Evaluation liegt vor“. Sechs Monate nach t_0 setzten die Tagespflegen bei knapp 80 % der Pflegebedürftigen Instrumente zur Erfassung der Mobilität ein – diese waren jedoch weiterhin nicht den im Expertenstandard-Entwurf vorgestellten und beschriebenen Instrumenten zuzuordnen. Der Anteil spezifischer Instrumente hatte sich von 4 % auf knapp 23 % erhöht. Ebenfalls nahm der bereits zu t_0 hohe Anteil dokumentierter Maßnahmenpläne, Durchführungsnachweise und Evaluationen zu t_2 weiter zu und lag fast für alle Tagesgäste der Stichprobe vor.

Der **Vergleich der Mittelwerte der Häufigkeiten von Art und Anzahl bestimmter Interventionsarten und der dokumentierten Probleme** im Bezug zur Mobilität zeigt, dass sich besonders die Dokumentation der Teilnahme an Einzel- und Gruppenmaßnahmen im Implementierungsverlauf signifikant erhöht hat (Tabelle 37). Zu Beginn der Studie und auch sechs Monate später wurden durchschnittlich etwa die gleiche Anzahl (3,6 bzw. 3,7) mobilitätsbezogener Probleme für einen Pflegebedürftigen festgehalten. Impliziert die Dokumentation, dass tatsächlich ein Angebot der Mobilitätsförderung oder -erhaltung durchgeführt wurde, dann erhielten die Tagesgäste zum Studienende durchschnittlich gut eine Einzel- sowie 1,5 Gruppenmaßnahmen mehr als zu Beginn der modellhaften Implementierung. Ebenso nahmen dokumentierte Beratungsangebote und die Anzahl anderer dokumentierter Maßnahmen zu.

Bevor die Ergebnisse der Analyse mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation zusammengefasst werden, muss darauf hingewiesen werden, dass diese Ergebnisse strenggenommen nur einen Rückschluss auf die Qualität der *Dokumentation* in den Einrichtungen zu Beginn und Ende der Studie erlauben. Mit Blick auf die verpflichtende, bundesweite Einführung des Expertenstandard-Entwurfs ist das von Quasdorf et al. (2013, S. 241) auf Greenhalgh et al. (2005) zurückgeführte, beschriebene Dilemma zu diskutieren: bei gesetzlicher Vorgabe einer einzuführenden Neuerung nimmt zwar die Zahl der die Maßnahme anwendenden Institutionen zu, die benötigten Kompetenzen und Ressourcen verändert sich jedoch kaum. Einrichtungen unternehmen das, was nötig ist, um Vorschriften zu erfüllen und Sanktionen zu vermeiden ohne die Ziele der Innovation Teil des einrichtungsinternen Selbstverständnisses werden zu lassen. Umso wichtiger erscheint die im Expertenstandard-Entwurf betonte und in der modellhaften Implementierung angestrebte Sensibilisierung der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Mitarbeiter, damit sich die in der Dokumentation verankerten Ziele und erhobenen Ressourcen und Probleme den pflegebedürftigen auch durch spezifische Maßnahmen erreichen lassen. Die in den nächsten Kapiteln 9.3 und 9.4 präsentierten Ergebnisse zur Bewertung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs aus Sicht der Pflegefachkräfte sowie zum Wis-

sensuwachs und zur Wissensverstetigung der Mitarbeiter geben Hinweise darauf, ob in den Implementierungseinrichtungen eine eben solche Sensibilisierung in Gang gesetzt wurde.

9.2.4 Zusammenfassung zur Analyse mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation

Die Ergebnisse sprechen für einen hohen und konsistenten Entwicklungsstand der pflegebezogenen Dokumentation in den beteiligten Implementierungseinrichtungen der drei Versorgungsbereiche schon vor Beginn der Implementierung. Im Verlauf der Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs zeigten sich in allen Settings Zunahmen mobilitätsbezogener Aspekte in der Dokumentation. Dies spricht für eine gelungene Übernahme der Standardinhalte in die Praxis.

In den **Pflegeheimen** erhöhte sich der Anteil des dokumentierten Mobilitätsstatus in den Interventionsgruppen A und B auf fast 100 %. In der Interventionsgruppe A waren zum Ende der modellhaften Implementierung häufiger mobilitätsbezogene Probleme für die Bewohnerinnen dokumentiert, während in der Interventionsgruppe B sowohl Aussagen zu relevanten Problemen als auch mobilitätsbezogene Ressourcen für fast alle Bewohner in der Dokumentation zu finden waren. In der Interventionsgruppe A waren zum Ende der Studie für ein Drittel der Bewohner komplexe Instrumente und für noch 24 % der Pflegebedürftigen spezifische Instrumente dokumentiert. Das Vorliegen von Maßnahmenplan, Durchführungsnachweis und schriftlicher Evaluation nahm in der Interventionsgruppe A zu. In der Interventionsgruppe B waren ebenfalls Maßnahmenplan und Durchführungsnachweis häufiger dokumentiert. Die Ergebnisse für die Pflegeheime der Kontrollgruppe C lassen die Vermutung zu, dass wahrscheinlich nicht alle Einrichtungen die Bedingung eingehalten haben, eine herkömmliche ohne über die bislang in der Einrichtung üblichen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität hinausgehende, Versorgung durchzuführen. In den Pflegeheimen der Kontrollgruppe C nahmen sowohl die Anzahl dokumentierter Einzel- und Gruppenmaßnahmen als auch das dokumentierte Angebot an Beratung, Ansprache und Motivation im Studienverlauf zu. Während sich in den Interventionsgruppen A und B nur unwesentliche Veränderungen oder sogar Abnahmen der Häufigkeiten zeigten. Allerdings kann eine ausbleibende Erhöhung in den Interventionsgruppen auch als Hinweis auf eine zielgruppenspezifischere Ausrichtung einzelner Interventionen verstanden werden.

Die **Pflegedienste** legten bereits zu Beginn der Studie in der Dokumentation einen Schwerpunkt auf die Einschätzung der Mobilität und den damit verbundenen individuellen Ressourcen und Problemen der Pflegebedürftigen. Sechs Monate nach t_0 setzten die Pflegedienste bei gut 64 % der Pflegebedürftigen spezifische Instrumente ein – zu Beginn der Studie kamen diese in keinem Fall zum Einsatz. Zum Ende der modellhaften Implementierung zeigte sich ein vermehrter Nachweis von durchgeführten Maßnahmen um gerundet 17 % sowie einer dokumentierten Evaluation um gerundet 22 %. Dokumentierte Einzelmaßnahmen und Maßnahmen mit anderer Zielsetzung verdoppelten sich im Implementierungsverlauf. Entfielen zum ersten Zeitpunkt im Mittel 0,8 Beratungsangebote auf einen Klienten, war es nach einem halben Jahr durchschnittlich ein Beratungsangebot pro Person.

Auch die **teilstationären Pflegeeinrichtungen** richteten ihre Dokumentation zu Beginn der Studie auf den Schwerpunkt der Einschätzung der Mobilität sowie auf korrespondierende Ressourcen und Probleme aus. Sechs Monate nach t_0 setzten die Tagespflegen bei knapp 80 % der Pflegebedürftigen Instrumente zur Erfassung der Mobilität ein – diese waren jedoch nicht den im Expertenstandard-Entwurf vorgestellten und beschriebenen Instrumenten zuzuordnen. Der Anteil spezifischer Instrumente hatte sich von 4 % auf knapp 23 % erhöht. Ebenfalls nahm der Anteil dokumentierter Maßnahmenpläne, Durchführungsnachweise und Evaluationen zu t_2 zu und lag zum Ende der modellhaften Implementierung fast für alle Tagesgäste der Stichprobe vor. Die Dokumentation der Teilnahme an Einzel- und Gruppenmaßnahmen erhöhte sich im Implementierungsverlauf. Die Tagesgäste erhielten zum Studienende durchschnittlich gut eine Einzel- sowie 1,5 Gruppenmaßnahmen mehr als zu Beginn der modellhaften Implementierung. Ebenso nahmen dokumentierte Beratungsangebote und die Anzahl anderer dokumentierter Maßnahmen zu.

9.3 Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der deskriptiv und inhaltsanalytisch ausgewerteten Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppen A und B sowie den ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen hinsichtlich ihrer **Einschätzung der Praxistauglichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ präsentiert. Die Einschätzung der Praktikabilität umfasst Fragen nach der **Verständlichkeit** (Abschnitt 9.3.1), **Umsetzung (Übertragbarkeit)** (Abschnitt 9.3.2) und **Beeinflussbarkeit** (Abschnitt 9.3.3) der Standardinhalte.

In Anlehnung an Proctor et al. (2011, S. 69), die verschiedene implementierungsbezogene Outcomes definieren, ist die hier gemeinte Umsetzung (Übertragbarkeit) als *feasibility* zu verstehen, die sowohl die Umsetzbarkeit als ein der Implementierung zugeschriebenes Merkmal als auch das Ausmaß der tatsächlichen Umsetzung umfasst. Des Weiteren sind die hier abgefragten Kriterien Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit Voraussetzungen für die implementierungsbezogenen Outcomes *acceptability*, *adoption* und *appropriateness* nach Proctor et al. (2011, S. 67-69). Das Verständnis, ohne welches kein Erkennen der Relevanz der Intervention folgen würde, und die Beobachtbarkeit der Auswirkungen der Intervention entscheiden über die Akzeptierbarkeit (Annehmbarkeit), Übernahme (Anwendungsbereitschaft) und Angemessenheit (zum Kontext der Organisation) einer komplexen Intervention durch die Organisation und die dort tätigen Individuen, die diese implementieren.

Erhebungsinstrument, Zielgruppe und Datenauswertung

Als Erhebungsinstrument diente der **Fragebogen „CRF Praxistauglichkeit“** (vgl. Teil B des Anlagenbands zum Zwischenbericht), den die Mitarbeiter der an der Cluster-RCT und an der Beobachtungsstudie teilnehmenden Pflegeeinrichtungen

- einmal nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf durch das Studienteam der Universität Bremen, die den Beginn der vierphasigen Standardimplementierung (t_0) markierte, und
- ein zweites Mal sechs Monate später (zum jeweiligen Ende der Implementierungszeit, t_2)

ausfüllten.

Die Berufsgruppe der **Pflegefachkräfte** sind aufgrund ihrer Kompetenzen gemäß ihrer Qualifikation grundsätzlich für die Umsetzung von Expertenstandards befähigt (DNQP 2014, S. 23) und damit Zielgruppe der Befragung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in den an der modellhaften Implementierung beteiligten Einrichtungen in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege. Für die Datenerhebung und -auswertung umfassen die Pflegefachkräfte – analog den Autoren des Expertenstandard-Entwurfs (DNQP 2014, S. 20) – alle Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) und diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

Der Fragebogen teilte sich in sechs Fragen, die die Antworten zum Ankreuzen vorgaben (z. B. in den Ausprägungen „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“), und in sieben Fragstellungen, die mittels Freitext zu beantworten waren. Zu den Antworten auf die sechs Ankreuz-Fragen wurden die absoluten und pro-

zentualen Häufigkeiten getrennt für die Studienteilnehmer der Cluster-RCT und die Studienteilnehmer der Beobachtungsstudie ausgewertet und mittels Balkendiagrammen illustriert, die vollständig im Anhang 13.5 zu finden sind. In der folgenden Ergebnispräsentation werden die wesentlichen Befunde und Trends gemäß der Antworten der befragten Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Settings bzw. Studiengruppen wiedergegeben.

Die sieben Freitext-Fragen wurden angelehnt an das Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) zunächst inhaltsanalytisch ausgewertet, wodurch ein Kategoriensystem mit sechs (Ober-) Kategorien und 32 Unterkategorien entstand. Im nächsten Schritt wurden die Antworten (Codings) zu jeder Frage ausgezählt, um sie zu quantifizieren und zur Nachvollziehbarkeit ebenfalls mittels Balkendiagrammen zu illustrieren. Die detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens zur inhaltsanalytischen Auswertung und die umfassende Ergebnispräsentation der Codings befinden sich im Anhang 13.5. An dieser Stelle des Abschlussberichts werden die Kernaussagen der antwortenden Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Settings mit Blick auf mögliche Entwicklungen zwischen den Zeitpunkten, nach der Basis-Schulung zur ersten Sensibilisierung für die Standardinhalte und nach dem sechsmonatigen Implementierungsprozess, zusammenfassend dargestellt. Dieser Teil der Ergebnisdarstellung erfolgt ebenfalls getrennt für die Studienteilnehmer der Cluster-RCT und der Beobachtungsstudie.

Stichprobenbeschreibung zu t_0 und t_2

Zum **ersten Zeitpunkt t_0** beteiligten sich insgesamt 87 Pflegefachkräfte aus den sechs ambulanten Diensten und den sechs Tagespflegeeinrichtungen (Teilnehmer der Beobachtungsstudie) und 234 Pflegefachkräfte aus den 22 Pflegeheimen (Teilnehmer der Cluster-RCT, Interventionsgruppe A und B) an der Fragebogenbefragung, d.h. sie füllten den Fragebogen „CRF Praxistauglichkeit“ direkt im Anschluss der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ durch die Universität Bremen aus.

Zum **zweiten Zeitpunkt t_2** , also sechs Monate nach der Basis-Schulung bzw. nach Ende der Implementierung in der jeweiligen Einrichtung, beantworteten 52 Pflegefachkräfte aus vier der sechs ambulanten Diensten und aus drei der sechs Tagespflegeeinrichtungen und 136 Pflegefachkräfte aus 18 der 19 Pflegeheime (drei Pflegeheime sind im Verlauf auf eigenen Wunsch aus der Studie zur modellhaften Implementierung ausgeschieden, vgl. Kapitel 6.3) ein weiteres Mal die Fragen zur Einschätzung der Praxistauglichkeit. Hierzu wurden die Fragebögen in ausreichender Stückzahl an die Projektleitungen in den Einrichtungen mit der Bitte um Weiterleitung an alle diejenigen Mitarbeiterinnen, die an der Basis-Schulung teilgenommen haben, geschickt. Zum Versand der ausgefüllten Fragebögen an die Universität Bremen lag ein vorfrankierter Rückumschlag bei.

Die Teilnahme an der Befragung basierte auf Freiwilligkeit der Pflegefachkräfte. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn zum Zeitpunkt t_2 dieselbe Anzahl an beantworteten Fragebögen wie zum Zeitpunkt t_0 erreicht worden wäre. Dieser Vorausannahme folgend kann der **Rücklauf** von t_2 (im Verhältnis zu den erhaltenen Fragebögen von t_0) für die **Beobachtungsstudie mit 59,8 %** und das **Cluster-RCT mit 58,1 %** angegeben werden.

Alter der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen

Zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t_0) betrug das durchschnittliche Alter der 122 Pflegefachkräfte, die in den elf Pflegeheimen der Interventionsgruppe A tätig waren und an der Befragung teilnahmen, 42,1 Jahre. Ausreißer bezüglich des Alters sorgen teilweise für Median-Werte, die vom Mittelwert entfernt liegen: z. B. beträgt das durchschnittliche Alter der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zu t_2 44,4 Jahren und der Median hierzu liegt bei 48 Jahren. Die befragten 112 Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B waren zu t_0 im Schnitt 40,4 Jahre alt, der Durchschnittswert bei der Untersuchung sechs Monate später lag bei 43,2 Jahren. Der Gruppenvergleich zwischen den Pflegeheimmitarbeitern aus den beiden Interventionsgruppen (sowohl bei Betrachtung des Mittelwerts als auch des Medians) ergibt, dass die befragten Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zu beiden Zeitpunkten etwas älter sind als die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B.

Zu t_0 betrug das durchschnittliche Alter der 65 Pflegefachkräfte aus den sechs Pflegediensten 43,1 Jahre und sechs Monate später 45,8 Jahre. Die zu t_0 befragten 22 Pflegefachkräfte aus den sechs Tagespflegeeinrichtungen waren im Schnitt 44,5 Jahre und sechs Monate später 47,1 Jahre alt. Im Gruppenvergleich sind die Mitarbeiter aus den Pflegediensten zu beiden Untersuchungszeitpunkten jünger als die Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, wenn die Mittelwerte betrachtet werden. Der gegenüber Ausreißern robustere Median beträgt für die Pflegedienstmitarbeiter zu t_2 49,5 Jahre, womit diese Stichprobe zu diesem Zeitpunkt älter als die Vergleichsstichprobe aus den Tagespflegeeinrichtungen ist.

Den angegebenen Mittelwerten für alle Studiengruppen ist anzumerken, dass sich bei genauerer Betrachtung der Altersverteilung die meisten Pflegefachkräfte entweder in dem unteren Alterssegment „26-30 Jahre“ oder in den oberen Bereichen „46-50 Jahre“ und „51-55 Jahre“ befinden. Tabelle 38 zeigt die Werte für das Alter der befragten Pflegefachkräfte aus den drei Studiengruppen und Settings zu beiden Untersuchungszeitpunkten. Die detailliertere Ausführung dieses Kapitels im Anhang 13.5 bildet zudem Histogramme zu der Altersverteilung der befragten Pflegefachkräfte aus den unterschiedlichen Studiengruppen graphisch ab.

Tabelle 38: Alter der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 und t_2)

Alter der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT				Beobachtungsstudie			
	t_0		t_2		t_0		t_2	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege
<=25	11	9	5	3	3	2	2	0
26-30	20	18	8	10	7	2	2	1
31-35	10	14	7	6	3	3	4	2
36-40	8	11	4	3	13	0	5	0
41-45	13	12	10	11	5	2	2	0
46-50	17	14	12	11	12	4	8	4
51-55	20	16	13	8	11	4	10	2
>55	15	9	12	10	7	4	7	2
k.A.	8	9	0	3	4	1	1	0
gesamt	122	112	71	65	65	22	41	11
Mittelwert	42,1	40,4	44,4	43,2	43,1	44,5	45,8	47,1
Median	44,5	40	48	44,5	45	46	49,5	48
Spannweite	21-63	21-60	21-64	23-62	18-61	25-62	23-62	30-62
Gesamt	234		136		87		52	

Unterschiede in den Merkmalen Alter oder Berufsjahre sind mit einiger Wahrscheinlichkeit Hinweise dafür, dass die Stichprobe innerhalb eines Studienarms zwischen t_0 und t_2 leicht abweicht, d. h. zum zweiten Untersuchungszeitpunkt könnten Pflegefachkräfte an der Befragung teilgenommen haben, die nicht die Basis-Schulung besucht haben. Aufgrund von beispielsweise Personalfuktuation innerhalb des sechsmonatigen Studienzeitraums ist dies nicht auszuschließen.

Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen

Auch hinsichtlich des Merkmals Berufsjahre ähneln sich die Werte zwischen den befragten Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B und den Pflegefachkräften aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten t_0 und t_2 . Einzig auffallend ist, dass an der Befragung zum zweiten Untersuchungszeitpunkt in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B und den teilstationären Einrichtungen im Schnitt berufserfahrenere Pflegefachkräfte teilgenommen haben als sechs Monate zuvor. Mit 17,4 (Mittelwert) oder 16 (Median) Jahren Berufserfahrung sind die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B zu t_2 etwas berufserfahrener als die befragten Personen aus der Vergleichsgruppe A. Zu t_2 betragen die durchschnittlichen Berufsjahre der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen 23,4 Jahre ($n=11$), während die Personen aus der Stichprobe ($n=22$) zu t_0 erst 15,6 Jahre im Beruf waren. Tabelle 39 weist die berechneten Werte zu den Berufsjahren der Pflegefachkräfte für die unterschiedlichen Studiengruppen für beide Untersuchungszeitpunkte detailliert aus – auch hierzu enthält die angehängte Langversion des Kapitels weitere Abbildungen.

Tabelle 39: Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 und t_2)

Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT				Beobachtungsstudie			
	t_0		t_2		t_0		t_2	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege
<=1	3	5	2	0	5	0	1	0
2-5	21	20	14	8	3	4	7	0
6-10	15	17	10	10	10	3	6	2
11-15	24	17	13	12	10	4	6	2
16-20	18	16	12	8	10	1	7	0
21-25	11	10	7	10	7	3	6	1
>25	9	8	12	13	15	4	6	6
k.A.	21	19	1	4	5	3	2	0
gesamt	122	112	71	65	65	22	41	11
Mittelwert	13,7	13	14,8	17,4	17,4	15,6	15,6	23,4
Median	12	13	13,5	16	16,5	13	15	26
Spannweite	1-37	1-36	1-42	2-41	0-40	2-32	1-40	6-32
Gesamt	234		136		87		52	

Qualifikation und Zugehörigkeit zur Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen

Des Weiteren können die befragten Pflegefachkräfte danach unterschieden werden, ob sie eine Führungsaufgabe (z.B. Einrichtungs-, Pflegedienst-, Wohnbereichsleitung) innehaben und Mitglied in der Projektgruppe zur modellhaften Implementierung in ihrer Einrichtung sind (Tabelle 40). Zum ersten

Untersuchungszeitpunkt t_0 waren mehr Pflegefachkräfte aus den elf Pflegeheimen der Interventionsgruppe B (51 %) in einer Führungsposition als die Vertreter aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A (37 %). Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt t_2 nähern sich die Werte für beide Gruppen an (41 % in A, 43 % in B). Insbesondere zum ersten Zeitpunkt sind unter den befragten Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B mehr Projektgruppenmitglieder als Nicht-Projektgruppenmitglieder als unter den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A. In der Beobachtungsstudie nahmen an der Befragung mit 34 % und 59 % in den Tagespflegeeinrichtungen im Vergleich zu den Pflegediensten zu t_0 mehr Pflegefachkräfte mit als ohne Führungsaufgabe teil. Auch zu t_2 waren unter den befragten Pflegefachkräften aus den Tagespflegeeinrichtungen mehr Führungskräfte als in den Pflegediensten, auch wenn die Werte insgesamt anteilmäßig abnahmen. Die an sich kleine Stichprobe der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen ($n=22$ zu t_0 vor und nach, $n=11$ zu t_2) bestand zu beiden Zeitpunkten zum überwiegenden Teil (73 % zu t_0 und 90 % zu t_2) aus Projektgruppenmitgliedern, in den Pflegediensten waren deutlich weniger Befragte gleichzeitig Mitglied in der Projektgruppe (40 % zu t_0 und 34 % zu t_2).

Der höhere Anteil der Führungskräfte oder der höhere Anteil der Projektgruppenmitglieder unter den befragten Personen aus den unterschiedlichen Studiengruppen können die Ergebnisse hinsichtlich der Einschätzung der Praxistauglichkeit beeinflussen. Beispielsweise können die Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs für Projektmitglieder nach der durchlaufenen Implementierung verständlicher sein als noch zum Beginn oder gegenüber Nicht-Projektgruppenmitgliedern, die womöglich eine weniger intensivere Auseinandersetzung mit den Standardinhalten hatten.

Tabelle 40: Qualifikation und Position in der Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 und t_2)

Qualifikation der Pflegefachkräfte		Pflegefachkraft mit Führungsaufgabe	Pflegefachkraft	keine Angabe	gesamt	davon Mitglied in Projektgruppe	Gesamt
Cluster-RCT							
t_0	Pflegeheime A	45 (37 %)	65 (53 %)	12 (10 %)	122 (100 %)	32 (26 %)	234
	Pflegeheime B	57 (51 %)	53 (47 %)	2 (2 %)	112 (100 %)	39 (35 %)	
t_2	Pflegeheime A	29 (41 %)	41 (58 %)	1 (1 %)	71 (100 %)	24 (34 %)	136
	Pflegeheime B	28 (43 %)	33 (51 %)	4 (6 %)	65 (100 %)	24 (37 %)	
Beobachtungsstudie							
t_0	Pflegedienste	22 (34 %)	40 (62 %)	3 (5 %)	65 (100 %)	26 (40 %)	87
	Tagespflege	13 (59 %)	9 (41 %)	0 (--)	22 (100 %)	16 (73 %)	
t_2	Pflegedienste	11 (27 %)	29 (71 %)	1 (2 %)	41 (100 %)	14 (34 %)	52
	Tagespflege	4 (36 %)	7 (64 %)	0 (--)	11 (100 %)	10 (90 %)	

Selbsteinschätzung der Pflegefachkräfte zur Vertrautheit mit den Standardinhalten

Die erste im Fragebogen gestellte Frage lautete „Wie vertraut sind Sie heute mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs?“ und diente dazu, ein Maß für die selbsteingeschätzte Vertrautheit der Pflegefachkräfte mit den Standardinhalten einmal direkt nach der Basis-Schulung durch die Universität Bremen und ein weiteres Mal sechs Monate nach dieser zu erhalten. Die Ergebnisse zur Einschätzung der Praxistauglichkeit sind vor dem Hintergrund des selbsteingeschätzten Grads der Vertrautheit zu betrachten.

Tabelle 41 bildet die während der Untersuchungszeit stattgefundenen Entwicklungen der befragten Studienteilnehmer hinsichtlich ihrer selbsteingeschätzten Vertrautheit mit den Standardinhalten ab. Zum zweiten, sechs Monate nach dem jeweiligen Implementierungsbeginn späteren Untersuchungszeitpunkt (t_2) schätzte die Mehrheit der befragten Pflegeheimmitarbeiter aus den beiden Interventionsgruppen der Cluster-RCT und der Mitarbeiter aus den an der Beobachtungsstudie teilgenommenen teilstationären Einrichtungen ihre Vertrautheit mit den Standardinhalten höher ein als zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t_0). Dagegen schätzten mehr befragte Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten ihre Vertrautheit nach der Implementierung geringer ein als noch zu Beginn dieser. Für alle Studiengruppen und zu beiden Untersuchungszeitpunkten lässt sich der Grad der Vertrautheit als hoch bewerten.

Tabelle 41: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich ihrer Vertrautheit mit den Standardinhalten (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 und t_2)

Einschätzung der	Pflegefachkräfte t_0 – direkt nach der Basis-Schulung		Pflegefachkräfte t_2 – nach 6 Monaten			
	Pflegeheime Gruppe A n=110	Pflegeheime Gruppe B n=112	Pflegeheime Gruppe A n=71		Pflegeheime Gruppe B n=65	
Vertrautheit mit den Standardinhalten	10 % sehr vertraut, 56 % eher vertraut	9 % sehr vertraut, 63 % eher vertraut	↑	21 % sehr vertraut, 45 % eher vertraut	↑	22 % sehr vertraut, 63 % eher vertraut
Beobachtungsstudie	Pflegedienste n=65	teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=22	Pflegedienste n=41		teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=11	
	9 % sehr vertraut, 48 % eher vertraut	9 % sehr vertraut, 46 % eher vertraut	↓	10 % sehr vertraut, 27 % eher vertraut	↑	9 % sehr vertraut, 55 % eher vertraut

Die folgenden Kapitel geben zusammenfassend die Einschätzungen der befragten Pflegefachkräfte hinsichtlich der drei auf die Praxistauglichkeit bezogenen Kriterien (Verständlichkeit, Umsetzung/Übertragbarkeit, Beeinflussbarkeit) wieder. Die detaillierte Ergebnispräsentation zu jeder einzelnen Fragestellung befindet sich im Anhang 13.5.

9.3.1 Einschätzung der Verständlichkeit

Der Fragenbereich zur Einschätzung der Verständlichkeit umfasst fünf Unterfragen, wovon die ersten drei Fragen zur Einschätzung der allgemeinen, sprachlichen und inhaltlichen Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs mittels Ankreuzen zu beantworten waren und die letzten beiden Fragen Freitext-Antworten zuließen.

Wie beurteilen Sie allgemein die Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Der Großteil der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B bewertete den Expertenstandard-Entwurf zum ersten Untersuchungszeitpunkt als allgemein sehr verständlich. Dies veränderte sich für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht. Für die Befragten aus der Interventionsgruppe B war der Expertenstandard-Entwurf am Ende der Implementierung (sechs Monate nach dem ersten Untersuchungszeitpunkt) weniger verständlich. Die Mitarbeiter aus den Pflegediensten beurteilten den Expertenstan-

standard-Entwurf zum ersten Untersuchungszeitpunkt als allgemein verständlicher als zum zweiten Untersuchungszeitpunkt. Für die Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen verhielt es sich andersherum, für sie nahm die allgemeine Verständlichkeit zum zweiten Untersuchungszeitpunkt tendenziell zu.

Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Für den Großteil der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A ist die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs zu beiden Untersuchungszeitpunkten gut bis sehr gut. Für viele der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B nimmt die ebenfalls anfängliche gute bis sehr gute sprachliche Verständlichkeit zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ab. Sowohl für die befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten als auch aus den Tagespflegeeinrichtungen war der Expertenstandard-Entwurf nach der sechsmonatigen Implementierung sprachlich verständlicher als zu Beginn dieser.

Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Für die befragten Pflegeheimmitarbeiter aus den beiden Interventionsgruppen war die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs zu Beginn der Implementierung höher als nach den sechs Monaten. Im Vergleich zwischen den Gruppen ist der Expertenstandard-Entwurf für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A inhaltlich verständlicher als für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B. Für die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten war der Expertenstandard-Entwurf zu Beginn inhaltlich etwas verständlicher als nach Abschluss der sechsmonatigen Implementierung. Für die Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen war die inhaltliche Verständlichkeit nach Abschluss der Implementierung höher als zu Beginn dieser.

Tabelle 42 zeigt für beide Untersuchungszeitpunkte und zusammenfassend die prozentualen Anteile der Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Studiengruppen für die Items „sehr verständlich“ und „eher verständlich“ bei den drei Fragen, die auf die Bewertung der Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs abzielten. Für alle Studiengruppen kann konstatiert werden, dass die auf hohem Niveau liegenden Bewertungen sowohl zum Beginn als auch nach der Implementierung für eine gute bis sehr gute Verständlichkeit der Standardinhalte sprechen. Zwischen den Zeitpunkten gesunkene Bewertungen sind allenfalls als leichte Abwärts-Tendenzen (in der Tabelle als „↓“ dargestellt) zu interpretieren.

Tabelle 42: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t₀ und t₂)

Einschätzung der	Pflegefachkräfte t ₀ – direkt nach der Basis-Schulung		Pflegefachkräfte t ₂ – nach 6 Monaten			
	Pflegeheime Gruppe A n=110	Pflegeheime Gruppe B n=112	Pflegeheime Gruppe A n=71		Pflegeheime Gruppe B n=65	
Verständlichkeit allgemein	14 % sehr verständlich, 60 % eher verständlich	15 % sehr verständlich, 52 % eher verständlich	→	21 % sehr verständlich, 52 % eher verständlich	↓	20 % sehr verständlich, 37 % eher verständlich
sprachliche Verständlichkeit	14 % sehr verständlich, 52 % eher verständlich	16 % sehr verständlich, 48 % eher verständlich	→	20 % sehr verständlich, 45 % eher verständlich	↓	15 % sehr verständlich, 43 % eher verständlich
inhaltliche Verständlichkeit	15 % sehr verständlich, 61 % eher verständlich	18 % sehr verständlich, 52 % eher verständlich	↓	17 % sehr verständlich, 52 % eher verständlich	↓	12 % sehr verständlich, 52 % eher verständlich
Beobachtungsstudie	Pflegedienste n=65	teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=22	Pflegedienste n=41		teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=11	
Verständlichkeit allgemein	11 % sehr verständlich, 43 % eher verständlich	9 % sehr verständlich, 54 % eher verständlich	↓	7 % sehr verständlich, 32 % eher verständlich	↑	27 % sehr verständlich, 27 % eher verständlich
sprachliche Verständlichkeit	3 % sehr verständlich, 37 % eher verständlich	59 % eher verständlich	↑	5 % sehr verständlich, 42 % eher verständlich	↑	27 % sehr verständlich, 27 % eher verständlich
inhaltliche Verständlichkeit	5 % sehr verständlich, 57 % eher verständlich	55 % eher verständlich	↓	2 % sehr verständlich, 56 % eher verständlich	↑	27 % sehr verständlich, 18 % eher verständlich

Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als leicht verständlich?

Die zu beiden Untersuchungszeitpunkten auf diese Fragestellung freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegeheimen** der Interventionsgruppe A und B der durchgeführten Cluster-RCT wurden zu folgenden Kernaussagen abstrahiert:

- Die Inhalte der Standardkriterien, Zielsetzung und Präambel des Expertenstandard-Entwurfs waren den Mitarbeitern aus den Pflegeheimen direkt nach der Basis-Schulung verständlicher als am Ende der modellhaften Implementierung.
- Differenziert nach den Standardebenen waren die Inhalte der vierten Standardebene (Durchführung der Maßnahmen) und ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus) zu beiden Untersuchungszeitpunkten am verständlichsten.
- Differenziert nach den Qualitätsdimensionen waren die Strukturkriterien zum ersten Untersuchungszeitpunkt vor den Prozess- und Ergebniskriterien am leichtesten zu verstehen. Nach der erlebten Implementierung waren die Prozesskriterien am verständlichsten.
- Die Pflegeheimmitarbeiter sahen insbesondere in den durchführungsbezogenen Standardinhalten Anknüpfungspunkte zur Umsetzung der empfohlenen Standardinhalte in ihre Praxis.

Die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen** lassen folgende Schlüsse zu:

- Die Standardkriterien und Zielsetzung Expertenstandard-Entwurfs waren den Mitarbeitern aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen direkt nach der Basis-Schulung verständlicher als am Ende der modellhaften Implementierung. Die Inhalte der Präambel schienen den befragten Personen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt verständlicher (i.S.v. prä-senter) als zum ersten Untersuchungszeitpunkt.
- Differenziert nach den Standardebenen wurden die Inhalte der vierten Standardebene (Durchführung der Maßnahmen) und der ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus) verständlicher als die übrigen Ebenen bewertet, und zwar zum Zeitpunkt nach der Basis-Schulung die vierte vor der ersten Standardebene und sechs Monate später umgekehrt.
- Direkt nach der Basis-Schulung waren den befragten Mitarbeitern die Prozesskriterien tendenziell verständlicher als die Struktur- und Ergebniskriterien.
- Die befragten Mitarbeiter fanden sich unter anderen in der Standardaussage wieder, dass professionelle Pflege einen gesundheitsfördernden und präventiven Charakter bekommt, wenn sie an Mobilitätserhaltung und -verbesserung der Patienten bzw. Klienten ausgerichtet ist.

Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als schwer verständlich?

Die Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegeheimen** der Interventionsgruppe A und B beinhalten die folgenden Kernaussagen auf die Fragestellung nach den für sie schwer verständlichen Punkten im Expertenstandard-Entwurf:

- Den Aussagen der befragten Personen nach nahm die Verständlichkeit zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten zu, denn zum ersten Untersuchungszeitpunkt gaben ca. 22 % der befragten Personen an, dass für sie keine Standardkriterien schwer zu verstehen waren und auch zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ließen sich 33 % der befragten Personen dieser Bewertung zuordnen. Diese Einschätzung steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der drei Ankreuzfragen zur Beurteilung der allgemeinen, sprachlichen und inhaltlichen Verständlichkeit (vgl. Tabelle 42). Danach nahmen für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B alle drei Kriterien der Verständlichkeit ab, für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A blieben die allgemeine und sprachliche Verständlichkeit zwischen den Untersuchungszeitpunkten gleich und sie beurteilten nur die inhaltliche Verständlichkeit zum Ende hin geringer.
- Die Inhalte der vierten Standardebene (Durchführung der Maßnahmen; zum ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt) und der ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus; zum zweiten Untersuchungszeitpunkt) wurden als die am schwersten verständlichen Inhalte bewertet. Dies scheint wiederum im Widerspruch zum Befund der vorherigen Fragestellung zu stehen, wonach die Inhalte der vierten und ersten Standardebene zu beiden Untersuchungszeitpunkten als am verständlichsten bewertet wurden.
- Nach den sechs Monaten schrieben mehr Pflegeheimmitarbeiter dem Expertenstandard-Entwurf eine hohe Theorielastigkeit (zu Ungunsten bewohnerindividueller, praktischer Anwendungshinweise) zu als vor der modellhaften Implementierung.

Die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen** lassen auf die oben stehende Fragestellung folgende Schlüsse zu:

- Differenziert nach den Standardebenen lagen die größten Verständnisschwierigkeiten der Mitarbeiter aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen zum ersten Untersuchungszeitpunkt in den Inhalten der zweiten Standardebene (Koordination und Planung von Maßnahmen) und zum zweiten Untersuchungszeitpunkt in der ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus).
- Die Sprache des Expertenstandard-Entwurfs erschwerte die Verständlichkeit der Standardinhalte.
- Die befragten Personen gaben – wenn auch nicht explizit zur Frage passend – erste Hinweise auf Umsetzungsschwierigkeiten an, z.B. bei Anwendung ohne ausreichend verfügbaren zeitlichen und materiellen Rahmen und bei an Demenz erkrankten Menschen.

9.3.2 Einschätzung der Umsetzung (Übertragbarkeit)

Der Fragenbereich zur Einschätzung der Umsetzung (Übertragbarkeit) umfasst drei Unterfragen, wovon die erste Frage die Antwortkategorien zum Ankreuzen vorgab und die letzten beiden Fragen Freitext-Antworten zuließen.

Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Wie in Tabelle 43 dargestellt, schätzten die befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs vor und nach der durchgeführten Implementierung geringer ein als die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A. Für etwas mehr als 50 % der befragten Personen aus dieser Teilstichprobe des vollstationären Settings ist die Umsetzung (Übertragbarkeit) der Standardinhalte in die Pflegepraxis zu beiden Zeitpunkten gut bis sehr gut gegeben. Die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten schätzten die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs nach der durchgeführten Implementierung geringer ein als vor der Implementierung. Trotz der zum zweiten Untersuchungszeitpunkt gesunkenen Anteile der Pflegeheimmitarbeiter der Interventionsgruppe B und der Pflegedienstmitarbeiter für die Bewertungen mit den Items „sehr gut“ und „eher gut“ sprechen sich immer noch rund ein Drittel der befragten Personen aus diesen Stichproben für eine gute bis sehr gute Umsetzung (Übertragbarkeit) der Standardinhalte in die Pflegepraxis aus. Für die Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen ist ein positiver Trend festzustellen. Unter Berücksichtigung der sehr kleinen Fallzahl im teilstationären Bereich schätzten hier mehr als 40 % der Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen nach der durchgeführten Implementierung die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs sogar als noch deutlich besser (stärker) ein als vor der Implementierung.

Tabelle 43: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t₀ und t₂)

Einschätzung der	Pflegefachkräfte t ₀ – direkt nach der Basis-Schulung		Pflegefachkräfte t ₂ – nach 6 Monaten	
	Pflegeheime Gruppe A n=110	Pflegeheime Gruppe B n=112	Pflegeheime Gruppe A n=71	Pflegeheime Gruppe B n=65
Umsetzung (Übertragbarkeit)	6 % sehr gut, 47 % eher gut	3 % sehr gut, 39 % eher gut	→ 10 % sehr gut, 42 % eher gut	↓ 6 % sehr gut, 29 % eher gut
Beobachtungsstudie	Pflegedienste n=65	teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=22	Pflegedienste n=41	teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=11
	Umsetzung (Übertragbarkeit)	5 % sehr gut, 43 % eher gut	41 % eher gut	↓ 5 % sehr gut, 27 % eher gut

Frage: Was meinen Sie, welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?

Die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegeheimen** der beiden Interventionsgruppen aus der Cluster-RCT lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Insbesondere die Empfehlung, stetig mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen in Alltagsaktivitäten und alltägliches pflegerisches Handeln zu integrieren, wurde von den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen zum ersten Untersuchungszeitpunkt als leicht umsetzbar eingeschätzt und dies bestätigte sich durch die Implementierung.
- Die Pflegeheimmitarbeiter benannten – wenn auch nicht explizit zu dieser Frage gehörend – zu beiden Untersuchungszeitpunkten bewohner-, personal- und einrichtungsbezogene Merkmale, die die Umsetzung erleichtern können. Hierzu zählen allen voran die Motivation und der Gesundheitszustand der Bewohner, kontinuierliche und einheitliche Arbeitsabläufe, bereits implementierte Expertenstandards und andere Leitlinien als Anknüpfungspunkte.

Für die befragten Mitarbeiter aus **den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen** lässt sich zusammenfassen:

- Zum ersten Untersuchungszeitpunkt wurden die Inhalte der vierten Standardebene (Durchführung der Maßnahmen) und die grundsätzliche Empfehlung, Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege zu integrieren, als leicht umsetzbar beurteilt. Nach den Erfahrungen in der Implementierung wurden in der ersten und dritten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus und Information, Beratung und Anleitung) leicht umsetzbare Inhalte gesehen.
- Als leicht umzusetzende bewohnerbezogene Standardinhalte erwiesen sich: Förderung der Motivation der Patienten bzw. Klienten, Stärkung ihrer individuellen Ressourcen und Selbstständigkeit und die Kooperation mit den Angehörigen.
- Bereits existierende Anknüpfungspunkte im internen Qualitätsmanagement erleichterten die Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege (Antworten dieser Kategorie nur implizit zur Frage passend).

Was meinen Sie, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie schwer in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?

Auf Basis der Freitext-Antworten der Pflegefachkräfte aus den an der Cluster-RCT teilgenommenen **Pflegeheimen** können die folgenden Kernaussagen zu oben stehender Fragestellung getroffen werden:

- Die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen bewerteten zu beiden Untersuchungszeitpunkten die erste (Einschätzung des Mobilitätsstatus), dritte (Information, Beratung und Anleitung), vierte (Durchführung der Maßnahmen) und fünfte Standardebene (Evaluation) als schwer umsetzbar. Bezüglich der vierten Standardebene wurde insbesondere die Durchführung von gezielten Einzelmaßnahmen genannt. Die Implementierung ist laut den befragten Personen vorbereitend und während ihrer Anwendung mit Dokumentationsanforderungen verbunden, die gemäß den Befürchtungen zum ersten Untersuchungszeitpunkt schwer mit dem entbürokratisiertem Pflegedokumentationsmodell zu vereinbaren seien. Hierzu fand sich nach der Implementierung keine Äußerung mehr, die die anfängliche Befürchtung bestätigen würde.
- Die Integration der Angehörigen der Heimbewohner in die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs erwies sich in den Pflegeheimen als schwer umzusetzen.
- Die personalbezogenen Bedingungen (in Form von einer kontinuierlichen und einheitlichen Umsetzung durch alle an der Pflege Beteiligten sowie einer reibungslosen Kommunikation und kooperativen Zusammenarbeit) schienen teilweise schwer umzusetzen.
- Die Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen erwies sich für die Pflegeheimmitarbeiter im Laufe der Implementierung als leichter als zuvor angenommen. Die auf der Institutionsebene angesiedelte Bedingung – deren Nennung an dieser Stelle nicht explizit zur Frage passt –, für die Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs ausreichend personelle und damit zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu haben, ist nach den Selbstauskünften der Pflegeheimmitarbeiter oftmals nicht gegeben.

Für die Pflegemitarbeiter aus den **Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen** lassen sich die folgenden Kernaussagen wiedergeben:

- Die Pflegefachkräfte aus dem ambulanten und teilstationären Setting bewerteten vor der Implementierung die vierte Standardebene (Durchführung der Maßnahmen) und nach der Implementierung die dritte Standardebene (Information, Beratung und Anleitung) als schwer umsetzbar.
- Auch in diesem Setting erwies sich die Integration der Angehörigen der Patienten bzw. Klienten in die Umsetzung der empfohlenen Standardinhalte als schwer umzusetzen.
- Die Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen wurde zum ersten Untersuchungszeitpunkt als schwer umzusetzender Punkt eingeschätzt, der sich zum zweiten Untersuchungszeitpunkt teilweise auch bestätigte. Auch in diesem Setting wurden – wenn auch nicht direkt zur Frage passend – strukturelle, die Umsetzung erschwerende Bedingungen genannt (nicht mit ausreichend Zeit zum Patienten kommen zu können bzw. für den Klienten zu haben sowie auf keine unmittelbare Refinanzierung der umgesetzten Maßnahmen zurückgreifen zu können).

Diese Fragestellung wurde oftmals im Sinne einer weiteren Frage, nämlich „Was erschwert die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in Ihrer Pflegepraxis?; vgl. Abschnitt 9.5.5) beantwortet. Für viele der befragten Personen waren beide Fragestellungen womöglich nicht trennscharf genug formuliert. Dieser Umstand ist auf der einen Seite in der Interpretation zu berücksichtigen und andererseits verdeutlicht er das Bedürfnis der Pflegefachkräfte, ihre Bedenken vor Einführung des Expertenstandard-Entwurfs und ihre Beobachtungen nach den Erfahrungen mit dem implementierten Expertenstandard-Entwurf zu äußern.

9.3.3 Einschätzung der Beeinflussbarkeit

Der Fragenbereich zur Einschätzung der Beeinflussbarkeit umfasst zwei Unterfragen, wovon die erste Frage zum Ankreuzen war und die zweite Frage Freitext-Antworten zuließ.

Wie beurteilen Sie allgemein die Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Für beide Teilstichproben aus dem vollstationären Setting ist die Bewertung durch 40 und mehr Prozent der befragten Pflegefachkräfte, die der Beeinflussung die Einschätzungssitems „eher gut“ bis „sehr gut“ zusprachen, zusammenfassend als hoch zu interpretieren (Tabelle 44). Die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A beurteilten zu beiden Untersuchungszeitpunkten die Beeinflussbarkeit der Mobilität ihrer Heimbewohner durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs tendenziell positiver (im Sinne von stärker) als die Pflegefachkräfte aus den Einrichtungen der Interventionsgruppe B. Die Pflegedienstmitarbeiter beurteilten die Beeinflussbarkeit der Mobilität ihrer Patienten durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs zum ersten Untersuchungszeitpunkt als besser als zum zweiten Untersuchungszeitpunkt, wohingegen die teilstationär tätigen Mitarbeiter die Beeinflussbarkeit der Mobilität ihrer Klienten durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs nach dem durchlaufenen Implementierungsprozess als noch besser als zum ersten Untersuchungszeitpunkt einschätzten. Zu beiden Zeitpunkten lag die Einschätzung der Pflegedienstmitarbeiter zwar unter der Einschätzung der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, doch lassen sich auch die Aussagen der befragten Personen aus diesen Settings dahingehend interpretieren, dass sie der Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs ein hohes Potenzial zusprechen, sich positiv auf die Mobilität der pflegebedürftigen Menschen auszuwirken.

Tabelle 44: Einschätzungen der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Beeinflussbarkeit der Mobilität von pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 und t_2)

Einschätzung der	Pflegefachkräfte t_0 – direkt nach der Basis-Schulung		Pflegefachkräfte t_2 – nach 6 Monaten	
	Pflegeheime Gruppe A n=110	Pflegeheime Gruppe B n=112	Pflegeheime Gruppe A n=71	Pflegeheime Gruppe B n=65
Beeinflussbarkeit	9 % sehr gut, 37 % eher gut	5 % sehr gut, 35 % eher gut	→ 10 % sehr gut, 35 % eher gut	→ 9 % sehr gut, 31 % eher gut
Beobachtungsstudie	Pflegedienste n=65	teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=22	Pflegedienste n=41	teilstationäre Pflegeeinrichtungen n=11
	Beeinflussbarkeit	6 % sehr gut, 43 % eher gut	5 % sehr gut, 59 % eher gut	↓ 2 % sehr gut, 37 % eher gut

Welche Standardinhalte führen aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Mobilität Ihrer Pflegebedürftigen?

Die zu beiden Untersuchungszeitpunkten auf diese Fragestellung freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegeheimen** der Interventionsgruppe A und B der durchgeführten Cluster-RCT wurden zu folgenden Kernaussagen abstrahiert:

- Für die Pflegeheimmitarbeiter führten insbesondere die Standardempfehlungen, Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege zu integrieren und die Förderung der Selbstständigkeit der Bewohner und individuelle Förderung ihrer Ressourcen, sowie die Inhalte der vierten Standardebene (Durchführung der Maßnahmen) und ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus) zu einer verbesserten Mobilität. Die Berücksichtigung des Bewohnerwillens ist für die befragten Personen unabdingbar.
- Auf der Personal- und Einrichtungsebene angesiedelte Prädiktoren für eine Mobilitätsverbesserung der Bewohner aus Sicht der Pflegeheimmitarbeiter waren allen voran die Sensibilität für die Ressourcenorientierung in pflegerischen Aktivitäten und Betreuung, der kontinuierliche Austausch sowie die einheitliche Vorgehensweise aller Beteiligten.

Die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen** lassen bezüglich der oben genannten Fragestellung folgende Schlüsse zu:

- Den Aussagen der Pflegedienstmitarbeiter und Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen nach führten insbesondere die Standardempfehlung, Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege zu integrieren, die Inhalte der ersten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus) und der vierten Standardebene (Durchführung der Maßnahmen) zu einer verbesserten Mobilität. Eine ressourcenorientierte Pflege findet auch für die Befragten aus diesem Setting nur unter Zustimmung der Patienten bzw. Klienten statt und beides sind positive Einflussgrößen für Mobilitätserhalt und -verbesserung.
- Nach der Sicherstellung bzw. Förderung von kontinuierlichen und einheitlichen Abläufen in Pflege und Betreuung bestimmten – ähnlich zu den personal- und einrichtungsbezogenen Prädiktoren im Setting der Pflegeheime – die Sensibilität für die Ressourcenorientierung im Pflegealltag und regelmäßige Absprachen im Team und mit anderen Berufsgruppen den Erfolg mobilitätserhaltender- und fördernder Maßnahmen.

9.3.4 Zusammenfassung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit (Verständlichkeit, Übertragbarkeit, Beeinflussbarkeit)

Für alle Studiengruppen kann konstatiert werden, dass die auf hohem Niveau liegenden Bewertungen sowohl zum Beginn als auch nach der Implementierung für eine **gute bis sehr gute Verständlichkeit der Standardinhalte** sprechen. Für die inhaltliche Verständlichkeit – die als Voraussetzung für die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs unerlässlich ist – sollten die sich in der Befragung gezeigten Widersprüche und als schwer verständlich bewerteten Standardebenen als Hinweis für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen verstanden werden, die Themenkomplexe für die Mitarbeiter verständlich aufzubereiten.

Die **Übertragbarkeit der Standardinhalte** in die Pflegepraxis wurde von den Pflegefachkräften als **gut bis sehr gut** bewertet. Für die Mitarbeiter in den Einrichtungen aller Settings stellte sich die systematische Einbindung von Mobilitätsförderung in Alltagsaktivitäten und Pflege unter Berücksichtigung der Individualität der pflegebedürftigen Menschen als leicht umsetzbar dar. Die Einbindung und Erreichbarkeit von Angehörigen und Bezugspersonen erscheint in manchen Einrichtungen auch am Ende der Implementierung schwer umsetzbar. Befürchtungen zu Beginn der Implementierung, wie beispielsweise erhöhte und erschwerte Dokumentationsanforderungen oder eine Unvereinbarkeit mit dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sowie Schwierigkeiten in der inter- und intraprofessionellen Kommunikation, bestätigten sich am Ende des Implementierungsprozesses nicht.

Die Aussagen der befragten Personen aus allen drei Settings weisen darauf hin, dass die Pflegefachkräfte der Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs **ein hohes Potenzial zusprechen, sich positiv** auf die Mobilität der pflegebedürftigen Menschen **auszuwirken**. Besonders die im Expertenstandard-Entwurf genannten Bedingungen wie ein kontinuierlicher professioneller Austausch, kontinuierliche und einheitliche Umsetzung des Pflegeprozesses, die Sensibilität der Mitarbeiter für das Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität sowie die systematische Einbindung von Mobilitätsförderung in Alltagsaktivitäten und Pflege beeinflussen aus Sicht der Mitarbeiter die Mobilität der pflegebedürftigen Menschen.

9.4 Lerneffekte (Wissenszuwachs und Wissensverstetigung der Pflegefachkräfte)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse hinsichtlich der durch die Schulungen zum Expertenstandard-Entwurf hervorgerufenen Lerneffekte (Wissenszuwachs und Wissensverstetigung) bei den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppen A und B sowie den ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen präsentiert. Ein gelungener Wissenstransfer trägt entscheidend zur Einführung und Umsetzung von Innovationen in die Pflegepraxis bei (vgl. Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 70ff.). In der modellhaften Implementierung wurde der Prozess des Wissenstransfers in der ersten Implementierungsphase durch die Basis-Schulung der Universität Bremen in Gang gesetzt und während des gesamten Verlaufs von den Einrichtungen durch weitere selbst organisierte Schulungen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen oder auch Fallbesprechungen und situationsgebundenes Einüben von mobilitätserhaltenden und -fördernden Interventionen aufrechterhalten.

Erhebungsinstrument, Zielgruppe und Datenauswertung

Als Erhebungsmethode wurden die Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen zu drei Zeitpunkten

- direkt vor der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf durch das Studienteam der Universität Bremen ($t_{0\text{ vor}}$),
- direkt nach dieser Schulung ($t_{0\text{ nach}}$) und
- sechs Monate später, zum Implementierungsende (t_2),

befragt. Als Erhebungsinstrument diente der CRF „Schulungsevaluation“ (vgl. Teil B im Anlagenband zum Zwischenbericht).

Die Ergebnisdarstellung erfolgt getrennt für die mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegeheimmitarbeiter⁸ als Studienteilnehmer der Cluster-RCT (jeweils Interventionsgruppe A und B) und die Studienteilnehmer der Beobachtungsstudie.

Der Fragebogen teilte sich in vier Fragen, die die Antworten zum Ankreuzen vorgaben (z. B. in den Ausprägungen „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“), und in fünf Fragstellungen, die mittels Freitext zu beantworten waren. Die Ergebnisse der Ankreuz-Fragen wurden deskriptiv unter Angabe der absoluten und prozentualen Häufigkeiten ausgewertet. Die als Freitext formulierten Antworten wurden einem vom Studienteam entwickelten Katalog für zutreffende, in Teilen zutreffende und nicht zutreffende Antworten gegenübergelegt, der ausschließlich den Inhalten der Basis-Schulung entspricht. Die Zuordnung der Antworten in die Kategorien „zutreffende Antwort“, „in Teilen zutreffende Antwort“ und „nicht zutreffende Antwort“ erfolgte durch ein drittes Studienteammitglied. Auch diese Ergeb-

⁸ Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte sind aufgrund ihrer Kompetenzen gemäß ihrer Qualifikation grundsätzlich für die Umsetzung von Expertenstandards befähigt (DNQP 2014, S. 23) und damit – wie auch bei der Befragung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ – Zielgruppe für die Erhebung der Lerneffekte in den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen während der Implementierung. Für die Datenerhebung und -auswertung umfassen die Pflegefachkräfte – analog den Autoren des Expertenstandard-Entwurfs (DNQP 2014, S. 20) – alle Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) und diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

nisse wurden nach der quantitativen Auszählung deskriptiv ausgewertet und mittels Balkendiagrammen die prozentualen Häufigkeiten angegeben. Die detaillierte Ergebnispräsentation befindet sich im Anhang 13.6. An dieser Stelle des Abschlussberichts werden die Lerneffekte der antwortenden Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Settings zusammenfassend dargestellt. Der **Wissenszuwachs** definiert sich als Effekt direkt im Anschluss an die Basis-Schulung. Die **Wissensverstetigung** zeigt sich als längerfristiger Lerneffekt zwischen den Untersuchungszeitpunkten und über die Zeit, also zwischen der Basis-Schulung zur ersten Sensibilisierung für die Standardinhalte und dem sechsmonatigen Implementierungsprozess.

Stichprobenbeschreibung zu $t_{0 \text{ vor und nach}}$ und t_2

Zum **ersten Zeitpunkt $t_{0 \text{ vor}}$** beteiligten sich insgesamt **90** Pflegefachkräfte aus den sechs ambulanten Diensten und den sechs Tagespflegeeinrichtungen (Teilnehmer der Beobachtungsstudie) und **256 Pflegefachkräfte** aus den 22 Pflegeheimen (Teilnehmer der Cluster-RCT, Interventionsgruppe A und B) an der Fragebogenbefragung, d.h. sie füllten den Fragebogen „CRF Schulungsevaluation“ vor der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ durch die Universität Bremen aus. Zum **zweiten Zeitpunkt $t_{0 \text{ nach}}$** , direkt nach der Basis-Schulung, kamen die ausgefüllten Fragebögen von **86** Pflegefachkräften aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen und von **222** Pflegeheimmitarbeitern zurück.

Zum **dritten Zeitpunkt t_2** , also sechs Monate nach der Basis-Schulung bzw. nach Ende der Implementierung in der jeweiligen Einrichtung, beantworteten **45 Pflegefachkräfte** aus vier der sechs ambulanten Diensten und aus drei der sechs Tagespflegeeinrichtungen und **123 Pflegefachkräfte** aus 18 der 19 Pflegeheime (drei Pflegeheime sind im Verlauf auf eigenen Wunsch aus der Studie zur modellhaften Implementierung ausgeschieden, vgl. Kapitel 6.3) ein weiteres Mal die Fragen zur Erhebung der Lerneffekte. Hierzu wurden die Fragebögen in ausreichender Stückzahl an die Projektleitungen in den Einrichtungen mit der Bitte um Weiterleitung an alle diejenigen Mitarbeiterinnen, die an der Basis-Schulung teilgenommen haben, geschickt. Zum Versand der ausgefüllten Fragebögen an die Universität Bremen lag ein vorfrankierter Rückumschlag bei.

Die Teilnahme an der Befragung basierte zu allen drei Untersuchungszeitpunkten auf Freiwilligkeit der Pflegefachkräfte. Der Annahme folgend, es beteiligt sich zu den Untersuchungszeitpunkten stets dieselbe Personenzahl, kann der **Rücklauf** von $t_{0 \text{ nach}}$ (im Verhältnis zu den erhaltenen Fragebögen von $t_{0 \text{ vor}}$) für die Beobachtungsstudie mit rund 95,6 % und das Cluster-RCT mit 86,7 % angegeben werden. Der **Rücklauf von t_2** (im Verhältnis zu den erhaltenen Fragebögen von $t_{0 \text{ nach}}$) beträgt für die **Beobachtungsstudie** rund **52,3 %** und das **Cluster-RCT** **55,4 %**.

Die stichprobenbeschreibenden Merkmale (Alter, Berufsjahre, Unterscheidung der Pflegefachkräfte in Fachkräfte mit oder ohne Führungsaufgabe, Zugehörigkeit in der Projektgruppe zur modellhaften Implementierung) unterscheiden sich lediglich in Form von leicht abweichenden Häufigkeiten in einzelnen Merkmalsausprägungen und veränderten Nachkommastellen von den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung zur Praxistauglichkeit (vgl. Abschnitt 9.3).

Alter der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen

Tabelle 45 zeigt die Altersverteilung der zur Schulungsevaluation befragten Pflegefachkräfte aus den beiden Studiengruppen bzw. Settings und zu den drei Untersuchungszeitpunkten. Die detailliertere

Ausführung dieses Kapitels im Anhang 13.6 bildet zudem Histogramme zu der Altersverteilung der befragten Pflegefachkräfte aus den unterschiedlichen Studiengruppen graphisch ab.

Das zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten und zu den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe A etwas ältere Durchschnittsalter der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B (44,6 Jahre) zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) kann ein Hinweis dafür sein, dass die Stichprobe zu t_2 innerhalb der Zielgruppe in diesem Studienarm (Pflegeheimmitarbeiter, die die Basis-Schulung besuchten) leicht abweicht. Hierfür kann beispielsweise eine Personalfuktuation innerhalb des sechsmonatigen Studienzeitraums ursächlich gewesen sein.

Tabelle 45: Alter der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Alter der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT					
	t_0 vor		t_0 nach		t_2	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B
<=25	10	11	7	10	5	2
26-30	16	18	19	18	6	8
31-35	9	19	9	15	7	6
36-40	9	12	7	10	4	3
41-45	15	20	12	12	9	6
46-50	15	19	11	19	8	15
51-55	18	21	17	18	10	8
>55	15	15	14	9	8	11
k.A.	8	6	5	10	3	4
gesamt	115	141	101	121	60	63
Mittelwert	42,4	41,7	42,2	40,8	41,1	44,6
Median	44	43,0	44	41	44,5	47
Spannweite	21-63	21-61	21-63	21-60	21-64	23-63
Gesamt	256		222		123	
Alter der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Beobachtungsstudie					
	t_0 vor		t_0 nach		t_2	
	Pflegedienste	teilstationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegedienste	teilstationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegedienste	teilstationäre Pflegeeinrichtungen
<=25	3	2	2	2	2	0
26-30	7	2	7	2	2	1
31-35	3	2	4	2	3	2
36-40	12	0	11	0	5	0
41-45	6	2	6	2	2	0
46-50	14	3	12	3	7	4
51-55	13	3	11	3	9	2
>55	9	3	8	3	5	1
k.A.	6	0	8	0	0	0
gesamt	73	17	69	17	35	10
Mittelwert	44,1	43,5	43,8	43,5	45,1	45,6
Median	47	46	46	46,0	49	47,5
Spannweite	18-61	25-62	21-61	25-62	23-62	30-62
Gesamt	90		86		45	

Tabelle 46 gibt die Jahre der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Studiengruppen und Settings wieder und auch hierzu enthält die angehängte Langversion des Kapitels weitere Abbildungen. Ein in der Interpretation zu berücksichtigender Aspekt können die zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) im Durchschnitt berufserfahreneren Pflegeheimmitarbeiter aus

der Interventionsgruppe B (17,3 Jahre) im Vergleich zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten und im Vergleich zu den durchschnittlichen Berufsjahren der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A sein. Ebenfalls auffällig ist der Mittelwert von 22,6 Jahren Berufserfahrung der zu t_2 befragten Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, der zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten bei 16,9 ($t_{0\text{ vor}}$) und 15,8 Jahren ($t_{0\text{ nach}}$) lag.

Tabelle 46: Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, $t_{0\text{ vor}}$, $t_{0\text{ nach}}$ und t_2)

Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT					
	$t_{0\text{ vor}}$		$t_{0\text{ nach}}$		t_2	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B
<=1	2	5	2	4	2	0
2-5	21	23	19	22	9	8
6-10	12	23	16	12	8	7
11-15	21	18	17	20	12	13
16-20	19	20	13	18	11	9
21-25	13	16	12	11	5	11
>25	10	12	8	13	9	11
k.A.	17	24	14	21	4	4
gesamt	115	141	101	121	60	63
Mittelwert	14,4	13,9	13,7	14,2	15,1	17,3
Median	13,5	13	12	14	14	16
Spannweite	1-37	1-40	0-35	1-40	1-42	2-40
Gesamt	256		222		123	
Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Beobachtungsstudie					
	$t_{0\text{ vor}}$		$t_{0\text{ nach}}$		t_2	
	Pflegedienste	teilstationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegedienste	teilstationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegedienste	teilstationäre Pflegeeinrichtungen
<=1	5	0	3	1	1	0
2-5	4	3	5	3	3	0
6-10	10	3	11	2	5	2
11-15	12	3	11	3	6	2
16-20	11	1	10	1	9	0
21-25	11	2	9	2	5	1
>25	16	5	14	4	4	5
k.A.	4	0	6	1	2	0
gesamt	73	17	69	17	35	10
Mittelwert	17,8	16,9	17,3	15,8	16,2	22,6
Median	18	15	16	14	17	25,5
Spannweite	0-40	3-33	1-40	1-33	1-36	6-36
Gesamt	90		86		45	

Qualifikation und Zugehörigkeit zur Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen

Tabelle 47 stellt die Unterscheidung in Pflegefachkraft mit und ohne Führungsaufgabe sowie die Zugehörigkeit der befragten Pflegefachkräfte in den die Implementierung begleitenden Projektgruppen dar. In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A nahmen zu allen Zeitpunkten mehr Pflegefachkräfte ohne Führungsaufgabe an der Befragung zur Schulungsevaluation teil als Führungskräfte. In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B waren noch zum ersten Untersuchungszeitpunkt $t_{0\text{ vor}}$ anteilig mehr Pflegefachkräfte mit Führungsaufgabe (51,1 %) als Pflegefachkräfte ohne Führungsauf-

gabe unter den befragten Personen. In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A nahmen mit 51,7 % zum letzten Untersuchungszeitpunkt (t_2) deutlich mehr Projektgruppenmitglieder im Verhältnis zu den Pflegefachkräften, die nicht Teil der mit Implementierung betrauten Projektgruppe waren, an der Befragung teil als in der Gruppe B und als zu den vorherigen Zeitpunkten. Zuvor waren in beiden Gruppen etwa je ein Drittel der befragten Pflegefachkräfte auch Mitglieder der Projektgruppe. In den Pflegediensten nahmen zu allen drei Zeitpunkten mehr Pflegefachkräfte ohne als mit Führungsaufgabe teil. In den Tagespflegeeinrichtungen waren es zu den ersten beiden Befragungszeitpunkten mehr Pflegefachkräfte mit als ohne Führungsaufgabe (jeweils 64,7 %). Die befragten Pflegedienstmitarbeiter teilen sich zum ersten Befragungszeitpunkt noch beinahe hälftig in Projektgruppenmitglieder und Nicht-Projektgruppenmitglieder (46,6 % zu $t_{0\text{ vor}}$, 42,0 % zu $t_{0\text{ vor}}$, 40,0 % zu t_2). Die kleine Stichprobe der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen ($n=17$ zu $t_{0\text{ vor}}$ und $nach$, $n=10$ zu t_2) bestand zu allen drei Zeitpunkten zum Großteil aus Projektgruppenmitgliedern.

Die Unterschiede, ob es sich in den Stichproben um mehr oder weniger Pflegefachkräfte mit Führungsaufgabe und mehr oder weniger Mitglieder in der Projektgruppe handelt, sind in der Interpretation zu berücksichtigen, wenn beispielsweise die Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A zu t_2 besser ausfallen als die Antworten derjenigen Befragten aus der Interventionsgruppe B oder umgekehrt oder die Antworten der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen aufgrund des hohen Anteils der Projektgruppenmitglieder unter den Befragten zu allen drei Zeitpunkten sehr gut ausfallen.

Tabelle 47: Qualifikation und Position in der Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen, $t_{0\text{ vor}}$, $t_{0\text{ nach}}$ und t_2)

Qualifikation der Pflegefachkräfte		Pflegefachkraft mit Führungsaufgabe	Pflegefachkraft	keine Angabe	gesamt	davon Mitglied in Projektgruppe	Gesamt
Cluster-RCT							
$t_{0\text{ vor}}$	Pflegeheime A	40 (34,8 %)	68 (59,1 %)	7 (6,1 %)	115 (100 %)	36 (31,3 %)	256
	Pflegeheime B	72 (51,1 %)	63 (44,7 %)	6 (4,3 %)	141 (100 %)	48 (34,0 %)	
t_0 $nach$	Pflegeheime A	40 (39,6 %)	56 (55,4 %)	5 (5,0 %)	101 (100 %)	28 (27,7 %)	222
	Pflegeheime B	56 (46,3 %)	58 (47,9 %)	7 (5,8 %)	121 (100 %)	43 (35,5 %)	
t_2	Pflegeheime A	22 (36,7 %)	35 (58,3 %)	3 (5,0 %)	60 (100 %)	31 (51,7 %)	123
	Pflegeheime B	25 (39,7 %)	36 (57,1 %)	2 (3,2 %)	63 (100 %)	23 (36,5 %)	
Beobachtungsstudie							
$t_{0\text{ vor}}$	Pflegedienste	23 (31,5 %)	47 (64,4 %)	3 (4,1 %)	73 (100 %)	34 (46,6 %)	90
	teilstationäre Pflegeeinrichtungen	11 (64,7 %)	6 (35,3 %)	0 (--)	17 (100 %)	15 (88,2 %)	
t_0 $nach$	Pflegedienste	24 (34,8 %)	44 (63,8 %)	1 (1,4 %)	69 (100 %)	29 (42,0 %)	86
	teilstationäre Pflegeeinrichtungen	11 (64,7 %)	6 (35,3 %)	0 (--)	17 (100 %)	15 (88,2 %)	
t_2	Pflegedienste	10 (28,6 %)	25 (71,4 %)	0 (--)	35 (100 %)	14 (40,0 %)	45
	teilstationäre Pflegeeinrichtungen	4 (40,0 %)	6 (60,0 %)	0 (--)	10 (100 %)	8 (80 %)	

Im folgenden Abschnitt werden die ermittelten Lerneffekte (als Wissenszuwachs und -verstetigung) der befragten Pflegefachkräfte auf die insgesamt neun Fragen des Fragebogens „CRF Schulungsevaluation“ zusammengefasst wiedergegeben. Die gestellten Fragen sind zwei Themenbereichen zuzuordnen. Der erste Themenbereich fragt nach allgemeinen Kenntnissen über die Expertenstandards in der Pflege und der zweite Themenbereich prüft das Wissen zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Die detaillierte Ergebnispräsentation zu jeder einzelnen Fragestellung befindet sich im Anhang 13.6.

9.4.1 Zusammenfassende Darstellung der ermittelten Lerneffekte

Tabelle 48 (Seite 112) fasst die ausgewerteten Lerneffekte für die vier Studienstichproben (Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B, aus den Pflegediensten und aus den Tagespflegeeinrichtungen) zusammen.

Um die **Lerneffekte auf die Freitext-Fragen** hin zu bewerten, wurden die voll und in Teilen zutreffenden Antworten (ungewichtet) addiert und im Verhältnis zu den nicht zu treffenden Antworten betrachtet. Ein positiver Lerneffekt für den Zeitpunkt nach der Basis-Schulung liegt vor, wenn zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten direkt vor ($t_{0\text{ vor}}$) und nach der Basis-Schulung ($t_{0\text{ nach}}$) ein Anstieg der voll und in Teilen zutreffenden Antworten zu erkennen ist. Ein positiver Lerneffekt über die Zeit liegt vor, wenn die voll und in Teilen zutreffenden Antworten über alle drei Untersuchungszeitpunkte ($t_{0\text{ vor}}$, $t_{0\text{ nach}}$ und t_2) ansteigen.

Die positiven Lerneffekte nach der Basis-Schulung und über die Zeit bezüglich der **Ankreuzfragen** wurden zum einen entsprechend der Anteile zur Selbsteinschätzung des Wissensstands (indem die „sehr gut“- und „gut“-Antworten addiert und den „teils/teils“-, „eher gering“- und „sehr gering“-Antworten gegenübergestellt wurden) und zum anderen entsprechend der Anteile der richtigen gegenüber den nicht richtigen Antworten ermittelt. Dabei werden wieder die Lerneffekte für den Zeitpunkt direkt nach der Schulung und über die drei Zeitpunkte unterschieden.

Lerneffekt direkt nach der Basis-Schulung (Wissenszuwachs)

Für alle befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, aus den Pflegediensten und aus den Tagespflegeeinrichtungen zeigten sich **im Nachgang der Basis-Schulung positive Lerneffekte (Wissenszuwachs)** auf beinahe alle gestellten Fragen. Nur bei einer Freitext-Frage des zweiten Themenbereichs („Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden?“) kam es scheinbar zu keinem Wissenszuwachs (Tabelle 48, Seite 112). Dieses Ergebnis ist aber unter Berücksichtigung der in der angehängten Langversion dieses Kapitels beschriebenen Problematik zu betrachten, dass es sich hierbei um eine offene und weit gefasste Frage handelt, die neben den gewünschten/erwarteten Antworten noch weitere zuließe.

Lerneffekt über die Zeit (Wissensverstetigung)

Für die **Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A** als Teilnehmer des Cluster-RCT sind bei der Hälfte der Fragen **Lerneffekte über die Zeit (Wissensverstetigung)** abzulesen (vgl. die viertletzte Spalte in Tabelle 48, Seite 112). Dabei konzentrieren sich die Lerneffekte auf den ersten Themenbereich (Wissen zu den Expertenstandards in der Pflege). Der jüngere durchschnittliche Alterswert der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) kann auf unterschiedliche Stichproben zu den Befragungszeitpunkten hinweisen. So konnte (bei-

spielsweise aufgrund von Zu- und Abgängen der Mitarbeiter) zum Implementierungsende nicht mehr dieselbe Mitarbeiterstichprobe erreicht werden, was die geringeren Lerneffekte über die Zeit erklären könnte. Andererseits waren unter den zum letzten Untersuchungszeitpunkt (t_2) befragten Personen aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A mehr Projektgruppenmitglieder als Nicht-Projektgruppenmitglieder als zu den vorherigen Zeitpunkten und als in der Interventionsgruppe B (vgl. obiger Abschnitt zur Stichprobenbeschreibung). Für Projektgruppenmitglieder, die von Beginn an die Implementierung in ihren Einrichtungen begleitet haben, sind bessere Kenntnisse über den Expertenstandard-Entwurf anzunehmen.

Für die **Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B** sind auf Grundlage der vorgestellten Ergebnisse nur bei zwei Fragen keine **Lerneffekte über die Zeit im Sinne einer Wissensverstetigung** abzulesen. Zu allen Fragen des zweiten Themenbereichs (Wissen zum Expertenstandard-Entwurf "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege") ließen sich Lerneffekte über die Zeit feststellen. Andererseits kann auch hier ein soziodemographischer Unterschied eine Rolle spielen: zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) nahmen im Durchschnitt berufserfahrenere Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B im Vergleich zu den Stichproben aus demselben Studienarm zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten und im Vergleich zu den durchschnittlichen Berufsjahren der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A teil. So kann das Merkmal Berufserfahrung die positiven Effekte im Sinne einer Wissensverstetigung im zweiten Themenbereich begünstigen oder aber auch Hinweis darauf sein, dass es sich nicht um dasselbe Personenkollektiv wie zu den vorherigen Befragungszeitpunkt handelte.

Der Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen hinsichtlich des zweiten Themenbereichs lässt eine weitere Überlegung zu: Aufgrund der zur Implementierung empfohlenen Intervention, das Drei-Schritte-Programm, schätzten die Pflegeheimmitarbeiter der Interventionsgruppe B ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf besser ein und kannten auch die abgefragten Standardinhalte nach dem durchlaufenen Implementierungsprozess besser als die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A. In weiterführenden Untersuchungen wäre zu überprüfen, ob die besseren Kenntnisse bezüglich der Standardinhalte in der Interventionsgruppe B auf der die Implementierung ergänzenden Intervention beruhen oder zumindest von ihr mitbeeinflusst wurden.

Auf Grundlage der Ergebnisse ließ sich für die **Pflegedienstmitarbeiter** (bis auf eine Frage in den beiden Themenbereichen) kein Lerneffekt über die Zeit feststellen. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass aus diesem Setting zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) weniger Projektgruppenmitglieder unter den befragten Personen waren als zu den vorherigen Befragungszeitpunkten.

Für die befragten **Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen** kann bei allen Fragen der beiden Themenbereiche ein positiver Lerneffekt im Sinne einer Wissensverstetigung im Rahmen des durchlaufenen Implementierungsprozesses gesehen werden. Hier gilt es aber die bereits an sich kleine Stichprobengröße zu berücksichtigen, die zu allen drei Zeitpunkten zu einem Großteil aus Projektgruppenmitgliedern bestand und zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) zudem mehr berufserfahrenere Mitarbeiter umfasste (vgl. obiger Abschnitt zur „Stichprobenbeschreibung zu t_0 vor und nach und t_2 “).

Tabelle 48: Zusammenfassende Darstellung der Lerneffekte direkt nach der Basis-Schulung und über die Zeit in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

		Lerneffekt direkt nach der Basis-Schulung (Wissenszuwachs)				Lerneffekt über die Zeit (Wissensverfestigung)			
		Cluster-RCT		Beobachtungsstudie		Cluster-RCT		Beobachtungsstudie	
		Pflegeheime Gruppe A	Pflegeheime Gruppe B	Pflege- dienste	teilstationäre Pflegeeinrich- tungen	Pflegeheime Gruppe A	Pflegeheime Gruppe B	Pflege- dienste	teilstationäre Pflegeeinrich- tungen
Themenbereich: 1 Wissen zu den Experten- standards in der Pflege	Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)? (Selbsteinschätzung zum Ankreuzen)	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
	Wozu dienen Expertenstandards in der Pflege? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
	Der Kern von Expertenstandards ist in einer Tabelle zusammengefasst. Was lässt sich aus der Tabelle ablesen? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
Themenbereich 2: Wissen zum Expertenstandard-Entwurf "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege"	Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfehlen?	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ des DNQP? (Selbsteinschätzung zum Ankreuzen)	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja
	Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
	Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden? (Freitext-Frage)	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja
	Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, wenn ja, welche sind das? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja
	Empfiehl der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ das Risiko einer Beeinträchtigung der Mobilität für unterschiedliche Personengruppen gesondert einzuschätzen? (ja/nein/weiß nicht zum Ankreuzen)	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja

Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfehlen?

Bevor die Pflegefachkräfte der an der Cluster-RCT teilnehmenden Pflegeheime durch die Basis-Schulung mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs (zum ersten Mal) vertraut gemacht wurden, wählte ca. je ein Drittel aus beiden Gruppen die Antwort-Option „weiß nicht“ auf die Frage, ob sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen würden. Die übrigen jeweils 60 % der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und der Interventionsgruppe B stimmten bereits zu diesem ersten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ vor}}$) für eine bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs. In beiden Gruppen nahmen diese Werte zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ nach}}$), also am selben Tag nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf, um ca. 15 % und 24 % zu. Zum sechs Monate späteren, dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) stiegen die „ja“-Stimmen der Pflegemitarbeiter aus den Pflegeheimen der Gruppe B noch einmal leicht um einen Prozentpunkt an, wohingegen die „ja“-Stimmen der Pflegemitarbeiter aus den Pflegeheimen der Gruppe A um 16 % zurückgingen. Zudem erreichten zu diesem Zeitpunkt die „nein“-Stimmen in beiden Gruppen des vollstationären Settings ihre höchsten Anteile (Abbildung 24). Eine Abfrage der Gründe für die Vergabe eines „nein“ erfolgte nicht.

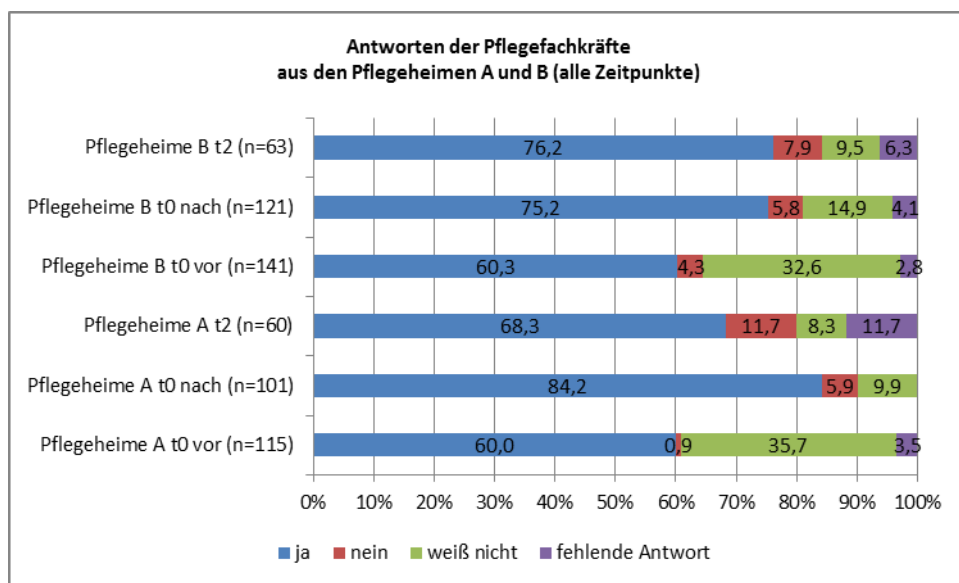


Abbildung 24: Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen? (Pflegeheime, alle Zeitpunkte)

Abbildung 25 stellt die Antworten der Pflegefachkräfte aus dem ambulanten und teilstationären Setting dar. Ein Drittel der Pflegedienstmitarbeiter und knapp die Hälfte der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen wussten die Frage zum ersten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ vor}}$) noch nicht zu beantworten. Doch – wie auch im vollstationären Setting – stimmten bereits viele der befragten Personen für die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs und für beide Gruppen ist ebenfalls ein Anstieg der Empfehlung zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ nach}}$) zu verzeichnen. Sechs Monate später sanken diese Werte und es sind noch 68 % der Pflegedienstmitarbeiter und 60 % der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, die der Einfüh-

rung zustimmten. Weitere 10 % der befragten Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen äußerten sich nach den Erfahrungen durch die Implementierung gegen die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs, in den Pflegediensten sind es 6 % der befragten Mitarbeiter.

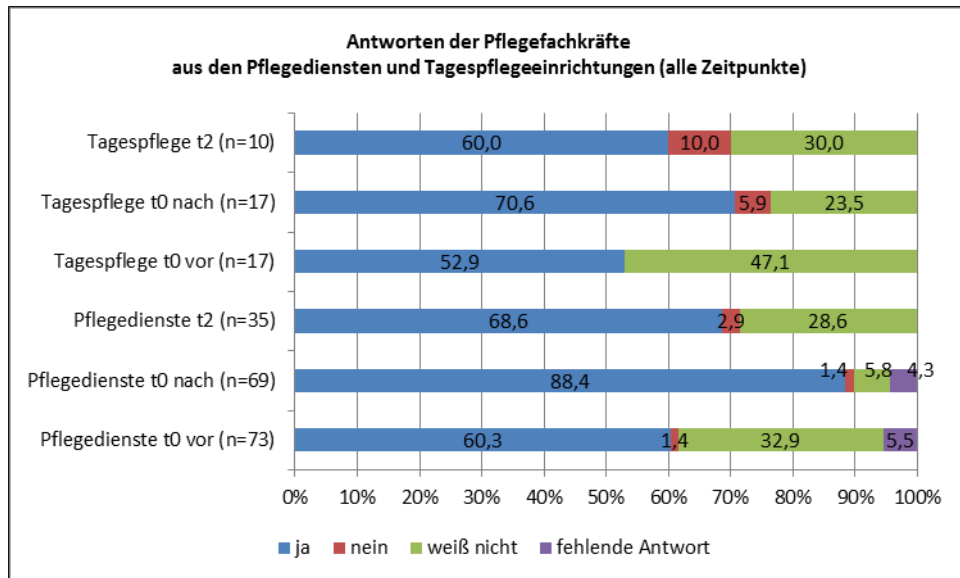


Abbildung 25: Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen? (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, alle Zeitpunkte)

Zum Abschluss der modellhaften Implementierung empfahlen die Pflegefachkräfte in allen Settings mehrheitlich die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs. Zu berücksichtigen ist, dass sich auch zu Beginn der Implementierung jeweils mehr als die Hälfte oder bis zu zwei Drittel der Pflegefachkräfte für eine Einführung des Expertenstandard-Entwurfs ausgesprochen haben. Dieses Ergebnis kann sowohl durch ein von sozialer Erwünschtheit geprägtes Antwortverhalten als auch durch einen von den Pflegefachkräften erkannten Nutzen von Expertenstandards für ihre tägliche Arbeitspraxis beeinflusst sein. Die Auseinandersetzung mit den Standardinhalten während des Implementierungszeitraums kann die Entwicklung einer kritischen Haltung der Pflegefachkräfte bedingen – dies erklärt möglicherweise die Zunahme der Anteile, die sich abschließend gegen eine bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs aussprachen.

9.4.2 Zusammenfassung zur Einschätzung Lerneffekte (Wissenszuwachs und Wissensverstetigung)

Ein **initialer Wissenszuwachs** war in allen Implementierungseinrichtungen nach der Basis-Schulung durch die Universität Bremen gegeben. Als **Wissensverstetigung** zeigten sich auch über die Zeit Lerneffekte in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Über den gesamten Implementierungsprozess ist es in den Einrichtungen gelungen, den **Wissenstransfer** als Grundlage für die Einführung und Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs **aufrechtzuerhalten**. Die Pflegefachkräfte aller **Settings empfehlen mehrheitlich** die bundesweite und **verbindliche Einführung** des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

9.5 Hemmende und begünstigende Faktoren im Implementierungsprozess

Zur Beantwortung der Frage nach den Hürden und Schwierigkeiten, die sich auf Einrichtungs-, Personal- und Bewohnerebene bei der Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs in der vollstationären, teilstationären und ambulanten Versorgung ergeben, sollen die projektverantwortlichen Personen und hauptverantwortliche Anwendergruppe zu Wort kommen. Deren Beobachtungen wurden dem Studienteam der Universität Bremen durch Telefoninterviews (vgl. Abschnitt 6.2.2) und die Verlaufsdocumentationen (vgl. 6.2) übermittelt. Die hierzu von der Universität Bremen erstellte Vorlage diente dazu, von Beginn an die Fortschritte, Hürden und Highlights des Implementierungsverlaufs zum Expertenstandard- Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zu dokumentieren. Angelehnt an den vom DNQP empfohlenen Implementierungsprozess teilte sich dieser auch für die ExMo-Studienteilnehmer in die folgenden Phasen (vgl. Kapitel 6.2):

- Phase 1: Fortbildungen zum Expertenstandard (ca. 4 Wochen)
- Phase 2: Anpassung einzelner Standardkriterien an spezifische Zielgruppen oder die Einrichtung (Konkretisierung) (ca. 8 Wochen)
- Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards (ca. 8 Wochen)
- Phase 4: Datenerhebung mit standardisiertem Auditinstrument (ca. 4 Wochen)

Die in der ersten Implementierungsphase erlebten Herausforderungen sowie der Umgang mit diesen speisen sich aus den mündlichen Äußerungen all derjenigen Projektleitungen, die im Anschluss an die erste Phase vom Studienteam dazu telefonisch befragt wurden und zum Zeitpunkt des ersten Netzwerktreffens an der Universität Bremen diese Phase bereits durchlaufen hatten und folglich darüber berichten konnten. In den Verlaufsdocumentationen wurden die Projektleitungen gebeten, die in der zweiten, dritten und vierten Phase aufgetretenen Probleme schriftlich festzuhalten. Die Antworten ließen sich nach den die Implementierung betreffenden Ebenen in den Einrichtungen (Bewohner-/Klientenebene, Personalebene und Einrichtungsebene) strukturieren und zusammenfassen. Zum Projektende lagen von fünf Pflegediensten und drei Tagespflegeeinrichtungen (Teilnehmer der Beobachtungsstudie) acht beschriebene Verlaufsdocumentationen vor. Aus den Pflegeheimen der beiden Interventionsgruppen (A und B aus der Cluster-RCT) lagen sieben und neun Verlaufsdocumentationen vor. Die Darstellung erfolgt für die Studienteilnehmer aus der Cluster-RCT und Studienteilnehmer aus der Beobachtungsstudie getrennt. Aufgrund der sehr ähnlichen Beobachtungen wird an dieser Stelle des Abschlussberichts innerhalb der Pflegeheime nicht zwischen Interventionsgruppe A und Interventionsgruppe B unterschieden, vielmehr ergänzen sich die Beobachtungen bei gemeinsamer Darstellung gegenseitig. So werden auch die Beobachtungen der Projektleitungen aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen zusammen dargestellt, da sie sich ebenfalls sinnvoll ergänzen. Zudem ist der Leser aufgefordert, die aus den Settings kommenden Beobachtungen nicht als abschließend und vollständig anzusehen, denn sie bleiben ein Abbild derjenigen Stimmen, die an dieser modellhaften Implementierung teilgenommen haben. Daher werden die beobachteten Herausforderungen und deren Bewältigung in den einzelnen Phasen des Implementierungsprozesses mit den langjährigen Erfahrungen des DNQP aus den vorherigen modellhaften Implementierungen – die unter anderem von Moers, Schiemann & Stehling (2014, S. 87-101) veröffentlicht wurden – mit Blick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede abgeglichen.

9.5.1 Herausforderungen in der ersten Implementierungsphase und deren Bewältigung

Von den Projektleitungen aus den **Pflegeheimen** sind Hürden, die in der ersten Implementierungsphase (Fortbildungen) auftraten, auf einrichtungs- und personalbezogener Ebene sowie hinsichtlich des Expertenstandard-Entwurfs an sich bekannt. Die Verständlichkeit der Standardinhalte wird aufgrund ihrer von wissenschaftlicher Ausdrucksweise geprägten, komplexen und theoretischen Beschreibungen für viele der Mitarbeiter erschwert. Dies kann dazu führen, dass sich Skepsis und Widerstand im Team regen. Manche projektbeauftragte Personen empfanden die Vorbereitungsphase auf die erste Phase als zu kurz (was je nach Studieneintritt leider möglich war) und auch konnten nicht alle Mitarbeiter durch Fortbildungen erreicht werden, da die erste Phase für die Implementierungseinrichtungen in die Sommerurlaubszeit fiel. Auch ein höheres Durchschnittsalter der Mitarbeiter und Konflikte mit anderen, zeitgleich zu bewerkstelligenden Projekten (z. B. Umstellung auf eine EDV-basierte Pflegedokumentation) erwiesen sich als Erschwernisse, die Fortbildungsthemen in der ersten Phase als auch im weiteren Verlauf zu verbreiten. Doch gab es auch Einrichtungen, die sich „als bewegungsfreundliches Haus“ beschrieben, in dem Mobilitätsförderung ausgehend von den Bewohnerzielen bereits gelebt wird, und deren Mitarbeiter daher die Standardempfehlungen begrüßten und sich schnell mit ihnen vertraut fühlten. Offenheit und Neugierde für Neuerungen und Spaß dabei, diese auszuprobieren, sind weitere Eigenschaften des Personalstamms, die sich positiv auf das Ziel der ersten Implementierungsphase auswirkten. In diesen Fällen mussten wenige Fragen geklärt werden, die angebotenen Fortbildungen dienten zur „Auffrischung“ und die erneute Sensibilisierung wurde als Anreiz genutzt, sich nicht zurückzulehnen, sondern am bisherigen Stand anzuknüpfen. Als Schulungsformen eigneten sich sowohl größere Veranstaltungen, um initial möglichst viele Mitarbeiter zu erreichen (z. B. wurde hierzu in den meisten Fällen die Basis-Schulung durch die Universität Bremen genutzt), als auch kleinere Schulungseinheiten (z. B. auf Wohnbereichsebene) bis hin zu *face to face*-Anleitungssituationen (z. B. Einüben eines Transfers mit Hilfe einer Physiotherapeutin am Bewohner). Je näher die Schulung am „Ort des Handlungsgeschehens“, umso bessere Lerneffekte können erzielt werden (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 84). Eine Einrichtung etablierte sogenannte Coachtage, an denen in kleineren Gruppen oder einzeln Fragen der Mitarbeiter geklärt und praktische Übungen durch die projektleitenden Personen durchgeführt werden konnten. Handouts, die unter allen Mitarbeitern der Einrichtung verteilt wurden, oder Plakate, die in der Einrichtung aufgehängt wurden, dienten als weitere Instrumente die Fortbildungsthemen zu verbreiten.

Einzelne Projektleitungen aus den **Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen** benannten als größte Hürde die geringe Motivation der Mitarbeiter, die sich bis zum Widerstand gegen den Erwerb der theoretischen Fortbildungsinhalte zum Thema Mobilitäterhalt und -förderung steigern konnte, besonders wenn diese durch die Mitarbeiter als „nichts neues“ nach dem Motto „das haben wir doch schon immer so gemacht“ bewertet wurden. Des Weiteren konnten auch in diesem Setting aufgrund von Urlaubszeiten nicht alle Mitarbeiter erreicht werden. Andere Projektleitungen berichteten dagegen von ihren hoch motivierten Projektgruppenmitgliedern und Mitarbeitern, die sich zudem durch hohes Engagement und Kreativität, neue Maßnahmen zur Mobilitätsförderung ihrer Patienten und Klienten zu finden, auszeichneten.

Sämtliche zu bewältigende, emotionale Phänomene zu Beginn aber auch während eines Implementierungsprozesses sind bekannt (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 83ff.) und zeigten sich auch in der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Zu diesen zählen Kontrollängste der Mitarbeiter, Neid gegenüber den pro-

jektbeauftragten Personen, Angst und Unsicherheit aufgrund der zugeteilten Verantwortungsübernahme sowie Furcht vor und Ablehnung von Mehrarbeit (angesichts des Personalmangels und Arbeitsverdichtung). Demgegenüber stehen – und das berichteten auch die an der Studie ExMo beteiligten Einrichtungen – hoch engagierte, die Initiative ergreifende Persönlichkeiten in den Teams, die nicht nur an sich, sondern auch an ein Erfolgserlebnis der gesamten Institution glaubten und so auch andere Mitarbeiter mitreißen konnten. Umso wichtiger sind die vom Management der Einrichtung für Fortbildungen zur Verfügung gestellten Ressourcen, die entscheidend zur Motivationsförderung beitragen können (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 84).

9.5.2 Herausforderungen in der zweiten Implementierungsphase und deren Bewältigung

Die Projektleitungen aus den **Pflegeheimen** der beiden Interventionsgruppen der Cluster-RCT beschrieben in den Verlaufsdokumentationen für die zweite Implementierungsphase „Anpassung einzelner Standardkriterien an spezifische Zielgruppen oder die Einrichtung (Konkretisierung)“ die folgenden Probleme (Tabelle 49):

Tabelle 49: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegeheimen in der zweiten Implementierungsphase

Bewohnerebene	<ul style="list-style-type: none"> – Ablehnung der angedachten/geplanten Maßnahmen zur Mobilitätsförderung durch die Bewohner – Infragestellung der Relevanz des Expertenstandard-Entwurfs durch die Angehörigen vor dem Hintergrund der von ihnen hohen wahrgenommenen Belastung des Personals
Personalebene	<ul style="list-style-type: none"> – Verständnischwierigkeiten der Mitarbeiter hinsichtlich der Standardinhalte – abgesagte Schulungen/Fortbildungen wegen Mitarbeiterausfall – geringes Wissen zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen und Schwierigkeiten, kreative, in den Alltag integrierbare Maßnahmen zu finden (daher Beschränkung der geplanten Maßnahmen auf weniger als zuvor angedachte Bewohner), schwierige Entscheidungsfindung mobilitätsfördernder Maßnahmen im Team – Motivation mancher Mitarbeiter zu wecken und aufrechtzuerhalten – Umgang mit projektbedingtem Stress und Zeitdruck – zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand / Phase zu kurz
Einrichtungsebene	<ul style="list-style-type: none"> – Überarbeitung der bewohnerbezogenen Dokumentation insbesondere hinsichtlich der Einschätzung des Mobilitätsstatus gemäß der ersten Standardebene (Entwicklung eines einzelnen Formblatts oder die Einschätzungskriterien in der Dokumentation verteilt?) und Überarbeitung der bewohnerbezogenen Dokumentation insbesondere vor dem Hintergrund der Entwicklungen zur entbürokratisierten Pflegedokumentation – Quantifizierung des benötigten Gesamt-Aufwands aller Beteiligten in dieser Phase – zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand insbesondere bei gleichzeitigen strukturellen Veränderungen in der Einrichtung / Phase zu kurz

Die Projektleitungen aus den Pflegeheimen der beiden Interventionsgruppen sahen sich mit einem hohen Aufwand für die Arbeitsschritte in der zweiten Phase der Implementierung konfrontiert, die neben der Bewältigung des Alltagsgeschäfts zu bewerkstelligen waren und durch strukturelle Veränderungen in den Einrichtungen (z.B. Leitungswechsel) und Personalausfälle erschwert wurden. Eben solche Umstände machten es den Projektleitungen nicht leicht, die Mitarbeiter für die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs zu gewinnen und deren Motivation aufrechtzuerhalten. Auch der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ behandelt ein komplexes Thema und die Anpassungen dessen an die Pflegepraxis in den Einrichtungen können – vor allem unter Zeitdruck oder Druck von oben oder „außen“ – Ängste vor Überforderung unter den Projektgruppenmitgliedern hervorrufen. Dann ist es Aufgabe der projektbeauftragten Person, diesen mit hoher Sozialkompetenz und vor dem Spannungsfeld aus Befähigung und Kontrolle zu entgegnen

(Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 87 und 98). Die konzeptionellen Überarbeitungen in den Bewohnerdokumentationen wurden von der Frage begleitet, wie die Empfehlungen des Expertenstandard-Entwurfs mit den Vorschlägen des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu vereinen sind. Auch in den Telefongesprächen kam mitunter der Wunsch bzw. die Forderung nach klaren Handlungsanweisungen (Verfahrensregeln) zur Sprache, die der Expertenstandard-Entwurf zum Beispiel bei der Wahl eines Assessmentinstruments zur Einschätzung des Mobilitätsstatus oder von zielgruppenspezifischen mobilitätserhaltenden oder-fördernden Interventionen nicht geben kann und anstelle dessen auf die pflegfachliche Expertise der Pflegefachkräfte im Einzelfall verweist. Jeder einrichtungsspezifische Anpassungsprozess erfordert insbesondere von den projektbeauftragten Personen hohe Fach- und Sozialkompetenzen, die die „Gratwanderung“ zwischen den Praxiserfordernissen und Standardempfehlungen ausbalancieren müssen (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 87). Auch wenn sich mancherorts Vorgaben, z.B. zum Zeitpunkt zur Evaluation der Maßnahmen und Neu-Einschätzung des Mobilitätsstatus gewünscht wurden, begrüßten andere Pflegefachkräfte die Ablösung von rigiden Vorgaben, die den Dokumentationsaufwand ohne erweiterten Nutzen und entgegen der Denkweise zur entbürokratisierenden Pflegedokumentation schlichtweg erhöhen würden. Neben den beschriebenen Schwierigkeiten haben andere Projektleitungen festgehalten, dass die Anpassungsphase konstruktiv und problemlos verlief. So wurde in einem Fall beispielsweise durch eine Ergotherapeutin ein hauseigenes Formblatt zur Einschätzung des Mobilitätsstatus der Bewohner und ein Bearbeitungshinweis dazu erstellt. Hier flossen die im Expertenstandard-Entwurf benannten Einfluss- und Risikofaktoren und die Items des ersten Moduls aus dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) sowie die Ressourcen und individuellen Wünsche der Bewohner ein. Zudem wurde auch ein erweiterter Maßnahmenkatalog zusammengetragen, mit dem die Mitarbeiter bei der Maßnahmenplanung von Einzel- und Gruppeninterventionen eine schnell griffbereite und handlungsleitende Hilfe zur Hand hatten.

Als Probleme, die in der zweiten Implementierungsphase „Anpassung einzelner Standardkriterien an spezifische Zielgruppen oder die Einrichtung (Konkretisierung)“ auftraten, beschrieben die Projektleitungen aus den **Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen** die folgenden (Tabelle 50):

Tabelle 50: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der zweiten Implementierungsphase

Klientenebene	keine
Personalebene	– Überlegungen zum Vorwissen der Mitarbeiter zum Thema Mobilität im Sinne des Expertenstandard-Entwurfs allgemein und ihren Kompetenzen, die Anpassungen kontinuierlich im Pflegeprozess umzusetzen (Wo besteht noch Schulungsbedarf?)
Einrichtungsebene	– Überarbeitung der klienten-/patientenbezogenen Dokumentation insbesondere hinsichtlich der Einschätzung des Mobilitätsstatus gemäß der ersten Standardebene (Nutzen eines Assessmentinstruments z.B. EBoMo oder eigene Entwicklung?) – Überarbeitung anderer qualitätssichernder Dokumente (z.B. Richtlinie zu Sturz, Dekubitus oder Kontraktur) – Überlegungen zum Ausbau des bestehenden Gruppenangebots, der Einzelangebote und des Beratungsauftrags (Was? Wann? Für wen? Durch wen?)

Insbesondere die Überarbeitungen in der Dokumentation (ob Anpassung bestehender Formalien oder Neu-Erstellung) waren – wie für die Projektleitungen aus den Pflegeheimen – mit einem hohen Aufwand für die Projektleitungen in den ambulanten und teilstationären Einrichtungen verbunden und wurden erschwert, wenn es gleichzeitig zu Personalausfällen aufgrund von Krankheit oder Urlaubszeiten kam. Die konzeptionellen Überarbeitungen wurden auch in diesen Settings für manche Projektleitungen von der Frage begleitet, wie die Empfehlungen des Expertenstandard-Entwurfs mit

den Vorschlägen des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu vereinen sind. Ein weiterer Schwerpunkt der Anpassungen lag darin, die Standardinhalte der vierten Ebene (Durchführung der Maßnahmen) in die Praxis zu transferieren, was insbesondere von den Pflegediensten kreative Lösungskompetenz erfordert, wenn sie beispielsweise nicht auf Räumlichkeiten zum Angebot einer Gruppenintervention zurückgreifen können, die Nachfrage aber bereits an sie herangetragen wurde. Neben diesen Äußerungen beschrieben andere Projektleitungen aus diesen Settings aber auch, dass sie sich während der zweiten Implementierungsphase keinen Problemen gegenübersehen.

Nach der Empfehlung des Implementierungshandbuches beträgt die Dauer für die zweite Phase (Anpassung) acht Wochen und die dritte Phase (Einführung und Anwendung), von wiederum acht Wochen, wird von einer Kick Off-Veranstaltung als Signal zur verbindlichen Umsetzung eingeläutet. In manchen der an der modellhaften Implementierung beteiligten Pflegeeinrichtungen verlief die zweite Phase nach weniger als acht Wochen fließend in die dritte Phase über oder beide Phasen verliefen gänzlich (von Beginn der eigentlichen zweiten Phase an) parallel zueinander. Dies wurde dann damit begründet, dass der Wissenstransfer nur dann gelingen kann, wenn Theorie und konzeptionelle Überlegungen Pflegepraktikern aufgrund ihrer „problemlösungsorientierten Handlungslogik“ in der Anwendung nahe gebracht werden (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 87).

9.5.3 Herausforderungen in der dritten Implementierungsphase und deren Bewältigung

Die Projektleitungen aus den **Pflegeheimen** der beiden Interventionsgruppen benannten folgende Schwierigkeiten in der dritten Implementierungsphase „Einführung und Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs“ (Tabelle 51):

Tabelle 51: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegeheimen in der dritten Implementierungsphase

Bewohnerebene	<ul style="list-style-type: none"> – hoher Anleitungs- und Beratungsbedarf der Bewohner – hohe Fluktuation der Bewohner – Verunsicherung und Überforderung der Bewohner und Angehörigen durch Zuviel an Beratung und Information – gemeinsame Terminfindung zum Beratungsgespräch oder Maßnahmenplanung mit Angehörigen/Betreuern – Motivation der Betreuer zu gewinnen – wenige physiotherapeutische Verordnungen (Budget-Sorgen Ärzte)
Personalebene	<ul style="list-style-type: none"> – Motivation der Mitarbeiter zu wecken und aufrechtzuerhalten – Schulungsbedarf der Mitarbeiter hinsichtlich mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen (insbesondere im Bereich Information und Beratung sowie zur Motivation der Bewohner, Bewegungsanreize zu finden) – Entscheidungsfindung mobilitätsfördernder Maßnahmen für einzelne Pflegefachkräfte (leichter fiel es als Team-Entscheidung unter Hinzunahme der Betreuungskräfte, ähnlich einer Fallbesprechung) – mangelhafte Informationsweitergabe im Team und zwischen den Berufsgruppen (Kommunikationsdefizite, Fehler und Lücken in der Dokumentation, Abweichen vom vereinbarten Pflegeprozess) – Kontinuität der Umsetzung (von Einschätzung über Durchführung bis hin zur Evaluation) bei Personalausfall und anderen unvorhergesehenen Ereignissen im Alltag aufrechtzuerhalten – zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand
Einrichtungsebene	<ul style="list-style-type: none"> – Baumaßnahmen und Hilfsmittelschaffungen im laufenden Haushaltsjahr nicht möglich – zusätzlicher Einsatz von Papierdokumentation (Umstellung der EDV-basierten Dokumentation für Implementierungszeit nicht möglich) – zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand insbesondere bei gleichzeitigen strukturellen Veränderungen in der Einrichtung (zeitweise fehlende Leitungskräfte)

Als gemeinsame und womöglich hauptsächliche Herausforderung kann für die Pflegeheimvertreter der Cluster-RCT festgehalten werden, die kontinuierliche Umsetzung der zuvor entwickelten und beschlossenen Veränderungen zur Mobilitätsförderung im Sinne des Expertenstandard-Entwurfs durch alle Beteiligten in der direkten Pflege und Betreuung der Bewohner sowie in der Dokumentation – also im gesamten Pflegeprozess – anzustoßen und aufrechtzuerhalten. In dieser Phase sind die projektbeauftragten Personen, ob Projektleitung oder Projektgruppenmitglieder, als häufig kontaktierte Ansprechpartner in den Wohnbereichen gefordert. Ausgewählte, innovative Interventionen können noch Testcharakter haben, wenn sie durch die Anwendung der Pflegepraktiker im Abgleich mit den konzeptionellen Vorüberlegungen nach den Standardempfehlungen ausprobiert oder noch angepasst werden, um die besten Bedingungen für ihre Umsetzung herauszufinden. Damschroder et al. (2009, S. 6) bezeichnen dieses Vorgehen *triability* und da dieses für jeden Implementierungsprozess sehr bedeutend ist, ist hierfür eine erhöhte Präsenz der projektbeauftragten Personen erforderlich (vgl. auch Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 88). Als ungünstige Einflussfaktoren für die Einführungs- und Anwendungsphase wurden z. B. Kommunikations- oder Motivationsdefizite auf Seiten des Personals benannt und ebenso Lösungen, z. B. Fallbesprechungen, berichtet. Zudem sind mögliche Bedenken von Angehörigen, die die Umsetzung mobilitätsfördernder Maßnahmen bei ihren im Pflegeheim lebenden Verwandten beobachten und vielleicht eine Überforderung oder durch eine verbesserte Mobilität eine niedrigere Pflegestufe befürchten könnten, ernst zu nehmen und mittels Argumenten zu nehmen, nach denen Prävention und Gesundheitsförderung begründete Teile von Pflege sind (DNQP 2014, S. 20). Von diesen Sorgen der Angehörigen haben mehrere Projektleitungen berichtet. Neben den geäußerten Herausforderungen fanden sich aber auch in beiden Gruppen Projektleitungen, die explizit formulierten, in der dritten Implementierungsphase keine Probleme erlebt zu haben.

Aus Sicht der Projektleitungen aus den **Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen** traten in der dritten Implementierungsphase die folgenden Probleme auf (Tabelle 52):

Tabelle 52: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der dritten Implementierungsphase

Klientenebene	keine
Personalebene	<ul style="list-style-type: none"> - Klären von Verständnisfragen der Mitarbeiter während der Umsetzung (im erwarteten Rahmen) - Sensibilisierung für bereits etablierte mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Beratung und Anleitung wecken (auch entgegen der Ansicht „das haben wir schon immer gemacht“) - zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand / Phase zu kurz
Einrichtungsebene	<ul style="list-style-type: none"> - weiterhin Anpassung und Überarbeitung/Erweiterung der klienten-/ patientenbezogenen Dokumentation hinsichtlich der Standard-Empfehlungen - Überlegungen zur Grenzziehung zwischen Inhalt des (refinanzierbaren) Leistungspaketes und zusätzlicher Förderung der Mobilität (durch Selbstbeteiligung des Klienten) - Quantifizierung des benötigten Gesamt-Aufwands aller Beteiligten in dieser Phase - zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand / Phase zu kurz

Wie in den Pflegeheimen, bestand die größte Herausforderung für die projektbeauftragten Personen auch in diesen Versorgungsbereichen darin, die Mitarbeiter „ins Boot zu holen“ und dafür zu sorgen, dass sie während der verbindlichen Einführung an einem Strang ziehen. Dazu beinhaltete eine Rückmeldung eines Pflegedienstes, dass das Bewusstsein für mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen geschärft werden musste, auch oder gerade dann, wenn ihnen die Mitarbeiter oftmals die Ansicht „das haben wir doch schon immer gemacht“ entgegenbrachten. Obwohl Beratung als zentra-

le Aufgabe im Tätigkeitsfeld ambulanter Pflegedienste gilt, bezog sich die Bewusstseinsklärung in einem Fall insbesondere auf Maßnahmen des Bereichs Beratung und Anleitung. Nicht alle Mitarbeiter nehmen diese als solche wahr, was weiteren Fortbildungsbedarf im Bereich Edukation impliziert. Zu klärende Fragen der Mitarbeiter machten es in jedem Fall erforderlich, dass auch die projektbeauftragten Personen dieser Settings ihnen oft zur Seite standen (vgl. auch Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 88). Auch sahen sich die Pflegedienste mit der Frage konfrontiert, ob neu eingeführte Interventionen zur Mobilitätsförderung Inhalt der über die Sozialversicherung refinanzierten Leistungen sein sollen oder von den Klienten selbst zu tragen sind. Für ersteres boten sich für die an der modellhaften Implementierung beteiligten Pflegedienste Lösungen im Rahmen Grundpflege oder der häuslichen Betreuung als Sachleistung nach § 36 SGB XI oder im Rahmen des Beratungsbesuches nach § 37 Abs. 3 SGB XI an. Manche der Projektleitungen aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen gaben an, dass die Phase zur Einführung und Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs mit der empfohlenen Dauer von ca. acht Wochen zu kurz gewesen sei, für andere stellte die empfohlene Dauer für diese Phase kein Problem dar.

Mit einem letzten Blick auf die beiden Phasen, Anpassung und Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs in der modellhaften Implementierung, lässt sich für alle Versorgungsbereiche festhalten, dass deren gelungene Umsetzung allem voran vom Engagement der hauptverantwortlichen projektbeauftragten Person und den Mitgliedern der Projektgruppe abhing. Jede zu implementierende neue Maßnahme, gleich ob sie als hoch oder weniger innovativ bezeichnet werden könnte, führt zum Brechen mit Arbeitsroutinen (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 93). Veränderungen der Arbeitsabläufe können Unsicherheiten und Ablehnung hervorrufen. In der modellhaften Implementierung geschah dies vor allem an Orten, an denen die Sichtweise einer bewohner- und ressourcenorientierten Pflege und Betreuung noch nicht im wünschenswerten Maß handlungsleitend war. Die Projektgruppe stand wie die Projektleitung den Mitarbeitern bei Fragen zur Seite und trug zur Motivation der Belegschaft, diesen Perspektivwechsel mitzugehen, bei. Hierfür mussten die Einrichtungen, notwendige zeitliche Ressourcen umorganisieren oder neu schaffen. In einem Pflegeheim gelang es, eine Pflegefachkraft mit absolvierter Kinaesthetics-Ausbildung für weitere Stunden in der Woche freizustellen, um die Kollegen ihres aber auch der anderen Wohnbereiche bei verschiedenen Bewegungssituationen an einzelnen Bewohnern anzuleiten. Auch wenn die beteiligten Pflegefachkräfte den Aufwand für Dokumentation vor der Implementierung in höherem Maße befürchtet als sie ihn dann erlebt haben, muss für die Anforderungen an die Anpassungen der Dokumentation ausreichend Zeit einkalkuliert werden. Einrichtungen früherer Implementierungen zogen aus diesem Grund komplexe Assessments einzelnen Initialassessments vor (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 91), um die Erhebung aller nötigen Informationen an einem Ort zu bündeln. In den Mindestanforderungen zur Einschätzung des Mobilitätstatus nach den Kommentierungen zur ersten Standardebene, die dem ersten Modul „Mobilität“ des NBA entsprechen, sahen manche Einrichtungen der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ das Potenzial dieses komplexen, übergreifenden Assessments für ihre Assessments in der Pflegeanamnese zu nutzen. Dies wurde zudem von der Tatsache unterstützt, dass das NBA ab Januar 2017 Grundlage für das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sein wird.

Die Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen in einer Einrichtung oder mit externen Leistungserbringern gelang in den an der Implementierung beteiligten Einrichtungen unterschiedlich gut. Die Beurteilungen bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Bereich Mobilität durch die Pflegeheimvertreter der beiden Interventionsgruppen fallen zusammengefasst gut bis sehr

gut aus. Insbesondere zur einrichtungsinternen Zusammenarbeit zwischen Pflege, soziale Betreuung (einschließlich nach § 87 b SGB XI) oder Sozialdienst werden kaum Verbesserungswünsche geäußert, denn die auf Mobilitätsförderung ausgerichteten Maßnahmen werden „Hand in Hand“ erbracht oder „man ergänzt sich“. Die Kooperation mit Professionen wie Physio- oder Ergotherapeuten, die von extern in die Einrichtung kommen, und mit Haus- und Fachärzten werden einerseits als ausbaufähig beschrieben. Andererseits finden sich viele Stimmen, für die es keine Anlässe zur Klage gab oder äußern, dass sich die Zusammenarbeit durch die Bemühungen während des Implementierungsprozesses verbessert hat. Für die Pflegeheime kam es zu Schnittstellenproblemen, wenn es beispielsweise um die Verordnung von Hilfsmitteln oder Therapien durch den Hausarzt ging und auch ein Facharzt keine weiteren Verordnungen ausstellt, was auch aus den Erfahrungen der vorangegangenen Implementierungen bekannt ist (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 83). Das Spektrum der Beurteilungen bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Bereich Mobilität durch die ambulanten Dienste und Tagesspflegen ist weit: es reicht von als eng bis hin zu als nicht existent beschriebene Kooperation und betrifft vornehmlich Haus- und Fachärzte sowie Physio- und Ergotherapeuten aber auch die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes oder Wundtherapeuten. Alle Rückmeldungen äußern Optimierungsbedarf (regelmäßiger und direkter Austausch anstelle des Informationserhalts über die Patienten oder Angehörigen). Beispielsweise beklagten die Pflegedienste eher die unverzahnte und damit ungenutzte Koexistenz mit den Physiotherapeuten. Die im Rahmen der Implementierung getätigten Versuche einer Projektleitung, die Kooperation zwischen den örtlichen Physiotherapeuten und ihrem Pflegedienst zu intensivieren, fanden nicht die gewünschte Resonanz. Die Entwickler des Expertenstandard-Entwurfs zur Erhaltung und Förderung der Mobilität bei pflegebedürftigen Menschen betonten bereits in der Präambel die Bedeutung der Kooperation und eines verbindlich abgestimmten Vorgehens (DNQP 2014, S. 23), auch weil sie diese (noch immer) andauernde Herausforderung aus früheren Implementierungsprojekten kennen (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 92).

9.5.4 Herausforderungen der vierten Implementierungsphase und deren Bewältigung

Für die vierte und letzte Implementierungsphase, deren Inhalt aus der Durchführung des Audits zur Bewertung des erreichten Umsetzungsgrads des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ durch eine interne Person (z. B. die Projektleitung selbst) oder eine externe Person bestand, formulierten die Projektleitungen aus den **Pflegeheimen** der Interventionsgruppe A und B zusammengefasst die folgenden Schwierigkeiten (Tabelle 53):

Tabelle 53: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegeheimen in der vierten Implementierungsphase

Bewohnerebene	<ul style="list-style-type: none"> - kein Einverständnis für das bewohnerbezogene Audit (Fragebogen 1) von Bewohnern - (Verständnis-) Schwierigkeiten in der Bewohnerbefragung aufgrund von kognitiven Einschränkungen (Demenz) der Bewohner - Erreichbarkeit und Motivation der Angehörigen/Betreuer nicht immer gegeben
Personalebene	<ul style="list-style-type: none"> - Erreichbarkeit der zuständigen Pflegefachkraft zur Beantwortung der Fragen durch die zuständige Pflegefachkraft beim bewohnerbezogenen Audit (Fragebogen 1) nicht immer gegeben - Hemmnisse der Pflegefachkräfte, die Kommentierungen zu den nicht erfüllten Kriterien des bewohnerbezogenen Audits (Fragebogen 1) zu konkretisieren - geringe Beteiligung der Mitarbeiter beim personalbezogenen Audit (Fragebogen 2) - zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand (auch durch Routine im Audit-Verfahren nicht kompensierbar) - Selbsteinschätzungen des Auditors anstelle Bewohner-/ Angehörigen-/Betreueraussagen
Einrichtungsebene	<ul style="list-style-type: none"> - zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand für die zuständigen Pflegefachkräfte und den Auditor/die Auditorin

Für ein Viertel der Projektleitungen aus beiden Studiengruppen der Cluster-RCT, die ihre Beobachtungen in den Verlaufsdocumentationen festgehalten und an die Universität Bremen übermittelt haben, ergaben sich in der vierten Implementierungsphase keine Probleme. Insgesamt geben die in den Verlaufsdocumentationen festgehaltenen Beobachtungen sowie die in den Telefonaten und auf dem zweiten Netzwerktreffen erhaltenen Äußerungen das Bild wieder, dass der Einsatz des in der Studie entwickelten Audit-Instruments kaum Schwierigkeiten bereitete. Die genannten Schwierigkeiten beziehen sich dagegen auf bewohnerbezogene Aspekte, beispielsweise wenn kognitive Einschränkungen der Heimbewohner die Befragung erschweren, oder personalbezogene oder organisatorische Aspekte.

Aus Sicht der Projektleitungen aus den **Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen** traten in der vierten Implementierungsphase die folgenden Probleme auf (Tabelle 54):

Tabelle 54: Probleme der Projektleitungen aus den Pflegediensten und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der vierten Implementierungsphase

Klientenebene	<ul style="list-style-type: none"> - geringe Mitwirkungsbereitschaft der Angehörigen bei der Befragung zum Audit - Unkenntnis der Angehörigen über durchgeführte Maßnahmen während der Implementierung - Unsicherheit der Patienten/Klienten im Vorfeld der Befragung - eingeschränktes Erinnerungsvermögen der Klienten (insbesondere an Beratungsgespräche)
Personalebene	<ul style="list-style-type: none"> - zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand (weite Fahrwege, Terminfindung und Koordination der Besuche, Auswahl der beteiligten Personen (Auditor/in, zuständige Pflegefachkraft, Angehörige) am Patienten-/Klientengespräch)
Einrichtungsebene	<ul style="list-style-type: none"> - unzureichender Austausch zwischen Auditorin und zuständigen Pflegefachkräften über durchgeführte Maßnahmen an und mit den Patienten/Klienten zur Einschätzung der Wirksamkeit - Zusammenführen der Daten aus unterschiedlichen Datenquellen - zeitlicher und personeller (Mehr-) Aufwand

In einem Drittel der zurückerhaltenen Verlaufsdocumentation gaben die Projektleitungen aus den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen an, dass sie sich während der Durchführung des Audits mit keinen nennenswerten Problemen konfrontiert sahen. Somit können auch für dieses Setting wenige inhaltliche Schwierigkeiten in der Umsetzung des Audits nach dem in der Studie (und vom DNQP) empfohlenen Verfahren konstatiert werden.

Qualitätsergebnisse (in Form bzw. mittels eines Audits) zu erheben und zu evaluieren, erschien für die beteiligten Einrichtungen nicht unbekannt gewesen zu sein, auch wenn weniger als eine Handvoll von ihnen aus den drei Settings angab, bereits Erfahrungen mit dem vom DNQP entwickelten Vorgehen zur Implementierung von Expertenstandards zu haben. Durch die Telefonate und Gespräche mit den projektbeauftragten Personen aus den Einrichtungen der drei Versorgungsbereiche erhielt das Studienteam der Universität Bremen zudem das einheitliche Feedback, dass die Präsentation der Audit-Ergebnisse in den Einrichtungen hoch interessiert aufgenommen wurde und zur Motivationsförderung des gesamten Mitarbeiterteams diene. Das nach dem DNQP-Verfahren im Implementierungsprozess vorgesehene Audit kann ein Instrument sein, den Mitarbeitern positive Wertschätzung für ihre pflegerische Arbeit entgegenzubringen, auch anderen Berufsgruppen gegenüber die pflegerische Leistung sichtbar zu machen und Ausgangspunkt für weitere Qualitätsverbesserungen sein (Mors, Schiemann & Stehling 2014, S. 89 und 96). Es sollte zukünftig von den Mitarbeitern mit Qualitätsmanagement- und Führungsaufgaben in künftigen Implementierungen, ob mit oder ohne wissenschaftliche Begleitung, aufgegriffen werden.

9.5.5 Implementierungsbarrieren und begünstigende Faktoren aus Sicht der Pflegefachkräfte

Ergänzend zu den in den vorherigen Abschnitten vorgestellten Befunden aus den Telefoninterviews mit den hauptverantwortlichen projektbeauftragten Personen und deren Verlaufsdocumentationen liefern zwei Fragestellungen des Mitarbeiter-Fragebogens „CRF Praxistauglichkeit“ weitere Informationen zu den von den teilnehmenden Einrichtungen identifizierten Hürden und Schwierigkeiten, die sich auf Einrichtungs-, Personal- und Bewohnerebene bei der Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs in der vollstationären, teilstationären und ambulanten Versorgung ergeben. An dieser Stelle werden zusammenfassend die Kernaussagen der auf diese Freitext-Fragen antwortenden Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen wiedergegeben.

Was erschwert die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in Ihrer Pflegepraxis?

Die zu beiden Untersuchungszeitpunkten auf diese Fragestellung freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegeheimen** der Interventionsgruppe A und B der durchgeführten Cluster-RCT wurden zu folgenden Kernaussagen abstrahiert:

- Die größte, auf der Einrichtungsebene angesiedelte Herausforderung bezüglich der Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs liegt für die Pflegeheimmitarbeiter im erlebten Personal- und Zeitmangel. Der zunächst erwartete, erhöhte Dokumentationsaufwand wurde zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht bestätigt.
- Mit Blick auf das Personal liegen die Herausforderungen insbesondere darin, den Schulungs- und Wissensstand bezüglich der Standardinhalte über alle Mitarbeiter gleichmäßig zu erhöhen und zu halten sowie die Motivation, die Pflege und Betreuung an Mobilitäts-erhalt und Förderung im Sinnes des Expertenstandard-Entwurfs auszurichten, und zur kontinuierlichen Umsetzung über die Zeit aufrechtzuerhalten.
- Die zum ersten Untersuchungszeitpunkt angenommenen Herausforderungen auf der Bewohnerebene (Gesundheitszustand, Motivation und Verständnis bzw. Compliance der Bewohner, Kooperation mit den Angehörigen) lassen sich zum Ende der Implementierung für das Setting Pflegeheim in Teilen entkräften.

Die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus den **Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen** lassen bezüglich oben stehender Fragestellung folgende Schlüsse zu:

- Auch für die befragten Personen aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen liegt die größte, auf der Einrichtungsebene angesiedelte Herausforderung im erlebten Personal- und Zeitmangel, wenn der Expertenstandard-Entwurf implementiert wird. Als weitere erschwerende Faktoren zeigten sich die Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen und das (Nicht-) Vorhandensein von geeigneten Hilfsmitteln. Zusätzlich kommen im Setting begründete Umstände (Pflege in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Menschen, für die Patienten zusätzlich zu zahlende Leistungen, wenn kein refinanzierender Leistungskomplex vorhanden ist) erschwerend zum Tragen. Dagegen konnte auch in diesem Setting der erhöhte Dokumentationsaufwand zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht bestätigt werden.

- Auf der Personalebene können die folgenden Faktoren die Umsetzung erschweren, wenn sie nicht ausreichend vorliegen: kontinuierliche und einheitliche Umsetzung durch alle Beteiligten, regelmäßige Absprachen im Team, ein hoher und gleichverteilter Schulungs- bzw. Wissensstand und eine hohe Bereitschaft zur Umsetzung der Standardinhalte aller Pflege- und Betreuungskräfte.
- Herausforderungen auf der Patienten-/Klientenebene liegen für die befragten Personen aus diesem Setting insbesondere in der Kooperation mit den Angehörigen und der Motivation und dem Verständnis bzw. Compliance der Patienten und Klienten.

Was begünstigt die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in Ihrer Pflegepraxis?

Auf Basis der Freitext-Antworten der Pflegefachkräfte aus den an der Cluster-RCT teilgenommenen **Pflegeheimen** können die folgenden Kernaussagen zu oben stehender Fragestellung getroffen werden:

- Ausreichend verfügbare personelle und materielle Ressourcen, im Qualitätsmanagement bereits verankerte und in der Anwendung bereits im Qualitätsmanagement der Einrichtung etablierte Expertenstandards und andere Leitlinien sowie eine als gut empfundene Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen sind für die Pflegeheimmitarbeiter einrichtungsbezogene Prädiktoren für eine gelingende Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs.
- Personalbezogene Prädiktoren mit hohem Potenzial, die sich begünstigend auf die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs auswirken, sind den Aussagen der befragten Personen nach: Sensibilisierung für eine ressourcenorientierte Pflege und Betreuung, Kontinuität und einheitliches Vorgehen, Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte, Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung und Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte.
- Die individuelle Förderung der Selbständigkeit und Ressourcen der Heimbewohner durch in den Alltag integrierte Bewegungsanreize sowie die Zusammenarbeit mit den Angehörigen tragen für die Pflegeheimmitarbeiter ebenfalls zu einer gelingenden Umsetzung bei.

Für die Pflegemitarbeiter aus den **Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen** lassen sich die folgenden Kernaussagen wiedergeben:

- Ähnlich zum Setting Pflegeheim sind auch für die Mitarbeiter aus dem ambulanten und teilstationären Setting ausreichend verfügbare personelle und materielle Ressourcen, ein gut entwickeltes Qualitätsmanagement sowie eine gute Kommunikation und Kooperation mit anderen Leistungserbringern einrichtungsbezogene, positive Prädiktoren für die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs.
- Ebenfalls sehen die befragten Personen aus diesem Setting in den personalbezogenen Faktoren (Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung, Sensibilisierung für eine ressourcenorientierte Pflege und Betreuung, Kontinuität und einheitliches Vorgehen, Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte und Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte) ein hohes Potenzial, die Umsetzung positiv zu beeinflussen.

- Die aktive Mitarbeit (um Bewegung in den Alltag und die Pflege zu integrieren) von Seiten der Patienten bzw. Klienten und Angehörigen begünstigen aus Sicht der ambulant und teilstationär tätigen Mitarbeiter ebenfalls die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs in die Pflegepraxis.

Tabelle 55 stellt die genannten Implementierungsbarrieren den die Implementierung begünstigenden Faktoren für alle drei Versorgungsbereiche gegenüber. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich in den Pflegeheimen, Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen die gleichen Faktoren als begünstigend erwiesen haben. Die von den Pflegefachkräften genannten begünstigenden Faktoren spiegeln sich sowohl in den in der Präambel und den Kommentierungen zu den Standardkriterien des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ als auch in den von Mors, Schiemann & Stehling (2014, S. 70ff.) betonten Voraussetzungen für eine gelingende Implementierung wieder.

Tabelle 55: Implementierungsbarrieren und begünstigende Faktoren aus Sicht der Pflegefachkräfte

Implementierungsbarrieren		Begünstigende Faktoren
Cluster-RCT (Pflegeheime)		
Bewohnerebene	<ul style="list-style-type: none"> - zu t_0 angenommene Herausforderungen (Gesundheitszustand, Motivation und Verständnis bzw. Compliance der Bewohner, Kooperation mit den Angehörigen) lassen sich zu t_2 in Teilen entkräften 	<ul style="list-style-type: none"> - individuelle Förderung der Selbständigkeit und Ressourcen der Heimbewohner durch in den Alltag integrierte Bewegungsanreize - Zusammenarbeit mit den Angehörigen
Personalebene	<ul style="list-style-type: none"> - Schulungs- und Wissensstand der der Pflege- und Betreuungskräfte auf ein Niveau bringen - Motivation wecken und aufrechterhalten (zur kontinuierlichen Umsetzung einer an Mobilitätserhalt und Förderung im Sinnes des Expertenstandard-Entwurfs ausgerichteten Pflege und Betreuung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisierung für eine ressourcenorientierte Pflege und Betreuung - Kontinuität und einheitliches Vorgehen - hohes Schulungs-/Wissensniveau der Pflege- und Betreuungskräfte - regelmäßige Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung - hohe Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte
Einrichtungsebene	<ul style="list-style-type: none"> - Personal- und Zeitmangel - erhöhter Dokumentationsaufwand wurde zu t_0 erwartet, konnte zu t_2 nicht bestätigt werden 	<ul style="list-style-type: none"> - personelle und materielle Ressourcen - bereits im QM etablierte Expertenstandards und andere Leitlinien - regelmäßige Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen
Beobachtungsstudie (Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen)		
Klientenebene	<ul style="list-style-type: none"> - Kooperation mit den Angehörigen - Motivation und Verständnis bzw. Compliance der Patienten/Klienten 	<ul style="list-style-type: none"> - aktive Mitarbeit (um Bewegung in den Alltag und die Pflege zu integrieren) des Patienten/Klienten - Zusammenarbeit mit den Angehörigen
Personalebene	<ul style="list-style-type: none"> - keine/wenig kontinuierliche und einheitliche Umsetzung und regelmäßige Absprachen im Team - Schulungs- und Wissensstand der Pflege- und Betreuungskräfte auf ein Niveau bringen - Motivation wecken und aufrechterhalten 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisierung für eine ressourcenorientierte Pflege und Betreuung - Kontinuität und einheitliches Vorgehen - hohes Schulungs-/Wissensniveau der Pflege- und Betreuungskräfte - regelmäßige Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung - hohe Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte
Einrichtungsebene	<ul style="list-style-type: none"> - Personal- und Zeitmangel - Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen - (Nicht-) Vorhandensein von geeigneten Hilfsmitteln - Pflege in der Häuslichkeit der Patienten/Klienten - erhöhter Dokumentationsaufwand wurde zu t_0 erwartet, konnte zu t_2 nicht bestätigt werden 	<ul style="list-style-type: none"> - personelle und materielle Ressourcen - bereits im QM etablierte Expertenstandards und andere Leitlinien - regelmäßige Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen

9.5.6 Zusammenfassung zu den hemmenden und begünstigenden Faktoren im Implementierungsprozess

Jede Einrichtung, die künftig den Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ implementieren wird, sollte erwarten, während der Implementierungsphasen mit Hürden und Schwierigkeiten konfrontiert zu werden. Diese begründen sich aber weniger aus den Standardinhalten selbst als vielmehr aus **Innovationsprozessen immanenten und typischen Herausforderungen** (wie beispielsweise Skepsis der Mitarbeiter bei Aufbrechen bestehender Handlungsroutinen), die auch vor dem Hintergrund der sich verändernden Rahmenbedingungen der Pflegepraxis (wie beispielsweise derzeit die Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) zu betrachten sind.

Die beschriebenen Implementierungsbarrieren und begünstigenden Faktoren sollten von allen projektbeauftragten Personen und Einrichtungen dazu genutzt werden, interne Strukturen und Prozesse im Hinblick auf das Vorliegen begünstigender Faktoren zu überprüfen und im besten Fall Organisations- und Qualitätsentwicklungsprozesse in Gang zu setzen, die die Einführung des Expertenstandard-Entwurfs von Beginn an positiv unterstützen.

9.6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zur Analyse der Praxistauglichkeit

Dieses Kapitel umfasste die Ergebnisdarstellung über die **Zielerreichungsgrade** in den Implementierungseinrichtungen, über die **Veränderungen mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation**, über die **Einschätzung der Praxistauglichkeit** aus Sicht der beteiligten Pflegefachkräfte und deren **Lerneffekte** in Form von Wissenszuwachs und Wissensverstetigung sowie über die erlebten **Implementierungsbarrieren und die Implementierung begünstigende Faktoren** für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche.

Allen teilnehmenden Einrichtungen ist es im Rahmen der modellhaften Implementierung gelungen, die Standardkriterien in die Pflegepraxis umzusetzen. Dies zeigte sich bei der Durchführung des Audits an den insgesamt hohen bis sehr hohen Zielerreichungsgraden der Standardkriterien in den Pflegeheimen, Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Obwohl umfangreiche Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen in den Einrichtungen realisiert wurden, gaben die Mitarbeiter zum Abschluss der modellhaften Implementierung bestehenden Fortbildungsbedarf an. Die Ergebnisse der Analyse mobilitätsbezogener Parameter in der Dokumentation sprechen für einen hohen und konsistenten Entwicklungsstand der pflegebezogenen Dokumentation in den beteiligten Implementierungseinrichtungen der drei Versorgungsbereiche schon vor Beginn der Implementierung. Dieser ist sicherlich auch durch externe Prüfinstanzen wie den MDK vorangetrieben worden und unterliegt in den aktuellen Entwicklungen durch das Strukturmodell zur entbürokratisierten Pflegedokumentation einer Revision. Die Zunahme mobilitätsbezogener Aspekte in der Dokumentation im Implementierungsverlauf unterstreicht die gelungene Übernahme der Standardinhalte in die Praxis. Die Einschätzungen der Pflegefachkräfte, die sowohl die Verständlichkeit und die Übertragbarkeit aber auch das Wirkungspotential des Expertenstandard-Entwurfs als sehr hoch bewerteten, sprechen für die Akzeptanz des Expertenstandard-Entwurfs in der Berufsgruppe. Diese stellt eine notwendige Voraussetzung für eine gelungene bundesweite Aufnahme des Expertenstandards nach § 113 a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ dar. Über den gesamten Implementierungsprozess ist es in den Einrichtungen gelungen, den Wissenstransfer als Grundlage für die Einführung und Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs aufrechtzuerhalten. „Der Wissenserwerb der Pflegefachkräfte (ist) als relevante Voraussetzung für eine gelingende Expertenstandardeinführung steuerbar“ (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 85). Durch die geschaffene Zeit und den Raum für Schulungen zu Beginn der Implementierung kann das Management den Mitarbeitern die Bedeutung des zu implementierenden Vorhabens verdeutlichen, wozu in der modellhaften Implementierung auch die Basis-Schulung durch das Studienteam der Universität Bremen genutzt wurde. Die zentralen Inhalte dieser Schulung sind als Grundvoraussetzung für das Verständnis des Expertenstandards in den Einrichtungen und initialer Impuls zur Veränderung oder Festigung einer mobilitätsfördernden und -erhaltenden Sichtweise auf das tägliche Tun der Pflegenden unerlässlich. Der zum Ende des Implementierungsprozesses für die Pflegefachkräfte weiterhin bestehende subjektive Fortbildungsbedarf unterstreicht darüber hinaus die Notwendigkeit einer fortlaufenden Sensibilisierung zum Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität. Für Einrichtungen bedeutet dies, dass das in einführenden Schulungsmaßnahmen zum Thema neu erlangte Wissen nur durch eine systematische Begleitung eine Verstetigung über den Implementierungszeitraum hinaus erfahren wird.

Moers, Schiemann & Stehling (2014, S. 97ff.) benennen verschiedene Stellschrauben zum Gelingen einer Implementierung, dabei sprechen sie den drei erst genannten die größte Einflussnahme zu:

- das Management übernimmt die Verantwortung für die Rahmenbedingungen, indem die zeitlichen und personellen Ressourcen für den gesamten Implementierungsprozess (und die Verstetigung nach der Einführung) sichergestellt werden
- eine Systematisierung der pflegerischen Arbeit, indem die Pflegeprozessmethode und Dokumentation in einer bewohner-/klientenorientierten Pflegeorganisation (z. B. *primary nursing*) hoch entwickelt sind und indem die dezentrale Qualitätsarbeit in das zentrale Qualitätsmanagement eingebunden ist
- mit dem Projekt beauftragte (Einzel-) Personen, die von einer Arbeitsgruppe unterstützt werden und die als *facilitators* mit hoher fachlicher und kommunikativer Kompetenz auftreten und somit „Dreh- und Angelpunkt jeder Implementierung“ darstellen
- Fortbildungen, die themenspezifisch ausgerichtet sind, nah am Handlungsort stattfinden sowie die Arbeitsgruppe mit einbinden
- das vierstufige Phasenmodell (Fortbildungen, Anpassung, Einführung und Anwendung, Audit) als Vorgehen der Einführung in sechs Monaten
- das Audit mit interner Präsentation der Audit-Ergebnisse als positive Erfolgskontrolle guter pflegerischer Leistung, weitere Re-Audits zur Qualitätsentwicklung und externen Qualitätsberichterstattung
- Verstetigung (oder Nachhaltigkeit im Sinne von *sustainability* nach Proctor et al. 2011, S. 70) der Einführung durch wiederholte Fortbildungen, systematische Verbesserungen nach Re-Audits und Pflegeexperten als Projektbeauftragte des zentralen Qualitätsmanagements

Die vorgestellten Implementierungsbarrieren und begünstigenden Faktoren aus der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs nach § 113 a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zur Analyse der Praxistauglichkeit bestätigen die aufgeführten Punkte aus den langjährigen Vorerfahrungen des DNQP. Barrieren und Hürden liegen weniger in den Standardinhalten selbst begründet als vielmehr in Innovationsprozessen immanenten und typischen Herausforderungen, die entstehen, wenn Handlungsrountinen aufgebrochen werden. Zudem nehmen gegebene oder sich verändernde, Rahmenbedingungen Einfluss auf die Gestaltung der Pflegepraxis und können weitere Hürden im Implementierungsverlauf darstellen. Umso wichtiger ist eine systematische Herangehensweise an den Implementierungsprozess selbst. Auf Grundlage der Ergebnisse der modellhaften Implementierung kann auch der Struktur des vierstufigen Phasenmodells zur Implementierung eines Expertenstandards Praxistauglichkeit attestiert werden (vgl. auch Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 97). Diese trug u. a. erheblich zum Wissenstransfer als Voraussetzung einer gelingenden Implementierung bei. In künftigen Evaluationen kann durchaus darauf zurückgegriffen werden, wenn auch andere, internationale Erkenntnisse zur Umsetzung von komplexen Innovationen aus der Implementierungswissenschaft mit in Betracht gezogen werden sollten. Hierzu werden beispielsweise in einem Beitrag des in Kanada tätigen Pflegewissenschaftlers Hoben (2016) die auf fünf Ebenen angesiedelten Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen aus dem *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) nach Damschroder et al. (2009) beschrieben. Die österreichische Pflegewissenschaftlerin Breimeier (2016) bietet weiterführende Überlegungen zu Strategien zur Beeinflussung und Steuerung von Implementierungsprozessen nach der EPOC-Taxonomie. Hoben & Bär (2016) benennen in einem Buchbeitrag die Outcomes von Implementierungsprozessen und stellen standardisierte Instrumente zu deren Messung dar.

Um das Phasenmodell in Verbindung mit der bundesweit verpflichtenden Einführung des Expertenstandard-Entwurfs für alle Einrichtungen in Deutschland nutzbar zu machen, bedarf es neben der Bereitstellung der notwendigen, den Einführungsprozess unterstützenden Instrumente (Expertenstandard nach § 113 a SGB XI, Implementierungshandbuch, Auditinstrument) idealerweise auch der flankierenden Unterstützung durch einen moderierten Austausch der Einrichtungen. Bislang griffen die angebotenen Netzwerk-Workshops des DNQP diesen Austausch auf. Hier empfiehlt sich, ebenfalls auf die langjährige Expertise des DNQP zurückzugreifen und perspektivisch Möglichkeiten der Veranstaltung von Netzwerktreffen für die Expertenstandards nach § 113 a SGB XI mit dem DNQP zu erörtern.

Den bisherigen nationalen Expertenstandards in der Pflege wird auf Basis der modellhaften Implementierungen Praxistauglichkeit konstatiert (Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 97) und sie sind als Instrumente zur Förderung einer evidenzbasierten Pflege allgemein anerkannt (Büscher & Blumenberg 2012, S. 22). **Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation der modellhaften Implementierung sprechen für die Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs nach § 113 a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.** Evidenzbasiertes Handeln in der Pflege fußt neben relevanten Forschungsergebnissen auch auf Erkenntnissen pflegerischer Expertise und der Präferenzen der Leistungsempfänger (vgl. Roes et al. 2013). Die Expertise der an der modellhaften Implementierung beteiligten Pflegefachkräfte, welche insbesondere als Fachwissen der projektbeauftragten Personen aus den drei Versorgungsbereichen zu Tage trat, trägt zu einem erheblichen Teil zu den vorliegenden Ergebnissen bei. An dieser Stelle sei beispielhaft an die Durchführung des Audits zur qualitativen Überprüfung aller Kriterienebenen des Expertenstandard-Entwurfs oder die differenzierte und reflektierte Benennung der die Implementierung hemmenden sowie begünstigenden Faktoren erinnert.

Auch die in der modellhaften Implementierung empirisch bestätigte Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs nach §113 a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ liefert Evidenz für die Pflegepraxis. Im sich anschließenden Kapitel zeigt sich, welchen Beitrag die Ergebnisse zur Wirksamkeitsanalyse leisten.

10 Zentrale Ergebnisse zur zweiten Forschungsfrage: Wirksamkeitsanalyse

Welchen Einfluss hat die Einführung des Expertenstandards auf Grundlage des bisherigen Entwurfs auf die **Mobilität und Transferbeteiligung** der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen

- a) nach Durchführung einer Schulung?
- b) nach Durchführung einer Schulung und eines gezielten Einsatzes von Interventionen?
- c) ohne Schulung und Einsatz gezielter Interventionen?

Dieser Abschnitt präsentiert die Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse. Hauptzielkriterium war die Differenz der logarithmierten Dauer des TUG der gehfähigen Bewohner. In die Auswertung des Hauptzielkriteriums für Wirksamkeit wurden alle gehfähigen Bewohner eingeschlossen, die die Einwilligungserklärung unterschrieben haben. Folgende Kollektive wurden ausgewertet:

- **Intention-To-Treat-Kollektiv (ITT):** Alle teilnehmenden gehfähigen Bewohnerinnen des vollstationären Bereichs, für die mindestens eine TUG-Messung zu t_0 oder t_1 vorliegt.
- **Per-Protocol-Kollektiv (PP):** Alle teilnehmenden gehfähigen Bewohner des vollstationären Bereichs, die den TUG zu t_0 selbständig durchführten.

Die primäre Auswertung beruht auf dem ITT-Kollektiv. Eine Sensitivitätsanalyse wurde mit dem PP-Kollektiv durchgeführt. Die Auswertung der Esslinger Transferskala erfolgte für das Kollektiv aller nicht gehfähigen Bewohnerinnen, für die mindestens ein Wert der Transferskala zu t_0 oder zu t_1 vorliegt.

Auf die Beschreibung der Stichprobe der Bewohner (Abschnitt 10.1) folgen die Ergebnisse zum Hauptzielkriterium mit den Zeitwerten des TUG (Abschnitt 10.2), bevor die Ergebnisse der Nebenzielkriterien zu den Scorewerten des EBoMo und den Hilfestufen der Esslinger Transferskala (Abschnitt 10.3) vorgestellt werden. Eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Abschnitt 10.4. In Abschnitt 10.5 sind knapp die Ergebnisse einer retrospektiven Befragung der Pflegefachkräfte zu beobachteten Auswirkungen des Expertenstandard-Entwurfs in Pflegediensten und Tagespflegen umrissen. Das Kapitel endet mit einer Diskussion der Ergebnisse in Abschnitt 10.6.

10.1 Beschreibung der Bewohner in der Stichprobe

Insgesamt nahmen 1.111 Bewohner an der Studie teil. Allerdings mussten von zwölf Bewohnerinnen die Daten wieder gelöscht werden, da sich herausstellte, dass diese dem teilstationären Bereich angehörten und damit nicht zur Zielgruppe der Cluster-randomisierten Studie gehörten. Weiterhin zogen zwei Bewohner ihre Einverständniserklärung zurück, sodass deren Daten nicht verwendet wurden. Zwei weitere Bewohnerinnen verweigerten zu t_1 ebenfalls ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, erlaubten aber die Verwendung ihrer Daten zu t_0 . Insgesamt liegen damit zu 1.097 Studienteilnehmern zu mindestens einem Erhebungszeitpunkt Daten vor. Unterschieden nach den Erhebungszeitpunkten stellt sich dies wie folgt dar:

- Für 1.091 Bewohnerinnen liegen Daten zu t_0 vor.
- Von diesen sind bis zum nächsten Erhebungszeitpunkt 70 verstorben, haben ihre Einwilligung zurückgezogen oder wohnen in dem einen Heim, das die zweite Erhebung abgelehnt

hat. Eine Person ist hingegen im Vergleich zu t_0 neu hinzugekommen, so dass zu t_1 Daten von insgesamt 1.022 Personen erhoben wurde.

- Bei t_2 ist das Heim, das zu t_1 seine Einwilligung zurückgezogen hat, wieder beteiligt, während sich ein anderes Heim nicht an dieser Datenerhebung beteiligt hat. Unter Berücksichtigung der Verstorbenen und Ausgezogenen verringert sich die Teilnehmerzahl daher auf 948 Studienteilnehmer.

Abbildung 26 stellt den detaillierten Bewohnerfluss dar.

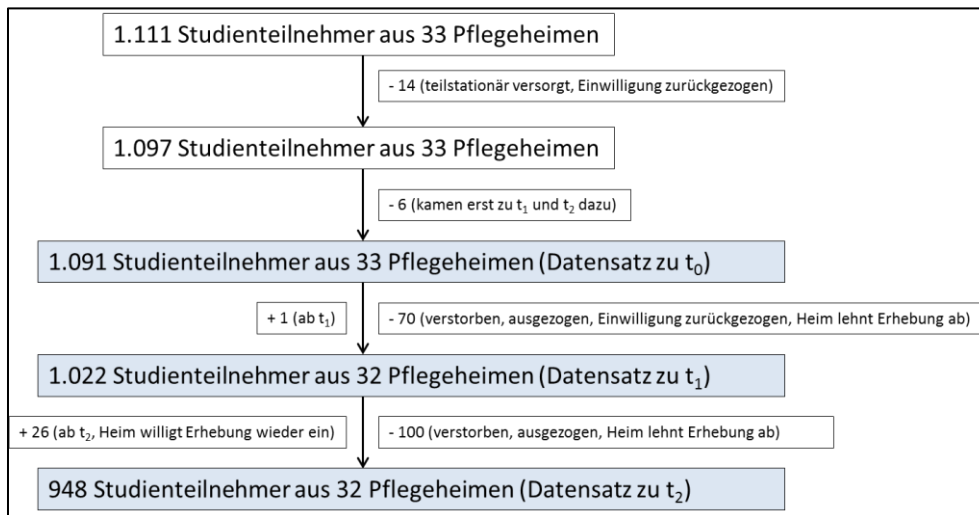


Abbildung 26: Bewohnerfluss der auswertbaren Erhebungsbögen in der Cluster-RCT

Die bisherige Darstellung beinhaltet sowohl gefährigte als auch nicht gefährigte Bewohnerinnen. Für die primäre Auswertung ist die Gruppe der gefährigten Bewohner relevant. Tabelle 56 dokumentiert die Veränderungen in den Beobachtungszahlen zu den einzelnen Zeitpunkten sowie unterteilt nach den drei Interventionsgruppen.

Tabelle 56: Unterteilung in gefährigte und nicht gefährigte Bewohner und nach Interventionsgruppen

Anzahl Bewohner pro Gruppe		t_0	t_1	t_2
Alle Bewohner	Interventionsgruppe A	380	338	337
	Interventionsgruppe B	374	362	314
	Kontrollgruppe	337	322	297
	gesamt	1.091	1.022	948
gefährigt	Interventionsgruppe A	287	259	259
	Interventionsgruppe B	277	269	236
	Kontrollgruppe	246	235	222
	gesamt	810	763	717
nicht gefährigt	Interventionsgruppe A	93	79	78
	Interventionsgruppe B	97	93	78
	Kontrollgruppe	91	87	75
	gesamt	281	259	231

10.1.1 Fallzahlen der Wirksamkeitsanalysen

Von den 810 gefährigten Bewohnern zum Zeitpunkt t_0 führten 648 zu t_0 und t_1 den TUG durch, 127 nur zu t_0 und 22 nur zu t_1 . Damit besteht das **ITT-Kollektiv** aus **796 Bewohnerinnen** mit mindestens

einem auswertbaren TUG für das primäre Zielkriterium. Erhoben wurden 1.445 TUG-Werte (775 zu t_0 , 670 zu t_1). Da bei der Regressionsanalyse die Variable zur Durchführung des TUG zu Baseline (selbständige Durchführung/unterstützte Durchführung) als Kovariable einbezogen wird, entfallen die 22 Beobachtungen zu t_1 , für die es keine t_0 -Beobachtung gibt. Es wurden daher 1.423 Beobachtungen ausgewertet.

Die 648 zu beiden Zeitpunkten durchgeführten TUGs unterteilen sich gemäß Tabelle 57 nach ihrer Durchführung.

Tabelle 57: Selbständige und unterstützte Durchführung des TUG im ITT-Kollektiv

TUG-Durchführung ITT-Kollektiv (alle Bewohner mit TUG zu t_0 und t_1)		zu t_0		
		selbständig	mit Unterstützung	Gesamt
zu t_1	selbständig	535	30	565
	mit Unterstützung	39	44	83
	Gesamt	574	74	648

Die 535 Bewohner, welche zu beiden Zeitpunkten den TUG selbständig durchgeführt haben (d. h. 1.070 TUG-Werte), bildeten die Grundlage für eine Sensitivitätsanalyse.

Zum **PP-Kollektiv** gehörten diejenigen Bewohner, die den TUG zu t_0 selbständig durchgeführt haben. Das sind insgesamt 648 Personen. Die Durchführung zu t_1 innerhalb des PP-Kollektivs ist in Tabelle 58 dargestellt. In die Auswertung werden 1.213 TUG-Werte (648 zu t_0 , 565 zu t_1) einbezogen.

Tabelle 58: Selbständige und unterstützte Durchführung des TUG im PP-Kollektiv

TUG-Durchführung (PP-Kollektiv)		zu t_0	
		selbständig	
zu t_1	selbständig	535	
	mit Unterstützung	30	
	nicht durchführbar	51	
	gesamt	648	

In der Subgruppe der nicht gehfähigen Bewohnerinnen wurden diejenigen Bewohner mit mindestens einem Wert der Esslinger Transferskala zu t_0 oder t_1 in die Auswertung einbezogen. Das sind **278 Personen**.

Auswertbare TUGs zu t_2

Zum Zeitpunkt t_2 haben von den 717 gehfähigen Bewohnern 600 den TUG durchgeführt. Hiervon hatten 20 keinen TUG zu t_0 , sodass deren Beobachtungen aufgrund der fehlenden Kovariable "TUG-Durchführung zu t_0 selbständig/mit Unterstützung" nicht in die primäre Analyse für den Vergleich von t_0 mit t_2 einbezogen werden. Zur Auswertung gehören insgesamt 1.355 Beobachtungen (775 zu t_0 , 580 zu t_2). Von den 580 Bewohnerinnen, welche sowohl zu t_0 als auch zu t_2 den TUG durchführten, führten ihn 477 zu beiden Zeitpunkten selbständig durch. Eine Sensitivitätsanalyse mit diesem Kollektiv wurde ebenfalls ausgewertet.

Tabelle 59 zeigt eine Zusammenfassung von Alter und Geschlecht für die betrachteten Kollektive. Etwa drei Viertel der teilnehmenden Bewohnerinnen war weiblich, wobei der Anteil bei den nicht gehfähigen Personen etwas geringer ausfiel. Das Durchschnittsalter aller Bewohner lag bei 83,4 Jah-

ren. Weder beim Geschlecht noch beim Alter sind große Unterschiede des ITT- und PP-Kollektivs vom Gesamtkollektiv ersichtlich.

Tabelle 59: Soziodemographische Angaben zu den Bewohnern im Gesamt-, ITT- und PP-Kollektiv

Soziodemographie	Kollektiv	Personenzahl	Anteil weiblich	Alter			
				MW	SD	Min	Max
gefhähige Bewohner	alle	810	74,9 %	83,7	9,1	30	104
	ITT	796	75,3 %	83,6	9,1	30	104
	PP	648	74,5 %	83,7	8,9	47	104
nicht gefähige Bewohner		281	71,9 %	82,6	10,4	40	104
alle Bewohner		1.091	74,2 %	83,4	9,4	30	104

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

In Tabelle 60 sind PEA-Status und Pflegestufe für beide Kollektive dargestellt. Auch hier zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Kollektiven. Lediglich das PP-Kollektiv enthält etwas weniger Personen mit höheren Pflegestufen. Allerdings ist erwartungsgemäß die Pflegestufenverteilung in der Gruppe der nicht gefähigen Bewohner eine andere als bei den gefähigen Bewohnerinnen. So ist der Anteil in Pflegestufe I bei den gefähigen Bewohnern viermal so hoch wie bei den Nicht-Gefähigen, während der Anteil der Bewohner in Pflegestufe III bei den Nicht-Gefähigen zehnmal so hoch ist wie bei den Gefähigen. Unterschiede gibt es auch für den Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Gegenüber 66,3 % Personen mit PEA-Status bei den gefähigen Bewohnerinnen waren es bei den nicht gefähigen Bewohnern 75,6 %. Der Anteil der Pflegestufe II ist mit 54,3 % in der Gruppe der nicht gefähigen Bewohner am höchsten, während 60,9 % der gefähigen Bewohnerinnen Pflegestufe I zugesprochen hatten.

Tabelle 60: PEA-Status und Pflegestufe der Bewohner im Gesamt-, ITT- und PP-Kollektiv

Pflegestatus	Kollektiv	Anteil PEA	Pflegestufe (Anteil)				
			ohne	I	II	III	Härtefall
gefhähige Bewohner	alle	66,3 %	4,2 %	60,9 %	32,2 %	2,5 %	0,2 %
	ITT	66,0 %	4,2 %	61,2 %	31,9 %	2,4 %	0,3 %
	PP	65,3 %	4,9 %	66,8 %	27,7 %	0,5 %	0,2 %
nicht gefähige Bewohner		75,6 %	0 %	15,0 %	54,3 %	27,1 %	3,6 %
Alle Bewohner		68,7 %	3,0 %	49,1 %	38,0 %	8,8 %	1,1 %

10.1.2 Soziodemographische und mobilitätsbezogene Daten der Bewohner im ITT- Kollektiv zu Baseline

Im Folgenden wird das untersuchte Bewohnerkollektiv genauer beschrieben. Hierbei wird das für die primäre Analyse definierte ITT-Kollektiv der gefähigen Bewohner betrachtet. Zusätzlich sind auch die Daten für die nicht gefähigen Bewohnerinnen abgebildet, die mindestens eine Erhebung der Esslinger Transferskala aufweisen. Der Fokus liegt dabei auf Ähnlichkeiten oder Unterschieden zwischen den Studienarmen sowie zur Grundgesamtheit (Daten der Pflegestatistik). Zum Überblick gibt Tabelle 61 die Fallzahlen der Subgruppen der gefähigen und nicht gefähigen Bewohnerinnen sowie der drei Studienarme im ITT-Kollektiv an. Am Ende dieses Abschnitts fasst Tabelle 73 auf Seite 147 alle soziodemographischen und mobilitätsbezogenen Merkmale der Bewohner im ITT-Kollektiv für gefähige und nicht gefähige Personen getrennt nach Studienarm zusammen. Alle Tabellen zu den Variablen befinden sich in Anhang C der statistischen Anlage.

Tabelle 61: Fallzahlen im ITT-Kollektiv

ITT-Kollektiv	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gesamt
gefhähig	280	274	242	796
nicht gefhähig	87	95	87	269
alle Bewohner	367	369	329	1.065

Bei den gefhähigen Bewohnerinnen war in den beiden Interventionsgruppen A und B der **Frauenanteil** etwas höher als in der Kontrollgruppe C (Interventionsgruppe A: 76,8 %, Interventionsgruppe B: 75,5 %, Kontrollgruppe C: 73,1 %), bei den nicht gefhähigen Bewohnern ist der Anteil in Interventionsgruppe B am geringsten (Interventionsgruppe A: 73,6 %, Interventionsgruppe B: 69,5 %, Kontrollgruppe C: 72,4 %). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Gruppen eher gering. Der Frauenanteil im ITT-Kollektiv liegt an dem in der Pflegestatistik 2013 ausgewiesenen Anteil von 73 % Frauen in der vollstationären Versorgung (Statistisches Bundesamt 2015, S. 8).

Die **Altersverteilung** ist in allen Gruppen (gefhähige/nicht gefhähige Bewohnerinnen und Studienarme) sehr ähnlich. Das mittlere Alter im ITT-Kollektiv betrug 83,4 Jahre und ist damit identisch mit dem Mittelwert aller teilnehmenden Bewohner. Die jüngste Person war 30, die älteste Person 104 Jahre alt. Abbildung 27 zeigt die Anteilswerte der klassierten Altersverteilung für alle Bewohnerinnen und für die einzelnen Studienarme.

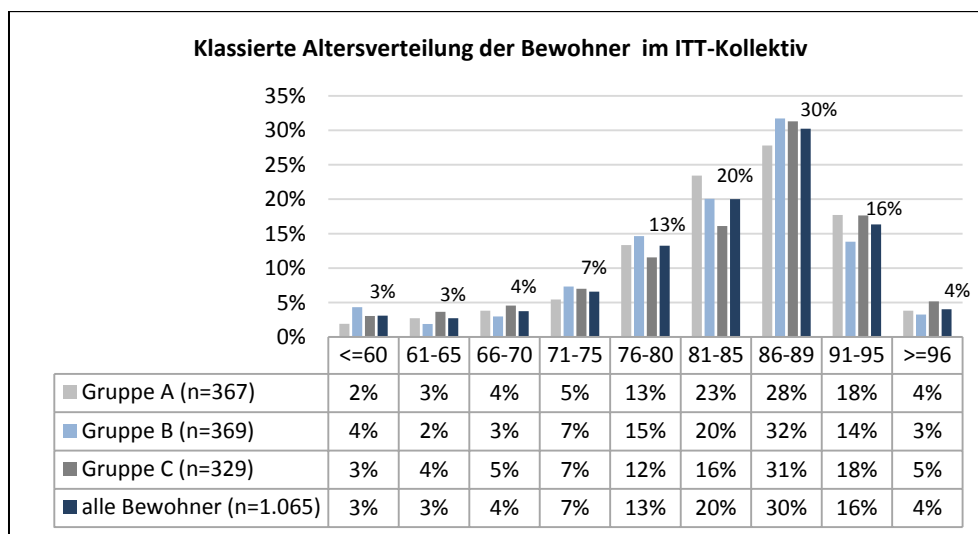


Abbildung 27: Klassierte Altersverteilung im ITT- Kollektiv

Der Altersmedian der Bewohner im ITT-Kollektiv liegt bei 86 Jahren und damit ebenfalls an dem in der Pflegestatistik 2013 für die Hälfte aller im Pflegeheim lebenden Personen angegebenen Alter von 85 Jahren (Statistisches Bundesamt 2015, S. 8).

Tabelle 62 zeigt die **Verteilung der Pflegestufen** in den einzelnen Gruppen. Wie bereits im Vergleich der Kollektive zu sehen, war die Pflegestufe II am häufigsten bei den nicht gefhähigen Bewohnern vertreten, bei den gefhähigen Bewohnerinnen dagegen die Pflegestufe I. Im Vergleich zwischen den Studienarmen gibt es leichte Unterschiede: Bei den gefhähigen Bewohnern haben in Interventionsgruppe B 71,2 % Pflegestufe I oder niedriger, in den anderen beiden Gruppen sind es knapp 10 % weniger (Interventionsgruppe A: 61,8 %, Kontrollgruppe C: 63,2 %). Entsprechend gibt es in Interventionsgruppe B weniger Personen mit der Pflegestufe II. Bei den nicht gefhähigen Bewohnerinnen gibt

es in Interventionsgruppe A mehr Personen mit der Pflegestufe II (64,4 % vs. etwa 50 % in den anderen beiden Studienarmen), dagegen sind in Interventionsgruppe B verhältnismäßig viele Bewohner mit Pflegestufe III oder Personen, bei denen die Härtefallregelung in Kraft tritt (41,1 % vs. 25-29 % in den anderen beiden Gruppen). Wie vor der Auswertung festgelegt, wurde die aktuelle Pflegestufe zu Baseline als Kovariable in die Regressionsanalysen aufgenommen (siehe Abschnitt 10.2).

Ein **PEA-Status** lag bei 64,3 % der Bewohnerinnen der Kontrollgruppe, bei 76,5 % in der Interventionsgruppe A und bei 56,7 % in der Interventionsgruppe B innerhalb der Gruppe der gehfähigen Bewohner vor. In der Gruppe der nicht gehfähigen Bewohnerinnen lag der PEA-Status in den drei Interventionsgruppen zwischen 70 % und 80 %. Tabelle 62 zeigt neben der Verteilung der Pflegestufen ebenfalls die anteiligen und absoluten Häufigkeiten des PEA-Status.

Tabelle 62: Verteilung der Pflegestufen der Bewohner und Anteil mit PEA-Status nach Studienarm

	gesamt	gehfähige Bewohner			gesamt	nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Aktuelle Pflegestufe – anteilig (absolut)								
ohne PS	3,5 % (28)	0,4 % (1)	4,0 % (11)	6,6 % (16)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
PS I	61,2 % (487)	60,7 % (170)	66,4 % (182)	55,8 % (135)	13,8 % (37)	10,3 % (9)	11,6 % (11)	19,5 % (17)
PS II	31,9 % (254)	35,0 % (98)	26,6 % (73)	34,3 % (83)	54,3 % (146)	64,4 % (56)	47,4 % (45)	51,7 % (45)
III (inkl. Härtefall)	2,7 % (17)	3,3 % (9)	2,2 % (6)	1,2 % (3)	32,0 % (86)	25,3 % (22)	41,0 % (39)	28,7 % (25)
Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – anteilig (absolut)								
PEA-Status	66,0 % (520)	76,5 % (212)	56,7 % (153)	64,3 % (155)	75,5 % (200)	74,7 % (65)	79,6 % (74)	71,8 % (61)

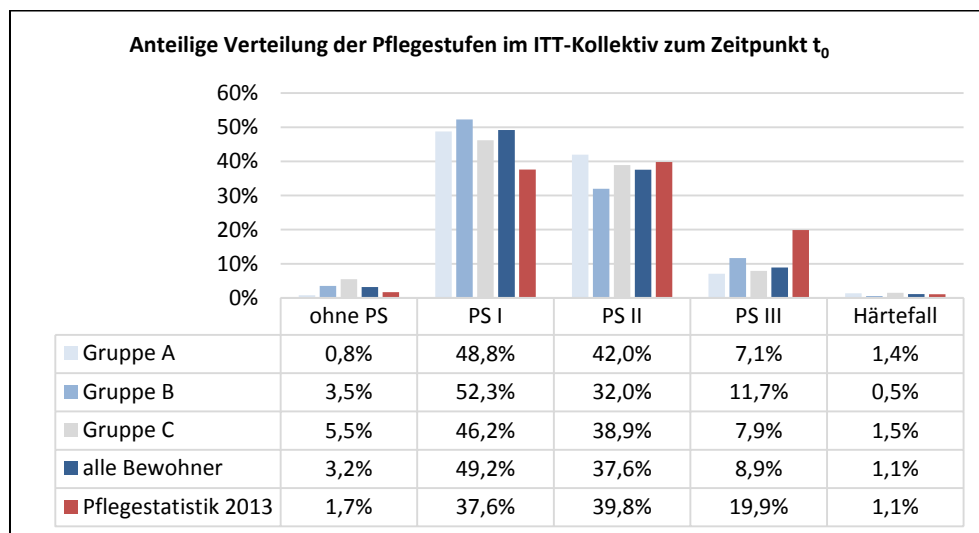


Abbildung 28: Anteilige Verteilung der Pflegestufen im ITT-Kollektiv im Vergleich zur Pflegestatistik 2013

Abbildung 28 enthält den Vergleich der anteiligen Pflegestufenverteilung der Bewohner im ITT-Kollektiv mit den Daten der Pflegestatistik 2013 (nur Dauerpflege). Das Subkollektiv der ITT-Bewohner spiegelt die Pflegestufenverteilung in allen Pflegeheimen der Cluster-RCT wieder. Wie

bereits in der Beschreibung der Stichprobe der Heime in Kapitel 8.1 gezeigt, sind Personen mit Pflegestufe I auch im ITT-Kollektiv anteilmäßig häufiger, Personen mit den Pflegestufen II und III anteilmäßig geringer als in der Grundgesamtheit vertreten. Auch in diesen Zahlen schlägt sich sicherlich die Rekrutierungsbedingung der erforderlichen, überwiegenden gehfähigen Bewohneranzahl nieder. In der Pflegestatistik 2013 betrug der Anteil der Heimbewohnerinnen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 59 % (Statistisches Bundesamt 2015, S. 8). Diesem Wert liegt der Anteil der Interventionsgruppe B mit 56, 7% am nächsten.

Aus der Pflegedokumentation wurde auch entnommen, seit wann der PEA-Status bzw. die Pflegebedürftigkeit bestehen und wann die Bewohnerin in die Einrichtung eingezogen ist. Tabelle 63 fasst diese Angaben zusammen.

Tabelle 63: Fehlende Angaben und mittlere Monatsanzahl zu pflegerelevanten Datumsangaben

Dauer seit... (in Monaten)	beobachtet	fehlend	MW	SD	Min	Max
Heimeinzug	1.064	1	37,0	40,1	0	508
Beginn der Pflegebedürftigkeit	686	379	38,5	35,4	1	268
Erhalt der aktuellen Pflegestufe	951	114	29,6	31,1	0	268
Beginn des PEA-Status	697	368	24,5	25,2	0	177

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Auffällig ist eine hohe Variabilität der Angaben sowie – außer beim Heimeinzug – viele fehlende Angaben. Im Mittel befinden sich die teilnehmenden Bewohner seit gut drei Jahren in der Einrichtung, die längste Verweildauer beträgt über 40 Jahre.

Tabelle 64: Diagnosen der Bewohner nach Studienarm

	gesamt	gehfähige Bewohner			gesamt	nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Diagnosen – anteilig (absolut)								
neurologische Erkrankungen	55,6 % (440)	56,7 % (157)	60,8 % (166)	48,3 % (117)	63,6 % (171)	64,4 % (56)	70,5 % (67)	55,2 % (48)
Depression	17,4 % (138)	20,1 % (56)	19,0 % (52)	12,4 % (30)	17,1 % (46)	16,1 % (14)	16,8 % (16)	18,4 % (16)
Arthritis/Rheuma	19,9 % (158)	19,8 % (55)	19,1 % (52)	21,1 % (51)	62,4 % (71)	27,6 % (24)	30,5 % (29)	20,7 % (18)
jemals Frakturen der Hüfte/unteren Extremitäten	25,6 % (203)	25,5 % (71)	28,6 % (78)	22,3 % (54)	39,3 % (105)	31,4 % (27)	44,2 % (42)	41,9 % (36)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	81,0 % (642)	81,7 % (227)	81,0 % (221)	80,2 % (194)	87,0 % (234)	87,4 % (76)	86,3 % (82)	87,4 % (76)
Asthma/COPD, weitere chronische Atemwegserkrankungen	12,4 % (98)	11,9 % (33)	11,4 % (31)	14,0 % (34)	11,5 % (31)	9,2 % (8)	13,7 % (13)	11,5 % (10)
Schlaganfall	15,3 % (121)	11,2 % (31)	16,5 % (45)	18,6 % (45)	21,6 % (58)	18,6 % (16)	23,2 % (22)	23,0 % (20)

Im Mittel waren bei den teilnehmenden Bewohnern 9,4 Diagnosen (SD 5,5) dokumentiert. Tabelle 64 zeigt die Verteilung der einzelnen **Diagnosecluster** in den Studienarmen. Zwischen den Gruppen der gehfähigen und nicht gehfähigen Bewohner sowie zwischen den Interventionsgruppen A und B bestehen keine großen Unterschiede. Bei nur 5 der 1.065 der Bewohnerinnen (0,5 %) liegt keine der

abgefragten Diagnosen vor. Die höchste Anzahl an dokumentierten Diagnosen, nämlich 35, hat eine Person aus der Kontrollgruppe.

Bei der Einnahme von **Medikamenten** ist für Benzodiazepine und Anticholinergika dem Expertenstandard-Entwurf zu entnehmen, dass deren Einnahme mit Mobilitätseinschränkungen einhergeht. Eine solche eindeutige Zuschreibung besteht nicht für Antidepressiva und Antihypertensiva, doch deuten Studien darauf hin, dass bei Menschen mit Demenz die Einnahme von Antidepressiva zu einer Verschlechterung der Mobilität führt (DNQP 2014, S. 61).

Tabelle 65 zeigt die Verteilung von **Medikamentengruppen**, die im Expertenstandard-Entwurf im Zusammenhang mit Risikofaktoren für eine eingeschränkte Mobilität oder eine Verschlechterung des funktionellen Status diskutiert werden, in den Studienarmen.

Tabelle 65: Medikamente der Bewohner nach Studienarm

	gesamt	gefährigte Bewohner			gesamt	nicht gefährigte Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Medikamente – anteilig (absolut)								
Benzodiazepine	23,0 % (103)	16,2 % (45)	11,0 % (30)	11,6 % (28)	15,7 % (42)	16,1 % (14)	11,7 % (11)	19,5 % (17)
Anticholinergika	6,3 % (50)	4,3 % (12)	7,7 % (21)	7,0 % (17)	5,9 % (16)	4,6 % (4)	6,3 % (6)	6,9 % (6)
Antihypertensiva	78,1 % (619)	76,3 % (212)	83,5 % (228)	74,0 % (179)	71,4 % (192)	75,9 % (66)	71,6 % (68)	66,7 % (58)
Antidepressiva	30,6 % (242)	32,4 % (90)	31,3 % (85)	27,7 % (67)	27,9 % (75)	27,6 % (24)	22,1 % (21)	34,5 % (30)

Die Anzahl der den teilnehmenden Bewohnern insgesamt verordneten Medikamente betrug im Mittel 10,2 (SD: 4,2). Zwischen den Gruppen der gefährigten und nicht gefährigten Bewohner sowie zwischen den Interventionsgruppen A und B bestehen keine großen Unterschiede. Bei nur acht der 1.065 Bewohnerinnen des ITT-Kollektivs (0,8 %) waren keine Medikamente verordnet. Die höchste Anzahl der Medikamente, nämlich 25, erhielt eine Person aus der Interventionsgruppe B.

Die **Verteilungen von Größe und Gewicht** sowie dem hieraus berechneten **Body Mass Index** unterschieden sich zwischen den Studienarmen nicht maßgeblich. Die mittlere Größe der teilnehmenden Bewohner betrug 162,6 cm (SD 9,2), das mittlere Gewicht lag bei 70,9 kg (SD 15,6), der mittlere BMI bei 26,8 (SD 5,2). Die gefährigten Bewohnerinnen waren durchschnittlich 162,5 cm groß und wogen 71,0 kg. Der mittlere BMI lag in dieser Personengruppe bei 26,9. Bei den nicht gefährigten Bewohnern lag der BMI bei 26,6. Diese waren im Mittel 163,0 cm groß und wogen 70,7kg.

Tabelle 66: Hilfsmittel der Bewohner nach Studienarm

	gesamt	gefährigte Bewohner			gesamt	nicht gefährigte Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Hilfsmittel – anteilig (absolut)								
Gehstock	11,0 % (87)	10,7 % (30)	12,9 % (35)	9,1 % (22)	6,0 % (16)	3,4 % (3)	9,6 % (9)	4,6 % (4)
Rollator	68, % (550)	77,1 % (216)	66,1 % (179)	64,0 % (155)	32,5 % (87)	32,2 % (28)	35,1 % (33)	29,9 % (26)
Unterarmgehstütze	1,3 % (10)	0,7 % (2)	1,5 % (4)	1,7 % (4)	2,2 % (6)	1,1 % (1)	0,0 % (0)	5,7 % (5)
Rollstuhl	24,2 % (192)	26,1 % (73)	23,6 % (64)	22,7 % (55)	86,9 % (233)	96,6 % (84)	81,9 % (77)	82,8 % (72)

Insgesamt war bei etwa 90 % der teilnehmenden Bewohnerinnen mindestens ein **Hilfsmittel** (Gehstock, Rollator, Unterarmgehstütze, Rollstuhl, Brille) dokumentiert. Die Verteilung der einzelnen Hilfsmittel in den Gruppen findet sich in Tabelle 66.

Den gehfähigen Bewohnerinnen stand am häufigsten ein Rollator zur Verfügung (zwischen 64 % und 77 %), den nicht gehfähigen Bewohnern ein Rollstuhl (zwischen 81 % und 97 %). Auch eine Brille war häufig dokumentiert, wobei sich hier deutliche Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen zeigen.

Eine **beeinträchtigte Sehfunktion** stellt einen Risikofaktor für eine gehemmte körperliche Aktivität dar (DNQP 2014, S. 62). In der Cluster-RCT wiesen 72,7 % aller Bewohnerinnen (754 Personen) eine eingeschränkte Sehfähigkeit auf. In der Interventionsgruppe A betrug der Anteil 71,3 % (258 Personen), in der Interventionsgruppe B 78 % (277 Personen) und in der Kontrollgruppe C 68,4 % (219 Personen).

Erlebte **Stürze und Sturzangst** können einen Risikofaktor für eine eingeschränkte Mobilität darstellen. Der Expertenstandard-Entwurf weist darauf hin, dass mit einer Angst vor Stürzen eine Einschränkung der Mobilität assoziiert ist. Auch zeigte sich in einer deutschen Querschnittsstudie bei gehfähigen Personen, dass diese bei vorliegender Sturzangst länger für die Durchführung des TUG benötigten, als Personen ohne Sturzangst (DNQP 2014, S. 64).

Insgesamt war das **Sturzrisiko** der Bewohner in der vorliegenden Cluster-RCT sehr hoch (zwischen 76 % und 90 %). Tabelle 67 fasst die erhobenen Angaben zu Stürzen zusammen.

Tabelle 67: Sturzrisiko, Stürze und Sturzangst der Bewohner nach Studienarm

	gesamt	gehfähige Bewohner			gesamt	nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Sturz – anteilig (absolut)								
Risiko Sturz	85,1 % (653)	89,2 % (248)	78,3 % (206)	88,1 % (199)	81,7 % (214)	88,4 % (76)	76,9 % (70)	80,0 % (68)
Sturz in den letzten 3 Monaten	25,3 % (201)	22,9 % (64)	25,9 % (71)	27,3 % (66)	21,2 % (57)	20,5 % (18)	18,9 % (18)	24,1 % (21)
Angst zu stürzen (auskunftsfähige Bewohner)	40,1 % (306)	38,9 % (102)	46,0 % (121)	34,9 % (83)	50,0 % (100)	45,1 % (32)	59,7 % (40)	45,2 % (28)

Auffällig ist ein geringeres Sturzrisiko in der Interventionsgruppe B sowohl bei den gehfähigen als auch bei den nicht gehfähigen Bewohnern. Werden die Stürze der vergangenen drei Monate betrachtet, so gibt es zwischen den Gruppen keine großen Unterschiede im Auftreten eines Sturzes (etwa 25 % bei den gehfähigen, 19-24 % bei den nicht gehfähigen Bewohnerinnen). Im Mittel gab es pro Bewohner 0,5 Stürze (SD 1,2) in den letzten drei Monaten. Bewohner, zu denen mindestens ein dokumentierter Sturz vorlag, stürzten in den vergangenen drei Monaten im Mittel 1,9-mal (SD 1,8). Die höchste Anzahl dokumentierter Stürze innerhalb der letzten drei Monate betrug 15. In der Interventionsgruppe B war die mittlere Anzahl an Stürzen leicht geringer als der Durchschnitt bei den gehfähigen Bewohnerinnen und höher als der Durchschnitt bei den nicht gehfähigen Bewohnern. In der Begegnung mit den Bewohnern und der Durchführung des TUG (gehfähige Bewohnerinnen) bzw. der Erhebung der Esslinger Transferskala (nicht gehfähige Bewohner) wurden diese auch nach ihrer aktuellen Angst zu stürzen befragt. Hier gab es in der Interventionsgruppe B einen höheren Anteil an Per-

sonen, die hier bejahten (46,0 % gehfähig bzw. 59,7 % nicht gehfähig vs. ca. 10 % weniger in den anderen Gruppen).

Der Expertenstandard-Entwurf beschreibt, dass **Schmerzen** Einfluss auf die funktionale Mobilität nehmen. Die Ergebnisse einer Querschnittsstudie bei 560 Bewohnern in 20 Pflegeheimen in Berlin und Brandenburg weisen zudem auf einen Zusammenhang der für den TUG benötigten Zeitdauer und dem Vorliegen von Schmerzen hin: Bewohner, die unter Schmerzen litten, benötigten vier Sekunden länger als Bewohnerinnen ohne Schmerzen (DNQP 2014, S. 63).

Bei den gehfähigen Bewohnerinnen der Cluster-RCT lag ein dokumentiertes **Schmerzrisiko** in der Kontrollgruppe bei 44,7 % vor, in der Interventionsgruppe A bei 36,1 % und in der Interventionsgruppe B bei 45,4 %. In der Gruppe der nicht gehfähigen Bewohnerinnen lag das Risiko geringfügig höher (Kontrollgruppe: 50,6 %, Interventionsgruppe A: 53,7 %, Interventionsgruppe B: 49,3 %). Bei der Begegnung mit dem Bewohner wurde dieser auch nach dem aktuellen Schmerzempfinden befragt. Gleichzeitig wurde die anwesende Pflegekraft nach ihrer Einschätzung zum Schmerzempfinden des Bewohners befragt. Die Tabelle 68 stellt diese beiden Einschätzungen für die gehfähigen Bewohner gegenüber.

Tabelle 68: Selbst- und Fremdeinschätzung zum Schmerzempfinden der Bewohner nach Studienarm

	gesamt	gehfähige Bewohner			gesamt	nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Schmerz – anteilig (absolut)								
Selbsteinschätzung	32,1 % (243)	29,8 % (78)	35,9 % (93)	30,4 % (72)	37,3 % (75)	36,5 % (27)	40,9 % (27)	34,4 % (21)
Fremdeinschätzung	29,0 % (218)	25,2 % (66)	38,0 % (98)	23,2 % (54)	35,9 % (94)	39,3 % (33)	40,9 % (38)	27,1 % (23)

In den meisten Fällen stimmte die Fremdeinschätzung der Pflegefachkräfte mit den Selbsteinschätzungen der Bewohner überein. Insgesamt empfanden 32,1 % der gehfähigen Bewohnerinnen Schmerzen, während die Fremdeinschätzung der Pflegefachkraft bei 29,0 % der Bewohner von Schmerzen ausging. In Interventionsgruppe B war dabei der Anteil höher (38,0 %). Bei den nicht gehfähigen Bewohnern lag die Fremdeinschätzung bei 27,1 % in der Kontrollgruppe C, bei 39,3 % in Interventionsgruppe A und bei 40,9 % in Interventionsgruppe B. Die Selbsteinschätzung stimmte in Interventionsgruppe B anteilig mit der Fremdeinschätzung überein, während sie in der Kontrollgruppe etwas höher und der Interventionsgruppe A etwas niedriger war (34,4 % bzw. 36,5 %).

Die Pflegefachkräfte waren ebenfalls gebeten, das Ausmaß der **kognitiven Einschränkungen** der Bewohner einzuschätzen, da aussagekräftige, dokumentierte Diagnosen oder beispielsweise Ergebnisse eines Mini-Mental-Status-Tests nur für einen geringen Teil der Bewohner vorlagen. Kognitive Beeinträchtigungen sind im Expertenstandard-Entwurf ebenfalls als Risikofaktor für einen Mobilitätsverlust genannt (DNQP 2014, S. 64). Für gut zwei Drittel der gehfähigen Bewohnerinnen (559 Personen) gaben die Pflegefachkräfte keine oder nur leichte kognitive Einschränkungen an. Starke Einschränkungen wurden für weniger als 10 % der gehfähigen Bewohner (75 Personen) erfasst. Davon befanden sich die meisten in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A (11,4 %, 32 Personen), während die Anteile in Interventionsgruppe B (8,9 %, 24 Personen) und Kontrollgruppe C (7,9 %, 19 Personen) etwas geringer ausfielen. Bei den nicht gehfähigen Bewohnern wies gut die Hälfte (51 %, 136 Personen) keine oder leichte kognitive Einschränkungen auf. Die andere Hälfte war mit 19 % (51 Personen) mittelschwer oder mit 30 % (80 Personen) stark beeinträchtigt. Den höchsten Anteil kognitiv stark

beeinträchtigt Personen enthielten die Pflegeheime der Interventionsgruppe B (41 %, 39 Personen).

Müdigkeit bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten kann Einfluss auf die Motivation zur Bewegung aber auch auf die Bewegung an sich nehmen (vgl. DNQP 2014, S. 67). Die Bewohner in der Cluster-RCT wurden danach gefragt, ob sie sich zum Befragungszeitpunkt müde oder antriebslos gefühlt haben. Die Frage nach Müdigkeit/Antriebslosigkeit wurde bei knapp 30 % (288 Personen) der gefähigen Bewohner bejaht, wobei es keine größeren Unterschiede zwischen den Studienarmen gab. Bei den nicht gefähigen Bewohnerinnen variierte die Müdigkeit/Antriebslosigkeit von 40,0% (34 Personen, Kontrollgruppe C) über 48,9% (43 Personen, Interventionsgruppe A) bis hin zu 62,6% (57 Personen, Interventionsgruppe B).

Im direkten Zusammenhang mit der Mobilität und der Möglichkeit zur Bewegung steht auch die Erfassung von **Ortsfixierung und/oder Bettlägerigkeit**. Diese beschreiben das Ausmaß körperlicher (In-)Aktivität für die nicht gefähigen Personen. Insgesamt war mit 48 % fast die Hälfte der nicht gefähigen Bewohner (120 Personen) ortsfixiert. In der Interventionsgruppe A waren es 41,4 % (36 Personen), in der Interventionsgruppe B waren es 44,2 % (42 Personen) und in der Kontrollgruppe C 58,6 % (51 Personen). Bettlägerig waren insgesamt 4,1 % der nicht gefähigen Bewohnerinnen (11 Personen). In der Interventionsgruppe A betrug der Anteil 0 %, in Interventionsgruppe B 6,3 % (sechs Personen) und in der Kontrollgruppe C 5,7 % (fünf Personen).

Tabelle 69: Aktionsradius in den vergangenen sieben Tagen nach Studienarm

	gesamt	gefähige Bewohner			gesamt	nicht gefähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Aktionsradius außerhalb des Zimmers, laut Angabe des Bewohners/der Bewohnerin – anteilig (absolut)								
nie (an keinem Tag)	0,5 % (4)	0,7 % (2)	0,7 % (2)	0,0 %	3,8 % (10)	4,9 % (4)	3,2 % (3)	3,5 % (3)
manchmal (an 1 bis 3 Tagen)	0,4 % (3)	0,7 % (2)	0,4 % (1)	0,0 %	6,2 % (16)	4,9 % (4)	7,5 % (7)	5,8 % (5)
häufig (an 4 bis 6 Tagen)	0,3 % (2)	0,0 %	0,4 % (1)	0,4 % (1)	4,6 % (12)	3,7 % (3)	2,2 % (2)	8,1 % (7)
immer (an allen sieben Tagen)	98,8 % (770)	98,5 % (263)	98,5 % (267)	99,6 % (240)	85,4 % (222)	86,4 % (70)	87,1 % (81)	82,6 % (71)
Aktionsradius außerhalb des Wohnbereichs, laut Angabe des Bewohners/der Bewohnerin – anteilig (absolut)								
nie (an keinem Tag)	7,1 % (55)	4,9 % (13)	11,4 % (31)	4,6 % (11)	19,0 % (49)	15,9 % (13)	24,7 % (23)	15,7 % (13)
manchmal (an 1 bis 3 Tagen)	16,8 % (130)	22,0 % (58)	19,6 % (53)	7,9 % (19)	35,7 % (92)	28,0 % (23)	39,8 % (37)	38,6 % (32)
häufig (an 4 bis 6 Tagen)	5,5 % (43)	4,5 % (12)	5,5 % (15)	6,6 % (16)	8,9 % (23)	11,0 % (9)	4,3 % (4)	12,0 % (10)
immer (an allen sieben Tagen)	70,6 % (548)	68,6 % (181)	63,5 % (172)	80,9 % (195)	36,4 % (94)	45,1 % (37)	31,2 % (29)	33,7 % (28)
Aktionsradius außerhalb der Einrichtung, laut Angabe des Bewohners/der Bewohnerin – anteilig (absolut)								
nie (an keinem Tag)	21,7 % (168)	12,0 % (32)	30,1 % (81)	23,0 % (55)	38,8 % (101)	25,6 % (21)	44,6 % (41)	45,3 % (39)
manchmal (an 1 bis 3 Tagen)	34,8 % (270)	35,2 % (94)	37,5 % (101)	31,4 % (75)	38,1 % (99)	32,9 % (27)	41,3 % (38)	39,5 % (34)
häufig (an 4 bis 6 Tagen)	7,6 % (59)	7,9 % (21)	6,3 % (17)	8,8 % (21)	6,9 % (18)	11,0 % (9)	4,3 % (4)	5,8 % (5)
immer (an allen sieben Tagen)	35,9 % (278)	44,9 % (120)	26,0 % (70)	36,8 % (88)	16,2 % (42)	30,5 % (25)	9,8 % (9)	9,3 % (8)

Der **Aktionsradius** der Bewohnerinnen in den vergangenen sieben Tagen verteilte sich wie in Tabelle 69 gezeigt. Erhoben wurde die Anzahl der Tage, an denen die Bewohner ihr Zimmer bzw. den Wohnbereich bzw. die Einrichtung verlassen haben. Die Angaben 1 bis 3 Tage wurden zu "manchmal" zusammengefasst, die Angaben 4 bis 6 Tage zu "häufig".

Insgesamt hatten fast alle der gehfähigen Bewohner (98,8 %) zum Zeitpunkt t_0 an allen vergangenen sieben Tagen ihr Zimmer verlassen. Gut zwei Drittel hatten auch täglich den Wohnbereich und etwa ein Drittel hatte ebenfalls täglich die Einrichtung selbst verlassen. Hierzu wurden Spaziergänge oder Erledigungen und Termine außerhalb der Einrichtung gezählt, die beispielsweise über den Aufenthalt im Eingangsbereich hinaus gingen und keinen akuten Krankentransport beinhalteten. Die nicht gehfähigen Bewohnerinnen hatten ebenfalls in den meisten Fällen (85,4 %) ihr Zimmer verlassen. Den Wohnbereich verließen noch ein Drittel der Bewohner täglich, weniger als 20 % der nicht gehfähigen Personen verließen auch die Einrichtung täglich. In den einzelnen Studienarmen zeigt sich für die gehfähigen Bewohnerinnen in der Kontrollgruppe C, dass diese zu Beginn der Studie anteilig häufiger den Wohnbereich verließen als die Bewohner der Interventionsgruppen A und B. Bei den nicht gehfähigen Personen fällt auf, dass in der Interventionsgruppe A knapp ein Drittel der Bewohner auch täglich die Einrichtung verlassen hatte, während der Anteil in der Interventionsgruppe B und der Kontrollgruppe C bei unter 10 % lag.

Parameter, die den **Mobilitätsstatus** der Bewohner zum Beginn der Studie (Baseline) näher beschreiben, wurden über einzelne Items des EBoMo, des TUG und der Esslinger Transferskala erfasst.

Tabelle 70 vergleicht die Mittelwerte der Zwischensummen sowie der Gesamtsumme des EBoMo zum Zeitpunkt t_0 . Der maximale Wert gibt die Punktzahl bei kompletter Selbständigkeit in allen Items an. Die Werte der Studienarme liegen in allen Gruppen sehr nah beieinander. In den ersten drei Kategorien (Positionswechsel im Bett, Transfer, Sitzen im Stuhl) erreichen die meisten gehfähigen Bewohner die maximale Punktzahl. Wie erwartet ist der mittlere EBoMo-Score in der Gruppe der nicht gehfähigen Bewohnerinnen wesentlich geringer als in der Gruppe der gehfähigen Bewohner.

Tabelle 70: Zwischensummen des EBoMo für die Bewohner nach Studienarm (Standardabweichung der Gesamtsumme: 4,2 bei gehfähigen, 6,7 bei nicht gehfähigen Personen)

	max. Wert	Mittlere der Zwischensummen des EBoMo					
		gehfähige Bewohner			nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Positionswechsel im Bett (4.1)	8	7,9	7,8	7,9	6,3	5,4	5,9
Transfer (4.2)	12	11,2	11,0	11,2	7,3	6,6	6,4
Sitzen im Stuhl (4.3)	4	4,0	3,9	4,0	3,4	3,1	3,0
Stehen/Gehen/Treppensteigen (4.4)	12	8,6	8,3	8,5	4,1	4,1	4,1
Bewegung innerhalb/ außerhalb der Einrichtung (4.5)	8	6,0	5,8	5,8	4,6	3,9	4,0
Gesamtsumme (4.1-4.5)	44	37,6	36,8	37,4	25,7	23,0	23,4

Da der **TUG** nur von den gehfähigen Bewohnern durchgeführt wurde, beziehen sich die folgenden Ergebnisse der Baselineerhebung auf dieses Subkollektiv. Die Bewohner wurden gefragt, ob sie den TUG zunächst üben wollen. Insgesamt 9,2 % entschieden sich für diese Trockenübung. Schließlich führten etwa 95 % der Bewohnerinnen (ITT-Kollektiv) jeder Interventionsgruppe den TUG durch, und zwar etwa 80 % selbständig und 15 % mit Unterstützung der Pflegekraft. Dabei fasste diese die Pflegebedürftigen beim Aufstehen, Gehen und/oder Hinsetzen an, was bei einer korrekten Durchführung des Tests eigentlich nicht erlaubt ist. In 0,5 % der Fälle musste die TUG-Durchführung abgebrochen

werden, da die Bewohnerin zu schwach oder kognitiv nicht in der Lage war, die vorgegebene Strecke zu laufen. Dokumentiert wurde auch das Hilfsmittel, welches der Bewohner bei der Durchführung des TUG verwendete. Das war bei 65,7 % (selbständige Durchführung) bzw. 67,7 % (Durchführung mit Unterstützung) ein Rollator, bei 3,9 % bzw. 4,7 % ein Gehstock oder eine Unterarmgehstütze. Etwa 30 % der gehfähigen und 20 % der nicht gehfähigen Bewohner benötigten für die TUG-Durchführung kein Hilfsmittel.

Abbildung 29 stellt die mittlere Zeitdauer für die TUG-Durchführung getrennt nach Studienarm und selbständiger gegen nichtselbständige Durchführung dar.

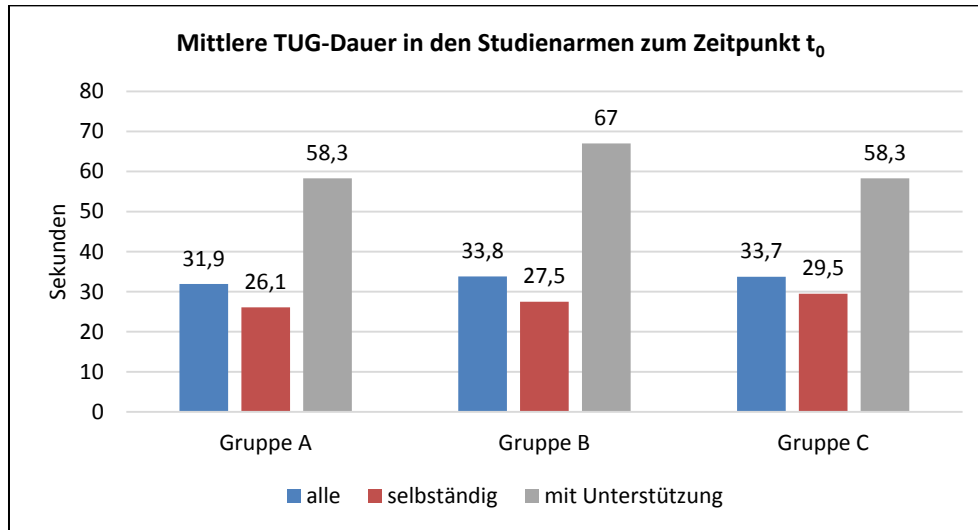


Abbildung 29: Mittlere TUG-Dauer zum Zeitpunkt t_0

Wie erwartet, gibt es zum Zeitpunkt t_0 keine ersichtlichen Unterschiede für die drei Studienarme. Dagegen unterscheiden sich die Verteilungen der TUG –Werte bei selbständiger Durchführung und Durchführung mit Unterstützung erwartungsgemäß deutlich. Bewohner, welche den TUG nur mit Unterstützung durchführen konnten, brauchten im Mittel wesentlich länger. Eine größere Variabilität der TUG-Dauer bei der unterstützten Durchführung, u. a. verursacht durch drei Bewohnerinnen mit besonders hohen Werten, ist ebenfalls zu erkennen. Tabelle 71 gibt eine Zusammenfassung der TUG-Dauer für alle Bewohner. Sie zeigt außerdem, dass durch die vorherige Trockenübung (TÜ) weder ein Lerneffekt noch ein Erschöpfungseffekt ersichtlich ist.

Tabelle 71: Dauer des TUG in Sekunden mit und ohne Trockenübung vorher

		TUG Zeitdauer (Sekunden)					
		beobachtet	MW	SD	Min.	Median	Max.
selbständige Durchführung	alle	648	27,6	12,6	7	26	116
	vorher TÜ	64	26,4	10,2	10	26	56
	keine TÜ	584	27,8	12,8	7	26	116
Durchführung mit Unterstützung	alle	127	61,2	41,2	19	49	310
	vorher TÜ	8	66,5	62,0	36	47,5	219
	keine TÜ	119	60,8	39,8	19	49	310
alle Durchführungen	alle	775	33,1	23,7	7	27	310
	vorher TÜ	72	30,8	25,1	10	26,5	219
	keine TÜ	703	33,4	23,6	7	27	310

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Im Mittel sprechen die Zeitwerte des TUG über alle Durchführungen mit einer Dauer von über 30 Sekunden für ausgeprägte Einschränkungen der Mobilität der Bewohner in der Cluster-RCT. Werden die in Kapitel 5.5 berichteten Wertebereiche des TUG zugrunde gelegt (< 10 Sekunden in der Regel ohne Einschränkungen der Mobilität, < 20 Sekunden unabhängige Mobilität mit minimalen Einschränkungen, 20 bis 29 Sekunden abklärungsbedürftige Einschränkungen der funktionalen Mobilität, > 30 Sekunden ausgeprägte Mobilitätseinschränkung), weisen die Baseline-Ergebnisse der Personen, die den TUG selbstständig durchführten, auf eine durchschnittlich funktionell relevante, abklärungsbedürftige Mobilitätseinschränkung in dieser Personengruppe hin.

Bei den nicht gehfähigen Bewohnern wurde als Wirksamkeitsgröße die **Esslinger Transferskala** verwendet. Die Baseline-Auswertung dieser Größe enthält Tabelle 72.

Tabelle 72: Hilfestufen der Esslinger Transferskala im ITT-Kollektiv

	gesamt	nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Hilfestufen der Esslinger Transferskala – anteilig (absolut)				
Hilfestufe 0	3,4 % (9)	4,7 % (4)	3,2 % (3)	2,3 % (2)
Hilfestufe 1	13,8 % (37)	19,8 % (17)	8,4 % (8)	13,8 % (12)
Hilfestufe 2	25,7 % (69)	27,9 % (24)	25,3 % (24)	24,1 % (21)
Hilfestufe 3	23,5 % (63)	16,3 % (14)	31,6 % (30)	21,8 % (19)
Hilfestufe 4	33,6 % (90)	31,4 % (27)	31,6 % (30)	37,9 % (33)

Auch hier gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen. Die meisten Bewohnerinnen (insgesamt 33,6 %) hatten Hilfestufe 4 (ein Helfer professionellen Standards nicht ausreichend). In Hilfestufe 3 (Hilfe professionellen Standards erforderlich) und 2 (geschulte Laienhilfe erforderlich) gibt es annähernd gleich viele Bewohner (insgesamt 23,5 % bzw. 25,7 %). In Hilfestufe 1 (spontane Laienhilfe erforderlich) fallen 13,8 % der Bewohnerinnen und nur 3,4 % in Hilfestufe 0 (keine personelle Hilfe erforderlich).

Zur Beschreibung des **Randomisierungserfolgs** wurde untersucht, wie ähnlich sich die drei Studienarme zum Zeitpunkt t_0 sind. Hierfür wurde – mit Aussicht auf die Wirksamkeitsanalysen – das ITT-Kollektiv der gehfähigen Bewohner betrachtet. Wie in den vorangegangenen Tabellen gesehen, zeigte sich bei mehreren Variablen, dass es Unterschiede zwischen den Studienarme gibt. Die ungleiche Verteilung hat sich aufgrund der Randomisierung auf Ebene der Cluster (Pflegeeinrichtungen) ergeben, welche nicht im selben Maße die Homogenität sichert wie auf Individuen-Ebene. Leider war in dieser Studie eine Randomisierung der Individuen aus inhaltlichen Gründen (Interventionen auf Heimebene) nicht möglich. Die gefundenen Unterschiede können auf verschiedene Kollektive in einzelnen Pflegeeinrichtungen hindeuten (zum Beispiel Spezialisierung auf besonders schwere Fälle mit großem Anteil an Bewohnerinnen mit PEA-Status), sie könnten aber auch den unterschiedlichen Dokumentationssystemen geschuldet sein (z.B. verschiedene Erfassungen des Sturzrisikos, mehr oder weniger vollständige Dokumentation von Hilfsmitteln wie einer Brille). Alles in allem liegen die zu Baseline gefundenen Ungleichheiten zwischen den Interventionsgruppen in dem für clusterrandomisierte Studien üblichen Ausmaß. Neben der deskriptiven Beschreibung wurden auch Homogenitätstests durchgeführt. Diskrete Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft, stetige Variablen

mit dem Kruskal-Wallis-Test. Eine Tabelle mit den Ergebnissen befindet sich in der statistischen Anlage. Zu beachten ist, dass aufgrund der multiplen Tests die sich ergebenden p-Werte mit Vorsicht zu interpretieren sind. Aufgrund der hohen Fallzahlen und teilweise geringer Standardabweichungen (beispielsweise Anzahl der Medikamente) finden sich möglicherweise sehr kleine p-Werte, auch wenn die Mittelwerte sich augenscheinlich nicht um einen relevanten Betrag unterscheiden. Aus diesem Grund wird häufig auf das Testen von Homogenität der Baselinevariablen verzichtet (siehe zum Beispiel ICH E9 Guideline (ICH 1998)). Bei den Regressionsanalysen wird – wie im SAP vorgeplant – die Baseline der Pflegestufe als Kovariable ins Modell aufgenommen, um Heterogenität zu kontrollieren. Da nur Variablen als Kovariablen berücksichtigt werden sollten, welche durch Vorplanung (und nicht aufgrund der Daten) festgelegt wurden (vgl. ICH 1998), werden nicht alle Variablen mit nicht homogener Verteilung zwischen den Interventionsgruppen in der primären Analyse berücksichtigt. Im Falle der Signifikanz der primären Analyse waren laut SAP Sensitivitätsanalysen mit nicht homogen verteilten Kovariablen vorgesehen.

Weiter wurde untersucht, ob der primäre Endpunkt TUG – wie es zu erwarten wäre – mit anderen mobilitätsbezogenen Variablen assoziiert ist. Dazu zeigt Anhang 13.7B der statistischen Anlage, dass es für eine Vielzahl von Variablen relevante Zusammenhänge mit der TUG-Dauer zu Baseline gibt, die damit den TUG als relevanten Endpunkt für Mobilität bestätigen.

Tabelle 73 fasst die soziodemographischen und mobilitätsbezogenen Merkmale der Bewohner im ITT-Kollektiv zusammen.

Tabelle 73: Zusammenfassung der soziodemographischen und mobilitätsbezogenen Merkmale der Bewohner im ITT-Kollektiv

	gesamt	gehfähige Bewohner			gesamt	nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Alter – Mittelwerte								
Jahre	83,6	84,4	82,8	83,8	82,7	82,2	82,8	83,2
Geschlecht – anteilig (absolut)								
weiblich	75,3 % (599)	76,8 % (215)	75,5 % (207)	73,1 % (177)	71,7 % (193)	73,6 % (63)	69,5 % (66)	72,4 % (63)
männlich	24,7 % (197)	23,2 % (65)	24,5 % (67)	26,9 % (65)	28,3 % (76)	26,4 % (23)	30,5 % (29)	27,6 % (24)
Aktuelle Pflegestufe – anteilig (absolut)								
ohne PS	3,5 % (28)	0,4 % (1)	4,0 % (11)	6,6 % (16)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
PS I	61,2 % (487)	60,7 % (170)	66,4 % (182)	55,8 % (135)	13,8 % (37)	10,3 % (9)	11,6 % (11)	19,5 % (17)
PS II	31,9 % (254)	35,0 % (98)	26,6 % (73)	34,3 % (83)	54,3 % (146)	64,4 % (56)	47,4 % (45)	51,7 % (45)
III (inkl. Härtefall)	2,7 % (17)	3,3 % (9)	2,2 % (6)	1,2 % (3)	32,0 % (86)	25,3 % (22)	41,0 % (39)	28,7 % (25)
Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – anteilig (absolut)								
PEA-Status	66,0 % (520)	76,5 % (212)	56,7 % (153)	64,3 % (155)	75,5 % (200)	74,7 % (65)	79,6 % (74)	71,8 % (61)
Diagnosen – anteilig (absolut)								
neurologische Erkrankungen	55,6 % (440)	56,7 % (157)	60,8 % (166)	48,3 % (117)	63,6 % (171)	64,4 % (56)	70,5 % (67)	55,2 % (48)
Depression	17,4 % (138)	20,1 % (56)	19,0 % (52)	12,4 % (30)	17,1 % (46)	16,1 % (14)	16,8 % (16)	18,4 % (16)
Arthritis/Rheuma	19,9 % (158)	19,8 % (55)	19,1 % (52)	21,1 % (51)	62,4 % (71)	27,6 % (24)	30,5 % (29)	20,7 % (18)
jemals Frakturen der Hüfte/unteren Extremitäten	25,6 % (203)	25,5 % (71)	28,6 % (78)	22,3 % (54)	39,3 % (105)	31,4 % (27)	44,2 % (42)	41,9 % (36)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	81,0 % (642)	81,7 % (227)	81,0 % (221)	80,2 % (194)	87,0 % (234)	87,4 % (76)	86,3 % (82)	87,4 % (76)
Asthma/COPD, weitere chronische Atemwegserkrankungen	12,4 % (98)	11,9 % (33)	11,4 % (31)	14,0 % (34)	11,5 % (31)	9,2 % (8)	13,7 % (13)	11,5 % (10)
Schlaganfall	15,3 % (121)	11,2 % (31)	16,5 % (45)	18,6 % (45)	21,6 % (58)	18,6 % (16)	23,2 % (22)	23,0 % (20)
Medikamente – anteilig (absolut)								
Benzodiazepine	23,0 % (103)	16,2 % (45)	11,0 % (30)	11,6 % (28)	15,7 % (42)	16,1 % (14)	11,7 % (11)	19,5 % (17)
Anticholinergika	6,3 % (50)	4,3 % (12)	7,7 % (21)	7,0 % (17)	5,9 % (16)	4,6 % (4)	6,3 % (6)	6,9 % (6)
Antihypertensiva	78,1 % (619)	76,3 % (212)	83,5 % (228)	74,0 % (179)	71,4 % (192)	75,9 % (66)	71,6 % (68)	66,7 % (58)
Antidepressiva	30,6 % (242)	32,4 % (90)	31,3 % (85)	27,7 % (67)	27,9 % (75)	27,6 % (24)	22,1 % (21)	34,5 % (30)
Größe, Gewicht und Body Mass Index – Mittelwerte								
Größe (cm)	162,5	161,2	163,1	163,2	163,0	164,4	161,9	162,7
Gewicht (kg)	71,0	69,6	72,1	71,0	70,7	76,3	69,3	66,6
Body Mass Index	26,9	26,7	27,2	26,8	26,6	28,0	26,4	25,2
Hilfsmittel – anteilig (absolut)								
Gehstock	11,0 % (87)	10,7 % (30)	12,9 % (35)	9,1 % (22)	6,0 % (16)	3,4 % (3)	9,6 % (9)	4,6 % (4)
Rollator	68, % (550)	77,1 % (216)	66,1 % (179)	64,0 % (155)	32,5 % (87)	32,2 % (28)	35,1 % (33)	29,9 % (26)
Unterarmgehstütze	1,3 % (10)	0,7 % (2)	1,5 % (4)	1,7 % (4)	2,2 % (6)	1,1 % (1)	0,0 % (0)	5,7 % (5)
Rollstuhl	24,2 % (192)	26,1 % (73)	23,6 % (64)	22,7 % (55)	86,9 % (233)	96,6 % (84)	81,9 % (77)	82,8 % (72)
beeinträchtigte Sehfunktion – anteilig (absolut)								
beeinträchtigte Sehfunktion	73,8 % (579)	72,7 % (202)	79,8 % (213)	68,3 % (164)	69,4 % (175)	66,7 % (56)	72,7 % (64)	68,8 % (55)
Sturz – anteilig (absolut)								
Risiko Sturz	85,1 % (653)	89,2 % (248)	78,3 % (206)	88,1 % (199)	81,7 % (214)	88,4 % (76)	76,9 % (70)	80,0 % (68)
Sturz in den letzten 3 Monaten	25,3 % (201)	22,9 % (64)	25,9 % (71)	27,3 % (66)	21,2 % (57)	20,5 % (18)	18,9 % (18)	24,1 % (21)
Angst zu stürzen (auskunftsfähige Bewohner)	40,1 % (306)	38,9 % (102)	46,0 % (121)	34,9 % (83)	50,0 % (100)	45,1 % (32)	59,7 % (40)	45,2 % (28)
Schmerz – anteilig (absolut)								
Selbsteinschätzung	32,1 % (243)	29,8 % (78)	35,9 % (93)	30,4 % (72)	37,3 % (75)	36,5 % (27)	40,9 % (27)	34,4 % (21)
Fremdeinschätzung	29,0 % (218)	25,2 % (66)	38,0 % (98)	23,2 % (54)	35,9 % (94)	39,3 % (33)	40,9 % (38)	27,1 % (23)

	gesamt	gehfähige Bewohner			gesamt	nicht gehfähige Bewohner		
		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C		Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
Kognitive Einschränkungen – anteilig (absolut)								
keine	34,5 % (273)	40,7 % (114)	35,9 % (97)	25,7 % (62)	18,0 % (48)	30,2 % (26)	11,6 % (11)	12,8 % (11)
leicht	36,2 % (286)	30,7 % (86)	36,7 % (99)	41,9 % (101)	33,0 % (88)	31,4 % (27)	26,3 % (25)	41,9 % (36)
mittelschwer	19,8 % (157)	17,1 % (48)	18,5 % (50)	24,5 % (59)	19,1 % (51)	16,3 % (14)	21,1 % (20)	19,8 % (17)
stark	9,5 % (75)	11,4 % (32)	8,9 % (24)	7,9 % (19)	30,0 % (80)	22,1 % (19)	41,1 % (39)	25,6 % (22)
Müdigkeit/Antriebslosigkeit – anteilig (absolut)								
bestehend	28,9 % (228)	29,3 % (81)	31,7 % (86)	25,3 % (61)	52,2 % (133)	50,6 % (42)	63,3 % (57)	41,5 % (34)
Ortsfixierung und Bettlägerigkeit – anteilig (absolut)								
Ortsfixierung	--	--	--	--	48,0 % (120)	41,4 % (36)	44,2 % (42)	58,6 % (51)
Bettlägerigkeit	--	--	--	--	4,1 % (11)	0,0 %	6,3 % (6)	5,7 % (5)
Aktionsradius außerhalb des Zimmers, laut Angabe des Bewohners/der Bewohnerin – anteilig (absolut)								
nie (an keinem Tag)	0,5 % (4)	0,7 % (2)	0,7 % (2)	0,0 %	3,8 % (10)	4,9 % (4)	3,2 % (3)	3,5 % (3)
manchmal (an 1 bis 3 Tagen)	0,4 % (3)	0,7 % (2)	0,4 % (1)	0,0 %	6,2 % (16)	4,9 % (4)	7,5 % (7)	5,8 % (5)
häufig (an 4 bis 6 Tagen)	0,3 % (2)	0,0 %	0,4 % (1)	0,4 % (1)	4,6 % (12)	3,7 % (3)	2,2 % (2)	8,1 % (7)
immer (an allen sieben Tagen)	98,8 % (770)	98,5 % (263)	98,5 % (267)	99,6 % (240)	85,4 % (222)	86,4 % (70)	87,1 % (81)	82,6 % (71)
Aktionsradius außerhalb des Wohnbereichs, laut Angabe des Bewohners/der Bewohnerin – anteilig (absolut)								
nie (an keinem Tag)	7,1 % (55)	4,9 % (13)	11,4 % (31)	4,6 % (11)	19,0 % (49)	15,9 % (13)	24,7 % (23)	15,7 % (13)
manchmal (an 1 bis 3 Tagen)	16,8 % (130)	22,0 % (58)	19,6 % (53)	7,9 % (19)	35,7 % (92)	28,0 % (23)	39,8 % (37)	38,6 % (32)
häufig (an 4 bis 6 Tagen)	5,5 % (43)	4,5 % (12)	5,5 % (15)	6,6 % (16)	8,9 % (23)	11,0 % (9)	4,3 % (4)	12,0 % (10)
immer (an allen sieben Tagen)	70,6 % (548)	68,6 % (181)	63,5 % (172)	80,9 % (195)	36,4 % (94)	45,1 % (37)	31,2 % (29)	33,7 % (28)
Aktionsradius außerhalb der Einrichtung, laut Angabe des Bewohners/der Bewohnerin – anteilig (absolut)								
nie (an keinem Tag)	21,7 % (168)	12,0 % (32)	30,1 % (81)	23,0 % (55)	38,8 % (101)	25,6 % (21)	44,6 % (41)	45,3 % (39)
manchmal (an 1 bis 3 Tagen)	34,8 % (270)	35,2 % (94)	37,5 % (101)	31,4 % (75)	38,1 % (99)	32,9 % (27)	41,3 % (38)	39,5 % (34)
häufig (an 4 bis 6 Tagen)	7,6 % (59)	7,9 % (21)	6,3 % (17)	8,8 % (21)	6,9 % (18)	11,0 % (9)	4,3 % (4)	5,8 % (5)
immer (an allen sieben Tagen)	35,9 % (278)	44,9 % (120)	26,0 % (70)	36,8 % (88)	16,2 % (42)	30,5 % (25)	9,8 % (9)	9,3 % (8)
Scorewerte des EBoMo – Mittelwerte								
Positionswechsel im Bett (4.1)	7,9	7,9	7,8	7,9	5,8	6,3	5,4	5,9
Transfer (4.2)	11,1	11,2	11,0	11,2	6,7	7,3	6,6	6,4
Sitzen im Stuhl (4.3)	4,0	4,0	3,9	4,0	3,2	3,4	3,1	3,0
Stehen/Gehen/ Treppensteigen (4.4)	8,4	8,6	8,3	8,5	4,1	4,1	4,1	4,1
Bewegung innerhalb/ außerhalb der Einrichtung (4.5)	5,9	6,0	5,8	5,8	4,2	4,6	3,9	4,0
Gesamtsumme (4.1-4.5)	37,3	37,6	36,8	37,4	24,0	25,7	23,0	23,4
Logarithmierte TUG-Zeitdauer in Sekunden – Mittelwerte								
selbständige Durchführung	3,23	3,17	3,23	3,29	--	--	--	--
Durchführung mit Unterstützung	3,96	3,98	4,02	3,85	--	--	--	--
alle Durchführungen	3,35	3,32	3,36	3,37	--	--	--	--
Hilfestufen der Esslinger Transferskala – anteilig (absolut)								
Hilfestufe 0	--	--	--	--	3,4 % (9)	4,7 % (4)	3,2 % (3)	2,3 % (2)
Hilfestufe 1	--	--	--	--	13,8 % (37)	19,8 % (17)	8,4 % (8)	13,8 % (12)
Hilfestufe 2	--	--	--	--	25,7 % (69)	27,9 % (24)	25,3 % (24)	24,1 % (21)
Hilfestufe 3	--	--	--	--	23,5 % (63)	16,3 % (14)	31,6 % (30)	21,8 % (19)
Hilfestufe 4	--	--	--	--	33,6 % (90)	31,4 % (27)	31,6 % (30)	37,9 % (33)

10.2 Analyse des Hauptzielkriteriums

Die für die Durchführung des TUG benötigte (logarithmierte) Zeitdauer in Sekunden ist das Hauptzielkriterium für die Wirksamkeitsanalyse in der Cluster-RCT. Wie bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben, sprechen die mittleren Zeitwerte des TUG über alle Durchführungen mit einer Dauer von über 30 Sekunden zu Beginn der Studie für ausgeprägte Einschränkungen der Mobilität der Bewohnerinnen in der Cluster-RCT. Auch die Baseline-Ergebnisse der Personen, die den TUG selbständig durchführten, weisen dagegen auf eine durchschnittlich funktionell relevante Mobilitätseinschränkung in dieser Personengruppe hin. Im Studienverlauf veränderten sich diese Werte in allen Studienarmen. Dabei war zwar eine tendenzielle Verbesserung der TUG-Werte zu t_1 in der Interventionsgruppe A und der Interventionsgruppe B im Vergleich zur Kontrollgruppe C zu erkennen, allerdings sind die Unterschiede wesentlich kleiner als bei der Fallzahlplanung angenommen und es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt für eine Verbesserung in der erwarteten Größenordnung.

Deskriptive Darstellungen zum TUG

Tabelle 74 fasst die mittlere Dauer des TUGs in Sekunden getrennt nach Erhebungszeitpunkt, Studienarm und Art der Durchführung (selbständig oder mit Unterstützung) zusammen.

Tabelle 74: Mittelwert der TUG-Dauer nach Zeitpunkt, Durchführung und Studienarm

		Mittlere TUG-Dauer (Sekunden)			
		Gruppe A (Beobachtungen: $t_0 = 274, t_1 = 226,$ $t_2 = 218$)	Gruppe B (Beobachtungen: $t_0 = 263, t_1 = 243,$ $t_2 = 202$)	Gruppe C (Beobachtungen: $t_0 = 238, t_1 = 201,$ $t_2 = 180$)	Alle Gruppen (Beobachtungen: $t_0 = 775, t_1 = 670,$ $t_2 = 600$)
selbständige Durchführung	t_0	26,1	27,5	29,5	27,6
	t_1	25,1	27,0	28,3	26,8
	t_2	24,5	28,4	29,1	27,3
	Differenz t_1 zu t_0	-1,0	-0,5	-1,2	-0,8
	Differenz t_2 zu t_0	-1,6	0,9	-0,4	-0,3
Durchführung mit Unterstützung	t_0	58,3	67,0	58,3	61,2
	t_1	48,7	51,7	62,3	53,4
	t_2	42,0	59,5	53,2	49,7
	Differenz t_1 zu t_0	-9,6	-15,3	-6,0	-7,8
	Differenz t_2 zu t_0	-16,3	-7,5	-5,1	-11,3
alle TUGs	t_0	31,9	33,8	33,7	33,1
	t_1	27,7	30,2	31,5	29,8
	t_2	27,7	32,4	30,9	30,2
	Differenz t_1 zu t_0	-4,2	-3,6	-2,2	-3,3
	Differenz t_2 zu t_0	-4,2	-1,4	-2,8	-2,9

Betrachtet man die TUG-Werte aller Bewohner, so ist in allen drei Gruppen eine leichte Verringerung des mittleren TUG von t_0 zu t_1 erkennbar. Im Verlauf von t_0 zu t_2 ist keine Tendenz zu erkennen. Bei alleiniger Betrachtung der TUG-Werte mit selbständiger Durchführung sind weder Unterschiede zwischen den Gruppen noch zwischen den Zeitpunkten ersichtlich. Allein die Werte bei Durchführung mit Unterstützung variieren stark. In der Kontrollgruppe ist kein Trend zu erkennen, während in Interventionsgruppe A der TUG zu Baseline im Mittel etwa gleich ist wie in der Kontrolle und zu den folgenden Zeitpunkten um etwa 10 bzw. 16 Sekunden abnimmt. In Interventionsgruppe B ist das Niveau zu t_0 niedriger, nimmt zu t_1 um fast 25 Sekunden ab und erhöht sich zu t_2 wieder um etwa 14 Sekunden. Zu beachten ist, dass verhältnismäßig wenige Bewohnerinnen (etwa 10 %) den TUG mit

Unterstützung durchführten und die Varianz der Beobachtungen deutlich höher ist. Zudem ist die ordnungsgemäße Durchführung des TUG ohne Unterstützung vorgesehen und das Eingreifen der Pflegekraft bei der Durchführung schwer kontrollierbar. Da die Pflegekräfte nicht verblindet waren, könnte es hier zu Verzerrungen gekommen sein. Abbildung 30, Abbildung 31 und Abbildung 32 veranschaulichen die Entwicklung der TUG-Dauer über den Studienverlauf für alle Bewohnerinnen, für Bewohner mit selbständiger Durchführung und für Bewohnerinnen mit Unterstützung.

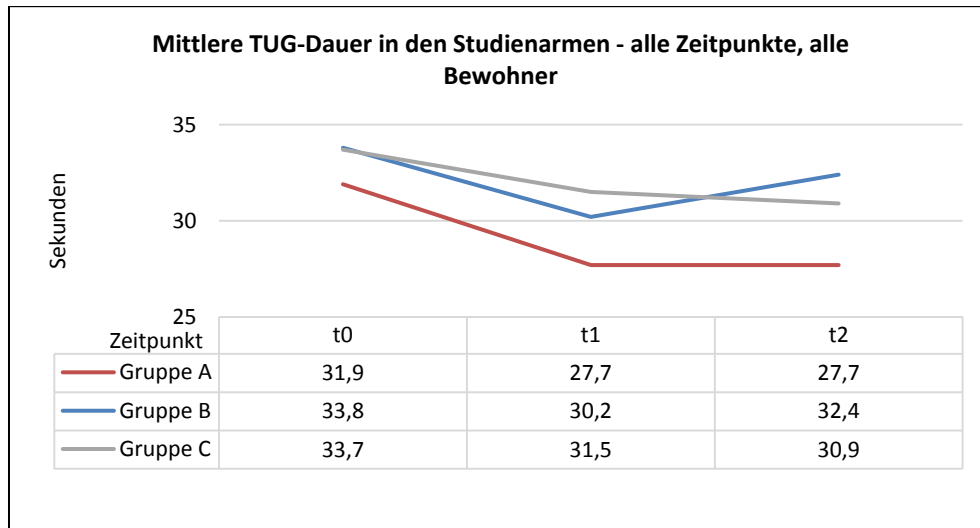


Abbildung 30: Mittlere TUG-Dauer, alle Zeitpunkte und Bewohner

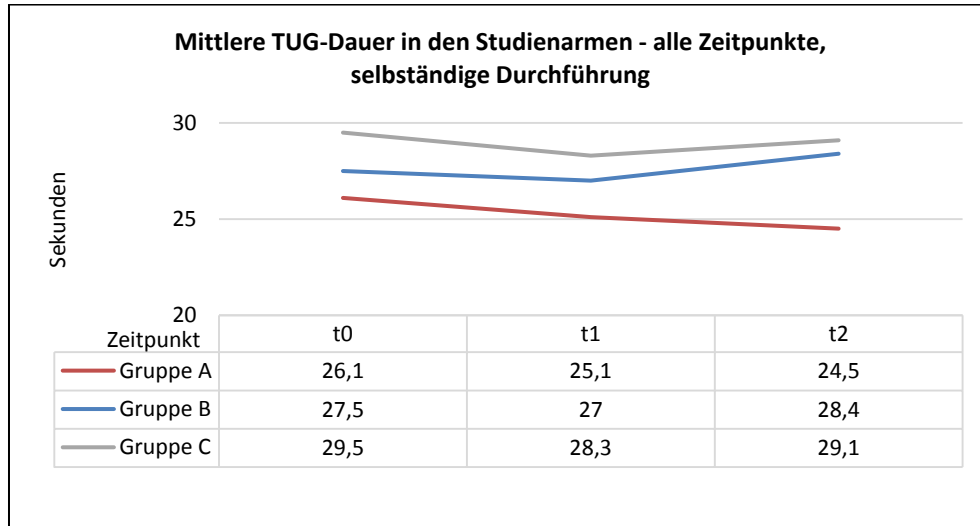


Abbildung 31: Mittlere TUG-Dauer, alle Zeitpunkte, selbständige Durchführung

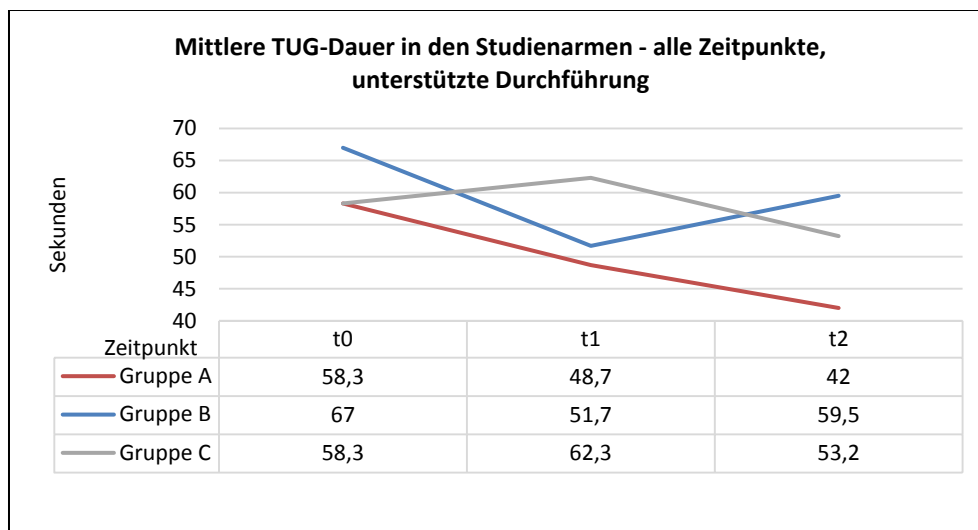


Abbildung 32: Mittlere TUG-Dauer, alle Zeitpunkte, unterstützte Durchführung

Eine getrennte Betrachtung der benötigten Zeitdauer nach Schwere der Ausprägung der über den TUG ableitbaren Mobilitätsbeeinträchtigung (Personen mit Werten unter 10 Sekunden, Werten von mit 10 bis 20 Sekunden, Werten von 20 bis 30 Sekunden bzw. über 30 Sekunden) zeigt keine vom Gesamtergebnis differierenden Unterschiede zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 (jeweils im Vergleich zu t_0) zwischen den Studienarmen. Personen, die zu Baseline länger als 30 Sekunden für den TUG brauchten (eingestuft als ausgeprägte Mobilitätseinschränkung), zeigten im Mittel in keiner der Interventionsgruppen eine Veränderung ihres Wertes.

Veränderung von t_0 zu t_1

Betrachtet man die Differenz der TUG-Zeitdauer zwischen t_1 und t_0 , so ist danach zu unterscheiden, ob eine Person den TUG beide Male selbständig oder mit Unterstützung durchgeführt hat oder ob es einen Wechsel gab. Tabelle 75 gibt die entsprechenden Fallzahlen an.

Tabelle 75: Anzahl der TUG-Beobachtungen t_0 und t_1 mit und ohne Wechsel der Durchführung

Wechsel der TUG-Durchführung (t_0 zu t_1)	Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C	
	n	%	n	%	n	%
t_0 und t_1 selbständig	183	83,2	189	81,8	163	82,7
t_0 und t_1 mit Unterstützung	18	8,2	16	6,9	10	5,1
t_0 selbständig, t_1 mit Unterstützung	7	3,2	14	6,1	9	4,6
t_0 mit Unterstützung, t_1 selbständig	12	5,5	12	5,2	15	7,6
Gesamt	220	100,0	231	100,0	197	100,0

Die meisten Bewohner (mehr als 80 %) führten den TUG beide Male selbständig durch. In diesem Fall war in allen Studienarmen die Differenz der TUG-Dauer zwischen t_1 und t_0 negativ (siehe Tabelle 76), wobei der Wert in den beiden Interventionsgruppen ein wenig kleiner war als in der Kontrollgruppe. In der primären Analyse kann kein signifikanter Effekt gezeigt werden. Zu beachten ist, dass bei der Fallzahlplanung von einem wesentlich höheren Unterschied (5 beziehungsweise 6 Sekunden) ausgegangen wurde. Die beobachteten Unterschiede von weniger als 1 Sekunde sind auch inhaltlich von eher geringer Relevanz.

Tabelle 76: Differenz der TUG-Dauer $t_1 - t_0$ unterteilt nach Wechsel der Durchführung

Differenz $t_1 - t_0$ TUG-Dauer (s)	Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C		Int. A - Kont.	Int. B - Kont.
	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
t_0 und t_1 selbständig	-1,03	7,25	-0,70	9,26	-0,37	10,55	-0,66	-0,33
t_0 und t_1 mit Unterstützung	-9,33	26,46	-6,19	27,55	-19,70	50,61	10,37	13,51
t_0 selbständig, t_1 mit Unterstützung	5,29	29,21	7,57	12,92	22,00	43,18	- 6,71	-14,43
t_0 mit Unterstützung, t_1 selbständig	-6,25	21,84	-9,92	13,58	-7,47	16,64	1,22	-2,45
Gesamt	-1,79	12,38	-1,06	12,18	-0,87	18,74	-0,92	-0,19

Legende: MW = Mittelwert, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Da die Werte der Zeitdauer des TUG keiner Normalverteilung folgten – diese jedoch Voraussetzung für die im Verlauf durchzuführenden statistischen Analysen ist – wurde für die Auswertung der Wirksamkeit der Logarithmus der TUG-Zeitdauer berechnet, da dieser annähernd normalverteilt ist. Diese Betrachtung vergleicht genaugenommen keine Differenzen miteinander, sondern testete Unterschiede von zeitlichen Verhältnissen in den Studiengruppen. Die Unterschiede in den Verhältnissen t_1 zu t_0 zwischen den Interventionsgruppen sind in Tabelle 77 dargestellt. In der Kontrolle liegt das Verhältnis von t_1 zu t_0 knapp über 1, während in den beiden Interventionsgruppen das Niveau von t_0 zu t_1 etwa gehalten wird. Die Unterschiede zwischen diesen Verhältnissen sind zu klein, um aussagekräftig zu sein. Dies bestätigt die bisherigen Beobachtungen, dass es keinen relevanten Interventionseffekt gegeben hat. Insbesondere ist auch zwischen den beiden Interventionsgruppen kein Unterschied zu erkennen.

Tabelle 77: Verhältnis der TUG-Dauer t_1 zu t_0 unterteilt nach Wechsel der Durchführung

Verhältnis t_1/t_0 TUG-Dauer (s)	Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C		Int. A /Kont. MW	Int. B /Kont Std.
	MW	SD	MW	SD	MW	SD.		
t_0 und t_1 selbständig	1,00	0,29	1,00	0,29	1,05	0,36	1,05	0,36
t_0 und t_1 mit Unterstützung	0,93	0,39	0,98	0,33	0,96	0,38	0,96	0,38
t_0 selbständig, t_1 mit Unterstützung	1,42	1,13	1,21	0,41	1,83	1,64	1,83	1,64
t_0 mit Unterstützung, t_1 selbständig	0,94	0,34	0,82	0,22	0,88	0,29	0,88	0,29
Gesamt	1,00	0,36	1,00	0,30	1,07	0,51	1,07	0,51

Legende: MW = Mittelwert, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Veränderung von t_0 zu t_2

Tabelle 78 zeigt die Anzahl der Wechsler zwischen selbständiger und unterstützter Durchführung des TUG von t_0 zu t_2 . Die meisten Bewohner führten den TUG beide Male selbständig durch. In Tabelle 79 sind die Differenzen zwischen den Zeitpunkten t_2 und t_0 angegeben. Diese sind in der Kontrollgruppe C sowie in der Interventionsgruppe A im Mittel negativ und betragsmäßig etwas größer als die Differenzen zwischen t_1 und t_0 . In Interventionsgruppe B ist die Differenz positiv, aber klein im Vergleich zur Standardabweichung. Es kann davon ausgegangen werden, dass es keine wesentlichen Veränderungen über die Zeit und keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen gegeben hat. Ein ähnliches Bild zeigt auch der Vergleich der Verhältnisse des TUGs von t_2 zu t_0 in Tabelle 80. Während die Verhältnisse in der Kontrollgruppe und Interventionsgruppe A nahe bei Eins liegen, ist es in Interventionsgruppe B knapp darüber. Die Unterschiede sind allerdings nicht sehr groß.

Tabelle 78: Anzahl der TUG-Beobachtungen t_0 und t_2 mit und ohne Wechsel der Durchführung

Wechsel der TUG-Durchführung (t_0 zu t_2)	Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C	
	n	%	n	%	n	%
t_0 und t_2 selbständig	173	81,6	156	80,8	148	84,6
t_0 und t_2 mit Unterstützung	24	11,3	10	8,2	7	4,0
t_0 selbständig, t_2 mit Unterstützung	12	5,7	12	6,2	4	2,3
t_0 mit Unterstützung, t_2 selbständig	3	1,4	15	7,8	16	9,1
Gesamt	212	100,0	193	100,0	175	100,0

Tabelle 79: Differenz der TUG-Dauer $t_2 - t_0$ unterteilt nach Wechsel der Durchführung

Differenz $t_2 - t_0$ TUG-Dauer (s)	Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C		Int. A - Kont.	Int. B - Kont.
	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
t_0 und t_2 selbständig	-0,42	8,56	1,15	10,01	-0,80	12,48	0,38	1,95
t_0 und t_2 mit Unterstützung	-16,46	26,61	-22,70	45,38	-33,29	66,4	16,83	10,59
t_0 selbständig, t_2 mit Unterstützung	-0,75	11,23	15,67	32,46	18,00	16,75	-18,75	2,33
t_0 mit Unterstützung, t_2 selbständig	-15,67	12,50	-7,13	19,17	-11,75	16,21	-3,92	4,62
Gesamt	-2,47	13,16	0,17	17,66	-2,67	19,22	0,2	2,84

Legende: MW = Mittelwert, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Tabelle 80: Verhältnis der TUG-Dauer t_2 zu t_0 unterteilt nach Wechsel der Durchführung

Verhältnis t_2/t_0 TUG-Dauer (s)	Gruppe A		Gruppe B		Gruppe C		Int. A /Kont.	Int. B /Kont.
	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
t_0 und t_2 selbständig	1,02	0,34	1,07	0,35	1,02	0,38	1,00	1,04
t_0 und t_2 mit Unterstützung	0,82	0,38	0,93	0,48	1,02	0,54	0,80	0,91
t_0 selbständig, t_2 mit Unterstützung	1,02	0,26	1,41	0,68	1,50	0,46	0,68	0,94
t_0 mit Unterstützung, t_2 selbständig	0,77	0,08	0,86	0,30	0,80	0,21	0,96	1,08
Gesamt	0,99	0,34	1,06	0,39	1,01	0,39	0,98	1,05

Legende: MW = Mittelwert, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Alle deskriptiven Tabellen zum TUG befinden sich in der statistischen Anlage zum Bericht.

Multilevel-Regression und ANOVA

Für die Wirksamkeitsanalyse wurde eine longitudinale Multilevel Regression (Bewohnern als *random effect*) für die Dauer des TUG durchgeführt. Einbezogen wurden die Beobachtungen zu den Zeitpunkten t_0 und t_1 . Zur Berücksichtigung der Clusterrandomisierung wurden auch die Pflegeeinrichtungen als *random effect* aufgenommen. Unterschiede zwischen den drei Studienarmen zu t_1 zeigten sich durch Betrachtung der Parameter für die Treatment-Zeit-Interaktionen. Die Signifikanz der Unterschiede wurde mit einer Varianzanalyse (Multilevel ANOVA) überprüft. Zur Berücksichtigung von potentiellen Modellmisspezifikationen wurde ein robuster Varianzschätzer verwendet. Konvergenzprobleme traten nicht auf.

Zur Kontrolle wichtiger Einflussfaktoren wurden folgende – im SAP vorab festgelegte Kovariablen (alle zu t_0) – in die Multilevel Regressionsmodelle einbezogen, jeweils als absoluter Effekt und als zeitliche Interaktion:

- Variablen, welche bei der stratifizierten Randomisierung berücksichtigt wurden, sind:

- Träger (privat, öffentlich/freigemeinnützig) der Einrichtung
 - Region (Nord, Süd, West, Ost) der Einrichtung
- Wesentliche, stabile Baseline-Variablen, welche vermutlich einen Einfluss auf die Zielvariable haben und aufgrund der Cluster-Randomisierung nicht kontrolliert werden können:
- Alter
 - Pflegestufe (ggf. mit zusammengefassten Kategorien)
 - Durchführung des TUG selbständig/mit Unterstützung

Mehrere Sensitivitätsanalysen wurden durchgeführt (siehe SAP). Zusätzlich wurde das betrachtete Modell auch unter Einbeziehung der Zeitpunkte t_0 und t_2 gerechnet. Tabelle 81 gibt einen Überblick über die Primäranalyse und die durchgeführten Sensitivitätsanalysen zur Wirksamkeit und die p-Werte der ANOVA. Genauere Erläuterungen zu den einzelnen Analysen finden sich weiter unten.

Tabelle 81: Überblick über die durchgeführten Analysen zur Wirksamkeit

	Analyse t_0 vs. t_1 (abhängige Variable)			
	n Beobachtungen	davon t_0	davon t_1	p-Wert ANOVA
Primäre Analyse	1.423	775	648	0,1740
Sensitivitätsanalyse 1 (Interpolation zu t_1)	1.456	775	681	0,2159
Sensitivitätsanalyse 2 (nur selbständige Durchführung)	1.070	535	535	0,2444
Sensitivitätsanalyse 3a (PP-Kollektiv)	1.213	648	565	0,0715
Sensitivitätsanalyse 3b (PP mit Interpolation)	1.243	648	595	0,0861
Zweigruppenvergleich	1.423	775	648	0,0625
	Analyse t_0 vs. t_2 (abhängige Variable)			
Primäre Analyse	1355	775	580	0,1128
Sensitivitätsanalyse (selbständig)	954	477	477	0,1854

Primäre Analyse

Insgesamt wurden 1.423 Beobachtungen (775 zu t_0 , 648 zu t_1 , siehe Abschnitt 10.1.1) in das gemischte lineare Modell einbezogen. Der p-Wert für den Test des Einflusses der Interventionen zu t_1 beträgt 0,1740. Damit konnte in der primären Analyse kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Studienarmen nachgewiesen werden.

Robustheit hinsichtlich inkorrektener TUG-Durchführung

Der TUG sollte eigentlich ohne Unterstützung der Pflegekraft durchgeführt werden. Wie die Ergebnisse zeigen, unterscheiden sich die TUG-Werte bei denjenigen Bewohnern, die mit Unterstützung den TUG durchführten, stark von denjenigen mit selbständiger Durchführung. Es ist daher sinnvoll zu überprüfen, inwiefern sich der Interventionseinfluss verändert, wenn sowohl zu t_0 als auch zu t_1 nur die selbständig durchgeführten TUGs einbezogen werden. Diese Sensitivitätsanalyse enthielt 1.070 Beobachtungen (je 535 zu t_0 und t_1). Die Tabelle mit den Ergebnissen der Multilevel-Regression der statistischen Anlage zum Abschlussbericht zu finden. Es zeigen sich sehr ähnliche Ergebnisse wie in der primären Analyse. Der p-Wert für die ANOVA zur Untersuchung des Interventionseinflusses beträgt 0,2444, sodass sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen nachweisen lässt. Damit erweist sich das Resultat der primären Analyse als robust gegenüber der TUG-Durchführung mit Unterstützung.

Weitere Sensitivitätsanalysen

Zur Untersuchung der Robustheit hinsichtlich fehlender Werte wurde die primäre Analyse mit den durch lineare Interpolation zu t_1 zusätzlich gewonnenen TUG-Werten (siehe Abschnitt 7.1) durchgeführt. Der p-Wert der ANOVA für den Einfluss der Interventionen beträgt 0,2159. Weiterhin wurde eine Analyse für das PP-Kollektiv durchgeführt, um die Robustheit der Ergebnisse der primären Analyse hinsichtlich der Einbeziehung von TUG-Durchführungen mit Unterstützung zu überprüfen. Denn der TUG ist nur für selbständige Durchführung validiert. Einbezogen wurden hier nur Bewohnerinnen, die zu t_0 den TUG selbständig durchgeführt haben. Der p-Wert der ANOVA für den Einfluss der Interventionen beträgt 0,0715. Für den Fall eines signifikanten Ergebnisses der primären Analyse war eine weitere Sensitivitätsanalyse zur Robustheit hinsichtlich möglicher Störvariablen (Confounding) vorgesehen. Da kein signifikantes Ergebnis vorliegt, wurden diese Analysen nicht durchgeführt.

Zweigruppenvergleich

Aufgrund des unerwarteten Ergebnisses, dass die TUG-Dauer in den beiden Interventionsgruppen zwar jeweils nur wenig schneller ausfiel als in der Kontrollgruppe und zwischen den beiden Interventionsgruppen A und B keine Unterschiede bestanden, wurde eine weitere Analyse durchgeführt: Die Interventionsgruppen A und B wurden zusammengefasst und dieselbe Multilevel-Regression wie bei der primären Analyse gerechnet. Es wurde eine ANOVA für die TUG-Dauer der zusammengefassten Interventionsgruppe A+B versus die Kontrolle C durchgeführt. Auf diese Weise wurde die Hypothese des Einflusses der Einführung des Expertenstandard-Entwurfs (mit oder ohne zusätzliche Schulung zu einer konkreten Intervention) gegenüber keiner entsprechenden Einführung (Kontrollgruppe C) getestet. Bei diesem Modell beträgt der p-Wert für den Zweigruppenvergleich 0,0625. Damit ist eine Tendenz für einen Einfluss der Sensibilisierung hinsichtlich des Expertenstandard-Entwurfs erkennbar. Wie Tabelle 82 zeigt, verringerte sich die TUG-Differenz zwischen t_0 und t_1 bei Intervention gegenüber der Kontrolle im Mittel um 0,5 Sekunden. Allerdings beläuft sich die Effektstärke nur auf ein Zehntel des erwarteten Effektes. Selbst wenn der Effekt signifikant wäre (was er nicht ist), wäre er hinsichtlich der Effektstärke nicht relevant.

Tabelle 82: Differenz der TUG-Dauer $t_1 - t_0$ im Zweigruppenvergleich

	Differenz $t_1 - t_0$ TUG-Dauer (Sekunden)						Gruppen A+B - Gruppe C
	Gruppe C			Gruppen A+B			
	n	MW	SD	n	MW	SD	
t_0 und t_1 selbständig	163	-0,37	10,55	372	-0,86	8,32	-0,49
t_0 und t_1 mit Unterstützung	10	-19,70	50,61	34	-7,85	26,61	11,85
t_0 selbständig, t_1 mit Unterstützung	9	22,00	43,18	21	6,81	19,12	- 15,19
t_0 mit Unterstützung, t_1 selbständig	15	-7,47	16,64	24	-8,08	17,89	0,61
Gesamt	197	-0,87	18,74	451	-1,41	12,27	-0,54

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD= Standard deviation = Standardabweichung

Analyse des TUG zu t_2

Um zu untersuchen, ob die Wirkung der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs nach einem längeren Zeitraum (6 Monate nach Baseline) im Vergleich zum Zeitpunkt der Hauptauswertung (3 Monate nach Baseline) zu- oder abnimmt, wurde die primäre Analyse noch einmal mit t_2 anstelle t_1 durchgeführt. Insgesamt wurden 1.355 Beobachtungen (775 zu t_0 , 850 zu t_2) in die Auswertung einbezogen. Eine Tabelle mit den Schätz- und p-Werten für die Koeffizienten ist der statistischen Anlage zu entnehmen. Wie schon in der deskriptiven Beschreibung des TUG-Verlaufs gesehen, gab es bei der Veränderung der TUG-Dauer zwischen t_0 und t_2 zwischen Interventionsgruppe A und der Kontrollgruppe C keinen Unterschied, während Differenz und Verhältnis der Interventionsgruppe B zur Kontrollgruppe C weniger vorteilhaft waren. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den drei Gruppen nicht auf dem Niveau von 5 % signifikant, der p-Wert der ANOVA beträgt 0,1128. Ebenso wie für die Hauptanalyse zu t_1 wurde für die Betrachtung von t_2 eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, bei der nur Bewohnerinnen einbezogen wurden, die sowohl zu t_0 als auch zu t_2 den TUG selbständig durchgeführt haben. Diese Auswertung enthält 954 Beobachtungen (je 477 zu t_0 und t_2). Der p-Wert für den Einfluss der Interventionen beträgt 0,1854, was nicht für einen signifikanten Unterschied zwischen den drei Studienarmen spricht. Die Ergebnisse der entsprechenden Multilevel-Regression für diese Sensitivitätsanalyse ähneln denen der Regression für die Hauptanalyse zu t_2 . Insgesamt gesehen erweisen sich die Ergebnisse als robust gegenüber der TUG-Durchführung mit Unterstützung. Die vollständigen Tabellen zur Wirkung zu t_2 finden sich in der statistischen Anlage zum Abschlussbericht

Weiter wurde untersucht, inwiefern die am Tag der TUG-Durchführung erhobenen Faktoren zur Befindlichkeit des Bewohners mit der Dauer des TUGs korreliert sind. Eine Zusammenfassung der Analyse findet sich ebenfalls in der statistischen Anlage zum Abschlussbericht.

10.3 Analyse der Nebenzielkriterien

Um den Mobilitätsstatus zu erheben und eine Entwicklung abzubilden, wurden die **Item-Scores des EBoMo** in den Studienarmen zu den drei Erhebungszeitpunkten miteinander verglichen. Tabelle 83 zeigt die zeitliche Entwicklung des EBoMo-Gesamtscores für gehfähige und nicht gehfähige Pflegebedürftige.

Tabelle 83: Zeitliche Entwicklung des Mittelwerts des EBoMo-Gesamtscores der gehfähigen und nicht gehfähigen Bewohner

EBoMo-Score gehfähige Bewohner								
	Int. A		Int. B		Kontrolle		Gesamt	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD.
t_0	37,5	4,0	36,7	4,7	37,4	3,7	37,2	4,2
t_1	37,1	5,0	36,7	4,2	36,8	5,2	36,9	4,8
t_2	36,4	5,1	36,8	4,5	36,7	5,6	36,6	5,1
EBoMo-Score nicht gehfähige Bewohner								
t_0	26,3	6,3	23,1	6,8	23,6	7,2	24,3	6,9
t_1	26,0	6,4	24,3	6,4	22,1	7,8	24,1	7,0
t_2	25,1	6,6	24,9	6,2	23,3	7,3	24,5	6,7

Legende: MW = Mittelwert, SD= Standard deviation = Standardabweichung

Die Skala umfasst Werte von 11 bis 44 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl einen höheren Grad an Selbständigkeit bedeutet. Gemessen an den Items des EBoMo weisen die mittleren Werte in allen

Studienarmen für die gehfähigen Bewohner vor allem einen Erhalt des Mobilitätsstatus aus, da sich keine deutliche zeitliche Entwicklung in Form einer Ab- oder Zunahme der Werte abzeichnete. Ein statistisch signifikanter Unterschied (siehe Ergebnisse der ANOVA) im Vergleich zu den Einrichtungen der Kontrollgruppe C zeigte sich nur für die Gruppe der nicht gehfähigen Personen in den Einrichtungen der Interventionsgruppe B, die sich von t_0 zu t_1 um gut einen Punkt verbesserten.

Bei den **gehfähigen Bewohnerinnen** lag das Niveau insgesamt höher als bei den nicht gehfähigen Bewohnern. Zwischen den Studienarmen gibt es bei den gehfähigen Bewohnern kaum Unterschiede, auch eine deutliche zeitliche Entwicklung ist in keiner Gruppe zu erkennen. Der Median des EBoMo-Gesamtscores – in der Tabelle nicht ausgewiesen – verbleibt konstant zwischen 37 und 38 Punkten zu allen Zeitpunkten und in allen Gruppen. Auch bei einem bewohnerinnenweisen Vergleich der Mittelwertdifferenzen (Tabelle 84) des EBoMo-Scores zwischen den Zeitpunkten t_1 und t_0 beziehungsweise t_2 und t_0 gibt es keine klare Tendenz.

Tabelle 84: Mittlere Differenz des EBoMo-Gesamtscores nach Studienarm

Mittlere Differenz EBoMo-Score (SD)						
	gehfähige Bewohner			nicht gehfähige Bewohner		
	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
$t_1 - t_0$	-0,30 (3,11)	-0,18 (3,96)	-0,57 (4,36)	-0,30 (4,18)	1,10 (5,09)	-1,66 (5,55)
$t_2 - t_0$	-1,16 (3,71)	0,04 (4,59)	-0,61 (4,15)	-1,53 (4,52)	1,26 (1,26)	-0,32 (4,65)

Legende: SD = Standard deviation = Standardabweichung

Bei den **nicht gehfähigen Bewohnerinnen** liegen die mittleren EBoMo-Werte zu t_0 um etwa 13 Punkte niedriger als bei den gehfähigen Bewohnern. In Interventionsgruppe A ist das Niveau zu allen drei Zeitpunkten etwas höher. Der Mittelwert verringert sich in der Kontrollgruppe C zwischen t_0 und t_1 um 1,5 Punkte, dagegen gibt es in Interventionsgruppe A kaum eine Veränderung und in Interventionsgruppe B steigt der Mittelwert im selben Zeitraum um etwa einen Punkt. Auch der – in den Tabellen nicht ausgewiesen – Median zeigt in den drei Gruppen entsprechende Veränderungen (Interventionsgruppe A: 27 zu t_0 und t_1 , Interventionsgruppe B: 22 auf 25, Kontrollgruppe C: 24 auf 22). Dieselben Tendenzen zeigt auch ein Vergleich der Mittelwertdifferenzen des EBoMo-Scores zwischen den Zeitpunkten t_1 und t_0 (Tabelle 84): Bei den nicht-gehfähigen Bewohnern verbessert sich der Wert in Gruppe B, während er sich in Gruppe C und in Gruppe A verschlechtert. Die Tabellen enthalten die EBoMo-Werte ohne lineare Interpolation. Die Mittelwerte der linear interpolierten Daten unterscheiden sich um höchstens eine Nachkommastelle.

Abbildung 33 und Abbildung 34 zeigen die Entwicklung des mittleren EBoMo-Gesamtscores für die gehfähigen und nicht gehfähigen Bewohnerinnen im Studienverlauf.

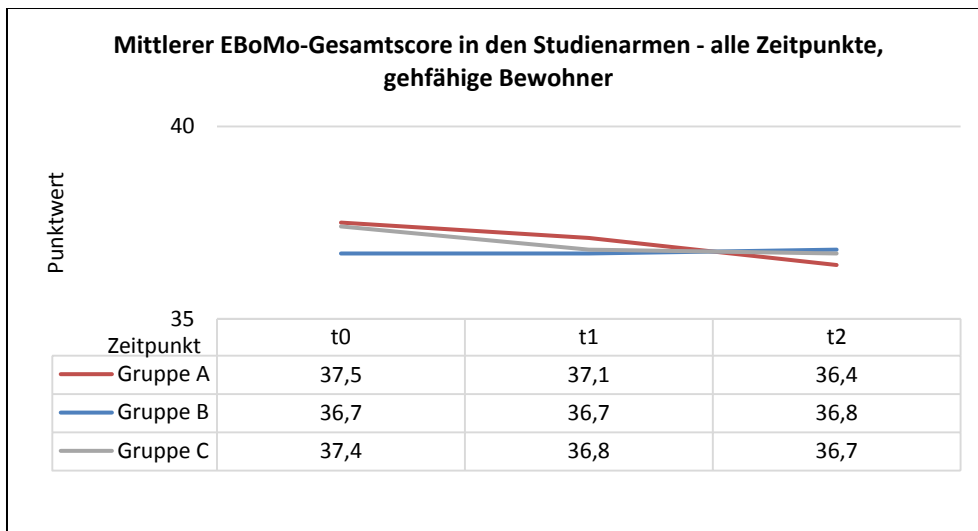


Abbildung 33: Verlauf des mittleren EBoMo-Gesamtscores – gefährliche Bewohner

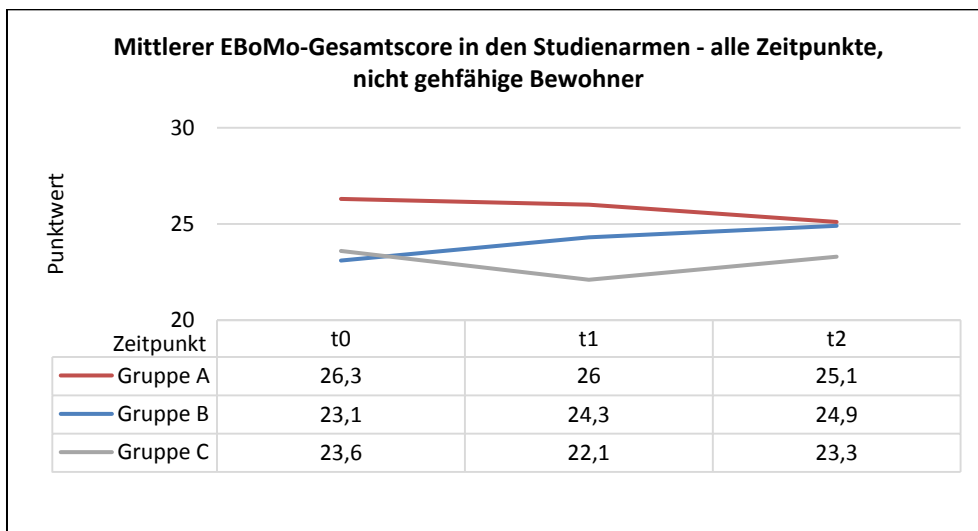


Abbildung 34: Verlauf des mittleren EBoMo-Gesamtscores – nicht gefährliche Bewohner

Für den EBoMo wurde als Modell für die multiple Regression dasselbe Modell wie für die primäre Analyse des TUG gewählt (ohne die Kovariable Durchführung selbständig/mit Unterstützung, da diese hier nicht zutrifft).

In die Analyse für die gefährlichen Bewohner wurden 1561 Beobachtungen (806 zu t_0 , 755 zu t_1) einbezogen. Für die Interaktion der Studienarme zu t_1 ergab die ANOVA einen p-Wert von 0,2924. Das bestätigt das Ergebnis der deskriptiven Analyse, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen besteht.

In die Analyse der **nicht-gefährlichen Bewohnerinnen** wurden 538 Beobachtungen (280 zu t_0 , 258 zu t_1) einbezogen. Für die Interaktion der Studienarme zu t_1 ergab die ANOVA einen p-Wert von 0,0115. Die Unterschiede sind damit auf dem Niveau 5 % signifikant. Von den Kontrasten ist nur der Unterschied zwischen Interventionsgruppe B und der Kontrollgruppe C signifikant ($p=0,0028$). Der p-Wert für den Unterschied zwischen Interventionsgruppe A und Kontrollgruppe C beträgt 0,1350. Zu beach-

ten ist, dass der EBoMo durch Befragung der Pflegekraft erhoben wurde. Da die Pflegekraft nicht verblindet war, ist die Aussagekraft der EBoMo-Veränderungen eingeschränkt.

Da der EBoMo-Score eine linksschiefe Verteilung aufweist (siehe Abbildung 35 und Abbildung 36), wurde für die lineare Regression zusätzlich ein transformierter EBoMo-Score verwendet⁹. Die Ergebnisse der ANOVA für den transformierten EBoMo-Score unterschieden sich qualitativ nicht von den Ergebnissen für den nicht transformierten EBoMo.

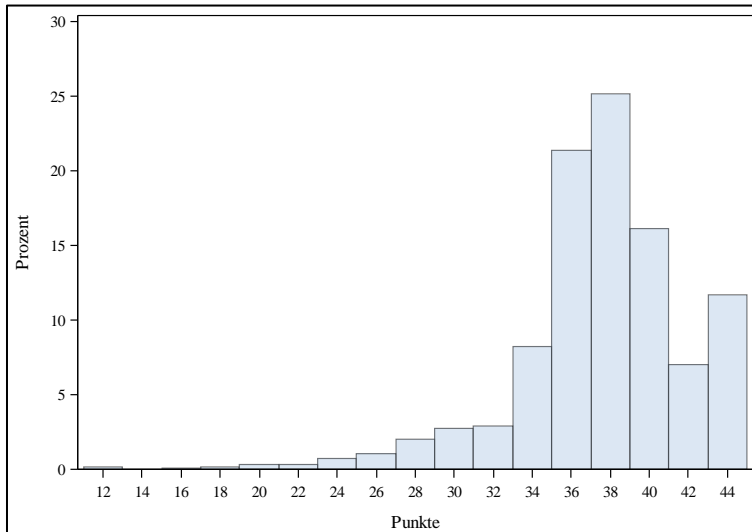


Abbildung 35: Verteilung des EBoMo-Scores (alle Werte zu t_0 und t_1) für gefähige Bewohner (N=1.561)

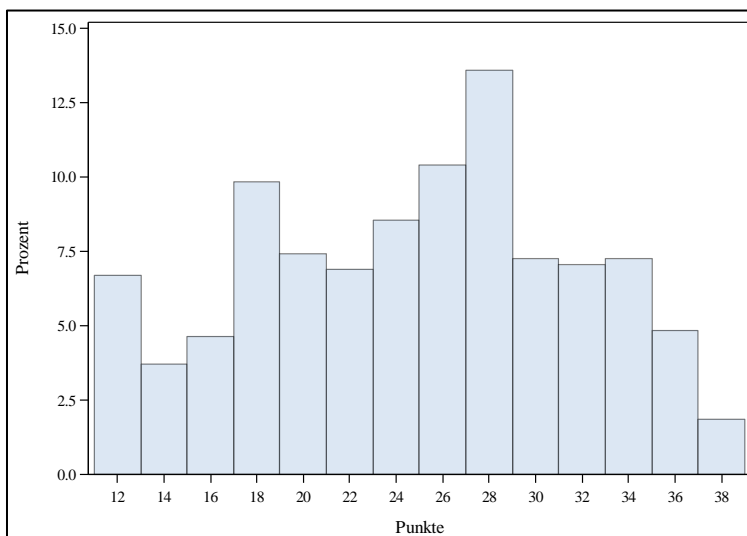


Abbildung 36: Verteilung des EBoMo-Scores (alle Werte zu t_0 und t_1) für nicht gefähige Bewohner (N=538)

⁹ Transf. EBoMo = $1 - \log(45 - \text{EBoMo}) / \log(34)$. Da diese Transformation streng monoton wachsend ist, wobei Transf. EBoMo = 0 bei kompletter Unselbstständigkeit und Transf. EBoMo = 1 bei kompletter Selbstständigkeit, lassen sich die Werte des transformierten EBoMo-Scores leicht interpretieren.

Für die nicht gehfähigen Bewohner wiesen die **Hilfestufen der Esslinger Transferskala** das Ausmaß der für einen sicheren Transfer benötigten Unterstützung im Studienverlauf aus. Tabelle 85 zeigt die anteilige Verteilung der Hilfestufen in den Studienarmen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg.

Tabelle 85: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala in den Studienarmen – alle Zeitpunkte

	Hilfestufe	t ₀		t ₁		t ₂	
		n beobachtet	%	n beobachtet	%	n beobachtet	%
Gruppe A	0	9	9,9	4	5,2	4	5,3
	1	17	18,7	20	26	15	20
	2	24	26,4	20	26	18	24
	3	14	15,4	6	7,8	17	22,7
	4	27	29,7	27	35,1	21	28
	Gesamt	91	100	77	100	75	100
Gruppe B	0	4	4,2	4	4,9	4	5,3
	1	8	8,3	9	11	10	13,3
	2	24	25	13	15,9	13	17,3
	3	30	31,3	15	18,3	12	16
	4	30	31,3	41	50	36	48
	Gesamt	96	100	82	100	75	100
Gruppe C	0	5	5,6	5	5,9	4	5,6
	1	12	13,3	11	12,9	7	9,7
	2	21	23,3	23	27,1	27	37,5
	3	19	21,1	11	12,9	8	11,1
	4	33	36,7	35	41,2	26	36,1
	Gesamt	90	100	85	100	72	100
Alle Gruppen	0	18	6,5	13	5,3	12	5,4
	1	37	13,4	40	16,4	32	14,4
	2	69	24,9	56	23	58	26,1
	3	63	22,7	32	13,1	37	16,7
	4	90	32,5	103	42,2	83	37,4
	Gesamt	277	100	244	100	222	100

In allen Studienarmen gab es im gesamten Studienverlauf jeweils nur einen geringen Anteil von nicht gehfähigen Personen, welche während des Transfers keine personelle Hilfe benötigten. In Interventionsgruppe B nimmt der Anteil der Bewohner mit Hilfestufe 4 zu t₁ und t₂ gegenüber t₀ zu. In den anderen beiden Gruppen ist keine Veränderung ersichtlich. Ebenso ist kein Unterschied zwischen den Studienarmen sichtbar. Den Eindruck dieser deskriptiven Analyse bestätigen die Ergebnisse einer explorativen Signifikanzanalyse. Es wurde eine longitudinale Proportional Odds Regression mit den Einrichtungen und Bewohnerinnen als *random effects* für die Zeitpunkte t₀ und t₁ durchgeführt. Insgesamt wurden 521 Beobachtungen (277 zu t₀, 244 zu t₁) einbezogen. Der p-Wert für den Unterschied zwischen den Interventionsgruppen zu t₁ beträgt 0,3030. Damit war auch für dieses Nebenzielkriterium kein signifikanter Effekt nachweisbar. In Abbildung 37, Abbildung 38 und Abbildung 39 ist der Verlauf der anteiligen Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala in den drei Studienarmen dargestellt.

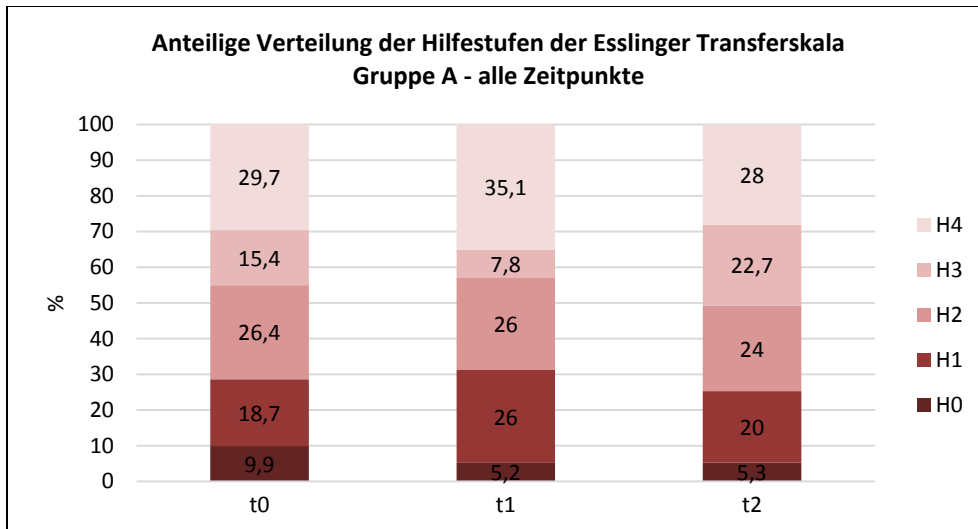


Abbildung 37: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala Gruppe A – alle Zeitpunkte

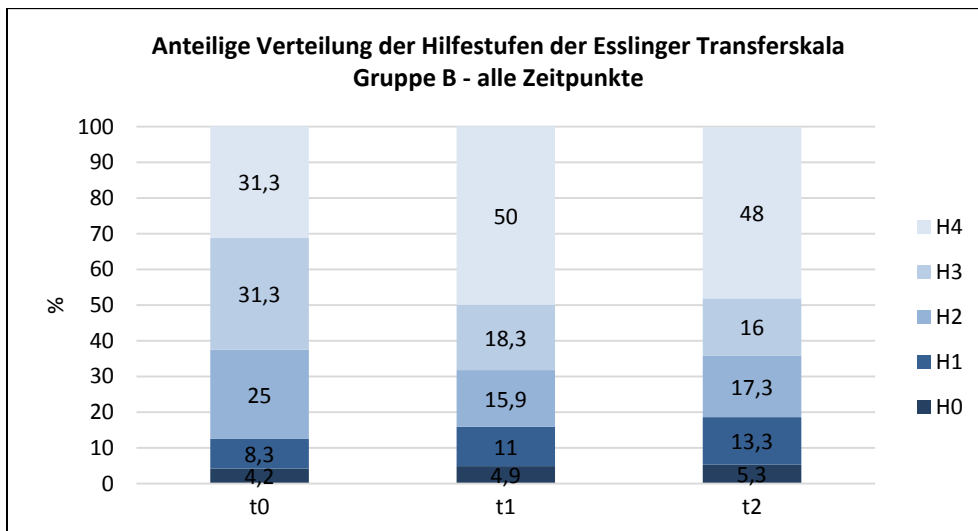


Abbildung 38: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala Gruppe B – alle Zeitpunkte

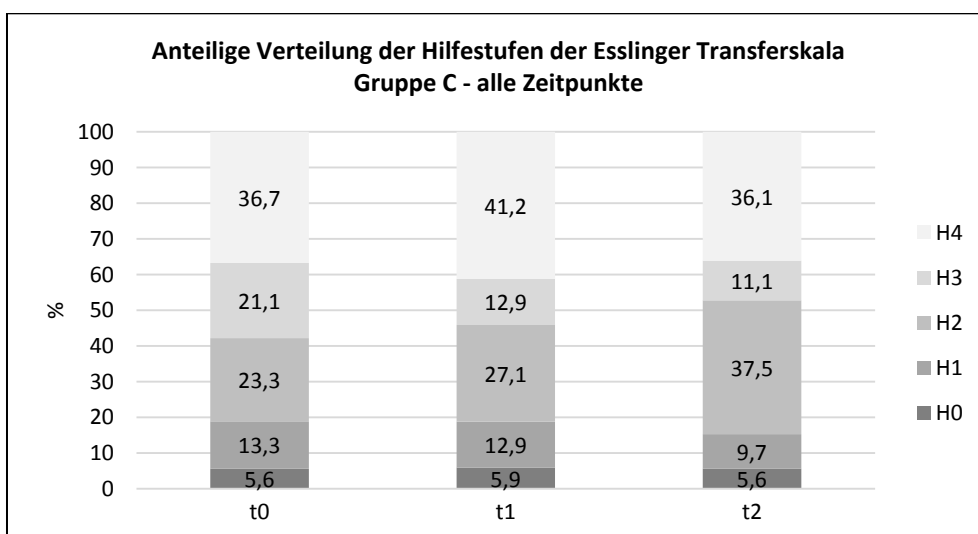


Abbildung 39: Anteilige Verteilung der Hilfestufen der Esslinger Transferskala Gruppe C – alle Zeitpunkte

10.4 Zusammenfassung zur Analyse der Wirksamkeit in der Cluster-RCT

Alles in allem liegen die zu Baseline gefundenen Ungleichheiten zwischen den Interventionsgruppen in dem für clusterrandomisierte Studien üblichen Ausmaß.

Die mittleren **Zeitwerte des TUG** sprachen mit einer Dauer von über 30 Sekunden zu Beginn der Studie für ausgeprägte Einschränkungen der Mobilität der Bewohnerinnen in der Cluster-RCT. Im Studienverlauf veränderten sich die Werte in allen Studienarmen. Im Vergleich der drei Studienarme war für die Gruppe der Personen mit selbständiger Durchführung, für die der TUG entwickelt und validiert wurde, kein positiver Interventionseffekt zu erkennen. In der Regressionsanalyse unter Berücksichtigung weiterer erklärender Variablen hat sich die Zeitdauer für den TUG in den beiden kombinierten Interventionsgruppen geringfügig besser entwickelt als in der Kontrollgruppe. Allerdings ist dieser Effekt nicht signifikant. Selbst wenn er signifikant wäre, ist er zudem nicht relevant, da der Unterschied sich auf lediglich eine halbe Sekunde beläuft und damit um den Faktor 10 hinter dem erwarteten Effekt zurückbleibt.

Gemessen an den Items des **EBoMo** und der **Esslinger Transferskala** weisen die mittleren Werte **in allen Studienarmen** für die gehfähigen Bewohner vor allem einen **Erhalt des Mobilitätsstatus** aus, da sich keine deutliche zeitliche Entwicklung in Form einer Ab- oder Zunahme abzeichnete. Nur für die nicht gehfähigen Bewohner zeigte sich in den Items des EBoMo ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Einrichtungen der Interventionsgruppe B (nicht aber der Interventionsgruppe A) und Einrichtungen der Kontrollgruppe C, nicht aber für die gehfähigen Bewohnerinnen.

Weitere, die Mobilität abbildende, Variablen zeigten im Beobachtungszeitraum ebenfalls kaum systematische Entwicklungen.

10.5 Retrospektive Befragung der Pflegenden in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Selbsteinschätzung der Wirksamkeit

In den teilnehmenden Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen erfolgten – anders als in den Pflegeheimen – keine gesonderten Datenerhebungen mit Pflegebedürftigen. Um auch für diese beiden Settings Hinweise auf einen Wirkungszusammenhang des Expertenstandard-Entwurfs auf die Mobilität und Transferbeteiligung der versorgten Patientinnen und Tagesgäste abzubilden, erfolgte eine retrospektive Befragung der Pflegenden zur Selbsteinschätzung der Wirksamkeit. Hierzu füllten die projektbeauftragten Personen, die an dem zweiten Netzwerktreffen in Bremen teilnahmen, also nach Abschluss der Implementierung, einen papierbasierten Fragebogen aus. Der Fragebogen beinhaltete **fünf Items**, die die Ausfüllenden jeweils auf Grundlage der von ihnen in ihrer täglichen Arbeit gesammelten Erfahrungen und Beobachtungen beantworteten. Insgesamt gaben 13 von 14 Teilnehmern ihre Einschätzungen ab. Die Ergebnisse dieses kleinen Samples werden für die Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen zusammen und in knapper Form dargestellt.

Wirkt sich die Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" positiv auf die Mobilität (Item 1) und Transferbeteiligung (Item 2) der Pflegebedürftigen aus?

Auf Grundlage der subjektiven Erfahrungen und Beobachtungen sprachen die befragten Personen der Pflegedienste als auch der teilstationären Pflegeeinrichtungen der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs positive Effekte bei den zu versorgenden Patientinnen und Klienten zu: 12 von 13 Personen bejahten positive Effekte auf die Mobilität und 11 von 13 Personen bejahten diese für die Transferbeteiligung der Pflegebedürftigen. Eine Person verneinte einen positiven Effekt der Implementierung auf die Transferbeteiligung der Pflegebedürftigen. Jeweils eine Person gab an, kein Urteil abgeben zu können.

Wurde durch die Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs der aktuelle Status der Mobilität (Item 3) erhalten und/oder gefördert?

Eine Person gab an, dass der aktuelle Status der Mobilität bei allen Pflegebedürftigen erhalten und/oder gefördert wurde. Für sechs der 13 Befragten trifft dies noch für mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen zu und für fünf weitere Personen aus dem Kreis der Befragten bei weniger als der Hälfte der Pflegebedürftigen. Eine Person gab an, zu dieser Frage kein Urteil abgeben zu können.

Hat sich durch die Einführung hat sich der Aktions- und Bewegungsradius (Item 4) vergrößert?

Die Auswirkungen der Implementierung auf den Aktions- und Bewegungsradius im Sinne eine Erweiterung wurden von fünf der befragten Projektleitungen für mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen beobachtet. Für sieben weitere der Befragten traf dies für weniger als die Hälfte der versorgten Pflegebedürftigen zu. Wieder gab es eine Person, die zu dieser Frage kein Urteil abgab.

Konnten durch die Einführung die Folgen (Item 5) einer eingeschränkten Mobilität reduziert und/oder vermieden werden?

Ob sich durch die Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs die Folgen einer eingeschränkten Mobilität (wie beispielsweise eine Ortsfixierung, das Entstehen eines Dekubitus, oder ein Sturzereignis) reduzieren und/oder vermeiden ließen, war für sieben der 13 befragten Personen auf Grundlage

ihrer Beobachtungen nicht zu beurteilen. Immerhin vier Personen, die auch hier positive Auswirkungen der Implementierung bejahten, sprachen diese für mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen und die zwei übrigen Personen sprachen diese für weniger als die Hälfte der versorgten Personen zu.

Zusammenfassend sprechen die Beobachtungen und Erfahrungen der befragten projektleitenden Personen aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen für positive Auswirkungen (in Form von Verbesserung der Mobilität und Transferbeteiligung, Erhalt des aktuellen Mobilitätsstatus, Vergrößerung des Aktionsradius, Folgenreduktion einer eingeschränkten Mobilität) auf der Ebene der Pflegebedürftigen im Rahmen der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Der Stichprobenumfang ist jedoch nicht repräsentativ, zudem ist die Selbsteinschätzung kein hartes Kriterium. Daher unterbleiben an dieser Stelle selbst Hinweise auf etwaige Wirkungen in der Grundgesamtheit der ambulanten und teilstationären Leistungserbringer in Deutschland nach Einführung des Expertenstandards.

10.6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zur Wirksamkeitsanalyse

Dieses Kapitel enthielt die Ergebnisdarstellung der **Wirksamkeitsanalyse** in den Pflegeheimen der Cluster-RCT. Der Beschreibung der Stichprobe der Bewohner schlossen sich die Ergebnisse der **primären Zielgröße** (funktionale Mobilität ausgedrückt in den Zeitwerten des TUG) und der **Nebenzielgrößen** (Mobilitätsentwicklung ausgedrückt über das Ausmaß der Selbständigkeit in den Items des EBoMo und in den Hilfestufen der Esslinger Transferskala) an. Weitere, **mobilitätsrelevante Parameter**, wie beispielsweise Veränderungen im Aktionsradius oder in der Häufigkeit von Sturzereignissen, wurden ergänzend deskriptiv beschrieben.

Die Ergebnisse der gehfähigen Bewohner zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Zeitwerten des TUG der Interventionsgruppen A und B und der Kontrollgruppe C. Die gehfähigen Bewohner waren nach drei aber auch sechs Monaten durchschnittlich genauso in ihrer funktionalen Mobilität eingeschränkt wie zum Beginn der Studie. Die zu Baseline (t_0), drei Monate (t_1) und sechs Monate nach Baseline (t_2) erhobenen Zeitwerte zeigen zu allen Zeitpunkten funktional relevante und abklärungsbedürftige Mobilitätseinschränkungen an. In Einzelfällen eventuell erzielte Verbesserungen fallen in der Gesamtbetrachtung nicht ins Gewicht (wenngleich sie für den individuellen Fall von Bedeutung sein können). Die Nebenzielkriterien Mobilitätsverlauf und Transferbeteiligung weisen auf einen Erhalt der Mobilität in allen Studienarmen hin, wobei nach drei Monaten nicht gehfähige Personen in der Interventionsgruppe B einen signifikanten Vorteil von einem Punkt im Item-Score des EBoMo gegenüber der Kontrollgruppe C aufwiesen. Aus der Analyse der mobilitätsbezogenen Parameter in der Dokumentation (vgl. Kapitel 9.2) und den im Rahmen der Aufwandserfassung getätigten Angaben (vgl. Kapitel 11.3) geht hervor, dass auch einige Pflegeheime der Kontrollgruppe C im Beobachtungszeitraum in die Förderung und Erhaltung der Mobilität der Bewohner investiert und sowohl ihr Angebot an Gruppenmaßnahmen als auch die Förderung der Motivation und Ansprache der Bewohner gesteigert hatten. Strenggenommen wurde von diesen Einrichtungen die Bedingung verletzt, im Beobachtungszeitraum keine Veränderungen der bislang herkömmlichen Versorgung vorzunehmen. Die Veränderungen in den Einrichtungen der Kontrollgruppe können das Ergebnis der Analyse des Hauptzielkriteriums beeinflusst haben. Damit kann es sein, dass der reine Effekt der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs nicht genau geschätzt werden konnte. Insofern diese Investitionen das übliche Maß von „usual care“ übersteigen, kann es zu einer Verzerrung kommen. Allerdings gibt es keine Hinweise darauf, dass diese Investitionen aufgrund der Studienteilnahme vorgenommen wurden. Vielmehr sind sie Ausdruck der stetigen Weiterentwicklung der Pflege.

Modifikation des TUG

Das Hauptzielkriterium in der Cluster-RCT war die (funktionale) Mobilität der Pflegebedürftigen, die sich aus dem Mobilitätsverständnis des Expertenstandard-Entwurfs als „Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen“ definiert (DNQP 2014, S. 20). Lageveränderung und Fortbewegung schließen dabei einen „Lagewechsel im Liegen und Sitzen, das Aufstehen und das Umsetzen sowie das Gehen mit oder ohne Hilfen“ ein (DNQP 2014, S. 20). Der TUG operationalisierte für die gehfähigen Bewohner das Aufstehen und das Gehen mit oder ohne Hilfen. In der Cluster-RCT war es den gehfähigen Personen erlaubt, bei der Durchführung des TUG auch physische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Diese methodische Entscheidung trägt dazu bei, ein wirklichkeitsgetreueres Bild der funktionalen Mobilität gehfähiger Pflegebedürftiger in Pflegeheimen zu zeichnen. Die Cluster-RCT ist im Sinne Treweek & Zwarensteins

(2009) als sogenannte pragmatische Studie (*pragmatic trial*) einzuordnen. Grob umrissen sind pragmatische Studien randomisierte kontrollierte Studien die darauf abzielen, Entscheidungen zur Veränderung der klinischen Praxis beziehungsweise zur Anwendung neuer Interventionen zu informieren. Pragmatische Studien bearbeiten praktische Fragestellungen zu den Risiken und dem Nutzen, sowie den Kosten einer Intervention, ganz so, wie sich diese in der alltäglichen klinischen Praxis entwickeln würden (Polit & Beck 2012, S. 259). Methodische Abwägungen sind in pragmatischen Studien besonders im Hinblick auf solche Faktoren zu richten, welche die externe Validität der Studie und damit die Generalisierbarkeit der Ergebnisse begünstigen. Die Modifikation des TUG stellte eine solche Abwägung und Entscheidung dar, um der Heterogenität der gehfähigen in Pflegeheimen lebenden Menschen gerecht zu werden. Die vorgenommene Modifikation wurde in der Analyse durch die Betrachtung der Subkollektive „Durchführung des TUG selbständig/mit Unterstützung“ berücksichtigt. Trotz der dargestellten Einschränkungen (nicht verblindete den Test begleitende Pflegefachkräfte und geringe Größe dieses Subsamples), sind die Ergebnisse der gehfähigen Bewohner, die den TUG mit Unterstützung absolvierten auffallend. Für diese Personengruppe zeigten sich Unterschiede zwischen den Studienarmen, die sich jedoch als nicht statistisch signifikant erwiesen. Eine Identifikation von Performanz-Unterschieden in den Zeitwerten des TUG zwischen Personengruppen, stratifiziert nach der Art der Unterstützung und weiteren möglichen Einflussfaktoren wie beispielsweise der subjektiven Sturzangst oder dem subjektivem Schmerzempfinden war nicht Gegenstand der Untersuchung. Hier empfehlen sich weiterführende Analysen, um die hier entdeckten Trends genauer zu betrachten.

Effekt des Drei-Schritte-Programms gegenüber anderen Maßnahmen

Der gezielte Einsatz des Drei-Schritte-Programms erzielte **keinen** messbaren Unterschied zwischen den Ergebnissen der Interventionsgruppe A und der Interventionsgruppe B. Das Drei-Schritte-Programm ist eine mögliche von vielfältigen Maßnahmen, die im Rahmen der Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs in Pflegeheimen eingeführt werden können. Den Einrichtungen der Interventionsgruppe B war es – der Empfehlung des Expertenstandard-Entwurfs folgend – erlaubt, neben dem Drei-Schritte Programm auch weitere, für die individuellen Pflegebedürftigen zielgruppenspezifische, Maßnahmen auszuwählen und anzuwenden. Die in Kapitel 11.3.5 dargestellten, von den Pflegeheimen eingeführten, Interventionsarten zeigen, dass neben dem Drei-Schritte-Programm auch weitere Maßnahmen in den Einrichtungen der Interventionsgruppe B zum Einsatz kamen. Der Effekt des Drei-Schritte-Programms lässt sich daher nicht isoliert in der Interventionsgruppe B betrachten. Allerdings würde das Ergebnis einer fehlenden Wirksamkeit nur dann durch die anderen Interventionen in Frage gestellt, wenn unterstellt wird, dass diese negative Effekte auf die Mobilität haben. Die Ergebnisse legen vielmehr die Vermutung nahe, dass der gezielte Einsatz des Drei-Schritte-Programms den Einrichtungen in der Interventionsgruppe B im Hinblick auf die bewohnerrelevanten Endpunkte keinen Vorteil gegenüber den Einrichtungen in der Interventionsgruppe A verschaffte.

Ein isolierter Effekt des Drei-Schritte-Programms wäre untersuchbar gewesen, wenn die Pflegeheime ausschließlich dieses Programm verwendet hätten. Dies steht jedoch im Widerspruch mit den Ergebnissen der Literaturrecherche des Expertenstandard-Entwurfs, nach denen derzeit kein spezifisches Interventionsprogramm für einen generellen Einsatz empfohlen werden kann (vgl. DNQP 2014, S. 109).

Beobachtungszeitraum

Den gewählten Beobachtungszeitpunkten lag die Annahme zugrunde, dass der Expertenstandard-Entwurf als komplexe Intervention bereits mit Beginn der Implementierung Handlungsweisen und Haltungen der Pflegefachkräfte verändert (Sensibilisierung) und Einfluss auf die Pflegebedürftigen nehmen kann. Daher wurde zunächst besonders die Entwicklung zwischen Beginn der Implementierung (t_0) bis drei Monate nach Beginn (t_1) betrachtet. Dieser Zeitraum beinhaltete für die Implementierungseinrichtung besonders die Schulungs- und Anpassungsphase, während die konsequente Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs im Pflegeteam und damit auch der gezielte Einsatz mobilitätserhaltender und fördernder Interventionen zumeist ab dem dritten Implementierungsmonat erfolgte. Die Wirkung strukturierter Maßnahmen wurde im Studienverlauf also über einen kurzen Zeitraum erhoben. Die langfristigen Auswirkungen der Einführung des Expertenstandard-Entwurfs auf die Pflegebedürftigen selbst konnten durch die modellhafte Implementierung nicht beschrieben werden.

Wenn die Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse auch nicht statistisch signifikant ausfielen, so ist der Expertenstandard-Entwurf wohlmöglich klinisch relevant für andere (mobilitätsbezogene) Endpunkte, die in dieser Studie nicht erhoben wurden, wie beispielsweise die Motivation, sich an bewegungsfördernden Maßnahmen zu beteiligen, oder die Zufriedenheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen. So können „Neben sicht- und nachweisbaren Verbesserungen der individuellen Mobilität [...] auch die verbesserte Motivation zur Beteiligung an Bewegungsübungen, die Aufrechterhaltung eines bestimmten Mobilitätsstatus und die Verlangsamung einer Verschlechterung als positive Wirkung angesehen werden“ (Büscher & Blumenberg 2014 a, o. S.). Um sich einem Abbild der Aufrechterhaltung eines bestimmten Mobilitätsstatus anzunähern, wurden die Items des EBoMo zur Erfassung eines Mobilitätserhalts oder langsameren -verschlechterung als weitere Endpunkte gewählt. Auch die Erhebung anderer Endpunkte wie z. B. die Lebensqualität und Motivation der Leistungsempfänger könnten in weiterführenden Studien in Betracht gezogen werden. Die von den teilnehmenden Einrichtungen im Dialog beschriebenen positiven Effekte des Expertenstandard-Entwurfs wären künftig von den Einrichtungen selbst zu erfassen und zu systematisieren. So lassen sich individuelle Veränderungen durch die Einführung des Expertenstandard-Entwurfs für das interne Qualitätsmanagement aber auch für die Mitarbeiter und Bewohner langfristig transparent darstellen.

11 Zentrale Ergebnisse zur dritten Forschungsfrage: Kostenanalyse

Welche **kurzfristigen und dauerhaften Einführungs- und Umsetzungskosten** ergeben sich für **stationäre Pflegeeinrichtungen** aus dem Expertenstandard-Entwurf?

Welche **kurzfristigen und dauerhaften Einführungs- und Umsetzungskosten** sind für **ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen** aus der Einführung des Expertenstandard zu erwarten?

Der forschungsleitenden Fragestellung zur Kostenanalyse folgend, gliedert sich dieses Kapitel nach einführender Darstellung der Annahmen zu der Kostenerfassung in Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 11.1) und zur Kosten-Nutzen-Bewertung (Abschnitt 11.2) in die Darstellung der mit der modellhaften Implementierung verbundenen Investitionsaufwände der Pflegeheime (Abschnitt 11.3), Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 0), bevor zusammenfassend die Aufwands- und Kostenwerte für die drei Settings übergreifend diskutiert werden (Abschnitt 11.5). Die in diesem Kapitel abgebildeten Aufwands- und Kostenwerte beziehen sich ausschließlich auf die durch die Einführung des Expertenstandard-Entwurfs in den Einrichtungen angefallenen Zeit- und Kostenaufwände. Durch die Evaluation der modellhaften Implementierung selbst erzeugte Zeitaufwände wie beispielsweise das Informieren der Bewohner zum Studienablauf und das Einholen der Einwilligung in der Cluster-RCT oder das Ausfüllen der Personalfragebögen zu Schulungsevaluation und Praxistauglichkeit flossen nicht in die Darstellung mit ein. Sofern nicht anders ausgewiesen, ermitteln sich die Ergebnisse auf Grundlage der zum Ende der Implementierungsphase vorliegenden Daten.

11.1 Kostenerfassung in den Pflegeeinrichtungen

Die Erfassung der Kosten im Verlauf der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs hatte zwei Funktionen. Zum einen sollte im Rahmen der Kosten-Nutzen-Bewertung analysiert werden, „wie teuer“ etwaige Qualitätsverbesserungen sind, zum anderen müssen die Kosten erfasst werden, um eine Basis für Pflegesatzverhandlungen zu bieten, in denen, in denen die Berücksichtigung der durch die Umsetzung des Expertenstandards entstehenden Mehrkosten verhandelt werden. Diese Zielsetzung hat Auswirkung auf die gewählte Perspektive (vgl. Greiner & Damm 2012, S. 26). Um den pflegesatzrelevanten Aufwand für die Einrichtungen zu ermitteln ist eine Einrichtungsperspektive zu wählen. Dabei werden die für die Einrichtung relevanten Gestehungskosten zugrunde gelegt. Um die Effizienz der Maßnahmen zu bewerten, würde sich auch eine gesamtgesellschaftliche Perspektive anbieten, die idealerweise immer zusätzlich eingenommen werden sollte (Krauth et al. 2008). Die Entscheidung, ob eine Leistung sozialstaatlich finanziert werden soll oder nicht, ist jedoch nicht Bestandteil des Untersuchungsauftrags der modellhaften Implementierung. Auf eine – aufwändige – gesellschaftliche Perspektive, bei der auch die Kosten etwa der Finanzierungsträger oder etwaige Kosten der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden, wurde daher verzichtet.

Relevant waren daher nur die **direkten Kosten der Intervention**, die bei den Einrichtungen anfielen. Hierbei handelt es sich insbesondere um Personalkosten. Zu bestimmen waren die mit der Umsetzung des Expertenstandards verbundenen Zeitaufwände für Schulung, Durchführung zusätzlicher Maßnahmen (Intervention) und Dokumentation (Mengenkomponente) und deren preislicher Bewer-

tung (Preiskomponente), wobei die unterschiedlichen Lohnkosten für verschiedene Beschäftigungsgruppen zu berücksichtigen waren. Insofern Sachkosten anfielen – insbesondere weitere Hilfsmittel – , wurden diese ebenfalls berücksichtigt, u. z. gemäß ihres Einkaufspreises. Zeitaufwände für die Implementation eines Expertenstandards können insbesondere entstehen für

- das Lesen und Anpassen des Expertenstandard-Entwurfs an die Gegebenheiten der Einrichtungen und den damit verbundenen Projektgruppentreffen, Qualitätszirkel etc.,
- die Schulung und laufende Fortbildung aller beteiligten Einrichtungsmitarbeiter,
- das Einführen und Anwenden mobilitätsfördernder und erhaltender Maßnahmen sowie
- zusätzliche Dokumentationszeiten.

Für die Erfassung der direkten Kosten der Intervention waren weiter anfallende Kosten für Hilfsmittel, für Bewegungsübungen unterstützende Materialien oder auch für eventuelle bauliche Veränderungen zu erfassen.

Die Erfassung der zeitlichen Belastung der Einrichtungsmitarbeiter erfolgte durch Selbstaufschriebe der projektbeauftragten Person. Die Lohnkosten wurden auf Basis der tatsächlichen Einrichtungskosten ausgehend vom Arbeitgeberbrutto des Stundenlohns für die einzelnen Berufsgruppen in der Pflege und Betreuung erhoben. Dabei wurde unter Berücksichtigung der angegebenen Personalwochenstunden ein gewichteter Stundenlohn pro Berufsgruppe und Einrichtung ermittelt, welcher als Multiplikator für die berichteten Zeitaufwände sowohl über die jeweilige Implementierungsphase hinweg als auch jeweils für die angewandten Interventionen diente (eine Übersicht über die für die einzelnen Einrichtungen ermittelten gewichteten Stundenlöhne ist dem Anhang 13.4 zu entnehmen). Zeitaufwände externer Personengruppen wurden, sofern verfügbar, erfasst, jedoch nicht monetär bewertet.

Eine Verbesserung der Mobilität der pflegebedürftigen Menschen könnte dazu führen, dass in der Folge geringere Pflegeaufwände entstehen. Eine Erfassung dieses Effektes setzt eine sehr genaue Erhebung der Pflegeaufwände, die bei jeder einzelnen Person vorgenommen werden, und eine längere Beobachtungszeit voraus und war daher im Rahmen dieser Studie nicht leistbar. Zudem wäre zu berücksichtigen, dass eine Verbesserung der Mobilität womöglich zu einer anderen Einstufung der Pflegebedürftigkeit und damit mittelbar auch zu Einnahmeverlusten der Pflegeheime führt. Je enger die Pflegesätze an die Fähigkeiten der Heimbewohner geknüpft sind, desto stärker ist dieser Effekt, so dass aus Einrichtungsträgerperspektive kein Effekt verbleibt. Die gesellschaftliche Perspektive wurde aber explizit ausgeschlossen.

11.2 Kosten-Nutzen-Bewertung mittels Kosten-Wirksamkeitsanalyse

Als Formen der gesundheitsökonomischen Evaluation sind insbesondere die Kosten-Wirksamkeits-, Kosten-Nutzwert- und Kosten-Nutzen-Analyse zu nennen. Während die erstgenannte Form die Nützlichkeit einer Intervention in Einheiten eines natürlichen Parameters misst (etwa Blutdruck, diverse Laborparameter aber auch Sterblichkeit), verrechnet die Kosten-Nutzwertanalyse Lebenszeit und Lebensqualität zu einem künstlichen, generischen Maß, in der Regel den qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs), während die Kosten-Nutzen-Analyse auch das Ergebnismaß (Outcome) in monetären Einheiten angibt (vgl. Schöffski 2012, S. 65ff.)

Ziel der Studie war es, eine Kosten-Wirksamkeitsanalyse vorzunehmen, und zu berechnen, welche Kosten entstehen, um das Ergebnis des TUG um einen Punkt zu verbessern – insofern eine Wirksam-

keit ermittelt werden kann. Die gesundheitsökonomische Evaluation von präventiven Leistungen bei älteren Menschen weist einige Besonderheiten auf (Salomon & Rothgang 2011; Rothgang & Salomon 2009). Diese resultieren insbesondere daraus, dass Kosten und Nutzen bei präventiven Maßnahmen in höherem Maße zeitlich auseinanderfallen und sich daher immer die Frage der Diskontierung stellt, und zum anderen daraus, dass der Nutzen einer Intervention bei älteren Nutznießern tendenziell weniger lange anhalten kann und diese Zielgruppe bei Modellierungen, die auf die Lebenszeiteffekte einer Intervention abstellen, daher benachteiligt sein könnte. Diese Probleme sind im vorliegenden Fall von geringerer Bedeutung, da nicht die Lebenszeiteffekte ermittelt werden, sondern lediglich die Verbesserung des TUG zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten. Entsprechend war auch auf eine Diskontierung der Kosten und Effekte zu verzichten.

Da sich im Verlauf sowie zum Ende der modellhaften Implementierung der an der Veränderung der Zeitdauer des TUG gemessene Effekt einer Mobilitätsverbesserung in keiner der Interventionsgruppen signifikant von den Ergebnissen der Kontrollgruppe unterschied, erfolgte keine Kosten-Wirksamkeitsanalyse.

11.3 Aufwände in den Pflegeheimen der Cluster-RCT

Dieses Kapitel fasst die in den Pflegeheimen der Cluster-RCT angefallenen Zeitaufwände für die projektbeauftragten Personen und Projektgruppen (Abschnitt 11.3.1) in den einzelnen Implementierungsphasen zusammen. Ebenso sind die Zeitaufwände des Personals in Pflege und Betreuung (11.3.2) mit den sich daraus ergebenden Personalkosten in den einzelnen Implementierungsphasen (11.3.3), die Investitionskosten unter Berücksichtigung von Schulungskosten und Sachkosten beispielsweise für Anpassungen der Dokumentation oder Hilfsmittel (11.3.4) sowie der sich aus neu eingeführten Interventionen ergebende Zeitaufwand des Personals und die sich daraus ableitenden Personalkosten (11.3.5) dargestellt. Am Ende des Kapitels findet sich eine Zusammenfassung der Ergebnisse (Abschnitt 11.3.6). Angaben zu den Zeitaufwänden liegen zum Abschluss der modellhaften Implementierung aus acht Einrichtungen der Interventionsgruppe A und zehn Einrichtungen der Interventionsgruppe B sowie aus acht Einrichtungen der Kontrollgruppe vor.

11.3.1 Zeitaufwand der projektbeauftragten Personen und Projektgruppen in den Implementierungsphasen

Die Projektgruppen in den Pflegeheimen der Interventionsgruppen A und B setzten sich wie in Kapitel 8 (Beschreibung der Stichprobe) abgebildet zusammen. Als projektbeauftragte Personen waren in den meisten Fällen die Pflegedienstleitungen oder Qualitätsmanagementbeauftragte eingesetzt. Ausnahmen bildeten Leitungen der sozialen Betreuung mit Qualifikation als Ergotherapeutin. Diese übernahmen neben der Koordination der Projektgruppen in den Einrichtungen auch die Verantwortung für die Umsetzung der einzelnen Implementierungsphasen und standen über den Studienverlauf hinweg in engem Kontakt mit dem Team der Universität Bremen. Tabelle 86 fasst die Aufwände in Stunden zusammen. Die projektbeauftragten Personen der Interventionsgruppe A wandten im Implementierungsverlauf im Mittel knapp ein Drittel mehr Zeit auf als die Projektbeauftragten der Interventionsgruppe B (60 Stunden gegenüber 40 Stunden). Anders bei den Projektgruppen, bei denen die Pflegeheime der Interventionsgruppe B – mit einer höheren Gruppengröße – einen höheren Zeitaufwand berichteten als die der Interventionsgruppe A (189 gegenüber 132 Stunden). Wurde kein

Zeitaufwand für die Projektbeauftragten oder die Projektgruppen ausgewiesen (Minimum bei 0 Stunden), begründet sich dieses damit, dass in einzelnen Einrichtungen die projektbeauftragte Person ausschließlich alleine, ohne Aufwand für die Projektgruppe agierte oder umgekehrt, der Zeitaufwand der Projektgruppe nicht vom Aufwand der projektbeauftragten Person zu trennen war.

Tabelle 86: Zeitaufwände der Projektbeauftragten und Projektgruppen in den Pflegeheimen

	Zeitaufwand Projektbeauftragte (Std.)							
	Gruppe A				Gruppe B			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	60,13	0,00	99,00	34,83	39,85	0,00	111,50	47,42
Phase Vorbereitung	11,50	0,00	30,00	10,84	5,90	0,00	29,00	9,33
Phase 1 Fortbildungen	9,88	0,00	30,00	10,56	4,35	0,00	17,00	5,62
Phase 2 Anpassung	12,75	0,00	30,00	9,19	10,80	0,00	80,00	25,16
Phase 3 Anwendung	8,63	0,00	16,00	5,68	6,40	0,00	32,00	11,15
Phase 4 Audit	17,38	0,00	40,00	15,23	12,40	0,00	50,00	18,64
	Zeitaufwand Projektgruppe (Std.)							
gesamt	132,31	0,00	379,00	120,38	189,15	45,50	673,00	192,64
Phase Vorbereitung	12,25	0,00	30,00	14,95	33,60	6,00	159,00	45,51
Phase 1 Fortbildungen	22,06	0,00	53,00	20,60	30,00	3,00	58,00	18,66
Phase 2 Anpassung	42,25	0,00	132,00	42,90	53,30	2,00	172,00	62,51
Phase 3 Anwendung	41,38	0,00	160,00	51,79	42,40	0,00	196,00	57,91
Phase 4 Audit	14,38	0,00	36,00	14,33	29,85	0,00	114,00	34,00

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Vorerfahrungen aus den Implementierungsprojekten des DNQP zeigen, dass die individuell anfallenden Zeitaufwände für die Projektleitung sowie die Projektgruppenmitglieder je nach Einrichtung sehr unterschiedlich ausfielen. Für die Projektbeauftragten weisen Schieman, Moers & Büscher (2014, S. 80) einen Zeitaufwand von etwa 8 Stunden für die Phase Fortbildungen, 6 Stunden für die Phase Anpassung, 2,5 Stunden für die Phase Einführung und 8 Stunden für die Phase Audit aus. Wobei sowohl die Fortbildungsphase als auch die Phase des Audits als zeitintensive Phasen geplant werden sollten. Die Pflegeheime der modellhaften Implementierung unterscheiden sich in den berichteten Zeitaufwänden deutlich von diesen Zahlen und berichten einen insgesamt mehr als doppelt so hohen Aufwand. Besonders die Phasen der Anpassung und Anwendung (Einführung) erzeugten deutlich höhere Zeitaufwände als vorab auf Grundlage der Literatur angenommen. Die zeitintensivste Phase stellte für die Projektbeauftragten das Audit dar. Vergleichszahlen des DNQP für die Aufwände der Projektgruppen liegen nicht vor, doch erlauben die im folgenden Abschnitt abgebildeten Zahlen zum Zeitaufwand des gesamten Personals in Pflege und Betreuung über die Implementierungsphasen hinweg einen Abgleich mit Erfahrungswerten aus vorangegangenen Implementierungsprojekten.

11.3.2 Zeitaufwand des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen

Tabelle 87 zeigt den Zeitaufwand des Personals **über alle Phasen des Implementierungsverlaufs hinweg**. Deutlich erkennbar ist der im Mittel mehr als doppelt so hoch berichtete Zeitaufwand des Personals in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B, , das zusätzlich das Drei-Schritte-Programm implementiert. Deutlich wird im Gruppenvergleich auch, dass beim Einsatz des Drei-Schritte-Programms Zeitaufwände insbesondere bei Pflegehilfskräften und Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung entstehen. Nur ein Drittel der Gesamtzeitaufwände fällt in Gruppe B bei den Pfl-

gefachkräften an, während dieser Anteilswert in Gruppe A bei annähernd zwei Dritteln liegt. Schon in Gruppe A ist die Streuung beachtlich, mit einer Spannweite von 100 bis 500 Stunden und einer Standardabweichung, die immerhin fast halb so hoch ist wie der Mittelwert (Variationskoeffizient: 0,47). In Gruppe B, in der zusätzlich das Drei-Schritte-Programm umgesetzt wurde, ist die Standardabweichung sogar annähernd doppelt so hoch wie der Mittelwert (Variationskoeffizient: 1,98). Dies weist darauf hin, dass die Umsetzung des Drei-Schritte-Programms noch nicht sehr stark normiert ist.

Tabelle 87: Zeitaufwände nach Berufsgruppe über alle Implementierungsphasen (Pflegeheime)

	Zeitaufwand Personal in Pflege und Betreuung gesamt (Std.)							
	Gruppe A				Gruppe B			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	312,55	105,50	506,50	146,91	785,78	0,00	5403,00	1562,23
Pflegefachkräfte	198,91	20,50	476,50	161,31	259,75	0,00	1536,00	458,99
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,25	0,00	2,00	0,71	41,15	0,00	405,00	127,86
Pflegehilfskräfte	16,29	0,00	72,00	26,72	209,50	0,00	1762,00	551,58
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	42,58	0,00	149,10	49,07	160,45	0,00	759,00	260,44
Soziale Betreuung und Therapie	45,50	8,50	104,00	35,40	174,22	10,00	801,00	243,04
Hauswirtschaftliche Versorgung	9,03	0,00	43,00	17,11	21,44	0,00	140,00	47,79

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Eine differenzierte Betrachtung der Zeitaufwände für die einzelnen Berufsgruppen **je nach Phase des Implementierungsprozesses** erlaubt Tabelle 88. Für die Phase der Fortbildungen (Phase 1) betrug der durchschnittliche Zeitaufwand pro Vollzeitäquivalent für die Anwendergruppe der Pflegefachkräfte 1,6 Stunden in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und 3,8 Stunden in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B. Vergleichbare Zahlen liegen für die Umrechnung des Fortbildungsaufwands auf Vollzeitäquivalente nicht vor. Allerdings können die bei Büscher und Blumenberg (2014) angeführten durchschnittlichen Fortbildungsaufwände pro beteiligter Pflegefachkraft für die Einführungen der Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“, „Kontinenzförderung“, „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Ernährungsmanagement“ als Anhaltspunkte für einen Vergleich herangezogen werden. Über diese Expertenstandards hinweg wurde dort ein Mittelwert von hinweg von 6,3 Stunden bei einer Streuung zwischen 3,6 und 9,9 Stunden zwischen einzelnen Expertenstandards ermittelt. Im Vergleich hierzu sind die Zeitaufwände insbesondere in Interventionsgruppe A in der „nur“ Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs geschult wurden, eher gering.

Obleich der Zeitaufwand für die Phase der Fortbildungen für die Pflegefachkräfte in der Interventionsgruppe B mit einem Unterschied von über 30 Stunden höher ausfiel als in der Interventionsgruppe A, liegen die mittleren Aufwände für die weiteren Berufsgruppen Pflegehilfskräfte, Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung und Mitarbeiter der sozialen Betreuung und Therapie in beiden Gruppen im ähnlichen Bereich. Für die Phase der Anpassung unterscheidet sich der Aufwand letzterer Berufsgruppen wieder zwischen den Interventionsgruppen: In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A lag der Aufwand für Mitarbeiter der sozialen Betreuung und Therapie höher, während in Pflegeheimen der Gruppe B im Mittel ein höherer Aufwand für Pflegehilfskräfte als in Pflegeheimen der Gruppe A anfiel. In der Phase der Anwendung zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Studienarmen: Die Einrichtungen in der Gruppe B wendeten insgesamt für alle Berufsgruppen im Mittel mehr Zeit auf als die Einrichtungen in der Interventionsgruppe A. In beiden Gruppen sprechen die benannten Aufwände der Anwendungsphase zunächst für eine gelungene Einbindung und Ko-

operation zwischen den an der pflegerischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Besonders fällt in dieser Phase in der Interventionsgruppe B der Aufwand derjenigen Berufsgruppen auf, die nicht primäre Anwendergruppe (nämlich Pflegefachkräfte) des Expertenstandard-Entwurfs sind. Von diesen verzeichneten die Pflegehilfskräfte, die Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung und Mitarbeiter der sozialen Betreuung und Therapie einen höheren Aufwand als die Pflegefachkräfte. Der Ansatz des Drei-Schritte-Programms als eine alltagsintegrierende Maßnahme, die durch alle an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personen täglich und dauerhaft angewandt wird, kann als erklärend für diesen Unterscheid zwischen den Interventionsgruppen vermutet werden und spricht für eine konsequente Anwendung des Drei-Schritte-Programms in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B. In der Audit-Phase schließlich unterscheiden sich die beiden Gruppen lediglich beim Aufwand der Pflegehilfskräfte deutlich. Diese waren in den Einrichtungen der Interventionsgruppe B, wie auch bereits in der Phase der Anwendung, in höherem Ausmaß in diese Phase eingebunden als in den Einrichtungen der Interventionsgruppe A.

Tabelle 88: Zeitaufwände nach Berufsgruppe und Phase des Implementierungsverlaufs (Pflegeheime)

	Phase Vorbereitung (Std.)							
	Gruppe A				Gruppe B			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
Pflegefachkräfte	10,38	0,00	30,00	12,69	17,80	0,00	119,00	36,82
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	13,40	0,00	134,00	42,37
Pflegehilfskräfte	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	40,00	12,65
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	1,00	0,00	8,00	2,83	0,80	0,00	8,00	2,53
Soziale Betreuung und Therapie	2,75	0,00	12,00	4,40	13,00	0,00	121,00	37,99
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00	6,00	2,00
	Phase 1 Fortbildungen (Std.)							
Pflegefachkräfte	31,06	0,00	70,00	20,75	57,30	0,00	233,00	70,30
pro Vollzeitäquivalent	1,58	0,00	3,01	0,96	3,75	0,00	8,79	3,21
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	3,30	0,00	33,00	10,44
Pflegehilfskräfte	6,63	0,00	33,00	12,34	9,45	0,00	68,00	21,40
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	11,38	0,00	36,00	14,21	11,95	0,00	57,00	19,22
Soziale Betreuung und Therapie	7,00	0,00	30,00	10,10	9,90	0,00	46,00	13,63
Hauswirtschaftliche Versorgung	1,00	0,00	8,00	2,83	1,30	0,00	12,00	3,77
	Phase 2 Anpassung (Std.)							
Pflegefachkräfte	58,00	0,00	168,00	62,84	42,25	0,00	208,00	71,12
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	11,90	0,00	116,00	36,59
Pflegehilfskräfte	4,75	0,00	36,00	12,65	6,35	0,00	60,00	18,87
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	11,75	0,00	40,00	17,38	10,10	0,00	49,00	16,72
Soziale Betreuung und Therapie	21,75	0,00	96,00	31,23	13,83	0,00	73,00	23,99
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,63	0,00	5,00	1,77	3,00	0,00	28,00	8,81
	Phase 3 Anwendung (Std.)							
Pflegefachkräfte	69,85	13,00	168,00	61,32	118,40	0,00	840,00	257,56
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	7,60	0,00	76,00	24,03
Pflegehilfskräfte	4,66	0,00	18,00	6,34	174,50	0,00	1532,00	479,87
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	17,20	0,00	77,10	25,39	136,00	0,00	688,00	248,51
Soziale Betreuung und Therapie	12,13	0,00	45,00	13,98	130,70	0,00	537,00	176,18
Hauswirtschaftliche Versorgung	5,40	0,00	27,00	10,41	14,40	0,00	94,00	32,08
	Phase 4 Audit (Std.)							
Pflegefachkräfte	29,63	0,00	85,00	35,26	24,00	0,00	136,00	44,10
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,25	0,00	2,00	0,71	4,95	0,00	46,00	14,45
Pflegehilfskräfte	0,25	0,00	2,00	0,71	15,20	0,00	90,00	32,72
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	1,25	0,00	10,00	3,54	1,60	0,00	16,00	5,06
Soziale Betreuung und Therapie	1,88	0,00	8,00	3,04	6,80	0,00	42,00	14,46
Hauswirtschaftliche Versorgung	2,00	0,00	16,00	5,66	0,00	0,00	0,00	0,00

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

11.3.3 Kosten des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen

Ausgehend von dem für die jeweilige Implementierungsphase angegebenen Zeitaufwand lassen sich die Personalkosten in Euro auf Grundlage des angegebenen Arbeitgeberbrutto über den gesamten Implementierungsverlauf jeweils für einzelne Berufsgruppen und in der Gesamtschau ermitteln. Wie in Kapitel 11.1 beschrieben, ergeben sich die Personalkosten aus der Multiplikation des entsprechenden Zeitaufwandes in Stunden mit dem gewichteten Arbeitgeberbrutto der einzelnen Berufsgruppen. Für Einrichtungen, die zwar einen Zeitaufwand jedoch kein Arbeitgeberbrutto angaben, wurde der aus den Angaben der anderen Einrichtungen ermittelte Mittelwert des gewichteten Stundenlohns der jeweiligen Berufsgruppe als Berechnungsgrundlage herangezogen. Dies betrifft in der Interventionsgruppe A ein Pflegeheim für alle Berufsgruppen und ein Pflegeheim für die Berufsgruppe Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung. In der Interventionsgruppe B trifft dies auf eine Einrichtung für alle Berufsgruppen zu. In zwei Einrichtungen ist die Berufsgruppe Akademiker in Pflege und Betreuung sowie ebenfalls in drei Pflegeheimen die Berufsgruppe Hauswirtschaftliche Versorgung betroffen.

Tabelle 89 zeigt die mittleren Personalkosten einzelner Berufsgruppen entsprechend ihres jeweiligen Anteils im Implementierungsprozess pro Pflegeheim

Tabelle 89: Personalkosten über den gesamten Implementierungsverlauf pro Pflegeheim

	Personalkosten (€) in Pflege und Betreuung gesamt							
	Gruppe A				Gruppe B			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	6.364	1.202	15.668	4.697	13.671	817	90.675	27.283
Pflegefachkräfte	4.735	299	15.105	4.871	5.470	0	33.976	10.179
Akademiker in Pflege und Betreuung	16	0	47	27	2.299	0	11.475	5.129
Pflegehilfskräfte	298	0	1.205	491	3.107	0	27.064	8.479
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	514	0	1.749	611	1.365	0	5.949	1.991
Soziale Betreuung und Therapie	705	94	1.454	527	2.321	123	12.512	3.768
Hauswirtschaftliche Versorgung	107	0	443	198	258	0	1.952	627

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Insgesamt betragen die Personalkosten in allen Implementierungseinrichtungen zum Ende der Implementierungsphase 187.618 €. Die Einrichtungen der Interventionsgruppe A verzeichneten Kosten von insgesamt 50.911 €, die der Interventionsgruppe B von insgesamt 136.706 €. Pro Einrichtung beliefen sich der Mittelwert in Gruppe A auf 6.364 € (Median 5.144 €; SD 4.697 €) in Gruppe B auf 13.671 € (Median 5.087 €; SD 27.283 €). Die Beträge des gegenüber Extremwerten (Ausreißern) in den einzelnen Gruppen robusteren, jeweiligen Medians liegen in beiden Gruppen also sehr nah beieinander. In beiden Gruppen hat die Hälfte der Einrichtungen über den Implementierungsverlauf Personalkosten von bis zu rund 5.000 € aufgewendet, die andere Hälfte mindestens rund 5.000 €.

Tabelle 90 enthält die sich für die einzelnen Phasen der modellhaften Implementierung ergebenden Personalkosten für die einzelnen Berufsgruppen in Euro. Die Anteile der einzelnen Phasen an den Personalkosten sind abschließend in Tabelle 91 dargestellt.

Tabelle 90: Personalkosten in den Implementierungsphasen nach Berufsgruppe (Pflegerheime)

	Personalkosten (€) in Pflege und Betreuung							
	Phase Vorbereitung							
	Gruppe A				Gruppe B			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	309	0	905	392	1.724	39	3.828	1.763
Pflegefachkräfte	249	0	793	318	383	0	2632	1.295
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	759	0	3797	1.961
Pflegehilfskräfte	0	0	0	0	61	0	614	249
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	16	0	127	45	4	0	39	16
Soziale Betreuung und Therapie	44	0	174	67	198	0	1890	779
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	8	0	84	34
	Phase 1 Fortbildungen							
gesamt	1135	0	3227	967	3.032	179	12.373	4611
Pflegefachkräfte	714	0	1.851	572	1.237	0	5.154	3.677
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	187	0	935	483
Pflegehilfskräfte	134	0	740	266	140	0	1.044	490
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	145	0	422	182	179	0	1.208	604
Soziale Betreuung und Therapie	128	0	636	214	151	0	719	460
Hauswirtschaftliche Versorgung	14	0	112	40	18	0	167	70
	Phase 2 Anpassung							
gesamt	1.951	0	5.419	1.762	2.689	414	8.749	3.135
Pflegefachkräfte	1.396	0	5.326	1814	875	0	4.601	2.779
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	657	0	3.287	1.697
Pflegehilfskräfte	79	0	602	212	97	0	922	380
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	152	0	634	245	93	0	304	282
Soziale Betreuung und Therapie	316	0	1.342	434	178	0	1.140	589
Hauswirtschaftliche Versorgung	9	0	70	25	41	0	390	162
	Phase 3 Anwendung							
gesamt	2.173	506	5.419	1.711	13.772	1.904	26.010	10.616
Pflegefachkräfte	1.654	204	5.326	1.768	2.462	0	18.581	8.601
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	431	0	2.153	1.112
Pflegehilfskräfte	83	0	301	115	2.601	0	23.532	9.944
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	188	0	904	298	1.081	0	5.949	3.494
Soziale Betreuung und Therapie	185	0	653	204	1.713	0	8.388	5.282
Hauswirtschaftliche Versorgung	63	0	278	118	190	0	1.310	662
	Phase 4 Audit							
gesamt	797	0	2.757	1.023	1.568	0	5.125	1.908
Pflegefachkräfte	723	0	2.663	998	513	0	3.008	1.661
Akademiker in Pflege und Betreuung	12	0	47	23	265	0	1.303	676
Pflegehilfskräfte	3	0	23	8	207	0	1.120	699
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	12	0	98	35	9	0	87	35
Soziale Betreuung und Therapie	32	0	135	53	80	0	387	264
Hauswirtschaftliche Versorgung	21	0	165	58	0	0	0	0

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Tabelle 91: Anteil der Implementierungsphasen an den Personalkosten (Pflegerheime)

	Anteil der Phasen an den Gesamtkosten gerundet	
	Gruppe A	Gruppe B
Phase Vorbereitung	5 %	8 %
Phase 1 Fortbildungen	18 %	13 %
Phase 2 Anpassung	31 %	12 %
Phase 3 Anwendung	34 %	60 %
Phase 4 Audit	13 %	7 %

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Eine Untersuchung von Wolke, Hennings & Scheu (2007) ermittelte für die Einführung des Expertenstandard Dekubitusprophylaxe für eine stationäre Pflegeeinrichtung mit 78 vollstationären Pflegeplätzen in gemeinnütziger Trägerschaft in Süddeutschland direkte Gesamtkosten von 34.419 € im Betrachtungszeitraum von drei Jahren. Von diesen fielen 25.424 € als Personalkosten und 8.995 € als Sachkosten zumeist in der Einführungsphase und weniger im Verlauf an. Den größten Anteil an den Gesamtkosten hatten in der Studie die in der Einrichtung stattfindenden Fortbildungsaktivitäten. In einer weiteren Studie zu den mit der Einführung des Expertenstandard Förderung der „Harnkontinenz in der Pflege“ einhergehenden Aufwänden in einer freigemeinnützigen, stationären Pflegeeinrichtung mit 250 Pflegeplätzen beschreibt für einen Beobachtungszeitraum von drei Jahren direkte Gesamtkosten von 58.032 € (Wolke 2011). Auch in dieser Studie stellen die Personalkosten für Fortbildungen einen bedeutenden Anteil an den Gesamtkosten. Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung weichen von diesen Beobachtungen ab, da hier die Phase der Einführung und Anwendung den größten Anteil an den Gesamtkosten ausmacht. Jedoch sind Vergleiche der bei Wolke, Hennings & Scheu (2007) und Wolke (2011) genannten Zahlen mit den Ergebnissen der modellhaften Implementierung mit Vorsicht zu ziehen, da aufgrund der unterschiedlichen Inhalte der Expertenstandards sowie einem sich stetig veränderndem und entwickelndem Fachwissens der Berufsgruppe nicht mehr von gleichen Bedingungen der Einführung des jeweiligen Expertenstandards ausgegangen werden kann.

11.3.4 Schulungs- und Sachkosten

In den Pflegeheimen erfolgte die Erfassung der über den Implementierungsverlauf hinweg anfallenden Kosten für Investitionen durch Selbstaufschriebe der projektbeauftragten Personen. Aufwände für mit der modellhaften Implementierung verbundene Fortbildungs- und Schulungsangebote wurden getrennt von anfallenden Sachkosten festgehalten. Schulungskosten beinhalten alle Schulungs- und Fortbildungsangebote, die über die Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf durch die Universität Bremen hinaus in den Einrichtungen durchgeführt wurden.

Schulungskosten

Bis auf ein Pflegeheim der Interventionsgruppe A gaben alle Einrichtungen in den Interventionsgruppen Schulungskosten über das Angebot der Universität Bremen hinaus an. Tabelle 92 zeigt die Schulungskosten gerundet in Euro für einzelne Posten.

Tabelle 92: Schulungskosten pro Pflegeheim in Euro

	Schulungskosten (€)											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	436	0	1.130	391	1.428	100	4.200	1.429	75	0	420	149
Raummiete	0	0	0	0	20	0	200	63	0	0	0	0
Dozent	316	0	800	360	1.178	0	3.800	1.402	0	0	0	0
Bewirtung	81	0	300	105	175	0	1.262	386	23	0	150	53
Medien	16	0	130	46	45	0	300	101	0	0	0	0
sonstige	23	0	150	53	11	0	106	33	53	0	420	148

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Die Gesamtaufwände der Interventionsgruppen unterscheiden sich deutlich: Die Heime der Interventionsgruppe A wandten mit insgesamt 3.485 € nur knapp ein Viertel des Betrags für Schulungen auf,

der bei der Interventionsgruppe B (14.280 €) anfiel. Dabei fielen in beiden Gruppen die höchsten Ausgaben für den Posten Dozenten honorare an. Als sonstige Schulungskosten verzeichneten die Einrichtungen anfallende Materialkosten etwa für Schulungsunterlagen. Auch Pflegeheime in der Kontrollgruppe boten im Studienzeitraum Fortbildungsveranstaltungen an. In den Einrichtungen der Gruppe C machen diese Aufwände jedoch nur einen geringen Teil anfallender Kosten aus, die drei Pflegeheime für Bewirtung und Unterrichtsmaterialien angaben.

Sachkosten

Sachkosten entstanden für die Veränderung oder die Anpassung der Dokumentation, Hilfsmittel, bauliche Veränderungen, Materialien für Sport und Bewegungsangebote, Informationsmaterialien und Medien sowie für weitere Sachkosten, also für Verbrauchsgüter ebenso wie für langlebige Güter. Tabelle 93 zeigt die Sachkosten gerundet in Euro für die Pflegeheime in allen drei Studienarmen. Dabei gehen Kosten auch in voller Höhe ein, wenn die Güter über den Implementationszeitraum hinaus genutzt werden können; Abschreibungen wurden nicht berücksichtigt.

Die **Pflegeheime der Interventionsgruppe A** führten Sachkosten von 9.014 € an, wobei die Nutzungsdauer der Anschaffungen mehrheitlich über die Verwendungsdauer über 12 Monate hinaus geht. Lediglich eine Einrichtung gab an, Dokumentationsmaterialien nach einem Quartal verbraucht zu haben, ebenso benannte eine Einrichtung diesen Zeitraum als Verwendungsdauer für angeschaffte Materialien für Sport und Bewegungsangebote. Ausgaben für Hilfsmittel wurden in dieser Gruppe nicht weiter spezifiziert. Materialien für Sport- und Bewegungsangebote waren unter anderem Gewichtsmanschetten und ein Spiral-Tischbillardspiel. Unter sonstigen Sachkosten führte eine Einrichtung neu eingerichtete Therapiegänge auf. Für Veränderungen der Dokumentation wiesen einige Einrichtungen darauf hin, dass diese für sie mit keinen zusätzlichen Sachkosten einhergingen.

Die **Pflegeheimen der Interventionsgruppe B** gaben Sachkosten von insgesamt 45.513 € an. Auch sie gehen für ihre getätigten Ausgaben – bis auf in einem Fall für sich einmalig verbrauchende Informationsmaterialien – mehrheitlich von einer längeren Verwendungsdauer über 12 Monate hinaus aus. Kosten für Veränderungen der bestehenden Dokumentation entstanden besonders für das Drucken und Vervielfältigen papierbasierter Dokumentationsunterlagen. Vorrangig wurden die Mobilität und den Transfer unterstützende Hilfsmittel wie Laufwagen, Gleit- und Rutschtücher, Drehscheiben oder Tragegurte angeschafft. Doch wiesen auch in dieser Gruppe Einrichtungen darauf hin, dass Hilfsmittel bereits ausreichend zur Verfügung stünden oder dass weitere Sachausgaben im laufenden Geschäftsjahr 2015 nicht mehr vorgesehen seien, jedoch für 2016 in die Investitionsplanung mit aufgenommen würden. Kosten für bauliche Veränderungen wurden von einer Einrichtung für das Einrichten eines Bewegungsraumes, in welchem Gruppen- und Einzelmaßnahmen in geschützter Atmosphäre stattfinden konnten, angegeben. Materialien für Sport- und Bewegungsangebote beinhalteten Heimtrainer, Bewegungstücher, (Gymnastik-)Bälle, Hanteln aber auch die Anschaffung eines MOTomed®. Eine Einrichtung investierte in einen Alterssimulationsanzug, um diesen auch in Mitarbeiterschulungen einzusetzen.

In der **Kontrollgruppe C** investierte im Studienzeitraum nur eine Einrichtung in Hilfsmittel und Materialien für Sport- und Bewegungsangebote. Sie kaufte Gleitmatten und weitere Hilfsmittel zur Mobilisation sowie ein Fahrradergometer und Materialien zur Durchführung von Kraft- und Balancetrainings.

Tabelle 93: Sachkosten pro Pflegeheim in Euro

	Sachkosten (€)											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	1.127	0	4.062	1.399	4.551	50	20.238	6.855	750	0	6.000	1.809
Dokumentation	297	0	2.230	783	0	600	0	600	0	0	0	0
Hilfsmittel	581	0	4.062	1.421	0	20.200	0	20.200	438	0	3.500	12.37
Bauliche Veränderungen	0	0	0	0	0	10.000	0	10.000	0	0	0	0
Materialien Sport u. Bewegungsangebote	186	0	1.084	370	0	2.350	0	2.350	313	0	2.500	884
Informationsmaterialien und Medien	0	0	0	0	0	590	0	590	0	0	0	0
sonstige	63	0	500	177	0	1.523	0	1.523	0	0	0	0

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

11.3.5 Zeitaufwand und Personalkosten für neu eingeführte Interventionen

Sofern die Einrichtungen im Verlauf der modellhaften Implementierung neue Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität einsetzten, waren auch hierfür die Zeitaufwände der an der Durchführung beteiligten Berufsgruppen zu erfassen. Für Einrichtungen, die auf einen kontinuierlichen Aufschrieb der Zeitaufwände verzichteten und zum Ende der Implementierung den Zeitaufwand für das Personal mit einem Vermerk „täglich“ oder „wöchentlich“ übermittelten, erfolgte die Berechnung der Werte für das Erhebungsintervall durch Multiplikation entsprechender Tages- oder Wochenangaben.

Abbildung 40 zeigt die Anzahl und Art der neu eingeführten Maßnahmen für die einzelnen Studienarme. Für die alltagsintegrierenden Maßnahmen fiel es den Einrichtungen insgesamt schwer, Zeitaufwände für einzelne Personalgruppen zu benennen, so finden sich besonders diejenigen Einrichtungen nicht in der Zusammenfassung des Gesamtaufwandes wieder, die ausschließlich alltagsintegrierende Maßnahmen einführten und für diese den konkreten Zeitaufwand des Personals nicht angaben.

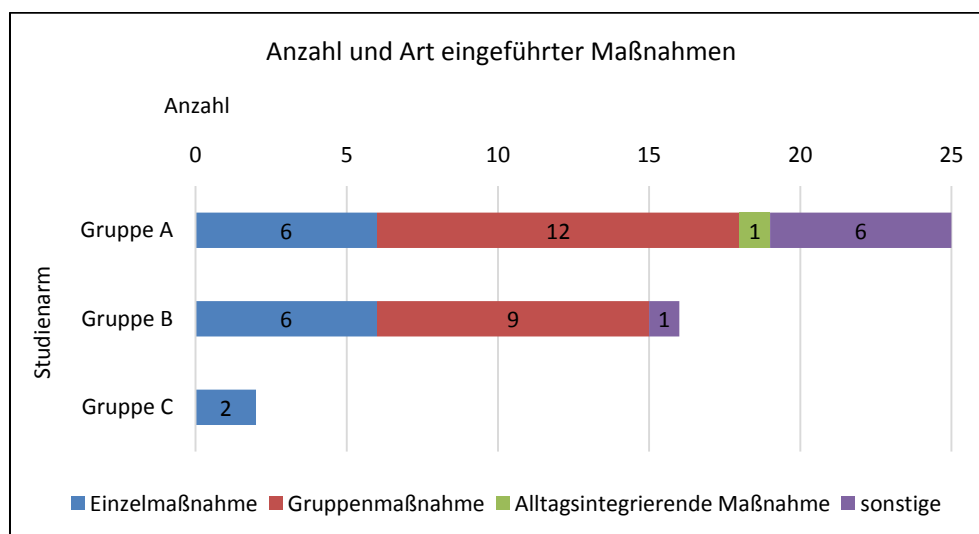


Abbildung 40: Anzahl und Art eingeführter Maßnahmen in den Pflegeheimen

Die Einrichtungen in der **Interventionsgruppe A** erweiterten ihr Angebot mobilitätsfördernder und erhaltender Maßnahmen um insgesamt 25 neue Interventionen. Dabei wurden durchschnittlich 2,8 Maßnahmen pro Einrichtung eingeführt. Sechs Pflegeheime boten zusätzliche Einzelmaßnahmen wie Gangschule, Kraft- und Balancetraining und Transfertraining an. Bei den neu eingeführten Gruppenmaßnahmen setzten sieben Pflegeheime neben Schwerpunktangeboten für Menschen mit Hilfsmitteln wie Rollator, Rollstuhl oder Gehwagen oder für Menschen mit spezifischen Erkrankungen wie Demenz, auch Seniorengymnastik, regelmäßige Gehtreffs oder Spaziergänge aber auch Veranstaltungen wie Sportfeste oder Zirkeltage um. Ebenfalls wurden Tanzcafés und Sitztanzgruppen etabliert. Eine Einrichtung konzentrierte sich besonders auch auf die Verstetigung alltagsintegrierender Maßnahmen und die Einbindung der Bewohner in den Tagesablauf des Pflegeheims. Zwei Einrichtungen nutzten ebenfalls die Umgestaltung der Räumlichkeiten in Orte des Verweilens oder andere, die Sinne anregende Umgebungen, als bewegungsfördernden Impuls. Darüber hinaus integrierte eine Einrichtung das Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität in die regelmäßig erscheinende Heimzeitung. Eine Einrichtung wandte Kinästhetik als Bewegungskonzept zur Unterstützung der Pflegebedürftigen an.

In der **Interventionsgruppe B** führten die Pflegeheime neben dem Drei Schritte-Programm auch weitere Maßnahmen im Verlauf der modellhaften Implementierung ein. Im Durchschnitt führten die Heime 1,6 neue Maßnahmen ein. Die Einzelmaßnahmen umfassten Gehtraining/Gangschule, 10-Minuten-Aktivierung sowie Kraft- und Balancetraining. Als Gruppenmaßnahmen wurden organisierte Spaziergänge/Gehtreffs, Seniorengymnastik und Bewegungs-/Mobilitätserhaltungsgruppen aber auch die Einrichtung eines Tanzcafés und einer Sitztanzgruppe beschrieben. Auch wurden Hausexpeditionen als Besonderheit genannt. Auch in diesem Studienarm wurde Kinästhetik als Bewegungskonzept von einer Einrichtung eingeführt. Das Drei-Schritte-Programm wurde von den Einrichtungen unterschiedlich entweder als Einzelmaßnahme oder als Gruppenmaßnahme zugeordnet.

Wie auch schon bei den Schulungs- und Sachkosten ersichtlich, widmeten sich auch einige wenige Einrichtungen der **Kontrollgruppe** im Studienzeitraum dem Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität mit entsprechenden Kostenaufwänden. Zwei Pflegeheime gaben an, neue Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität eingeführt zu haben. In beiden Fällen waren dies Einzelmaßnahmen wie Kraft- und Balancetraining sowie die Übung mit und Schulung durch einen Physiotherapeuten.

Die Personalkosten für neu eingeführte Programme beliefen sich auf **insgesamt** 240.413 € in allen Pflegeheimen der Cluster-RCT (16.974 € in Interventionsgruppe A, 221.174 € in Interventionsgruppe B, 2.265 € in der Kontrollgruppe C). Tabelle 94 zeigt die Zeitaufwände und Personalkosten für die eingeführten Interventionen pro Heim. Dabei muss auf eine Einrichtung der Interventionsgruppe B hingewiesen werden, die das Ergebnis mit Personalkosten von insgesamt 182.036 € anteilig zu 80 % maßgeblich beeinflusst. Wird der von diesem Pflegeheim angegebene Zeitaufwand nicht berücksichtigt, liegt der Mittelwert der Personalkosten für Interventionsaufwände der Interventionsgruppe B mit 6.523 € nach wie vor über dem der Interventionsgruppe A (1.543 €).

Tabelle 94: Zeitaufwände und Personalkosten für eingeführte Interventionen nach Berufsgruppe pro Pflegeheim

	Zeitaufwand (Std.)											
	Gruppe A				Gruppe B				Gruppe C			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	125,4	0,0	315,0	125,0	1401,5	0,0	10958,0	3396,5	19,4	0,0	143,0	50,1
Pflegefachkräfte	23,9	0,0	100,0	35,0	314,1	0,0	2341,0	724,4	4,0	0,0	20,0	7,7
Akademiker in Pflege und Betreuung	1,0	0,0	8,0	2,8	11,8	0,0	118,0	37,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	16,8	0,0	80,0	29,3	343,8	0,0	3170,0	996,2	1,1	0,0	9,0	3,2
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	12,1	0,0	66,0	23,1	137,7	0,0	660,0	235,5	2,0	0,0	16,0	5,7
Soziale Betreuung und Therapie	71,6	0,0	197,0	76,9	573,1	0,0	4862,0	1521,7	12,3	0,0	98,0	34,6
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,0	0,0	0,0	0,0	21,0	0,0	210,0	66,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	Personalkosten (€)											
gesamt	2.122	0	5.797	2.203	22117	0	182.036	56.584	283	0	2.091	733
Pflegefachkräfte	515	0	2.238	773	6.589	0	51.783	16.057	73	0	413	150
Akademiker in Pflege und Betreuung	62	0	187	108	669	0	3343	1495	0	0	0	0
Pflegehilfskräfte	263	0	1.152	432	5.203	0	48.691	15.313	18	0	147	52
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	168	0	1.046	361	1.184	0	7.004	2.229	23	0	186	66
Soziale Betreuung und Therapie	1.153	0	3.698	1.343	8.558	0	75.944	23.796	168	0	1.346	476
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	249	0	2.495	789	0	0	0	0

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Personalkosten für das Drei-Schritte-Programm

Nur wenige Pflegeheime der Interventionsgruppe B lieferten spezifische Daten zu den Zeitaufwänden für die Umsetzung des Drei-Schritte-Programms. Ausgehend von den Angaben aus drei Einrichtungen zeigt Tabelle 95 die Zeitaufwände und Personalkosten für das Drei-Schritte-Programm für eine Umsetzungsdauer von drei Monaten.

Im Vergleich mit den Personalkosten für den gesamten Interventionsaufwand beträgt der Anteil des Drei-Schritte Programms an den Interventionsaufwänden in einer Einrichtung 100 % (diese führte ausschließlich das Drei-Schritte-Programm ein), in den beiden anderen Einrichtungen gerundet 16 % und 14 % (diese führten weitere Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität ein). Angesichts der kleinen Stichprobe sind die Werte aber nur sehr begrenzt belastbar.

Für das Drei-Schritte-Programm liegen keine Vergleichszahlen vor. Der von der Urheberin des Programms beschriebene Mehraufwand von etwa 20 Minuten pro Pflegebedürftigem und Dienstdauer (Schicht) (Zegelin & Reuther 2014 b, S. 11) lässt sich mit den in der modellhaften Implementierung erhobenen Daten nicht bestätigen, allerdings wurden auch nur von drei Einrichtungen Daten gemeldet.

Tabelle 95: Personalkosten und Zeitaufwand für das Drei-Schritte-Programm

	Personalkosten (€)			
	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	12.659	1.185	25.427	12.173
Pflegefachkräfte	4.110	568	8.184	3.836
Akademiker in Pflege und Betreuung	43	0	85	60
Pflegehilfskräfte	4.786	0	13.824	7.831
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	2.505	82	7.004	3.900
Soziale Betreuung und Therapie	1.230	0	2.905	1.503
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0
	Zeitaufwand (Std.)			
gesamt	848,33	98,00	1547,00	725,88
Pflegefachkräfte	196,67	40,00	370,00	165,63
Akademiker in Pflege und Betreuung	1,00	0,00	3,00	1,73
Pflegehilfskräfte	314,33	0,00	900,00	507,66
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	254,33	15,00	660,00	353,21
Soziale Betreuung und Therapie	82,00	0,00	186,00	94,93
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

11.3.6 Zusammenfassung zu den Aufwänden in den Pflegeheimen

Die **gesamten direkten Kosten** in allen Pflegeheimen betragen zum Abschluss der modellhaften Implementierung 259.910 €. Davon waren 72 % Personalkosten (187.618 €), 7 % Sachkosten für Schulungsmaßnahmen (17.765 €) und 21 % (54.527€) Sachkosten für Materialien wie Hilfsmittel und andere.

Die **Personalkosten** über die Implementierungsphasen unterschieden sich in den Studienarmen – die Pflegeheime der Interventionsgruppe B wendeten das 2,7fache der Interventionsgruppe A auf. Allerdings ist dieses Ergebnis von Ausreißern geprägt. Der gegenüber Ausreißern robustere Median der Personalkosten der Implementierungsphase liegt jedoch in beiden Gruppen bei etwa 5.000 € (A 5144 €; B 5087 €).

Auch die **Schulungs- und Sachkostenaufwände** fielen in der Interventionsgruppe B höher aus als in der Interventionsgruppe A.

Geht die Einführung des Expertenstandard-Entwurfs mit dem Angebot neuer Interventionen einher, werden besonders in der Phase der Anwendung Personalressourcen gebunden. Werden mobilitäts-erhaltende und -fördernde Interventionen in den Alltag integriert und nicht als separate Angebote eingeführt, erschwert sich die Erfassung relevanter Zeitaufwände und macht den Umfang zusätzlicher Aufwände an dieser Stelle für die Einrichtung intransparent.

Die zu erwartenden Kosten sind vorrangig Personalkosten. Diese sind jedoch als Opportunitätskosten zu betrachten – sie fallen sowieso an, werden nur einer alternativen Verwendung vorenthalten. Pflegeheime sollten ihre individuellen Personalaufwände strukturiert erfassen und darlegen können, um diese im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen als Grundlage zu nutzen. Sachkosten ergeben sich je nach Ausstattung der Einrichtung und der Bereitschaft des Trägers, Investitionen zu tätigen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Materialien in den meisten Fällen für eine längere Verwendungsdauer zur Verfügung stehen.

11.4 Aufwände in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen

Im Folgenden sind die in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen angefallenen Zeitaufwände für die projektbeauftragten Personen und Projektgruppen in den einzelnen Implementierungsphasen dargestellt (11.4.1). Analog zu den Pflegeheimen werden die Zeitaufwände des Personals in Pflege und Betreuung (11.4.2) mit den sich daraus ergebenden Personalkosten in den Implementierungsphasen (11.4.3), die Investitionskosten (11.4.4) sowie der sich aus neu eingeführten Interventionen ergebende Zeitaufwand des Personals und die sich daraus ableitenden Personalkosten (11.4.5) dargestellt. Der letzte Abschnitt fasst die Ergebnisse für die Pflegedienste und teilstationären Pflegeeinrichtungen zusammen (11.4.6). Angaben zu den Zeitaufwänden lagen zum Abschluss der modellhaften Implementierung aus vier Pflegediensten und fünf teilstationären Pflegeeinrichtungen vor. Die insgesamt geringe Fallzahl der an der Beobachtungsstudie beteiligten Pflegeeinrichtungen begrenzt die Aussagekraft dieser Kostenerfassung.

11.4.1 Zeitaufwand der projektbeauftragten Personen und Projektgruppen in den Implementierungsphasen

Die Zusammensetzung der jeweiligen Projektgruppen in den einzelnen Einrichtungen ist im Kapitel 8 (Beschreibung der Stichprobe) abgebildet. Für die Dauer des Implementierungsprozesses war die projektbeauftragte Person maßgeblich mit der Koordination, Aufrechterhaltung sowie Einhaltung der einzelnen Arbeitsschritte und Implementierungsphasen in Unterstützung durch die Projektgruppe betraut. Angaben zu den Zeitaufwänden für projektbeauftragte Personen und Projektgruppe liegen aus vier Pflegediensten und fünf Tagespflegen vor. Tabelle 96 fasst die Aufwände differenziert nach Implementierungsphase in Stunden zusammen.

Tabelle 96: Zeitaufwände der Projektbeauftragte und Projektgruppen in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen

	Zeitaufwand Projektbeauftragte (Std.)							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	102,50	74,00	115	19,33	125,6	20,50	368,00	139,86
Phase Vorbereitung	19,25	5,00	50,00	20,71	14,60	3,00	40,00	14,59
Phase 1 Fortbildungen	21,25	10,00	36,00	11,41	19,90	1,50	44,00	16,08
Phase 2 Anpassung	15,75	9,00	25,00	7,63	29,40	1,00	100,00	40,70
Phase 3 Anwendung	22,75	20,00	26,00	3,20	34,40	0,00	120,00	48,77
Phase 4 Audit	23,50	11,00	33,00	10,02	27,30	8,00	64,00	22,28
	Zeitaufwand Projektgruppe (Std.)							
gesamt	162,88	132,00	195,50	28,78	227,05	9,00	614,00	229,01
Phase Vorbereitung	32,50	13,00	70,00	25,57	25,30	0,00	62,00	24,00
Phase 1 Fortbildungen	49,50	14,00	72,00	26,15	45,40	0,00	76,00	29,37
Phase 2 Anpassung	36,13	20,00	64,50	19,73	57,15	2,00	164,00	66,07
Phase 3 Anwendung	20,00	0,00	34,00	14,40	61,60	2,00	184,00	71,78
Phase 4 Audit	24,75	0,00	38,00	17,00	37,60	0,00	128,00	52,83

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

In den teilstationären Pflegeeinrichtungen wendeten sowohl die projektbeauftragten Personen als auch die Projektgruppen insgesamt mehr Stunden auf den Implementierungsprozess auf, als die Pflegedienste. Während in den Pflegediensten der höchste Zeitaufwand im Mittel für die Projekt-

gruppe in der Phase 1 Fortbildungen (49,5 Stunden) zu verzeichnen war, entfiel in den Tagespflegen der höchste Zeitaufwand für die Projektgruppe auf die Phase 3 Anwendung (61,6 Stunden). Die projektbeauftragten Personen in den teilstationären Pflegeeinrichtungen waren ebenfalls besonders in der Phase 3 Anwendung (34,4 Stunden) eingebunden, während in den Pflegediensten die Phase 4 Audit (23,5 Stunden) die aufwandsintensivste Implementierungsphase darstellte.

11.4.2 Zeitaufwand des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen

Der Zeitaufwand, der sich für das Personal in Pflege und Betreuung über alle Phasen des Implementierungsprozesses hinweg ergab, variierte in den Pflegediensten deutlich zwischen 80 und 302 Stunden. Ähnliche Unterschiede zeigten sich in den teilstationären Pflegeeinrichtungen. Hier betrug der Zeitaufwand zwischen 20,5 und 508 Stunden. Entsprechend des Anteils einzelner Berufsgruppen am Personalbestand war die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte maßgeblich in beiden Settings in die modellhafte Implementierung eingebunden. Tabelle 97 zeigt hierzu den Gesamtaufwand über die einzelnen Settings und Berufsgruppen hinweg. Der von den Tagespflegen genannte Zeitaufwand in der sozialen Betreuung und Therapie sowie die Zeitaufwände für die Gruppe der Pflegehilfskräfte verdeutlichen die einrichtungsinterne Einbindung und Kooperation der Berufsgruppen im Implementierungsverlauf.

Tabelle 97: Zeitaufwände pro Berufsgruppe über alle Implementierungsphasen (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Zeitaufwand Personal in Pflege und Betreuung gesamt (Std.)							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	209,8	80,0	302,0	95,0	174,3	20,5	508,0	194,5
Pflegefachkräfte	178,63	80,00	288,00	106,20	96,80	13,00	304,00	124,13
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegehilfskräfte	31,19	0,00	110,75	53,45	26,10	0,00	76,00	31,09
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,00	0,00	0,00	0,00	7,90	0,00	36,00	15,78
Soziale Betreuung und Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	43,50	4,00	106,00	50,94
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Die Zeitaufwände für die einzelnen Berufsgruppen je Phase des Implementierungsverlaufes stellt Tabelle 98 dar. Für die Phase der Fortbildungen (Phase 1) zeigte sich ein durchschnittlicher Zeitaufwand pro Vollzeitäquivalent für die Anwendergruppe der Pflegefachkräfte von 2,5 in den Pflegediensten. In den Tagespflegen betrug der Aufwand pro Vollzeitäquivalent Pflegefachkraft im Mittel 6,0 Stunden. Derzeit liegen keine guten Vergleichszahlen aus den vorangegangenen Implementierungsprojekten des DNQP vor. Büscher und Blumenberg (2014a) weisen als durchschnittlichen Fortbildungsaufwand pro beteiligter Pflegefachkraft über die Einführungen des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“, „Kontinenzförderung“, „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Ernährungsmanagement“ hinweg 6,3 Stunden (mit Streuung zwischen 3,6 und 9,9 Stunden zwischen einzelnen Expertenstandards) aus. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Werte settingunabhängig angegeben wurden und sich damit keine settingspezifischen Schlussfolgerungen für Pflegedienste oder Tagespflegen ziehen lassen. Die hier beschriebenen Werte können Einrichtungen, die an der modellhaften Implementierung teilnahmen oder künftig den Expertenstan-

dard nach § 113a SGB XI einführen, als Anhaltspunkte dienen, um die Übernahme von Fortbildungskosten im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen.

Tabelle 98: Zeitaufwände nach Berufsgruppe und Phase des Implementierungsverlaufs (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Phase Vorbereitung (Std.)							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
Pflegefachkräfte	1,25	0,00	5,00	2,50	3,40	0,00	11,00	4,98
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegehilfskräfte	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	0,00	5,50	2,46
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Soziale Betreuung und Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	4,60	0,00	22,00	9,74
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Phase 1 Fortbildungen (Std.)							
Pflegefachkräfte	55,50	30,00	98,00	32,55	10,70	0,00	31,00	12,93
pro Vollzeitäquivalent	2,49	1,91	3,63	0,78	6,02	0,00	15,09	7,03
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegehilfskräfte	18,50	0,00	60,00	28,44	6,80	0,00	18,00	9,34
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50	0,00	16,00	7,02
Soziale Betreuung und Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	0,00	32,00	12,71
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Phase 2 Anpassung (Std.)							
Pflegefachkräfte	20,50	0,00	49,00	22,25	10,60	0,00	40,00	16,55
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegehilfskräfte	0,75	0,00	3,00	1,50	0,80	0,00	4,00	1,79
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Soziale Betreuung und Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	3,30	0,00	12,00	5,07
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Phase 3 Anwendung (Std.)							
Pflegefachkräfte	87,38	1,00	190,00	80,96	47,75	4,00	168,00	68,66
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegehilfskräfte	10,94	0,00	43,75	21,88	12,4	0,00	40,00	16,76
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,00	0,00	0,00	0,00	4,4	0,00	20,00	8,76
Soziale Betreuung und Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	21,6	0,00	64,00	29,07
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Phase 4 Audit (Std.)							
Pflegefachkräfte	14,00	0,00	48,00	22,98	24,35	0,00	80,00	35,49
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegehilfskräfte	1,00	0,00	4,00	2,00	5,00	0,00	20,00	8,54
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Soziale Betreuung und Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	20,00	8,94
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Deutlich wird, dass in der Phase der Anpassung und Konkretisierung (Phase 2) in beiden Settings Zeitaufwand besonders in derjenigen Personengruppe anfällt, die die primäre Anwendergruppe des Expertenstandard-Entwurfs darstellt – in der Gruppe der Pflegefachkräfte – während in der Phase der Einführung und Anwendung (Phase 3) die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit durch die berichteten Zeitaufwände bestätigt wird.

Einschränkend muss auf die für die Phase des Audits (Phase 4) genannten Zeitaufwände hingewiesen werden. Diese weichen von dem in Kapitel 9.1 beschriebenen Aufwand für die einzelnen Auditoren

ab. In die Angaben der Einrichtungen flossen an dieser Stelle sowohl Aufwände der Auditoren als auch Aufwände der zuständigen Bezugspflegekräfte für die Befragung im Rahmen des klienten-/bewohnerbezogenen Audits als auch der Pflegefachkräfte für die Befragung innerhalb des personalbezogenen Audits mit ein. Eine Differenzierung erfolgte im Rahmen der Aufwandserfassung nicht.

11.4.3 Kosten des Personals in Pflege und Betreuung in den Implementierungsphasen

Ausgehend von dem für die jeweilige Implementierungsphase angegebenen Zeitaufwand lassen sich die Personalkosten in Euro auf Grundlage des angegebenen Arbeitgeberbrutto über den gesamten Implementierungsverlauf jeweils für einzelne Berufsgruppen und in der Gesamtschau ermitteln. Wie zu Beginn in Abschnitt 11.1 beschrieben, ergeben sich die Personalkosten aus der Multiplikation des entsprechenden Zeitaufwandes in Stunden mit dem gewichteten Arbeitgeberbrutto der einzelnen Berufsgruppen. Für Einrichtungen, die zwar einen Zeitaufwand jedoch kein Arbeitgeberbrutto angeben, wurde der aus den Angaben der anderen Einrichtungen ermittelte Mittelwert des gewichteten Stundenlohns der jeweiligen Berufsgruppe als Berechnungsgrundlage genommen. Dies betrifft für einen Pflegedienst die Berufsgruppe der sozialen Betreuung und Therapie. Die Personalkosten der Pflegedienste beliefen sich insgesamt am Ende der modellhaften Implementierung auf gerundet 17.343 €. In den teilstationären Pflegeeinrichtungen fielen insgesamt Personalkosten in Höhe von 15.549 € an. Tabelle 99 zeigt dazu die in den einzelnen Berufsgruppen entstandenen Personalkosten analog zur Einbindung der Berufsgruppen in den Implementierungsprozess.

Tabelle 99: Personalkosten über den gesamten Implementierungsverlauf (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Personalkosten (€) in Pflege und Betreuung gesamt							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	4.336	1.525	8.888	3.262	3.110	472	8.865	3.429
Pflegefachkräfte	3.983	1.281	8.888	3.534	2.076	305	6.262	2.621
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	0
Pflegehilfskräfte	353	0	1.240	597	530	280	887	317
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0	0	0	0	169	0	474	264
Soziale Betreuung und Therapie	0	0	0	0	614	58	1.426	666
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Die sich für die einzelnen Phasen des Implementierungsprozesses ergebenden Personalkosten für die einzelnen Berufsgruppen in Euro zeigt Tabelle 100. Ergänzend listet Tabelle 101 abschließend den Anteil der einzelnen Implementierungsphase an den gesamten Personalkosten.

Tabelle 100: Personalkosten in den Implementierungsphasen nach Berufsgruppe (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Personalkosten (€) in Pflege und Betreuung							
	Phase Vorbereitung							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	35	0	177	79	150	0	342	172
Pflegefachkräfte	44	0	177	89	68	0	191	95
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	0
Pflegehilfskräfte	0	0	0	0	40	0	79	56
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0	0	0	0	0	0	0	0
Soziale Betreuung und Therapie	0	0	0	0	65	0	296	130
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0
	Phase 1 Fortbildungen							
gesamt	1.105	0	4.683	2.033	520	0	1.203	477
Pflegefachkräfte	1.171	402	2.266	861	241	0	781	329
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	0
Pflegehilfskräfte	210	0	672	318	129	0	202	112
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0	0	0	0	75	0	211	118
Soziale Betreuung und Therapie	0	0	0	0	157	0	432	176
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0
	Phase 2 Anpassung							
gesamt	401	0	1.970	878	283	0	1.134	484
Pflegefachkräfte	493	0	956	523	227	0	824	337
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	0
Pflegehilfskräfte	8	0	34	17	29	0	58	41
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0	0	0	0	0	0	0	0
Soziale Betreuung und Therapie	0	0	0	0	45	0	161	67
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0
	Phase 3 Anwendung							
gesamt	1.557	0	7.295	3.215	1.504	0	5.005	2.035
Pflegefachkräfte	1.824	19	3.789	1.765	1.001	70	3.461	1.423
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	0
Pflegehilfskräfte	123	0	490	245	255	67	467	201
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0	0	0	0	94	0	263	147
Soziale Betreuung und Therapie	0	0	0	0	293	0	861	390
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0
	Phase 4 Audit							
gesamt	370	0	1.807	803	653	0	2.694	1.150
Pflegefachkräfte	452	0	1.700	833	539	0	1.648	755
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	0
Pflegehilfskräfte	11	0	45	22	101	11	233	117
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	0	0	0	0	0	0	0	0
Soziale Betreuung und Therapie	0	0	0	0	54	0	270	121
Hauswirtschaftliche Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Ein Vergleich mit den von Wolke (2011) und Wolke, Hennings & Scheu (2007) für zwei stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen ermittelten Werten ist hier nicht sinnvoll. Wie bei den Ergebnissen der Pflegeheime in Kapitel 11.3.3 festgehalten, entfällt auch bei den ambulanten und teilstationären Einrichtungen der größte Anteil an Zeit und auch Kostenaufwänden in den Pflegediensten und Pflegeheimen nicht auf die Fortbildungs- sondern auf die Anwendungsphase.

Tabelle 101: Anteil der Implementierungsphasen an den Personalkosten (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Anteil der Phasen an den Gesamtkosten gerundet	
	Pflegedienste	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen
Phase Vorbereitung	1%	5%
Phase 1 Fortbildungen	32%	17%
Phase 2 Anpassung	12%	9%
Phase 3 Anwendung	45%	48%
Phase 4 Audit	11%	21%

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

11.4.4 Schulungs- und Sachkosten

Die Einrichtungen waren gebeten, über den Implementierungsverlauf hinweg anfallende Schulungs- und Sachkosten zu erfassen. Ausgehend von der besonderen Bedeutung von Fortbildungs- und Schulungsangeboten erfolgte eine getrennte Erfassung dieser Kategorien. Die Schulungskosten beziehen sich dabei auf alle Schulungs- und Fortbildungsangebote, die über die Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf durch die Universität Bremen hinaus in den Einrichtungen durchgeführt wurden.

Schulungskosten

Vier Pflegedienste und zwei Tagespflegen gaben Schulungskosten über das Angebot der Universität Bremen hinaus an. Tabelle 102 zeigt die durchschnittlichen Schulungskosten in Euro für einzelne Posten. Die Schulungskosten beider Settings unterscheiden sich auf den ersten Blick deutlich: die Pflegedienste investierten im Mittel 1.254 €, während diese Ausgaben der teilstationären Pflegeeinrichtungen bei 220 € lagen. Ein Pflegedienst berücksichtigte anfallende Personalkosten als sonstige Schulungskosten und beeinflusst durch diese Angabe das Ergebnis maßgeblich. Bleibt die Angabe der sonstigen Schulungskosten für die Pflegedienste unberücksichtigt, wendeten die Pflegedienste im Mittel 342 € auf und liegen dann mit ihren Ausgaben für Dozentenhonorare und Bewirtungen in Nähe der Tagespflegen. Insgesamt trugen die Pflegedienste 5.018 € als Schulungskosten (ohne sonstige Schulungskosten 1.068 €), während für die teilstationären Pflegeeinrichtungen 1.098 € anfielen.

Tabelle 102: Schulungskosten pro Pflegediensten und teilstationärer Pflegeeinrichtung

	Schulungskosten (€)							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	1.254	40	3.950	1.835	220	0	878	380
Raummiete	0	0	0	0	0	0	0	0
Dozent	255	0	820	388	200	0	820	355
Bewirtung	87	40	150	49	20	0	58	28
Medien	0	0	0	0	0	0	0	0
sonstige Schulungskosten	913	0	3.650	1.825	0	0	0	0
	ohne sonstige Schulungskosten							
gesamt	342	0	878	481				
Raummiete	0	0	0	0				
Dozent	255	0	820	336				
Bewirtung	87	40	150	42				
Medien	0	0	0	0				

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Sachkosten

Sachkosten entstanden für die Veränderung oder die Anpassung der Dokumentation, Hilfsmittel, bauliche Veränderungen, Materialien für Sport und Bewegungsangebote, Informationsmaterialien und Medien sowie für weitere Sachkosten. In den Pflegediensten betrug der Gesamtaufwand für Sachkosten 976 €, in den teilstationären Pflegeeinrichtungen 1.592 €. Anpassungen oder Veränderungen der Dokumentation wurden von drei Pflegediensten und zwei Tagespflegen berichtet und beinhalteten die Überführung ausgewählter Instrumente zur Erfassung der Mobilität in das einrichtungsinterne Dokumentationssystem oder auch Kopierkosten. Für Hilfsmittel und bauliche Veränderungen gaben die Pflegedienste keine Zusatzaufwände an – die Beschaffung von Hilfsmitteln mittels Rezeptausstellung und Genehmigung durch die entsprechende Krankenkasse wurde nicht separat erfasst. Zwei teilstationäre Pflegeeinrichtungen investierten in Hilfsmittel, wobei für eine Einrichtung keine Konkretisierung hierzu erfolgte. Die andere Tagespflege kaufte ein elektrisches Bett. Zwei Pflegedienste investierten in Materialien für Sport und Bewegungsangebote, darunter waren Hanteln oder Gymnastikbänder. Ein Pflegedienst beschaffte Fachliteratur für das Pflegeteam und eine Tagespflege ordnete die Anschaffung von Palettenstufen sonstigen Sachkosten zu. Für die Mehrheit der Investitionen gaben die Einrichtungen an, diese voraussichtlich zum längeren Gebrauch für eine Gebrauchsdauer von über einem Jahr hinaus nutzen zu können. Tabelle 103 zeigt die Sachkosten gerundet in Euro für die beiden Settings.

Tabelle 103: Sachkosten pro Pflegedienst und teilstationärer Pflegeeinrichtung

	Sachkosten (€)							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	244	75	446	154	318	0	828	363
Dokumentation	86	30	214	86	63	0	214	95
Hilfsmittel	50	0	0	0	188	0	788	342
Bauliche Veränderungen	0	0	0	0	0	0	0	0
Materialien für Sport und Bewegungsangebote	83	0	200	78	50	0	250	112
Informationsmaterialien und Medien	25	0	77	36	10	0	50	22
sonstige Sachkosten	0	0	0	0	8	0	40	18

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

11.4.5 Zeitaufwand und Personalkosten für neu eingeführte Interventionen

Sofern die Einrichtungen im Verlauf der modellhaften Implementierung neue Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität einsetzten, waren auch hierfür die Zeitaufwände der an der Durchführung beteiligten Berufsgruppen zu erfassen. Für Einrichtungen, die auf einen kontinuierlichen Aufschrieb der Zeitaufwände verzichteten und zum Ende der Implementierung den Zeitaufwand für das Personal mit einem Vermerk „täglich“ oder „wöchentlich“ übermittelten, erfolgte die Berechnung der Werte für das Erhebungsintervall durch Multiplikation entsprechender Tages- oder Wochenangaben. Die abschließende Berechnung beinhaltet die Gesamtsummen der Aufwände bis zum Ende der Implementierungsphase.

Vier (der vier) Pflegedienste und vier (der fünf) Tagespflegen führten im Zeitraum der modellhaften Implementierung neue Angebote mobilitätsfördernder und erhaltender Maßnahmen ein. Die Pflegedienste ermöglichten wöchentliche Seniorensportgruppen oder Übungseinheiten, die Tagespflegen boten neben Seniorengymnastik auch Tanzcafés oder Rhythmik als wöchentliche Angebote an. Die

Einbindung externer Personen erfolgte in den Pflegediensten bei der Übernahme einer angeleiteten Gruppenintervention. Zwei Tagespflegen berieten Angehörige und Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit bzw. verbanden die Durchführung eines Aufnahmegesprächs mit einer Beratung zum Thema Mobilitäterhaltung und -förderung in der Häuslichkeit. Eine Tagespflege band die Tagesgäste vermehrt in Alltagsaktivitäten der Einrichtung wie Besorgungen oder Einkäufe ein. Besonders für alltagsintegrierende Maßnahmen aber auch bei der Begleitung von Tanzcafés oder Bewegungsgruppen kamen sowohl in den Pflegediensten als auch in den Tagespflegen ehrenamtlich tätige Mitarbeiter zum Einsatz. Die Einbindung externer Personen erfolgte in einem Pflegedienst bei der Durchführung einer angeleiteten Gruppenintervention (Bewegungsprogramm „Fünf Esslinger“) über eine Anstellung mit Werkvertrag. Tabelle 104 zeigt die Zeitaufwände und Personalkosten für die eingeführten Interventionen pro Pflegeeinrichtung.

Tabelle 104: Zeitaufwände und Personalkosten für eingeführte Interventionen pro Pflegeeinrichtung nach Berufsgruppe (Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Zeitaufwand (Std.)							
	Pflegedienste				Teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
	MW	Min.	Max.	SD	MW	Min.	Max.	SD
gesamt	65,00	0,00	132,00	54,00	74,40	0,00	210,00	88,04
Pflegefachkräfte	40,00	0,00	132,00	61,88	52,0	0,0	210,0	90,7
Akademiker in Pflege und Betreuung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegehilfskräfte	0,00	0,00	0,00	0,00	1,6	0,0	8,0	3,6
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	7,50	0,00	30,00	15,00	2,0	0,0	10,0	4,5
Soziale Betreuung und Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	14,0	0,0	52,0	22,6
Hauswirtschaftliche Versorgung	17,50	0,00	40,00	20,62	4,8	0,0	24,0	10,7
	Personalkosten (€)							
gesamt	774	0	1.770	912	1.633	0	6.008	2.539
Pflegefachkräfte	609	0	1.770	791	1.404	0	6.008	2.608
Akademiker in Pflege und Betreuung	0	0	0	0	na	na	na	na
Pflegehilfskräfte	0	0	0	0	0	0	0	0
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	74	0	297	149	44	0	132	76
Soziale Betreuung und Therapie	0	0	0	0	141	0	463	209
Hauswirtschaftliche Versorgung	341	0	747	398	77	0	306	153

Legende: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum, SD = Standard deviation = Standardabweichung

Der Zeitaufwand des Personals in den Pflegediensten betrug insgesamt 260 Stunden, in den Tagespflegen 372 Stunden. Entsprechend betragen die Personalkosten für neu eingeführte Interventionen in den Tagespflegen mit 8.166 € mehr als das Doppelte der Personalkosten der Pflegedienste (3.098 €).

11.4.6 Zusammenfassung zu den Aufwänden in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen

Die **gesamten direkten Kosten** in allen Pflegediensten bis zum Abschluss der modellhaften Implementierung betragen 23.337 €. Davon waren 74 % Personalkosten (gesamt 17.343 €), 22 % Sachkosten für Schulungsmaßnahmen (5.018 €) und 4% (976 €) Sachkosten für Materialien wie Hilfsmittel und andere.

Die gesamten direkten Kosten der teilstationären Pflegeeinrichtungen beliefen sich auf 18.240 €. Personalkosten gingen mit einem Anteil von 85 % (15.549 €), Sachkosten für Schulungsmaßnahmen mit 6 % (1.098 €) und Sachkosten für Materialien mit 9 % (1.592 €) in die Gesamtkosten ein.

In beiden Setting lagen die mittleren **Personalkosten** der gesamten Implementierung zwischen 3.000 und 4.000 €. Die **Sachkosten** für Schulungsmaßnahmen sowie für Materialien wie Hilfsmittel sind mit Durchschnittswerten von etwa 200 bis 400 € zu vernachlässigen.

Die teilstationären Pflegeeinrichtungen verzeichneten insgesamt einen höheren Zeitaufwand in den Implementierungsphasen, die Personalkosten in den Pflegedienste lagen jedoch (bei einem höheren Stundenaufwand von in die modellhafte Implementierung eingebundenen Pflegefachkräften) über denen der Tagespflegen.

In beiden Settings wurden neue Gruppenmaßnahmen zur Erhaltung- und Förderung der Mobilität eingeführt. Auch Pflegedienste ermöglichten dazu Regeltermine in eigenen oder externen Räumlichkeiten. So wurden besonders in der Phase der Anwendung Personalressourcen gebunden. Personalkosten sind jedoch als Opportunitätskosten zu betrachten – sie fallen sowieso an, werden aber einer alternativen Verwendung vorenthalten. Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sollten ihre individuellen Personalaufwände strukturiert erfassen und darlegen können, um diese im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen als Grundlage zu nutzen.

Sachkosten ergeben sich auch in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen je nach Ausstattung der Einrichtung und der Bereitschaft des Trägers, Investitionen zu tätigen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Materialien in den meisten Fällen für eine längere Verwendungsdauer zur Verfügung stehen.

11.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Kostenanalyse

Kapitel 11 beinhaltete die deskriptive Analyse der in den Pflegeheimen der Cluster-RCT und in den Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen der Beobachtungsstudie im Verlauf der modellhaften Implementierung angefallenen Kosten. Diese sind neben den **Schulungs- und Sachkosten** insbesondere die Kosten, die aus den **Zeitaufwänden der projektbeauftragten Personen, der Projektgruppen und der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen entstehen**. Die Darstellung der Zeitaufwände wird dabei nach den einzelnen Implementierungsphasen differenziert.

Die gesamten direkten Kosten in allen **Pflegeheimen** betragen bis zum Abschluss der modellhaften Implementierung 259.910 €. Davon waren 72 % Personalkosten (187.618 €), 7 % Sachkosten für Schulungsmaßnahmen (17.765 €) und 21 % Sachkosten für Materialien wie Hilfsmittel (54.527 €). Die Personalkosten über die Implementierungsphasen unterschieden sich in den Studienarmen – die Pflegeheime der Interventionsgruppe B wendeten das 2,7-fache der Interventionsgruppe A auf. Dieser Wert ist allerdings durch Ausreißer verzerrt. Der in Bezug auf Ausreißer robustere Median der Personalkosten der Implementierungsphase lag dagegen in beiden Gruppen bei etwa 5.000 €. Der Ansatz des in der Interventionsgruppe B eingeführten Drei-Schritte-Programms als eine alltagsintegrierende Maßnahme, die von allen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personen täglich und dauerhaft zur Anwendung kommt, kann als erklärend für den Unterschied zwischen den Interventionsgruppen vermutet werden. Er ist – wie der medianvergleich zeigt – in der Regel aber gering. Auch die Sachkostenaufwände (Schulungsmaßnahmen und Materialien) fielen in der Interventionsgruppe B höher aus als in der Interventionsgruppe A.

Geht die Einführung des Expertenstandard-Entwurfs mit dem Angebot neuer Interventionen einher, werden besonders in der Phase der Anwendung Personalressourcen gebunden. Werden mobilitäts-erhaltende und -fördernde Interventionen in den Pflegeheimen in den Alltag integriert und nicht als separate Angebote eingeführt, ist die Erfassung relevanter Zeitaufwände erschwert, wodurch Umfang der Pflegeleistung nicht angemessen transparent dargestellt werden kann.

Die gesamten direkten Kosten in allen **Pflegediensten** beliefen sich auf 23.337 €. Davon waren 74 % Personalkosten (17.343 €), 22 % Sachkosten für Schulungsmaßnahmen (5.018 €) und 4% Sachkosten für Materialien wie Hilfsmittel (9.76 €). In den **teilstationären Pflegeeinrichtungen** betragen die direkten Kosten der modellhaften Implementierung 18.240 €. Personalkosten gingen mit einem Anteil von 85 % (15.549 €), Sachkosten für Schulungsmaßnahmen mit 6 % (1.098 €) und Sachkosten für Materialien mit 9 % (1.592 €) in die Gesamtkosten ein. Die teilstationären Pflegeeinrichtungen verzeichneten insgesamt einen höheren Zeitaufwand in den Implementierungsphasen, die Personalkosten in den Pflegediensten lagen jedoch über denen der Tagespflegen, da hier vor allem Stundensätze für Pflegefachkräfte abgerechnet wurden.

Die in Verbindung mit der modellhaften Implementierung anfallende Personalkosten für Mitarbeiter in Pflege und Betreuung sind als Opportunitätskosten zu betrachten (vgl. Wolke 2014, S. 134; Greiner & Schöffski 2012; S. 160), das heißt sie fielen nicht zusätzlich an, da die Mitarbeiterinnen ohnehin vergütet wurden. Der Zeitaufwand der Mitarbeiter wurde jedoch dem nächstbesten alternativen Einsatz vorenthalten. Zusatzkosten ergäben sich, wenn der Personalaufwand für die Einführung des Expertenstandards ausgehend von den Ergebnissen der modellhaften Implementierung von den Einrichtungen vollständig oder in Teilen ausgeglichen würde. Davon ist bei einer bundesweit ver-

pflichtenden Einführung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ aber auszugehen. Insofern Pflegeheime, Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ihre individuellen Personalaufwände für die Implementation des Expertenstandards erfassen und darlegen können, können diese in Vergütungsvereinbarungen als Grundlage genutzt werden. Andernfalls kann auf die Studienergebnisse als erste Grundlage zurückgegriffen werden, bis auf Basis von Vergütungsverhandlungen eine breitere empirische Grundlage entstanden ist.

Kosten im Einzelnen

Für die **Pflegeheime** können die in der Interventionsgruppe A erhobenen Zahlen am ehesten als realitätsnah angesehen werden, da in dieser Gruppe die Vorgabe einer spezifischen einzuführenden Intervention unterblieb und die Wahl der eingeführten und angewendeten mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen – wie im Expertenstandard-Entwurf beschrieben – ausschließlich den individuellen Bedingungen der Pflegebedürftigen und der Einrichtungen Rechnung trug. Dies zeigt sich in dem heterogenen Bündel an Maßnahmen, dass die Pflegeheime der Interventionsgruppe A im Studienverlauf anwendeten. Auf Grundlage der Mittelwerte der für die Interventionsgruppe A erhobenen Daten kann für Pflegeheime von Personalkosten von 6.364 € (Spannweite von 1.202 € bis 15.668 €) ausgegangen werden. Sachkosten für Schulungsaufwände sollten mindestens in Höhe von 436 € (Spannweite von 0 € bis 1.130€) angenommen werden. Für Materialien sind im Mittel 769 € (Spannweite von 0 € bis 4.062 €) zu veranschlagen. Die Gesamtkosten liegen bei etwa 8.000 €.

Pflegedienste sollten von Personalkosten in Höhe von 4.336 € (Spannweite von 1.525 € bis 8.888 €) ausgehen. Sachkosten für Schulungsaufwände können in Höhe von 1.255 € (Spannweite von 40 € bis 3.950 €) erwartet werden. Für Materialien sollten 244 € (Spannweite von 75 € bis 446 €) angenommen werden. Die Gesamtkosten liegen bei etwa 6.000 € (Spannweite von 1.815 € bis 9.243 €). Interventionsaufwände können im Quartal bei 774 € (Spannweite von 0 € bis 1.770 €) liegen. Auch in den Pflegediensten sind zu diesen möglichen Interventionsaufwänden individuell ergänzend Personalkosten für weitere Schulungsangebote sowie erneute Sachkostenaufwände zu berücksichtigen.

Für **teilstationäre Pflegeeinrichtungen** sind Personalkosten von 3.110 € (Spannweite von 472 € bis 8.865 €) anzunehmen. Sachkosten für Schulungen sind mit mindestens 220 € (Spannweite von 0 bis 878 €) zu erwarten. Sachkosten für Materialien liegen im Mittel bei 318 € (Spannweite von 0 € bis 828 €). Die Gesamtkosten liegen bei etwa 3.600 € (Spannweite von 472 € bis 9.636 €). Für Interventionsaufwände kann von 3.110 € (Spannweite von 472 € bis 8.865 €) ausgegangen werden. Personalkosten für weitere Schulungsangebote sowie erneute Sachkostenaufwände müssen von den Einrichtungen individuell berücksichtigt werden.

Eine valide Schätzung des Kostenaufwands im Verhältnis zum Nutzen der modellhaften Implementierung ist auf Grundlage der Daten dieser Studie nicht möglich, da sich kein signifikanter Effekt in der gewählten Hauptzielgröße der Wirksamkeitsanalyse (siehe Kapitel 10.2) bestätigen ließ. Die normative Bewertung der Frage, ob der Aufwand in angemessenem Verhältnis zum Nutzen der Einführung des Expertenstandard-Entwurfs steht, muss durch die Einrichtungen jeweils selbst erfolgen. Die im Rahmen der modellhaften Implementierung ermittelten direkten Kosten der Einführung stellen hierfür Anhaltspunkte für Pflegeeinrichtungen und die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI dar, die zunächst über die bundesweit verpflichtende Einführung des Expertenstandards nach § 113a SGB Erhaltung und Förderung der Mobilität zu entscheiden haben.

Unter- oder Überschätzung der Aufwände

Einschränkend muss festgehalten werden, dass in allen Pflegeeinrichtungen die Personalkosten für die Fortbildungsphase womöglich unterschätzt worden sind. Sowohl die berichteten Zeit- als auch Kostenaufwände weichen auffallend von den in vorherigen Publikationen berichteten Aufwänden für die Fortbildungsphase ab. Durch das Angebot der Basis-Schulung durch die Universität Bremen, wurde ein im Rahmen der modellhaften Implementierung wesentlicher Schritt im Einführungsprozess und insbesondere die Dozentenfunktion an dieser Stelle zugunsten der internen Validität der Studienergebnisse im Hinblick auf die in den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Informationen und das Vorgehen im Implementierungsverlauf „künstlich“ gesteuert. Eine nachhaltige Einführung eines Expertenstandards erfordert die Vermittlung von themenspezifischem Grundlagen- und Fachwissen (vgl. Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 85). Dieses wird auch künftig für alle Einrichtungen in Deutschland von Bedeutung sein. Sofern in den Einrichtungen geeignete Dozenten zur Verfügung stehen, können Einrichtungen auf diese zurückgreifen oder sie investieren in zusätzliche Dozentenhonorare und gleichermaßen auch Personalressourcen für Fortbildungen.

Eine erschwerte Erfassung der Kosten- und Zeitaufwände durch die Selbstaufschriebe der Einrichtungen schränkt an dieser Stelle das Vertrauen in die Ergebnisse weiter ein. Nicht alle Einrichtungen waren gewillt oder in der Lage, die für die monetäre Bewertung erforderlichen Zahlen der Struktur- und Kostendaten vorzuhalten. Je nach Organisations- und Dokumentationsform der Einrichtung war es für andere Mitarbeiter nicht einfach, im Alltagsgeschäft Selbstaufschriebe gewissenhaft zu führen. Einen Vorteil hatten dabei diejenigen Einrichtungen, die Mitarbeiter der Buchhaltung in die Erhebung der Daten einbanden. Im Studienverlauf ergriffene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der übermittelten Daten konnten diese Problematik nicht in Gänze beheben. Daraus resultieren zum Abschluss der Studie einzelne fehlende oder von den Einrichtungen den falschen Posten zugeordnete Werte, sowie retrospektiv nicht mehr zu trennende/aufzulösende Vermischungen von Zeitaufwänden (beispielsweise die Aufwände der Projektgruppe mit den Aufwänden der Projektleitung oder die Auflistung von Interventionsaufwänden für alltagsintegrierende Maßnahmen).

Die angegebene Verwendungsdauer der angeschafften Materialien wurde mehrheitlich mit länger als 12 Monate angegeben. Würden die Sachkosten nur entsprechend des Anteils ihrer Lebensdauer, der im Beobachtungszeitraum liegt berücksichtigt (lineare Abschreibung) ergäben sich niedrigere Werte. Die genannten Werte überschätzen die Sachkosten entsprechend.

Kostenerfassung in zukünftigen Evaluationen von Expertenstandards nach § 113a SGB XI

Ausgehend von den beschriebenen Problematiken bei der Erfassung der kostenrelevanten Daten ist für folgende Evaluationen modellhafter Implementierungen von Expertenstandards nach § 113a SGB XI dringend zu empfehlen, auf Selbstaufschriebe der Einrichtungen weitgehend zu verzichten und die Daten direkt durch das Studienteam vor Ort in der Einrichtung selbst zu erheben, um Plausibilitätsprüfungen der Daten direkt in den Erhebungsprozess zu integrieren. Für eine oft langwierige Bereinigung der Daten im Nachgang der Erhebung stehen die Pflegeeinrichtungen unserer Erfahrung nach nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Besonders in Studien mit kürzerer Laufzeit kann dieser Schritt eine unvorhergesehene Schwierigkeit im Projektverlauf darstellen.

12 Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A. & Reuther, S. (2014 a): Anleitung das „3- Schritte Programm“ – unveröffentlichtes Dokument der Entwickler.
- Abt-Zegelin, A. & Reuther, S. (2014 b): Schritt für Schritt zur Autonomie. Das „Drei-Schritte-Programm“ als Teil eines Interventions- und Erklärungskonzeptes für Mobilitätsförderung im Altenheim. In: *Pflegezeitschrift*, 76 (1), 10-13
- Abt-Zegelin, A. (2013): Auf die Füße stellen. In: *Altenpflege* 38 (5), 31-37
- Abt-Zegelin, A. & Reuther, S. (2009): Warum werden Heimbewohner immobil? In: *PROALTER*, (1), 23-28
- Behrens, J. & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern
- Brandenburg, H. (2016): Das Verhältnis von Theorie und Praxis in Pflege und Gerontologie. In: Hoben, M.; Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch*. Verlag W. Kohlhammer, S. 48-60
- Breimeier, H. E. (2016): Strategien zur Beeinflussung und Steuerung von Implementierungsprozessen. In: Hoben, M.; Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 167-185
- Büscher, A. & Blumenberg, P. (2012): Evidenz in den nationalen Expertenstandards für die Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft*, 17 (1), S. 21-35
- Büscher, A. & Blumenberg, P. (2014 a): Einführung und Umsetzung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ und Hinweise zu den damit verbundenen Kosten. Unveröffentlichtes Dokument.
- Büscher, A. & Blumenberg, P. (2014 b): Evidenz in den Expertenstandards für die Pflege des DNQP. In: Schiemann, D.; Moers, M. & Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 50-60
- 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. In: *Implementation Science*, 4 (1), 50
- DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2011): *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege* Version März 2011. Osnabrück. Verfügbar unter http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/groups/607/DNQP_Methodenpapier.pdf [15.07.2016]
- DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014): *Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz am 28.03.2014 Entwurf zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ nach § 113a SGB XI*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Forbes, D.; Thiessen E. J.; Blake, C. M.; Forbes, S. C.; Forbes, S. (2013): Exercise programs for people with dementia (Review). *The Cochrane Library* 2013, 12
- Giné-Garriga, M.; Roqué-Fígulus, M.; Coll-Planas, L.; Sitjà-Rabert, M.; Salvà, A. (2014): Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2014, 95 (4): 753-769

- Greenhalgh, T.; Glenn, R.; Bate, P.; MacFarlane, F. & Kyriakidou, O. (2005): Diffusion of innovations in health service organisations: A systematic literature Review. Blackwell, Massachusetts u.a.
- Greiner, W. & Damm, O. (2012): Die Berechnung von Kosten und Nutzen. In: Schöffski, O. & Graf v.d. Schulenburg, J.M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Vierte, vollständig überarbeitete Auflage. Springer, Heidelberg u.a., S. 23-42
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Vereinbarung nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom 30. März 2009
- Hoben, M. (2016): Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen. In: Hoben, M.; Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 150-166
- Hoben, M. & Bär, M. (2016): Outcomes in Implementierungsprozessen und standardisierte Instrumente zu deren Messung. In: Hoben, M.; Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 224-241
- Hoben, M.; Bär, M. & Wahl, H.-W. (2016): Resümee: Auf dem Wege zu einer Implementierungswissenschaft im deutschsprachigen Raum. In: Hoben, M.; Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 398-400
- ICH International Conference on Harmonisation (Hrsg.) (1998): Topic E9: Statistical Principles for Clinical Trials, September 1998. Verfügbar unter http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E9/Step4/E9_Guideline.pdf [31.08.2016]
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (2013 a): Anlagenband zu den Ergebnissen der Literaturanalyse zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Anlagenband_Abschlussbericht_Erhaltung_und_Foerderung_der_Mobilitaet.pdf. [15.07.2016]
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (2013 b): Anhang B. Beschreibung der Recherchestrategie. Unveröffentlichtes Dokument (auf Anfrage von den Autoren erhalten)
- Kerse, N.; Peri, K.; Robinson, E.; Wilkinson, T.; von Randow, M.; Kiata, L.; Parsons, J.; Latham, N.; Parsons, M.; Willingale, J.; Brown, P. & Arroll, B. (2008): Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. In: BMJ 2008; 337(a144). Verfügbar: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565754/> [03.08.2016]
- Kevenhörster, P. (2008 a): Politikwissenschaft Band 1: Entscheidungen und Strukturen der Politik. 3. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden
- Kevenhörster, P. (2015): Politikwissenschaft Band 2: Ergebnisse und Wirkungen der Politik. 2. Aktualisierte Auflage. Springer VS, Wiesbaden
- Kuß, O.; Jahn, P.; Renz, P. & Landenberger, M. (2009): Clusterrandomisierte Studien in der Pflegewissenschaft. „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“ Tagung vom 26.-28. März 2009 in Halle (Saale). In: Behrens, J. (Hrsg.): Hallesche Beiträge zu den Pflegewissenschaften Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Vol. 8 (26). Verfügbar: <http://www.medizin.uni-hal->

le.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche_Beiträge_und_EBN/Halle-PfleGe-08-26.pdf [03.08.2016]

- Krauth, C.; John, J.; Aidelsburger, P.; Brüggjenjürgen, B.; Hansmeier, T.; Hessel, F.; Kohlmann, T.; Moock, J.; Rothgang, H.; Schweickert, B.; Seitz, R. & Wasem, J. (2008): Stellungnahme der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG) in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) zum 1. Entwurf des IQWiG Methodenpapiers zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. In: *Das Gesundheitswesen*, 70 (6), S. 1-16
- Kompetenzzentrum Geriatrie (Hrsg.)(2016): Assessmentinstrumente in der Geriatrie. Timed „Up & Go“ Test. Verfügbar: <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/tug.htm> [28.07.2015]
- Mayntz, R. (Hrsg.) (1980): Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte In: *Neue wissenschaftliche Bibliothek*; 97, Soziologie. Verlagsgr. Athenäum, Hain, Scriptor, Hanstein, Königstein/Ts.
- Mayring, P. (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 9. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. & GKV-Spitzenverband (Hrsg.)(2014a): Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege. Verfügbar: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/transparenzvereinbarungen/pvts_neu_ab_2014_01_01stationaer/2014_Pflege_Pruefgrundlagen_stationaer.pdf [26.07.2016]
- MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. & GKV-Spitzenverband (Hrsg.)(2014b): Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege. Verfügbar: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/2014_Pruefgrundlagen_ambulant_Lesezeichen.pdf [26.07.2016]
- Meyer, G., Balzer, K.; Wilborn, D.; Fleischer, S.; Berg, A. & Köpke, S. (2016): Unwirksamkeit, Schaden und nicht intendierte Folgen der Implementierung von Interventionen. In: *Hoben, M.; Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S.186-202
- Moers, M.; Schiemann, D. & Stehling, H. (2014): Expertenstandards implementieren –Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 70-101
- Peri, K.; Kerse, N.; Robinson, E.; Parsons, M.; Parsons, J. & Latham, N. (2008): Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS). In: *Age and Ageing*, Vol. 37 (1), S. 57-63
- Pflaum, M.; Lang, Fr.R. & Freiberger, E. (2016): Fit mit Rollator. Pilotstudie zur Machbarkeit eines Mobilitätstrainings für Rollatornutzer. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol. 49 (5), S. 366-371
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991): The Timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, 39 (2), S. 142-148

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012): *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia u.a.
- Proctor, E.; Silmere, H.; Raghavan, R.; Hovmand, P.; Aarons, G.; Bunger, A.; Griffey, R. & Hensley, M. (2011): Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. In: *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, S. 65-76
- Quasdorf, T.; Hoben, M.; Riesner, C.; Dichter, M.N. & Halek, M. (2013): Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen. In: *Pflege & Gesellschaft*, 18 (3), S. 235-252
- Roes, M.; de Jong, A. & Wulff, I. (2013): Implementierungs- und Disseminationsforschung – ein notwendiger Diskurs. In: *Pflege & Gesellschaft*, 18 (3), S. 197-213
- Rothgang, H. & Salomon, T. (2009): Die gesundheitsökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Hans Huber, Bern, S. 345-362
- Rothgang, H.; Müller, R. & Unger, R. (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 23. Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg. Verfügbar unter: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformation/Archiv/2013/131218-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2013,property=Data.pdf> [15.07.2016]
- Salomon, T. & Rothgang, H. (2011): Gesundheitsökonomische Evaluation bei Leistungen für Senioren. Führen diese zu einer Benachteiligung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen? In: *Zeitschrift Prävention und Gesundheitsförderung*, 6 (2), S. 138-144
- Schiemann, D. & Moers, M. (2014): Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege. In: Schiemann, D.; Moers, M. & Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 29-49
- Schöffski, O. (2012): Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen. In: Schöffski, O. & Graf v.d. Schulenburg, J.M. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Vierte, vollständig überarbeitete Auflage. Springer, Heidelberg u.a., S. 65-94
- Sidani, S. & Braden, C. J. (2011): *Design, Evaluation and Translation of Nursing Interventions*. Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex, Ames, Iowa
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): *Pflegestatistik 2011, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/AlteAusgaben/PflegeDeutschlandergebnisseAlt.html> [26.07.2016]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): *Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> [26.07.2016]
- Treweek, S. & Zwarenstein, M. (2009): Making trials matter: pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. In: *Trials* 2009, 10(37) Online verfügbar unter: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-10-37> [03.08.2016]
- Voigt-Radloff, S.; Stemmer, R.; Behrens, J.; Horbach, A.; Ayerle, G. M.; Schäfers, R.; Binnig, M.; Mattern, E.; Heldmann, P.; Wasner, M.; Braun, C.; Marotzki, U.; Kraus, E.; George, S.; Müller, C.; Corsten, S.; Lauer, N.; Schade, V. & Kempf, S. (2013): *Forschung zu komplexen Interventionen*

in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. 1. Auflage. DOI 10.6094/UNIFR/2013/1

Wahlster, P.; Brereton, L.; Burns, J.; Hofmann, B.; Mozygemba, K.; Oortwijn, W.; Pfadenhauer, L.; Polus, S.; Rehfuss, E.; Schilling, I., Van Hoorn, R.; Van der Wilt, G.J.; Baltussen, R. & Gerhardus, A. (2016): Guidance on the integrated assessment of complex health technologies - The INTEGRATE-HTA Model. Online verfügbar unter : <http://www.integrate-hta.eu/downloads/> [22.08.2016]

Wingefeld, K.; Büscher, A. & Gansweid, B. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Wolke, R.; Hennings, D. & Scheu, P. (2007): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege. Analyse von Kosten und Nutzen des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer Stationären (Langzeit-)Pflegeeinrichtung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2007, 40, S. 158-177

Wolke, R. (2011): Kosten-Nutzen-Analyse zum nationalen Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2011, 16, S. 27-34

13 Anhang

- 1) Forschungsmatrix (Setting vollstationäre Langzeitpflege, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen)
- 2) Auditinstrument (Version Oktober 2015)
- 3) Gewichtete Stundenlöhne des Personals in Pflege und Betreuung (Arbeitgeberbrutto)
- 4) Langversion des Kapitels 9.3 „Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs Erhaltung und Förderung der Mobilität“
- 5) Langversion des Kapitels 9.4 „Wissenszuwachs und Wissensverstetigung der Pflegefachkräfte“
- 6) Statistische Anlage zur Wirksamkeitsanalyse (Cluster-RCT): siehe eigene Anlage

13.1 Forschungsmatrix (Setting vollstationäre Langzeitpflege, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen)

Setting	Analyseebene	Methode	Erhebung	Messzeitpunkt	Auswertung	
Vollstationäre Langzeitpflege	Wirksamkeitsanalyse Mobilitätsentwicklung	Mobilitätserfassung bei Pflegebedürftigen durch: TUG und EBoMo	Quantitative Datenerhebung mittels verblindeter Datenerheber <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe A Interventionsgruppe B Kontrollgruppe 	t ₀ , t ₁ und t ₂	Multilevel Regressionsanalyse sowie deskriptive Analysen „CRF Bewohner gehfähig“ „CRF Bewohner nicht gehfähig“	
	Transferentwicklung	Esslinger Transferskala und EBoMo				
	Zielsetzung: Wirksamkeitsprüfung der Implementierung des Expertenstandards und mit zusätzlich mobilitätsfördernder Intervention auf die Mobilität und Transferbeteiligung der Bewohner in Pflegeeinrichtungen. Evidenzgenerierung.					
	Praxistauglichkeit Grad der Umsetzung	Analyse der Pflegedokumentation und Umsetzung des Expertenstandards (Standardkriterien)	Quantitative Auszählungen zu Aspekten der Mobilität in der Dokumentation durch verblindete Datenerheber <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe A Interventionsgruppe B Kontrollgruppe Fragebogenerhebung der MA Befragung der Nutzer	t ₀ und t ₂ (Anmerkung: hier werden auch vor Studienbeginn erbrachte mobilitätsfördernde Maßnahmen erfasst) t ₂ t ₂	Qualitative Inhaltsanalyse Deskriptive Analyse „Ist-Analyse Mobilität Dokumentation“ „Audit-Ergebnisprotokoll 1“ (nicht in Kontrollgruppe) „Audit-Ergebnisprotokoll 2“ (nicht in Kontrollgruppe)	
	Praktikabilität	Beurteilung des Expertenstandards hinsichtlich Verständlichkeit, Übertragbarkeit und Beeinflussbarkeit	Fragebogenerhebung der MA <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe A Interventionsgruppe B 	direkt nach der Schulung und zu t ₂	Qualitative Inhaltsanalyse Deskriptive Analyse „CRF Praxistauglichkeit“	
	Lerneffekte der Schulung	Wissenszuwachs	Fragebogenerhebung der MA <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe A Interventionsgruppe B 	direkt vor der Schulung, direkt nach der Schulung und zu t ₂	Qualitative Inhaltsanalyse Deskriptive Analyse „CRF Schulungsevaluation“	
	Implementierungs-barrieren	Retrospektive Befragung der Mitarbeiter (Pfleger und Leitungen)	Telefoninterviews mit der Projektleitung und <i>Netzwerktreffen I & II</i> <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe A Interventionsgruppe B 	t ₂	Qualitative Inhaltsanalyse Deskriptive Analyse „Verlaufsdokumentation“	
Zielsetzung: Bewertung der Praxistauglichkeit des Expertenstandards mit zusätzlich mobilitätsfördernder Intervention hinsichtlich des Grads der Umsetzung und der Praktikabilität. Beschreibung der Umsetzungsbarrieren, um die Implementierung des Expertenstandards für zukünftige Einrichtungen zu erleichtern.						

Vollstationäre Langzeitpflege	<u>Kostenanalyse</u> Ermittlung der direkten Kosten	Einrichtungsbezogene Erfassung der zusätzlichen Kosten durch die Implementierung (Personalkosten bei Schulung, Kosten für Implementierung, Dokumentation und Hilfsmittel)	Strukturdaten der Einrichtungen und Selbstaufschriebe/ Fragebogenerhebung <ul style="list-style-type: none"> • Interventionsgruppe A • Interventionsgruppe B 	t ₀ , t ₁ und t ₂	Deskriptive Analyse „Excel Strukturdaten“ „Excel Kostendaten“
	<u>Kosten-Wirksamkeitsanalyse</u>	Angabe der Kosten pro Verbesserung des TUG um einen Punkt	Auswertung der Fragebogenerhebung und Messung der Mobilitätsveränderung	t ₂	Deskriptive Analyse
	Zielsetzung: Abbildung der dauerhaften Einführungs- und Umsetzungskosten des Expertenstandards für stationäre Pflegeeinrichtungen. Daraus ergeben sich Erkenntnisse für Leistungserbringer und -träger im Hinblick auf einhergehende Veränderungen auf organisatorischer und struktureller Ebene der Einrichtungen. Darüber hinaus unterstützt die Studie Leistungserbringer und -träger dabei, die bei der Umsetzung des Expertenstandards entstehenden Kosten zu erheben, um damit wertvolle Informationen für die Pflegesatzverhandlungen bereit zu stellen.				

Setting	Analyseebene	Methode	Erhebung	Messzeitpunkt	Auswertung
Teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen	Wirksamkeitsanalyse Mobilitätsentwicklung Transferentwicklung	Retrospektive Befragung der Pflegenden zur Selbsteinschätzung der Wirksamkeit der Expertenstandardeinführung hinsichtlich eine Mobilitäts- und Transferentwicklung	Fragebogenerhebung MA	t ₂	Deskriptive Analyse „CRF Wirksamkeit AMB/TST“
	Zielsetzung: Abbildung der Einschätzung der Wirksamkeit des Expertenstandards nach Einschätzung der Pflegenden.				
	Praxistauglichkeit Grad der Umsetzung	Selbstauskunft der Einrichtung zur Umsetzung des Expertenstandards (Standardkriterien)	Fragebogenerhebung der Einrichtung Fragebogenerhebung der MA Befragung der Nutzer	t ₀ und t ₂ t ₂ t ₂	Deskriptive Analyse „Ist-Analyse Mobilität Dokumentation“ „Audit-Ergebnisprotokoll 1“ „Audit-Ergebnisprotokoll 2“
	Lerneffekte der Schulung	Wissenszuwachs	Fragebogenerhebung der MA	direkt vor der Schulung, direkt nach der Schulung und zu t ₂	Qualitative Inhaltsanalyse Deskriptive Analyse „CRF Schulungsevaluation“
	Implementierungsbarrieren	Retrospektive Befragung der Mitarbeiter (Pflegende und Leitungen)	Telefoninterviews mit der Projektleitung und <i>Netzwerktreffen I & II</i>	t ₂	Qualitative Inhaltsanalyse Deskriptive Analyse „Verlaufsdokumentation“
	Zielsetzung: Bewertung der Praxistauglichkeit des Expertenstandards hinsichtlich des Grads der Umsetzung und Beschreibung der Umsetzungsbarrieren, um die Implementierung des Expertenstandards für zukünftige Einrichtungen zu erleichtern.				
	Kostenanalyse Ermittlung der direkten Kosten	Einrichtungsbezogene Erfassung der zusätzlichen Kosten durch die Implementierung (Personalkosten bei Schulung, Kosten für Implementierung, Dokumentation und Hilfsmittel)	Fragebogenerhebung Einrichtung	t ₂	Deskriptive Analyse „Excel Strukturdaten“ „Excel Kostendaten“
	Zielsetzung: Abbildung der dauerhafter Einführungs- und Umsetzungskosten des Expertenstandards für teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Daraus ergeben sich Erkenntnisse für Leistungserbringer und -träger im Hinblick auf einhergehende Veränderungen auf organisatorischer und struktureller Ebene der Einrichtungen. Darüber hinaus unterstützt die Studie Leistungserbringer und -träger dabei, die bei der Umsetzung des Expertenstandards entstehenden Kosten zu erheben, um damit wertvolle Informationen für die Pflegesatzverhandlungen bereit zu stellen.				

13.2 Operationalisierung des Drei-Schritte-Programms

Die Operationalisierung erfolgte in Absprache mit dessen Entwicklerin Prof. Dr. Angelika Abt-Zegelin und ihrem Mitarbeiter Sven Reuther (beide Universität Witten/Herdecke).

Dem Drei-Schritte-Programm liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Bewohner fähig ist, sich zu bewegen, wenn auch nur minimal (z. B. Stehen). Zudem ist Bewegung immer intentional (zielgerichtet), d. h. Angebote zur Bewegungsförderung sollten immer aus Bewohnerinnenperspektive mit sinnvollen Alltagshandlungen in Verbindung gebracht werden können (vgl. Abt-Zegelin & Reuther 2014 b). Das können die Schritte zum Waschbecken, der Gang in den Garten oder das Greifen mit der Hand nach einem Glas Wasser sein. Die Pflegefachkräfte erfassen alle noch so kleinen Bewegungsfähigkeiten und Alltagsbewegungen bei den Bewohnern und fördern diese täglich und dauerhaft.

Die Zielgruppe waren alle Bewohner einer Pflegeeinrichtung mit keinen oder unterschiedlich geringen oder schweren Bewegungseinschränkungen. Das Drei-Schritte-Programm wurde täglich und dauerhaft angewandt – entsprechend einer gemeinsamen Zielvereinbarung mit den Bewohnern. Die mittelfristige Wirkungsdauer des Drei-Schritte-Programms entsprach dem für den Bewohner individuell festgelegten Evaluationszeitraum. Die verantwortlichen Personen (Multiplikatoren) trugen in den Einrichtungen dafür Sorge, dass das Programm angewandt und evaluiert wurde. Als verantwortliche Personen konnten Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte oder Personen anderer Berufsgruppen oder Tätigkeitsbereichen von der Einrichtung benannt werden. Alle Personen mit direktem Bewohnerinnenkontakt führten das Drei-Schritte-Programm bei allen Bewohnern durch. Neben dem Pflege- und Betreuungspersonal konnten auch Angehörige und freiwillige Helfer u. a. das Drei-Schritte-Programm durchführen. Vorbereitend war eine gemeinsame Zielvereinbarung mit den Bewohnerinnen zu treffen. Diese setzte deren Einverständnis voraus. Einer ablehnenden Haltung war mit nachvollziehbaren Argumenten über den Sinn von Bewegung und Motivation zu begegnen. Falls weiterhin Ablehnung bestand, war dies zu akzeptieren (die Gründe hierfür wurden in der Pflegedokumentation festgehalten) und es wurde zu einem späteren Zeitpunkt erneut versucht, das Programm anzubieten. Die gemeinsame Zielvereinbarung war nicht defizitorientiert, sondern berücksichtigte gleichermaßen die Ressourcen und Präferenzen des Pflegebedürftigen. Angehörige konnten ebenfalls hinzugezogen werden. Die Teilnahme am Programm wurde in der Pflegeplanung dokumentiert und in individuell festgelegten Intervallen evaluiert. Für die Bestimmung der Intervalle gibt es keine fachliche Empfehlung. Als Markierung, welcher Bewohner am 3-Schritte-Programm teilnahm, wurden Aufkleber oder Stempel in der Dokumentation aber auch Hinweisschilder in den Zimmern genutzt. Zur Dokumentation dient ein individueller Stufenplan zur Mobilitätsförderung, der von der Universität Bremen bereitgestellt wurde.

Praktische Umsetzung des 3-Schritte-Programms (je nach Ressourcen und Präferenzen der Pflegebedürftigen und gemäß individueller Zielvereinbarung):

Das Drei-Schritte-Programm strebte an, mit jedem Bewohner täglich mindestens drei Schritte während z. B. aller ohnehin nötigen Transfers zu gehen. Aus drei oder wenigen Schritten konnten schnell mehr werden. Der Geh- und Bewegungsradius war den Ressourcen und Präferenzen der Bewohnerin entsprechend stetig zu erweitern. Die Erweiterung des Geh- und Bewegungsradius wurde über den Verlauf erkennbar (durch die Evaluationen des Stufenplans). Typische Alltagsbewegungen waren in alle Pflegeabläufe zu integrieren. Um Alltagsbewegungen in alle Pflegeabläufe zu integrieren, „sollten

Anlässe identifiziert werden, die den pflegebedürftigen Menschen motivieren, sich zu bewegen“ und dabei gilt, „so viel wie nötig und so wenig wie möglich (...) (zu) unterstützen“ (vgl. DNQP 2014, S. 28 und 32). Je nach Ressourcen und Präferenzen des Pflegebedürftigen und der individuellen Zielvereinbarung konnten verschiedene Maßnahmen umgesetzt werden. Im Folgenden sind Beispiele (vgl. Zegelin 2013; Abt-Zegelin, & Reuther 2009) genannt.

Anwendungsmöglichkeiten für mittel bis stark bewegungseingeschränkte Bewohner:

- Heben eines Armes,
- Drehen auf die Seite,
- bewusstes Sitzen an der Bettkante und die Füße auf dem Boden spüren,
- bewusstes Stehen und Aufrichten üben (zentriert stehen, die Beine und Füße spüren, den Kopf bewusst nach oben strecken),
- Gehen von drei Schritten während aller ohnehin nötigen Transfers,
- Rollstuhl vorzeitig „stehen lassen,
- Weg vom Eingang des Speisesaals zu den Tischen zu Fuß bewältigen lassen (auf Rollstuhl verzichten),
- Kramkiste, Lebensbücher oder anderes Material als Ideensammlung für biografisch orientierte Alltagsbewegung,
- u.v.m.

Anwendungsmöglichkeiten für Bewohnerinnen mit keinen, geringen und bis mittelschweren Bewegungseinschränkungen:

- Laub fegen,
- „interner Taxidienst“ (Bewohner begleiten weniger mobile Mitbewohner z.B. in den Speisesaal),
- Kramkiste, Lebensbücher oder anderes Material als Ideensammlung für biografisch orientierte Alltagsbewegung,
- Spaziergänge (z.B. Garten, Frisör, Friedhof, Park),
- Besuche, Veranstaltungen, Teilnahme an Gruppenangeboten,
- u.v.m.

Alle Maßnahmen wurden davon begleitet, den Bewohner zu motivieren und für jeden – auch kleinen Erfolg – zu loben.

13.3 Auditinstrument (Version Oktober 2015)



**Modellhafte Implementierung
des Expertenstandard-Entwurfs
„Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“**

Audit-Instrument

Version Oktober 2015

Teil 1: Klienten-/ Bewohnerbezogenes Audit

Fragebogen 1

Hinweise zu den einzelnen Items des Fragebogens 1

Ergebnisprotokoll 1

Teil 2: Personalbezogenes Audit

Fragebogen 2

Ergebnisprotokoll 2

Das Audit zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“

Ziel des Audits ist es, die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs für Ihre Einrichtung mittels eines standardisierten Auditinstruments zu überprüfen. Sie führen das Audit als letzte Phase der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs durch.

Zur Durchführung des Audits muss die Phase der Anpassung vollständig abgeschlossen sein. Nehmen Sie keine Anpassungen mehr vor, wenn Sie auditieren.

Das Audit beinhaltet zwei Teile:

Teil 1: Klienten-/ Bewohnerbezogenes Audit

Erhebungsinstrument	Fragebogen 1 & Ergebnisprotokoll 1
Datenquellen	Pflegedokumentation, Befragung zuständige Pflegefachkraft, Befragung Klient/Bewohner (alternativ Angehörige)
Stichprobe	Es sollte – wenn möglich – eine Stichprobe von mindestens 40 Klienten/Bewohnern erhoben werden, um aussagefähige Daten zu erhalten
Vorgehen	Fragebogen 1 für jeden Teilnehmer der Stichprobe (n=40) ausfüllen, Übertragung der Einzelergebnisse in Ergebnisprotokoll 1

Teil 2: Personalbezogenes Audit

Erhebungsinstrument	Fragebogen 2 & Ergebnisprotokoll 2
Datenquelle	Befragung Pflegefachkräfte
Stichprobe	Alle Pflegefachkräfte der Einrichtung
Vorgehen	Fragebogen 2 an jede Pflegefachkraft austeilen, einsammeln, Übertragung der Einzelergebnisse in Ergebnisprotokoll 2

Planen Sie vier Wochen für die Erhebung ein. Im Idealfall wird die Erhebung durch die für die projektbeauftragte Person oder eine andere (einrichtungsexterne) Person durchgeführt, die über Expertise im Qualitätsmanagement verfügt und nicht direkt an der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs beteiligt war.

Kalkulieren Sie ca. 45 Minuten pro Klient/Bewohner (durchschnittlicher Erfahrungswert), da mit Störungen gerechnet werden muss (Dokumente fehlen, Klient/Bewohner ist nicht da, andere Berufsgruppen intervenieren etc.).

Informieren Sie alle Beteiligten über das Ziel, die Inhalte und das Vorgehen beim Audit. So begünstigen Sie eine reibungslose Durchführung (einsehbare Dokumente, Information und Zustimmung anderer Berufsgruppen) und mindern Kontrolllängste.

Allgemeine Durchführungshinweise

- Das Audit ist regulärer Bestandteil der Pflege. Es genügt für die Klienten-/Bewohnerbefragung, diese unmittelbar vor dem Audit zu informieren.
- Halten Sie den Expertenstandard-Entwurf griffbereit, nutzen Sie ihn zur Information der Kollegen sowie während des Audits. Der Auditor und die verantwortlichen Pflegefachkräfte können sich dort bei Fragen und Unklarheiten rückversichern.
- Eine mögliche Reihenfolge für die Erhebung der Klienten-/bewohnerbezogenen Daten (Audit Teil 1) ist, mit der Dokumentenanalyse zu beginnen, dann die Befragung der zuständigen Pflegefachkraft und zuletzt die Befragung von Klienten/Bewohnern vorzunehmen.
- Stellen Sie sicher, dass jeder Klient/Bewohner nur einmal in die Gesamterhebung einbezogen wird (führen Sie hierzu eine Liste oder vermerken Sie das Audit in der Dokumentation).
- Die Fragen an die zuständige Pflegefachkraft sollten von der jeweiligen Bezugspflegeperson des auditierten Klienten/Bewohners beantwortet und ggf. durch Angaben anderer Pflegefachkräfte ergänzt werden.
- Die Befragungssituation der Klienten/Bewohner bzw. Angehörige sollte so gestaltet werden, dass Diskretion gewährleistet ist und sich die Befragten frei äußern können. Selbstverständlich kann die Befragung von Klienten/Bewohnern bzw. Angehörigen jederzeit für die befragten Personen sprachlich verständlich und an den individuellen Fall angepasst werden.
- Die Befragung der Pflegefachkräfte zu den besuchten Fortbildungen und zu weiter bestehendem Fortbildungsbedarf (Audit Teil 2) bezieht sich auf die Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs. Es empfiehlt sich, die Fragebögen persönlich auszugeben und eine anonymisierte Rückgabe zu ermöglichen. Streben Sie einen Rücklauf von 100% der ausgegebenen Bögen an. Die Personalvertretung sollte über die Befragung informiert werden.
- Die Beispiele des Fragebogens können sprachlich angepasst oder ergänzt werden, z. B. durch die Nennung tatsächlich angebotener Fortbildungsveranstaltungen. Der Wortlaut der Frage darf allerdings nicht verändert werden und angepasste Beispiele müssen dem jeweiligen Themengebiet entsprechen.
- Wenn eine Audit-Frage mit „nein“ oder „nicht anwendbar“ beantwortet wird, bitte in der Kommentarspalte eine Begründung angeben.
- Die Fragen zu den Strukturkriterien S2b und S4a auf dem Ergebnisprotokoll 2 sollten einmalig einer Leitungsperson gestellt werden. Die Antworten sind direkt im Ergebnisprotokoll 2 zu vermerken.
- Bei der Auswertung werden nur die „Ja“- und „Nein“-Antworten als „gültig“ gewertet.

Klienten-/bewohnerbezogene Daten (Fragebogen 1)

Name der Einrichtung:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
-----------------------	---------------------------------------

Nummer:	Hier klicken.	Datum:	Hier klicken.	Benötigte Zeit:	Hier klicken.
ExMo-StudienteilnehmerIn: N					

Quelle	Code/Frage	Antwort	Kommentare
Dokumentenanalyse	E1.1 Wurden unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität eingeschätzt?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E1.2 Wurde die Einschätzung regelmäßig in individuell festgelegten Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren wiederholt?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E2.1 Liegt ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität vor?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E3.1 Wurde dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen Information, Beratung und Anleitung angeboten?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E4.1 Wurden dem pflegebedürftigen Menschen ggf. seinen Angehörigen die im Maßnahmenplan festgelegten Maßnahmen und Hilfsmittel angeboten?	N	Wenn Maßnahmen/Hilfsmittel angeboten wurden, bitte benennen
	E4.2 Liegt ein Nachweis über die planmäßige Durchführung der Maßnahmen vor?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E5.1 Liegt eine Evaluation der vereinbarten Maßnahmen vor?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E5.2 Wurden bei Veränderungen am Maßnahmenplan Anpassungen vorgenommen und dokumentiert?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Befragung der zuständigen Pflegefachkraft	E2.2 War es Ihnen möglich, die geplanten Maßnahmen (zur Erhaltung und Förderung der Mobilität) zu koordinieren?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E2.3 War es Ihnen möglich, für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans zu sorgen?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Befragung des Klienten/ Bewohners (alternativ Angehörigen) Befragt wurde <input type="checkbox"/> Klient/ Bewohner <input type="checkbox"/> Angehörige	E3.2 Wurden Sie über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität informiert?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E3.3 Wurden Sie über Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E3.4 Waren diese Informationen für Sie ausreichend und verständlich?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E4.3 Wurden Ihnen spezielle Kurse oder Trainingsprogramme und/oder Hilfsmittel angeboten, um Ihre Mobilität zu erhalten und zu fördern?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	E5.3 Wurde gemeinsam mit Ihnen der Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen überprüft?	N	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

J – Ja N – Nein NA – nicht anwendbar (N und NA bitte im Kommentar erläutern)

Hinweise zu den einzelnen Items des Fragebogens 1

DOKUMENTATION:

- E1.1 „Unmittelbar zu Beginn“ bedeutet, dass die Einschätzung der Mobilität sowie von Problemen, Wünschen und Ressourcen (die im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität stehen) gemeinsam mit der Erhebung der Pflegeanamnese zu Beginn des pflegerischen Auftrags erfolgt und Ergänzungen im Laufe der nächsten Tage vorgenommen werden.
In Einrichtungen, in denen pflegebedürftige Menschen auf Dauer betreut werden (z.B. Altenhilfe), sollte die Ersteinschätzung spätestens mit Beginn der Einführung und Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgen.
Die Einschätzung der Mobilität sollte den aktuellen und früheren Status der Mobilität (im Sinne des Expertenstandard-Entwurfs) sowie sämtliche mobilitätsrelevante Einflussfaktoren beinhalten.
- E1.2 Ist die Pflegesituation seit Beginn des pflegerischen Auftrags unverändert (d.h. es fanden keine Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren statt), bitte „NA“ angeben und im Kommentar erläutern.
- E2.1 Der individuelle Maßnahmenplan sollte als Teil des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation ersichtlich sein.
Die im Maßnahmenplan aufgeführten Interventionen und/oder Hilfsmittel bilden die Grundlage für die Frage E4.3 an den Klienten/Bewohner. Dort bitte den Klienten/Bewohner nur nach denjenigen Interventionen und/oder Hilfsmitteln fragen, die im Maßnahmenplan festgelegt wurden.
- E3.1 In der Dokumentation sollte das Angebot für Informations-, Beratungs- und Anleitungsgespräche ersichtlich sein. Sollten die Angebote vom Patienten/Bewohner abgelehnt worden sein oder ist ein Kontakt zu Angehörigen/ Betreuer nicht herstellbar, gilt das Kriterium als erfüllt und ist mit „J“ zu beantworten (die Ablehnung der Maßnahmen bitte in der Kommentarspalte kurz erläutern). Findet sich hier kein Hinweis, bitte „N“ angeben.
- E4.1 Zur Erfüllung dieses Kriteriums ist das Angebot der im Maßnahmenplan festgelegten Interventionen und/oder Hilfsmittel ausschlaggebend. Sollten die Angebote vom Patienten/Bewohner abgelehnt worden sein oder ist ein Kontakt zu Angehörigen/ Betreuer nicht herstellbar, gilt das Kriterium als erfüllt und ist mit „J“ zu beantworten (die Ablehnung der Maßnahmen bitte in der Kommentarspalte kurz erläutern). Findet sich hier kein Hinweis, bitte „N“ angeben.
- E4.2 Die Dokumentation sollte die planmäßige Durchführung der vereinbarten Maßnahmen abbilden. War aufgrund von Ablehnung durch den Bewohner die kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans nicht möglich, gilt das Kriterium als erfüllt und ist mit „J“ zu beantworten. Findet sich hier kein Hinweis, bitte „N“ angeben. Waren im Maßnahmenplan keine Interventionen vorgesehen, bitte „NA“ angeben und im Kommentar kurz erläutern.
- E5.1 Die Dokumentation sollte die Evaluation der vereinbarten Maßnahmen abbilden. Die Evaluation erfolgt gemeinsam mit dem Klienten/Bewohner, ggf. seinen Angehörigen und weiteren Berufsgruppen und überprüft den Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen. Bei Bedarf und auf Grundlage einer erneuten Einschätzung sind im

Anschluss an die Evaluation Veränderungen am Maßnahmenplan nötig und entsprechend dokumentiert.

PFLEGEFACHKRAFT:

E2.3 War aufgrund von Ablehnung durch den Bewohner die kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans nicht möglich, gilt das Kriterium als erfüllt und ist mit „J“ zu beantworten (die Ablehnung der Maßnahmen/Hilfsmittel bitte in der Kommentarspalte kurz erläutern). Waren im Maßnahmenplan keine Interventionen vorgesehen, bitte „NA“ angeben und im Kommentar kurz erläutern.

KLIENT/BEWOHNER/ANGEHÖRIGE:

E4.3 s. E2.1

Für den Fall, dass Angebote unterbreitet wurden, diese vom Klienten/Bewohner jedoch nicht gewünscht wurden, gilt das Kriterium als erfüllt und es muss mit „J“ geantwortet werden (die Ablehnung der Maßnahmen/Hilfsmittel bitte in der Kommentarspalte kurz erläutern). Waren im Maßnahmenplan keine Interventionen/Hilfsmittel vorgesehen, bitte „NA“ angeben und im Kommentar kurz erläutern.

Befragung der Pflegefachkräfte zum Fortbildungsbedarf (Fragebogen 2)

Liebe Kollegin, lieber Kollege aus dem Pflegedienst,

in Ihrer Einrichtung wurde der Expertenstandard-Entwurf **Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege** eingeführt. Sie sind unter Umständen bereits über die Qualitätsbewertung (Audit) informiert oder sind schon zu von Ihnen versorgten Klienten/Bewohnern befragt worden. Zur Auswertung der Standardeinführung und -anwendung ist es wichtig, die Selbsteinschätzung des Pflegepersonals zum Wissensstand bezüglich der Standardkriterien zu erfassen. Wir bitten Sie daher, den folgenden kurzen Fragebogen auszufüllen und der Auditorin zurückzugeben.

Wir möchten von Ihnen wissen, zu welchen Themen des Expertenstandard-Entwurfs Sie in den vergangenen 6 Monaten an Schulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen haben? Und zu welchen Themen Sie weiteren Schulungs-/Fortbildungsbedarf sehen? Als Fortbildungen gelten auch Informationen durch Kolleginnen im Rahmen von Dienstbesprechungen oder Übergaben. Ebenso gehören dazu praktische Übungen und Trainings (z.B. Schulungen für Hilfsmittel).

Fortbildungsthemen	Teilnahme		Weiterer Bedarf	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1a) Einschätzung der Mobilität (S1) (Erhebung des aktuellen und früheren Status der Mobilität bspw. mit Assessmentinstrumenten oder pflegefachlichen Kriterien, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b) Gründe für Mobilitätsbeeinträchtigungen (S1) (Bspw. Erkrankungen, Medikamente, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c) Umgebungsmerkmale, die für die Mobilität relevant sind (S1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Pflegeprozess planen und koordinieren (S2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a) Information von Klienten/Bewohnern/Angehörigen (S3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b) Beratung von Klienten/Bewohnern/Angehörigen (S3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c) Anleitung von Klienten/Bewohnern/Angehörigen (S3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchführen (S4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Angemessenheit und Wirksamkeit von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität überprüfen/ Evaluation (S5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quellen und Literatur

DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht 13. Juni 2014. Verfügbar: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf [13.05.2015]

Schiemann, D. Moers, M. & Büscher, A. (Hrsg.) (2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Kohlhammer, Stuttgart

13.4 Gewichtete Stundenlöhne des Personals in Pflege und Betreuung (Arbeitgeberbrutto)

Aufgrund der besseren Datenqualität wurden für die Berechnung die zur Baseline-Erhebung übermittelten Daten verwendet. * **

	Pflegedienste (€)							MW
	1	2	3	4	5	6		
Pflegefachkräfte	13,41	35,41	28,57	14,72	19,06	.		22,23
Akademiker in Pflege und Betreuung	na	na	na	na	na	.		na
Pflegehilfskräfte	11,2	26,75	18,5	12,13	14,94	.		16,70
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	10,39	na	.	11,39	7,94	.		9,91
Soziale Betreuung und Therapie	na	10	na	na	.	.		10,00
Hauswirtschaftliche Versorgung	9,09	24,9	17,5	10,37	.	.		15,47
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (€)								
Pflegefachkräfte	28,61	20,6	21,08	25,19	17,39	12,72		20,93
Akademiker in Pflege und Betreuung	na	na	na	na	na	na		na
Pflegehilfskräfte	na	na	9,4	na	14,4	11,2		11,67
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	9,90	13,16	na	15,15	na	na		12,74
Soziale Betreuung und Therapie	16,28	13,5	.	31,19	13,45	8,91		16,67
Hauswirtschaftliche Versorgung	16,26	12,75	8,5	21,55	12,17	na		14,25

	Pflegeheime Gruppe A (€)												MW
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Pflegefachkräfte	22,38	14,98	31,70	19,92	26,44	19,00	17,01	13,56	14,57	16,66	.		19,62
Akademiker in Pflege und Betreuung	na	.	na	na	32,00	19,00	na	na	na	19,00	.		23,33
Pflegehilfskräfte	16,73	11,75	.	17,38	22,42	13,00	13,78	9,40	11,50	13,65	.		14,40
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	15,85	9,03	.	13,47	7,90	11,85	11,73	7,69	9,79	11,06	.		10,93
Soziale Betreuung und Therapie	16,92	10,46	18,77	13,98	21,20	14,19	12,12	9,51	11,50	16,39	.		14,50
Hauswirtschaftliche Versorgung	.	11,41	30,19	13,13	15,74	12,12	14,02	8,91	10,31	10,39	.		14,02
Pflegeheime Gruppe B (€)													
Pflegefachkräfte	31,59	22,12	21,15	18,56	21,31	19,10	.	16,30	18,19	16,21	14,20		19,87
Akademiker in Pflege und Betreuung	43,00	.	na	na	22,00	20,00	.	.	na	na	na		28,33
Pflegehilfskräfte	22,96	15,36	18,00	18,76	18,54	6,68	.	12,44	12,57	12,60	12,44		15,04
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	21,19	4,87	10,80	8,11	13,29	10,12	.	10,61	11,78	9,89	5,46		10,61
Soziale Betreuung und Therapie	18,13	15,62	18,00	13,85	12,30	8,60	.	12,53	11,24	11,18	9,22		13,07
Hauswirtschaftliche Versorgung	22,34	13,94	.	16,15	11,77	.	.	8,04	11,88	0,00	10,52		11,83
Pflegeheime Gruppe C (€)													
Pflegefachkräfte	23,35	14,50	13,65	20,65	14,65	23,76	17,65	11,54	15,29	15,69	21,19		17,45
Akademiker in Pflege und Betreuung	na	15,00	na	na	na	na	na	9,00	na	na	na		12,00
Pflegehilfskräfte	.	12,20	.	16,35	9,84	21,78	10,96	10,00	11,06	8,91	13,34		12,72
Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung	13,61	7,46	5,88	11,60	7,96	12,48	0,32	8,51	8,30	7,55	10,57		8,57
Soziale Betreuung und Therapie	13,45	12,84	10,71	13,73	9,40	19,18	8,40	10,17	12,10	9,83	14,69		12,23
Hauswirtschaftliche Versorgung	16,97	10,52	9,36	12,81	9,27	14,70	8,40	9,50	10,91	8,63	13,34		11,31

*na: nicht anwendbar; Berufsgruppe liegt nicht in der Einrichtung vor.

**.: fehlender Wert;

13.5 Langversion des Kapitels 9.3 „Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs Erhaltung und Förderung der Mobilität“

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der deskriptiv und inhaltsanalytisch ausgewerteten Antworten der Pflegefachkräfte hinsichtlich ihrer **Einschätzung der Praxistauglichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ präsentiert. Die Einschätzung der Praktikabilität umfasst Fragen nach der **Verständlichkeit** (Abschnitt 1.2.1), **Übertragbarkeit** (Abschnitt 1.2.2) und **Beeinflussbarkeit** (Abschnitt 1.2.3) der Standardinhalte (vgl. Forschungsmatrix im Realisierungskonzept, s. Anhang).

In Anlehnung an Proctor et al. (2011, S. 69), die verschiedene implementierungsbezogene Outcomes definieren, ist die hier gemeinte Umsetzung (Übertragbarkeit) als *feasibility* zu verstehen, womit sowohl die Umsetzbarkeit als ein der Implementierung zugeschriebenes Merkmal als auch als Ausmaß der tatsächlichen Umsetzung gemeint ist. Des Weiteren sind die hier abgefragten Kriterien Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit Voraussetzungen für die implementierungsbezogenen Outcomes *acceptability*, *adoption* und *appropriateness* nach Proctor et al. (2011, S. 67-69). Das Verständnis, ohne welches kein Erkennen der Relevanz der Intervention folgen würde, und die Beobachtbarkeit der Auswirkungen der Intervention entscheiden über die Akzeptierbarkeit (Annehmbarkeit), Übernahme (Anwendungsbereitschaft) und Angemessenheit (im Kontext der Organisation) einer komplexen Intervention durch die Organisation und dort tätigen Individuen, die diese implementieren.

Erhebungsinstrument und Datenauswertung

Als Erhebungsinstrument diente der **Fragebogen „CRF Praxistauglichkeit“**, den die Mitarbeiter der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen einmal nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf durch das Studienteam der Universität Bremen, die den Beginn der Standardimplementierung (t_0) markierte, und ein zweites Mal sechs Monate später (zum jeweiligen Ende der Implementierungszeit, t_2) ausfüllten.

Die deskriptive inhaltsanalytische Auswertung auf sieben Fragestellungen – deren freiformulierte Antworten angelehnt an das Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) analysiert wurden – teilte sich für die erste Erhebung zum Zeitpunkt t_0 in folgende Schritte:

1. Entwicklung des Codesystems zu den Freitextantworten des Fragebogens „CRF Praxistauglichkeit“ der Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen mittels MAXQDA (LN)
2. Entwicklung des Codesystems zu den Freitextantworten des Fragebogens „CRF Praxistauglichkeit“ der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen mittels MAXQDA als Weiterentwicklung des zuvor erhaltenen Codesystems aus den Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen (LN)
3. Validierung des Codesystems aus den Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen durch eine zweite Person aus dem Studienteam der Universität Bremen (KS)
 - a) ausgehend von den einzelnen Fragestellungen (vgl. Dokumentengruppe in MAXQDA-Datei) werden die Segmente (FT-Antworten) den Code(-variablen) zugeordnet
 - b) Übereinstimmung/Nicht-Übereinstimmung zwischen den vergebenen Code(-variablen), bei Nicht-Übereinstimmung Rücksprache mit LN zur Einigung
 - c) ggfs. Umbenennung der Codings

4. Rückführung/Überprüfung des validierten Codesystems in das Codesystem aus den Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen
5. Erhalt eines validierten Kategoriensystems zur Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ aus Sicht der Pflegefachkräfte der beteiligten Pflegeeinrichtungen, bestehend aus sechs (Ober-) Kategorien und 31 Unterkategorien

Die deskriptive inhaltsanalytische Auswertung teilte sich für die **zweite Erhebung zum Zeitpunkt t₂** in folgende Schritte:

1. Rückführung/Überprüfung des validierten t₀-Kategoriensystems als Codesystem zur Analyse der Freitextantworten des Fragebogens „CRF Praxistauglichkeit“ der Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten, Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheimen mittels MAXQDA durch eine dritte Person aus dem Studienteam der Universität Bremen (HM)
2. Validierung des Codesystems aus den Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten, Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheimen durch eine weitere Person aus dem Studienteam der Universität Bremen (LN)
 - a. Ergänzung um eine weitere Unterkategorie (HM, KS & LN)
 - b. Übereinstimmung/Nicht-Übereinstimmung zwischen den vergebenen Code(-variablen), bei Nicht-Übereinstimmung Diskussion und Einigung im Team
 - c. ggfs. Umbenennung der Codings
3. Erhalt eines validierten Kategoriensystems zur Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ aus Sicht der Pflegefachkräfte der beteiligten Pflegeeinrichtungen, bestehend aus sechs (Ober-) Kategorien und 32 Unterkategorien

Tabelle 1 (auf der folgenden Seite) zeigt das erhaltene **Kategoriensystem**, bestehend aus **sechs (Ober-) Kategorien**, wovon die zweite bis fünfte Kategorie nochmals **32 Unterkategorien** umfassen. Die Nummerierung bildet keine Hierarchisierung der Unterkategorien innerhalb der Kategorien ab. Als **theoretischer Rahmen** zur Konzeption des Kategoriensystems liegen erstens sowohl settingspezifische und strukturelle Merkmale einer Einrichtung der ambulanten, teilstationären oder vollstationären Versorgung (beispielsweise die Ausgestaltung eines Qualitätsmanagements, Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung; vgl. Kategorie 1 *Settingspezifische Kriterien*, Kategorie 2 *Einrichtungsebene* und Kategorie 2 *Personalebene*) als auch individuelle Merkmale der zu versorgenden, pflegebedürftigen Menschen (beispielsweise deren Gesundheitszustand und andere Einflussfaktoren auf Seiten des Pflegebedürftigen; vgl. Kategorie 4 *Klienten-/Bewohnerebene*) zugrunde. Zweitens spiegelt sich in dem Kategoriensystem der Aufbau und Inhalt des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (DNQP 2014) wider (vgl. Kategorie 5 *Expertenstandard-Entwurf*).

Tabelle 1: Kategoriensystem

Nr.	Kategorie	Nr.	Unterkategorie
1	Settingspezifische Kriterien		keine Unterkategorie
2	Einrichtungsebene	1	Qualitätsmanagement und andere Standards
		2	Personal, Zeit und Finanzierung
		3	Dokumentation
		4	Hilfsmittel
		5	Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen
		6	Mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung
3	Personalebene	7	Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung
		8	Kontinuität und einheitliches Vorgehen
		9	Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte
		10	Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte
		11	Haltung und Sensibilisierung
4	Klienten-/Bewohnerebene	12	Gesundheitszustand und andere Einflussfaktoren der Pflegebedürftigen
		13	Zusammenarbeit mit, Einbezug der Pflegebedürftigen
		14	Motivation der Pflegebedürftigen Subcode: Verständnis und Compliance der Pflegebedürftigen
		15	Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege
		16	Selbständigkeit erhalten und individuelle Förderung der Ressourcen
		17	Selbstbestimmung
		18	Zusammenarbeit mit, Einbezug und Motivation der Angehörigen
		19	Zielsetzung
5	Expertenstandard-Entwurf	20	Präambel
		21	Strukturkriterien
		22	Prozesskriterien
		23	Ergebniskriterien
		24	Standardebene 1: Einschätzung
		25	Standardebene 2: Koordination und Planung
		26	Standardebene 3: Info, Beratung und Anleitung
		27	Standardebene 4: Durchführung Maßnahmen
		28	Standardebene 5: Evaluation
		29	Sprache und Ausdruck
		30	Theorie-Praxis-Transfer
		31	alle Standardebenen und -kriterien
		32	keine Standardebenen und -kriterien
6	N.A.		keine Unterkategorie (nicht auswertbar, da Antwort nicht zur Frage passend)

Die Ergebnisdarstellung der sechs Ankreuz-Fragen erfolgt getrennt für die Studienteilnehmer der Cluster-RCT, die Pflegeheime (jeweils für Interventionsgruppe A und B), und die Studienteilnehmer der Beobachtungsstudie. Hierbei werden wiederum die Antworten der Mitarbeiter aus den ambulanten Diensten und den Tagespflegeeinrichtungen gesondert präsentiert.

Die Ergebnisdarstellung der Antworten auf die sieben Freitext-Fragen erfolgt ebenfalls getrennt für die Studienteilnehmer der Pflegeheime (Cluster-RCT) und der ambulanten Dienste und Tagespflegeeinrichtungen (Beobachtungsstudie). Unterschiede in den Antworten der Teilnehmer der Beobachtungsstudie aus den beiden Settings ambulant und teilstationär werden kenntlich gemacht, in den meisten Fällen aber können die Antworten der Teilnehmer aus diesen Settings zusammen präsentiert werden (ursächlich hierfür ist allen voran das kleinere Sample an Pflegefachkräften in den Tagespflegeeinrichtungen).

Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte sind aufgrund ihrer Kompetenzen gemäß ihrer Qualifikation grundsätzlich für die Umsetzung von Expertenstandards befähigt (DNQP 2014, S. 23) und damit Ziel-

gruppe der Befragung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in den an der modellhaften Implementierung beteiligten Einrichtungen in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege. Für die Datenerhebung und -auswertung umfassen die Pflegefachkräfte – analog den Autoren des Expertenstandard-Entwurfs (DNQP 2014, S. 20) – alle Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) und diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

Zu den im Folgenden ausgewerteten Antworten auf die sechs Fragen, die die Antworten per Ankreuzen vorgaben, werden die absoluten und prozentualen Häufigkeiten mittels Balkendiagrammen angegeben. Die inhaltsanalytisch ausgewerteten Antworten (Codings) wurden ausgezählt, um sie zur Nachvollziehbarkeit ebenfalls mittels Balkendiagrammen zu illustrieren. Die Titulierung der Balken in den Diagrammdarstellungen spiegelt das Kategoriensystem wider. Zuvor wird jeder Frage mit der Option, freiformulierte Angaben zu geben, zu Beginn der entsprechenden Ergebnisdarstellung jeweils die Anzahl der Freitext-Antworten, der „weiß nicht“-Antworten und die Anzahl derjenigen, die sich enthielten oder es vergessen haben, eine Antwortmöglichkeit zu wählen („fehlend“), von den zurück erhaltenen Fragebögen in tabellarischer Form angegeben.

Zu jeder Fragestellung werden abschließend die Kernaussagen aus den Antworten der befragten Personen mit Blick auf mögliche Entwicklungen zwischen den Zeitpunkten, nach der Basis-Schulung zur ersten Sensibilisierung für die Standardinhalte und nach dem sechsmonatigen Implementierungsprozess, zusammengefasst und für den schnellen Leseüberblick textlich hervorgehoben.

Stichprobenbeschreibung zu t_0 und t_2

Zum **ersten Zeitpunkt t_0** beteiligten sich insgesamt **87** Pflegefachkräfte aus den sechs ambulanten Diensten und den sechs Tagespflegeeinrichtungen (Teilnehmer der Beobachtungsstudie) und **234 Pflegefachkräfte** aus den 22 Pflegeheimen (Teilnehmer der Cluster-RCT, Interventionsgruppe A und B) an der Fragebogenbefragung, d. h. sie füllten den Fragebogen „CRF Praxistauglichkeit“ direkt im Anschluss der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ durch die Universität Bremen aus.

Zum **zweiten Zeitpunkt t_2** , also sechs Monate nach der Basis-Schulung bzw. nach Ende der Implementierung in der jeweiligen Einrichtung, beantworteten **52 Pflegefachkräfte** aus vier der sechs ambulanten Diensten und aus drei der sechs Tagespflegeeinrichtungen und **136 Pflegefachkräfte** aus 18 der 19 Pflegeheime (drei Pflegeheime sind im Verlauf auf eigenen Wunsch aus der Studie zur modellhaften Implementierung ausgeschieden, vgl. Kapitel 6.3 im Abschlussbericht) ein weiteres Mal die Fragen zur Einschätzung der Praxistauglichkeit. Hierzu wurden die Fragebögen in ausreichender Stückzahl an die Projektleitungen in den Einrichtungen mit der Bitte um Weiterleitung an alle diejenigen Mitarbeiterinnen, die an der Basis-Schulung teilgenommen haben, geschickt. Zum Versand der ausgefüllten Fragebögen an die Universität Bremen lag ein vorfrankierter Rückumschlag bei.

Die Teilnahme an der Befragung basierte auf Freiwilligkeit der Pflegefachkräfte. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn zum Zeitpunkt t_2 dieselbe Anzahl an beantworteten Fragebögen wie zum Zeitpunkt t_0 erreicht worden wäre. Dieser Vorausannahme folgend kann der **Rücklauf** von t_2 (im Verhältnis zu den erhaltenen Fragebögen von t_0) für die Beobachtungsstudie mit 59,77 % und das Cluster-RCT mit 58,12 % angegeben werden.

Zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t_0) betrug das **durchschnittliche Alter** der 122 Pflegefachkräfte, die in den elf Pflegeheimen der Interventionsgruppe A tätig waren und an der Befragung teilnahmen, 42,1 Jahre (Median 44,5 Jahre, Spannweite 21-63 Jahre) und sechs Monate später 44,4 Jahre (von $n=71$; Median 48 Jahre, Spannweite 21-64 Jahre). Ausreißer bezüglich des Alters sorgen teilweise für Median-Werte, die vom Mittelwert entfernt liegen, z. B. beträgt das durchschnittliche Alter der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zu t_2 44,4 Jahren und der Median hierzu liegt bei 48 Jahren. Die befragten 112 Pflegefachkräfte aus den elf Pflegeheimen der Interventionsgruppe B waren zu t_0 im Schnitt 40,4 Jahre (Median 40 Jahre, Spannweite 21-60 Jahre) und sechs Monate später 43,2 Jahre (Median 44,5 Jahre, Spannweite 23-62 Jahre) alt. Der Gruppenvergleich zwischen den Pflegeheimmitarbeitern aus den beiden Interventionsgruppen (sowohl bei Betrachtung des Mittelwerts als auch des Medians) ergibt, dass die befragten Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zu beiden Zeitpunkten etwas älter sind als die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B.

Zu t_0 betrug das durchschnittliche Alter der 65 Pflegefachkräfte aus den sechs Pflegediensten 43,1 Jahre (Median 45 Jahre, Spannweite 18-61 Jahre) und sechs Monate später 45,8 Jahre (von $n=41$; Median 49,5 Jahre, Spannweite 23-62 Jahre). Die zu t_0 befragten 22 Pflegefachkräfte aus den sechs Tagespflegeeinrichtungen waren im Schnitt 44,5 Jahre (Median 46 Jahre, Spannweite 25-62 Jahre) und sechs Monate später 47,1 Jahre (Median 48 Jahre, Spannweite 30-62 Jahre) alt. Im Gruppenvergleich sind die Mitarbeiter aus den Pflegediensten zu beiden Untersuchungszeitpunkten jünger als die Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, wenn die Mittelwerte betrachtet werden. Der gegenüber Ausreißern robustere Median beträgt für die Pflegedienstmitarbeiter zu t_2 49,5 Jahre, womit diese Stichprobe zu diesem Zeitpunkt älter als die Vergleichsstichprobe aus den Tagespflegeeinrichtungen ist.

Den angegebenen Mittelwerten für alle Studiengruppen ist anzumerken, dass sich bei genauerer Betrachtung der Altersverteilung die meisten Pflegefachkräfte entweder in dem unteren Alterssegment „26-30 Jahre“ oder in den oberen Bereichen „46-50 Jahre“ und „51-55 Jahre“ befinden. Tabelle 2 zeigt die Werte für das Alter der befragten Pflegefachkräfte aus den drei Studiengruppen und Settings zu beiden Untersuchungszeitpunkten. Die darauffolgenden **Histogramme** (Abbildung 1 bis 8) bilden die Altersverteilung der befragten Pflegefachkräfte aus den unterschiedlichen Studiengruppen graphisch ab.

Unterschiede in den Merkmalen Alter oder Berufsjahre können Hinweise dafür sein, dass die Stichprobe innerhalb eines Studienarms zwischen t_0 und t_2 leicht abweicht, d. h. zum zweiten Untersuchungszeitpunkt könnten Pflegefachkräfte an der Befragung teilgenommen haben, die nicht die Basis-Schulung besucht haben. Aufgrund von beispielsweise Personalfuktuation innerhalb des sechsmonatigen Studienzeitraums ist dies nicht auszuschließen.

Tabelle 2: Alter der befragten Pflegefachkräfte (Pflegerheime, Pflegedienste, Tagespflege, t0 und t2)

Alter der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT				Beobachtungsstudie			
	t ₀		t ₂		t ₀		t ₂	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege
<=25	11	9	5	3	3	2	2	0
26-30	20	18	8	10	7	2	2	1
31-35	10	14	7	6	3	3	4	2
36-40	8	11	4	3	13	0	5	0
41-45	13	12	10	11	5	2	2	0
46-50	17	14	12	11	12	4	8	4
51-55	20	16	13	8	11	4	10	2
>55	15	9	12	10	7	4	7	2
k.A.	8	9	0	3	4	1	1	0
gesamt	122	112	71	65	65	22	41	11
Mittelwert	42,1	40,4	44,4	43,2	43,1	44,5	45,8	47,1
Median	44,5	40	48	44,5	45	46	49,5	48
Spannweite	21-63	21-60	21-64	23-62	18-61	25-62	23-62	30-62
Gesamt	234		136		87		52	

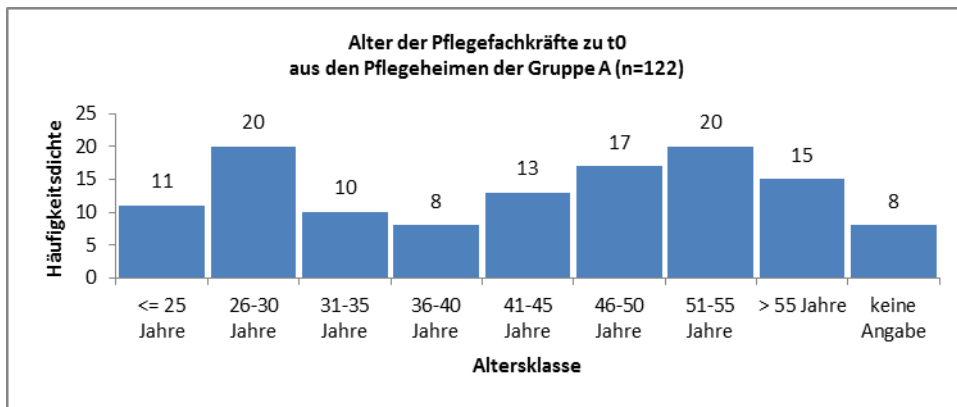


Abbildung 1: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=42,1; Median=44,5; SW=21-63) (Pflegerheime A, t0)

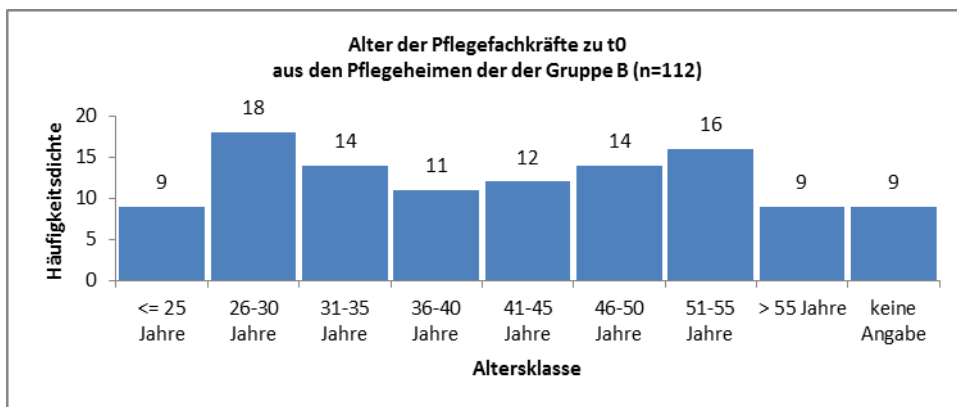


Abbildung 2: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=40,4; Median=40; SW=21-60) (Pflegerheime B, t0)

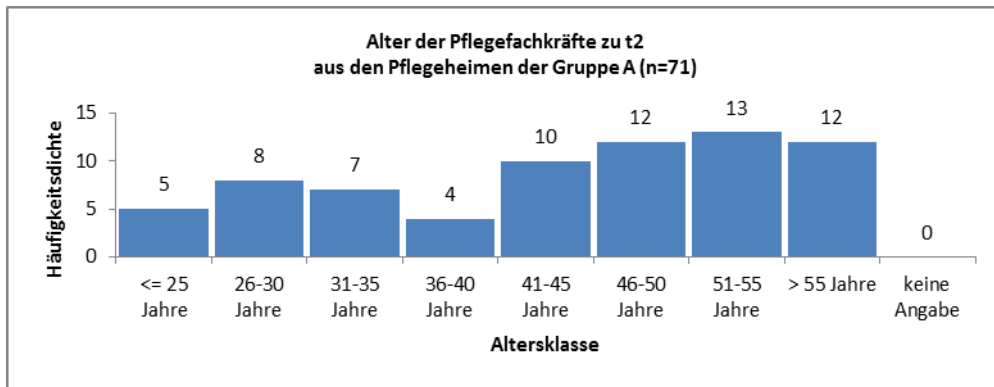


Abbildung 3: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=44,4; Median=48; SW=21-64) (Pflegeheime A, t2)

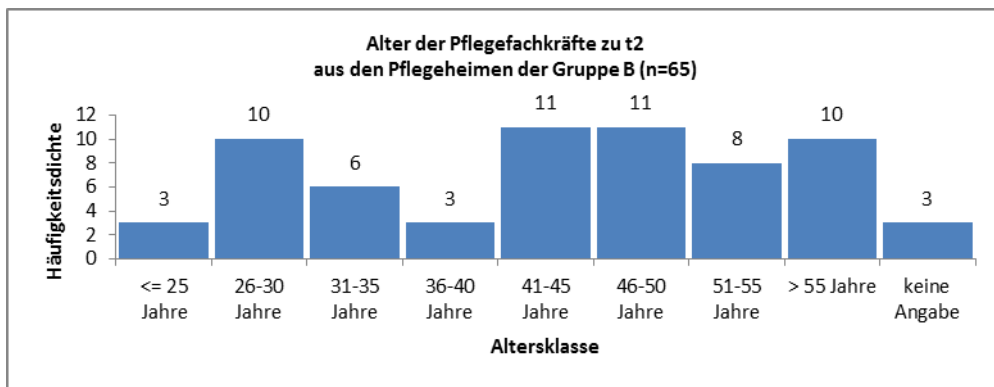


Abbildung 4: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=43,2; Median=44,5; SW=23-62) (Pflegeheime B, t2)

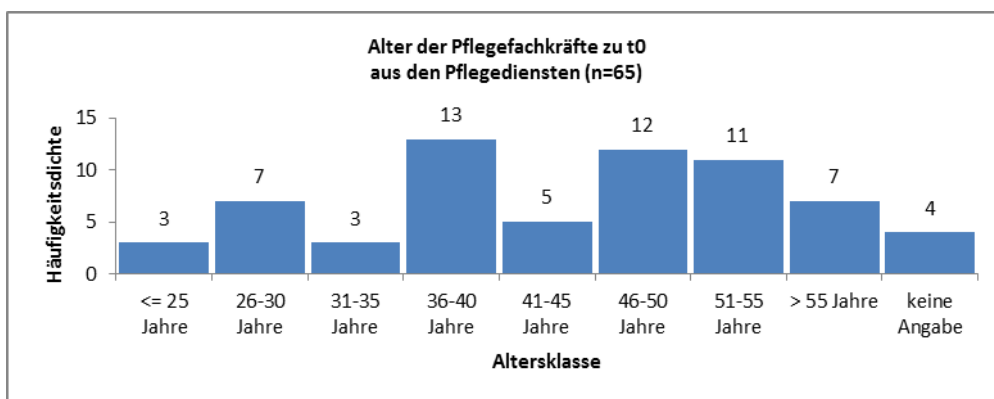


Abbildung 5: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=43,1; Median=45; SW=18-61) (Pflegedienste, t0)

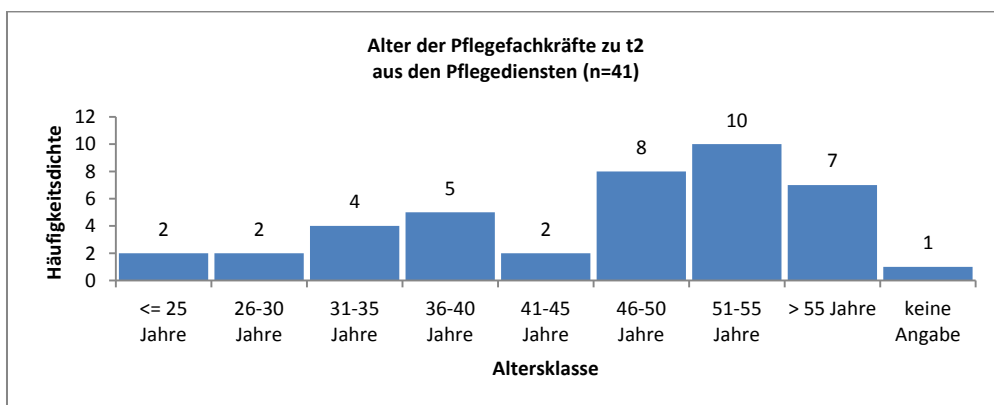


Abbildung 6: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=45,8; Median=49,5; SW=23-62) (Pflegedienste, t2)

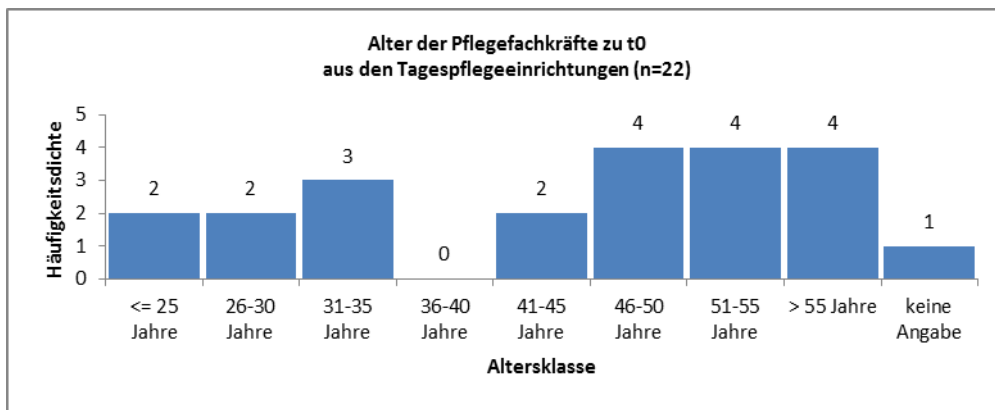


Abbildung 7: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=44,5; Median=46; SW=25-62) (Tagespflege, t₀)

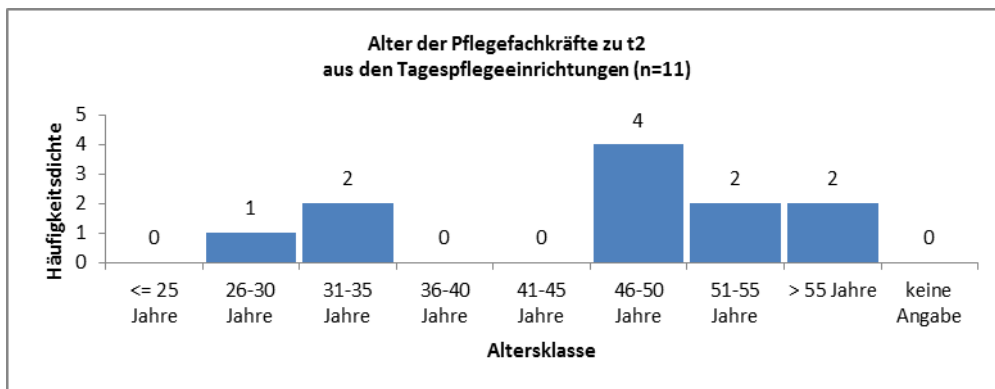


Abbildung 8: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=47,1; Median=48; SW=30-62) (Tagespflege, t₂)

Auch hinsichtlich des Merkmals **Berufsjahre** ähneln sich die Werte zwischen den befragten Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B und den Pflegefachkräften aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten t₀ und t₂. Einzig auffallend ist, dass an der Befragung zum zweiten Untersuchungszeitpunkt in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B und den teilstationären Einrichtungen im Schnitt berufserfahrenere Pflegefachkräfte teilgenommen haben als sechs Monate zuvor. Mit 17,4 (Mittelwert) oder 16 (Median) Jahren Berufserfahrung sind die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B zu t₂ etwas berufserfahrener als die befragten Personen aus der Vergleichsgruppe A. Zu t₂ betrug die durchschnittlichen Berufsjahre der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen 23,4 Jahre (n=11), während die Personen aus der Stichprobe (n=22) zu t₀ erst 15,6 Jahre im Beruf waren. Tabelle 3 weist die berechneten Werte zu den Berufsjahren der Pflegefachkräfte für die unterschiedlichen Studien- gruppen für beide Untersuchungszeitpunkte detailliert aus.

Tabelle 3: Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t0 und t2)

Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT				Beobachtungsstudie			
	t ₀		t ₂		t ₀		t ₂	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege
<=1	3	5	2	0	5	0	1	0
2-5	21	20	14	8	3	4	7	0
6-10	15	17	10	10	10	3	6	2
11-15	24	17	13	12	10	4	6	2
16-20	18	16	12	8	10	1	7	0
21-25	11	10	7	10	7	3	6	1
>25	9	8	12	13	15	4	6	6
k.A.	21	19	1	4	5	3	2	0
gesamt	122	112	71	65	65	22	41	11
Mittelwert	13,7	13	14,8	17,4	17,4	15,6	15,6	23,4
Median	12	13	13,5	16	16,5	13	15	26
Spannweite	1-37	1-36	1-42	2-41	0-40	2-32	1-40	6-32
Gesamt	234		136		87		52	

Zielgruppe der Befragung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ sind die Pflegefachkräfte in den an der modellhaften Implementierung beteiligten Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen. Als Pflegefachkräfte sind – analog den Autoren des Expertenstandard-Entwurfs (DNQP 2014, S. 20) – alle Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe nach (mindestens) dreijähriger Qualifikation (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) gemeint.

Die befragten Pflegefachkräfte können danach unterschieden werden, ob sie eine **Führungsaufgabe** (z.B. Einrichtungs-, Pflegedienst-, Wohnbereichsleitung) innehaben und **Mitglied in der Projektgruppe** zur modellhaften Implementierung in ihrer Einrichtung sind. Tabelle 4 zeigt die absoluten und relativen Häufigkeiten für die Unterscheidung zwischen den befragten Pflegefachkräften mit und ohne Führungsaufgabe und deren Zugehörigkeit zur Projektgruppe. Zum ersten Untersuchungszeitpunkt t₀ waren mehr Pflegefachkräfte aus den elf Pflegeheimen der Interventionsgruppe B (51 %) in einer Führungsposition als die Vertreter aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A (37 %). Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt t₂ nähern sich die Werte für beide Gruppen an (41 % in A, 43 % in B). Insbesondere zum ersten Zeitpunkt sind unter den befragten Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B mehr Projektgruppenmitglieder als Nicht-Projektgruppenmitglieder als unter den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A. In der Beobachtungsstudie nahmen an der Befragung mit 34 % und 59 % in den Tagespflegeeinrichtungen im Vergleich zu den Pflegediensten zu t₀ mehr Pflegefachkräfte mit als ohne Führungsaufgabe teil. Auch zu t₂ waren unter den befragten Pflegefachkräften aus den Tagespflegeeinrichtungen mehr Führungskräfte als in den Pflegediensten, auch wenn die Werte insgesamt anteilmäßig abnahmen. Die an sich kleine Stichprobe der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen (n=22 zu t₀ vor und nach, n=11 zu t₂) bestand zu beiden Zeitpunkten zum überwiegenden Teil (73 % zu t₀ und 90 % zu t₂) aus Projektgruppenmitgliedern, in den Pflegediensten waren deutlich weniger Befragte gleichzeitig Mitglied in der Projektgruppen (40 % zu t₀ und 34 % zu t₂).

Der höhere Anteil der Führungskräfte oder der höhere Anteil der Projektgruppenmitglieder unter den befragten Personen aus den unterschiedlichen Studiengruppen können die Ergebnisse hinsichtlich der Einschätzung der Praxistauglichkeit beeinflussen. Beispielsweise können die Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs für Projektmitglieder nach der durchlaufenen Implementierung verständli-

cher sein als noch zum Beginn oder gegenüber Nicht-Projektgruppenmitgliedern, die womöglich eine weniger intensivere Auseinandersetzung mit den Standardinhalten hatten.

Tabelle 4: Qualifikation und Position in der Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t₀ und t₂)

Qualifikation der Pflegefachkräfte		Pflegefachkraft mit Führungsaufgabe	Pflegefachkraft	keine Angabe	gesamt	davon Mitglied in Projektgruppe	Gesamt
Cluster-RCT							
t ₀	Pflegeheime A	45 (37 %)	65 (53 %)	12 (10 %)	122 (100 %)	32 (26 %)	234
	Pflegeheime B	57 (51 %)	53 (47 %)	2 (2 %)	112 (100 %)	39 (35 %)	
t ₂	Pflegeheime A	29 (41 %)	41 (58 %)	1 (1 %)	71 (100 %)	24 (34 %)	136
	Pflegeheime B	28 (43 %)	33 (51 %)	4 (6 %)	65 (100 %)	24 (37 %)	
Beobachtungsstudie							
t ₀	Pflegedienste	22 (34 %)	40 (62 %)	3 (5 %)	65 (100 %)	26 (40 %)	87
	Tagespflege	13 (59 %)	9 (41 %)	0 (--)	22 (100 %)	16 (73 %)	
t ₂	Pflegedienste	11 (27 %)	29 (71 %)	1 (2 %)	41 (100 %)	14 (34 %)	52
	Tagespflege	4 (36 %)	7 (64 %)	0 (--)	11 (100 %)	10 (90 %)	

Wie vertraut sind Sie heute mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Die erste im Fragebogen gestellte Frage lautete „Wie vertraut sind Sie heute mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs?“ und diente dazu, ein Maß für die selbsteingeschätzte Vertrautheit der Pflegefachkräfte mit den Standardinhalten einmal direkt nach der Basis-Schulung durch die Universität Bremen und ein weiteres Mal sechs Monate nach dieser zu erhalten. Die Ergebnisse zur Einschätzung der Praxistauglichkeit sind vor dem Hintergrund des selbsteingeschätzten Grad der Vertrautheit zu betrachten.

Zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t₀), also direkt nach der Basis-Schulung durch die Universität Bremen, schätzten sich die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B tendenziell als vertrauter mit den Standardinhalten ein als sich dies gemäß den Selbstauskünften nach für die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A zeigt (hierfür wurden die relativen Häufigkeiten der Antwortkategorien „sehr vertraut“ und „eher vertraut“ für Gruppe A zu 66,4 % und für Gruppe B zu 71,4 % addiert; Abbildung 9).

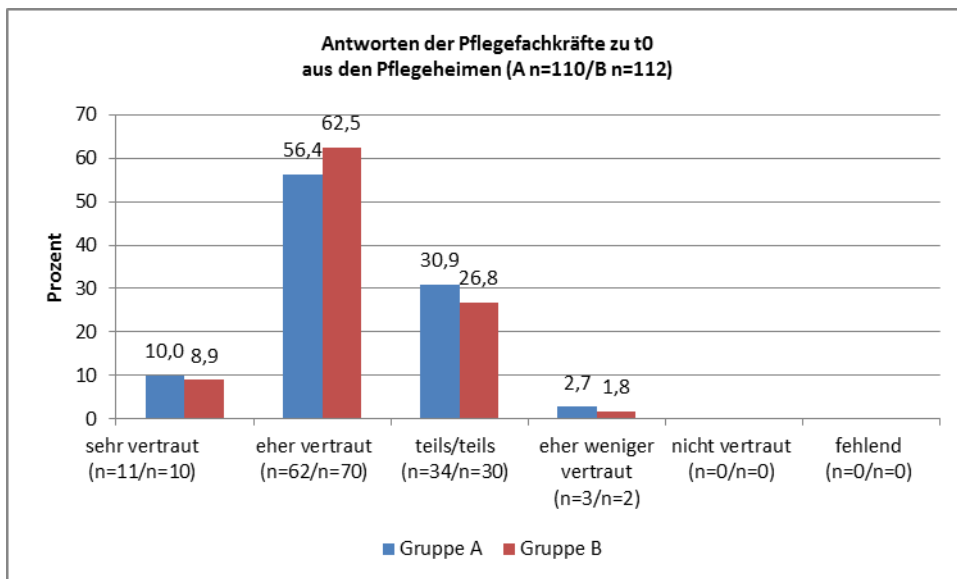


Abbildung 9: Wie vertraut sind Sie heute mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t0)

Auch zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (t_2), der in den teilnehmenden Einrichtungen sechs Monate nach dem jeweiligen Implementierungsbeginn lag, schätzten sich die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B (mit 84,2 % bei den Antwortkategorien „sehr vertraut“ und „eher vertraut“) gegenüber den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A als vertrauter mit den Standardinhalten ein. Zudem ist für die Pflegeheimmitarbeiter der Gruppe A keine Veränderung zum ersten Untersuchungszeitpunkt abzulesen (66,2 % bei den Antwortkategorien „sehr vertraut“ und „eher vertraut“; Abbildung 10).

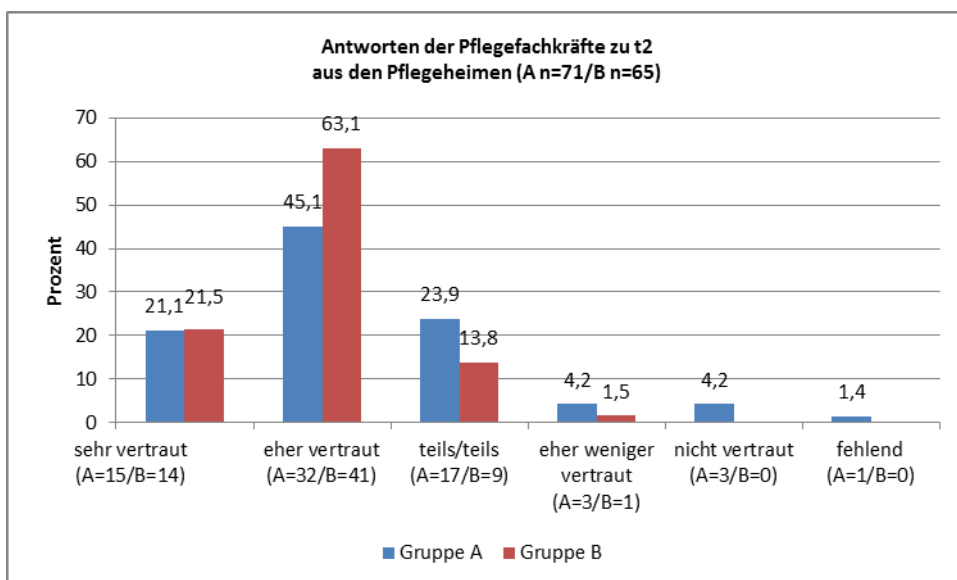


Abbildung 10: Wie vertraut sind Sie heute mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t2)

Für die befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen (Beobachtungsstudie) lässt sich für den ersten Untersuchungszeitpunkt (t_0) kein nennenswerter Unterschied in ihrer Einschätzung feststellen, wie vertraut sie mit den Standardinhalten direkt nach der Basis-Schulung durch die Universität Bremen sind (Abbildung 11).

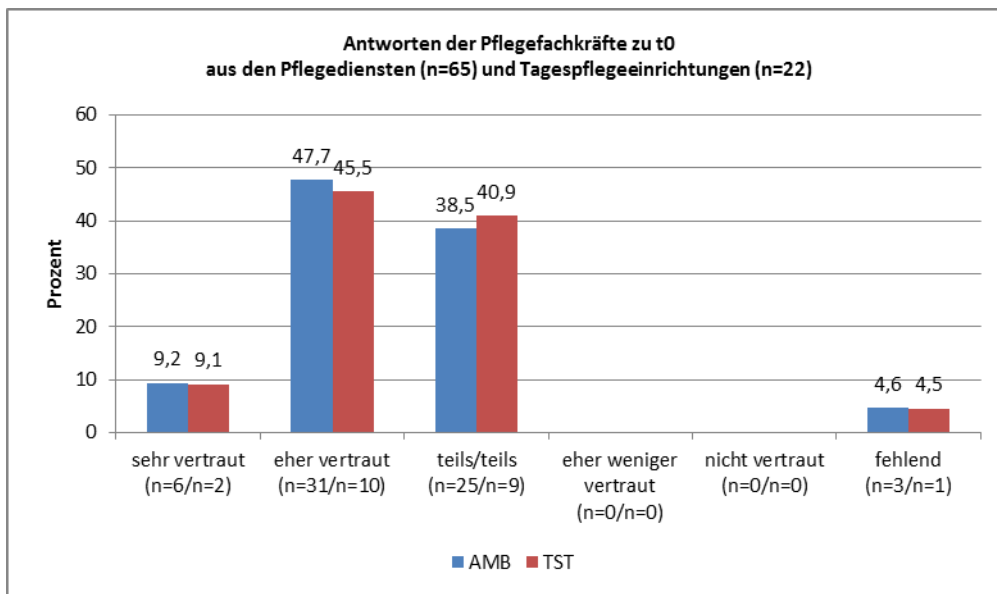


Abbildung 11: Wie vertraut sind Sie heute mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t0)

Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (t_2) schätzten sich die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten (mit 36,6 % bei den Antwortkategorien „sehr vertraut“ und „eher vertraut“) gegenüber den Pflegefachkräften aus den Tagespflegeeinrichtungen (mit 63,6 %) weniger vertraut mit den Standardinhalten ein. Auch im Vergleich zur Einschätzung sechs Monate früher sank ihr Vertraut-Sein. Wohingegen sich die Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen sechs Monate später vertrauter mit den Standardinhalten einschätzten als zum Beginn der Implementierung (63,6 % bei den Antwortkategorien „sehr vertraut“ und „eher vertraut“; Abbildung 12).

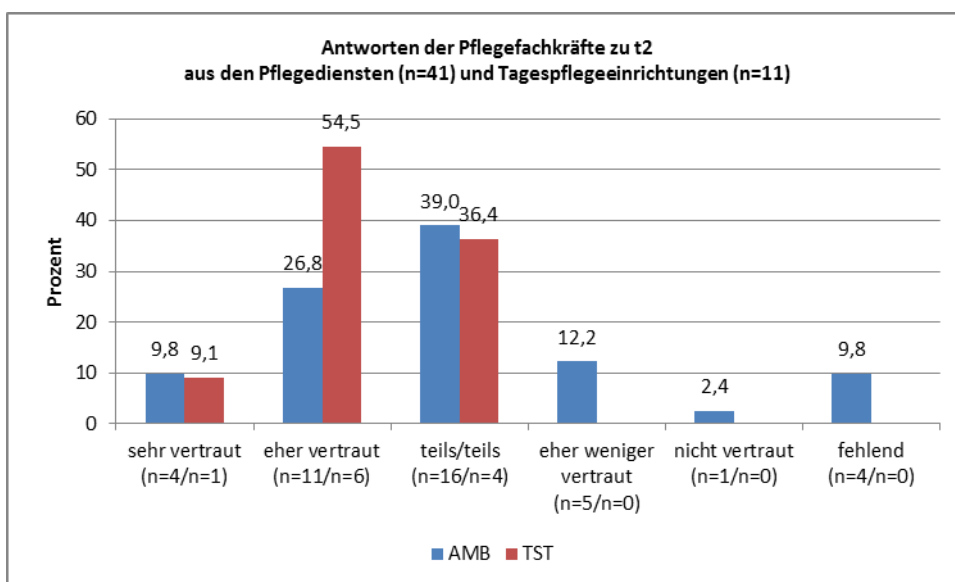


Abbildung 12: Wie vertraut sind Sie heute mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t2)

Für alle Studiengruppen und zu beiden Untersuchungszeitpunkten lässt sich der Grad der Vertrautheit als hoch bewerten.

Einschätzung der Praxistauglichkeit – Verständlichkeit

Der Fragenbereich zur Einschätzung der Verständlichkeit umfasst fünf Unterfragen, wovon die ersten drei Fragen zur Einschätzung der allgemeinen, sprachlichen und inhaltlichen Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs mittels Ankreuzen zu beantworten waren und die letzten beiden Fragen Freitext-Antworten zuließen.

Wie beurteilen Sie allgemein die Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Zum Zeitpunkt t_0 beurteilten zusammengenommen 73,6 % der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A die **allgemeine Verständlichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs als „sehr verständlich“ (13,6 %) und „eher verständlich“ (60,0 %). In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B kamen 67 % der Pflegefachkräfte zu diesem Urteil (Abbildung 13). Sechs Monate später blieben anteilmäßig beinahe genauso viele Personen (73,2 %) aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A bei dieser Einschätzung, während der Wert bei den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B auf 56,9 % („sehr verständlich“ mit 20 % und „eher verständlich“ mit 36,9 %) sank und die höchste Antwortbeteiligung mit 43,1 % der „teils/teils“-Antwortkategorie zukam (Abbildung 14).

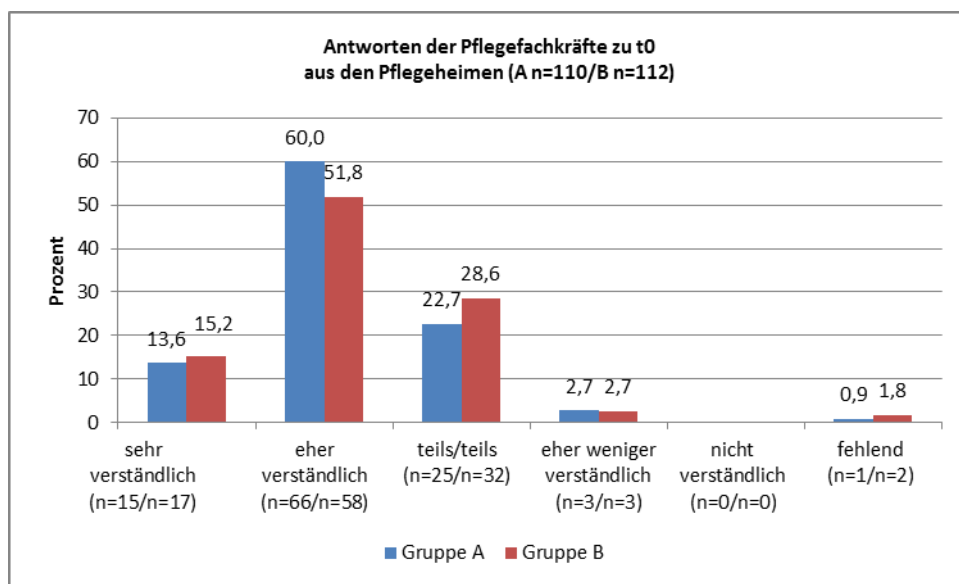


Abbildung 13: Wie beurteilen Sie allgemein die Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t_0)

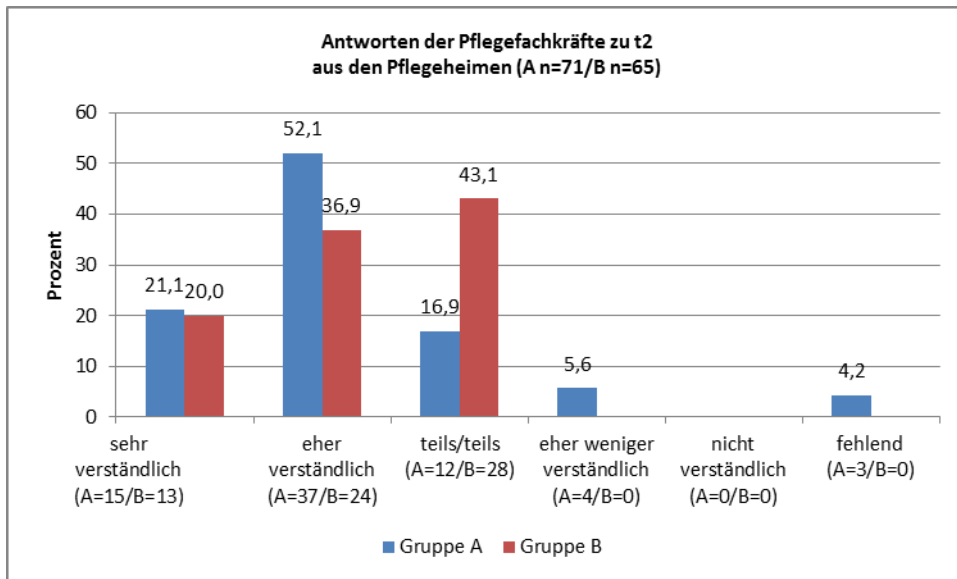


Abbildung 14: Wie beurteilen Sie allgemein die Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t2)

Zum Zeitpunkt t_0 beurteilten 10,8 % und 43,1 % der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten die **allgemeine Verständlichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs als „sehr verständlich“ und „eher verständlich“ (Abbildung 15). Sechs Monate später (t_2) erhielten dieselben Bewertungen noch 7,3 % und 31,7 % (Abbildung 16). Einerseits nahmen auch die Wertungen der befragten Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen zwischen den Untersuchungszeitpunkten ab: zusammengenommen waren es zu t_0 noch 63,5 %, während es zu t_2 noch 54,6 % der befragten Personen waren, die „sehr verständlich“ und „eher verständlich“ zur Antwort auswählten, dafür wanderten andererseits mehr Stimmen zur Einschätzung „sehr verständlich“ (Abbildung 15 und Abbildung 16).

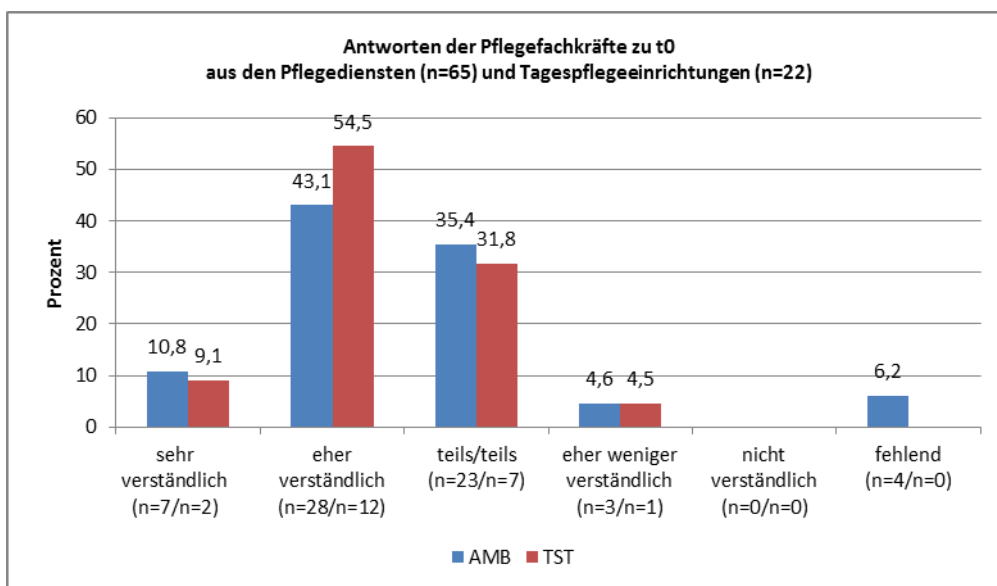


Abbildung 15: Wie beurteilen Sie allgemein die Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t0)

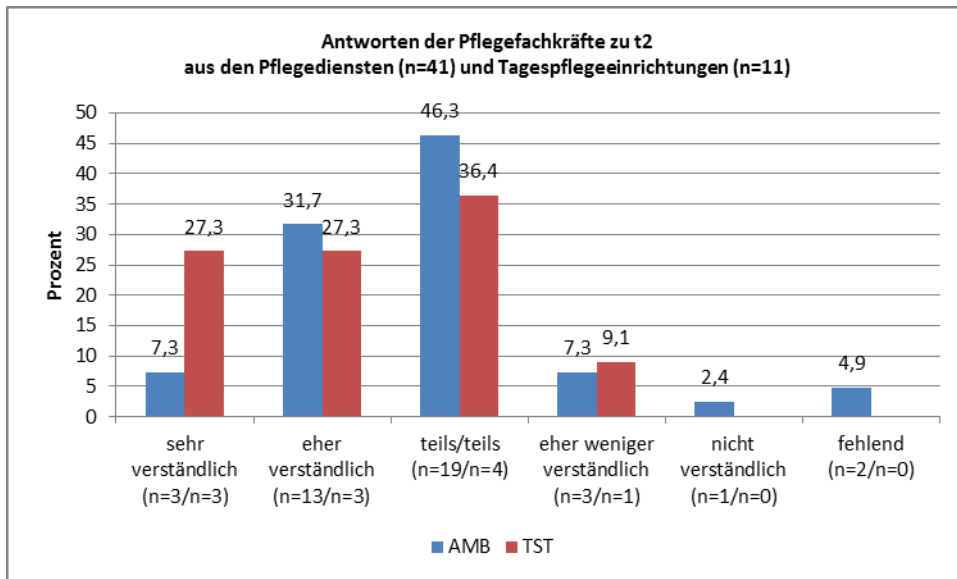


Abbildung 16: Wie beurteilen Sie allgemein die Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t2)

Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Zum Zeitpunkt t_0 beurteilten fast zwei Drittel der befragten Pflegefachkräfte (65,4 %) aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A die **sprachliche Verständlichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs als „sehr verständlich“ (13,6 %) und „eher verständlich“ (51,8 %). In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B kamen 64,3 % der Pflegefachkräfte zu diesem Urteil (Abbildung 17). Auch bei dieser Fragestellung blieben sechs Monate später anteilmäßig beinahe genauso viele Personen (64,8 %) aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A bei dieser Einschätzung, während der Wert bei den Pflegefachkräften aus den Einrichtungen der Interventionsgruppe B auf 58,5 % sank. Die „teils/teils“-Antworten driften zwischen den beiden Zeitpunkten und Gruppen der befragten Personen auseinander (Abbildung 18).

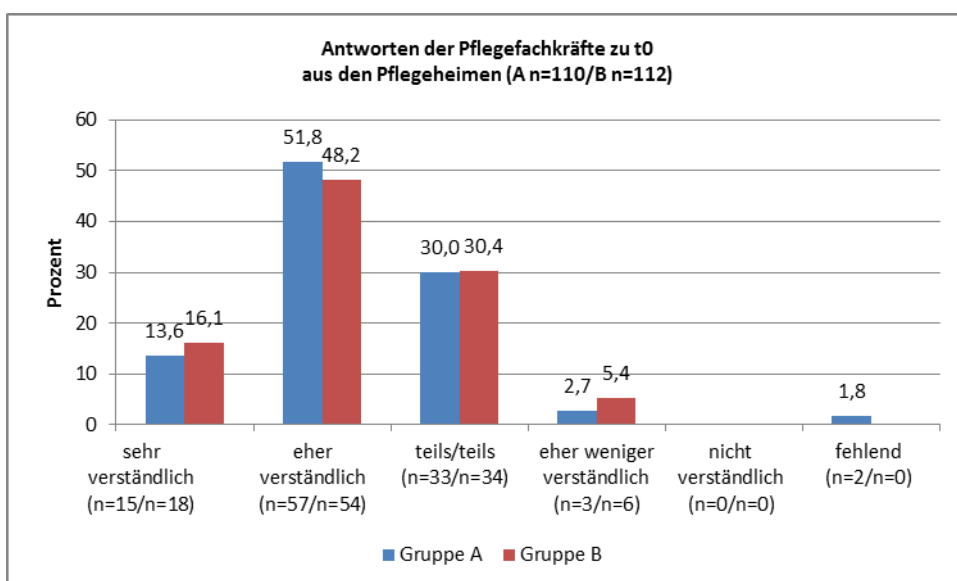


Abbildung 17: Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t0)

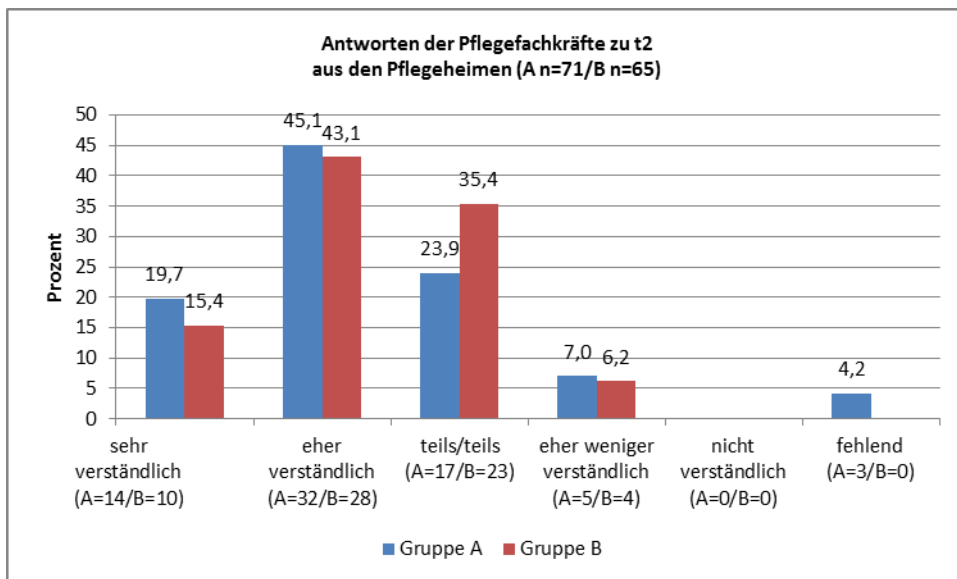


Abbildung 18: Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t2)

Die befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen beurteilten die **sprachliche Verständlichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs nach der sechsmonatigen Implementierung höher als zu Beginn dieser. Zu t_0 stimmten 40,0 % der Pflegedienst-Mitarbeiter für die Kategorien „sehr verständlich“ und „eher verständlich“, zu t_2 waren es 46,4 %. Bei den Mitarbeitern aus den teilstationären Einrichtungen waren es zu t_0 59,1 %, die für „eher verständlich“ stimmten, und zu t_2 teilten sich die Stimmen auf jeweils 27,3 % für „sehr verständlich“ und „eher verständlich“ auf (Abbildung 19 und Abbildung 20).

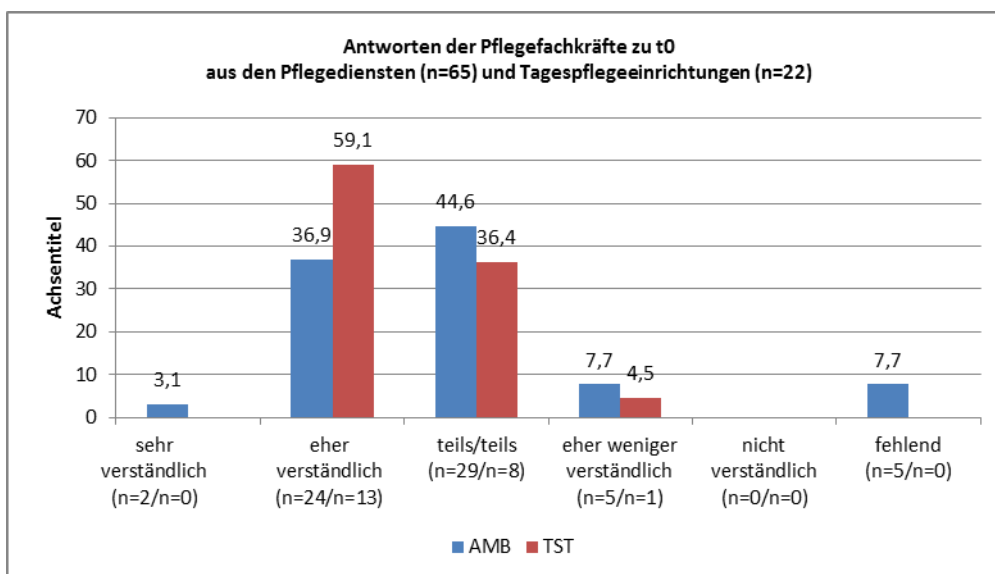


Abbildung 19: Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t0)

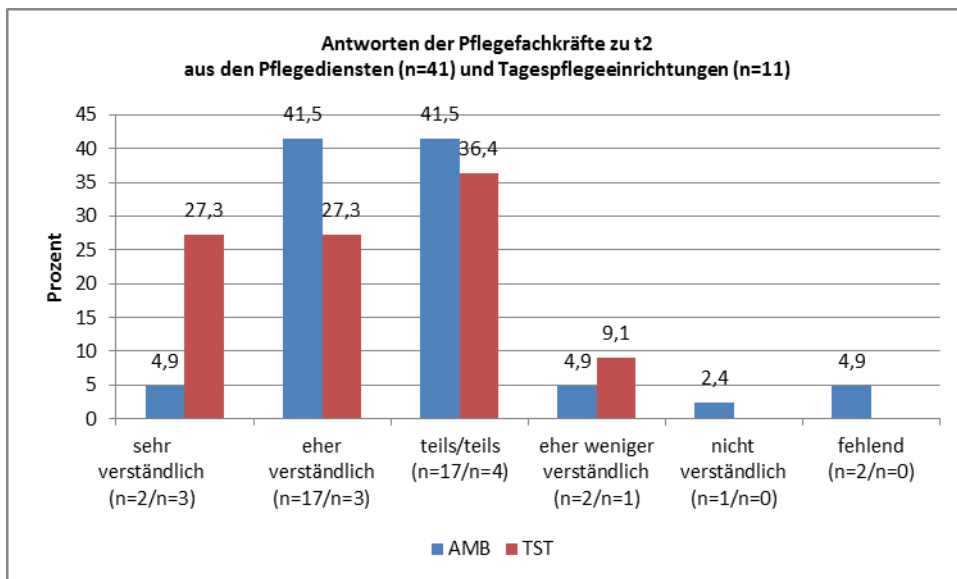


Abbildung 20: Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeteams und Tagespflege, t2)

Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Für die befragten Pflegeheimmitarbeiter aus den beiden Interventionsgruppen war die **inhaltliche Verständlichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs zu Beginn der Implementierung höher als nach den sechs Monaten und im Vergleich zwischen den Gruppen ist der Expertenstandard-Entwurf für die Mitarbeiter aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A inhaltlich verständlicher als für die Mitarbeiter aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B. Zusammengefasst stimmten die Personen aus der Interventionsgruppe A zu t_0 mit 75,4 % und aus der Interventionsgruppe B mit 69,7 % für „sehr verständlich“ und „eher verständlich“. Zu t_2 liegen die Werte für dieselben Ausprägungen bei 69,0 % für die Personen aus der Interventionsgruppe A und bei 64,6 % für die Personen aus der Interventionsgruppe B (Abbildung 21 und Abbildung 22).

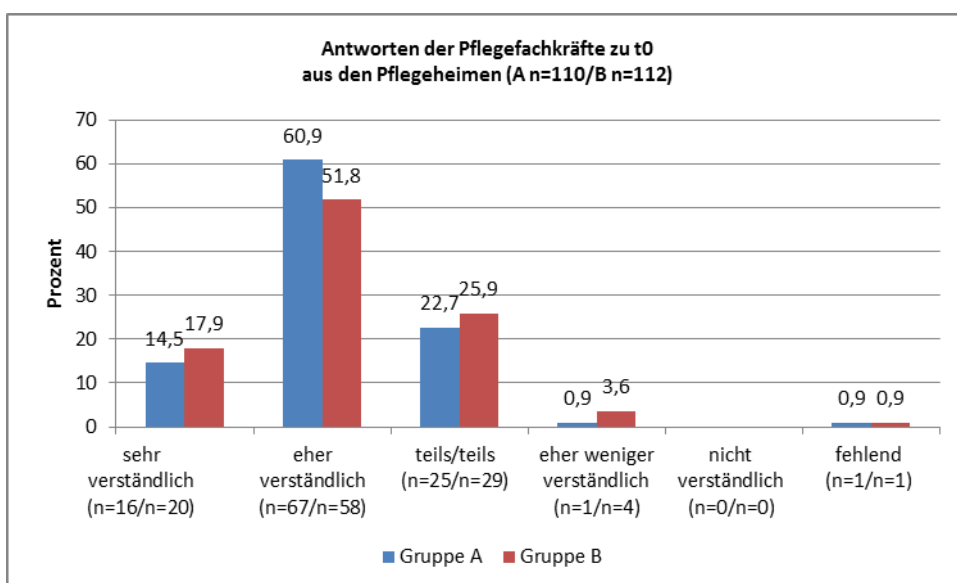


Abbildung 21: Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t0)

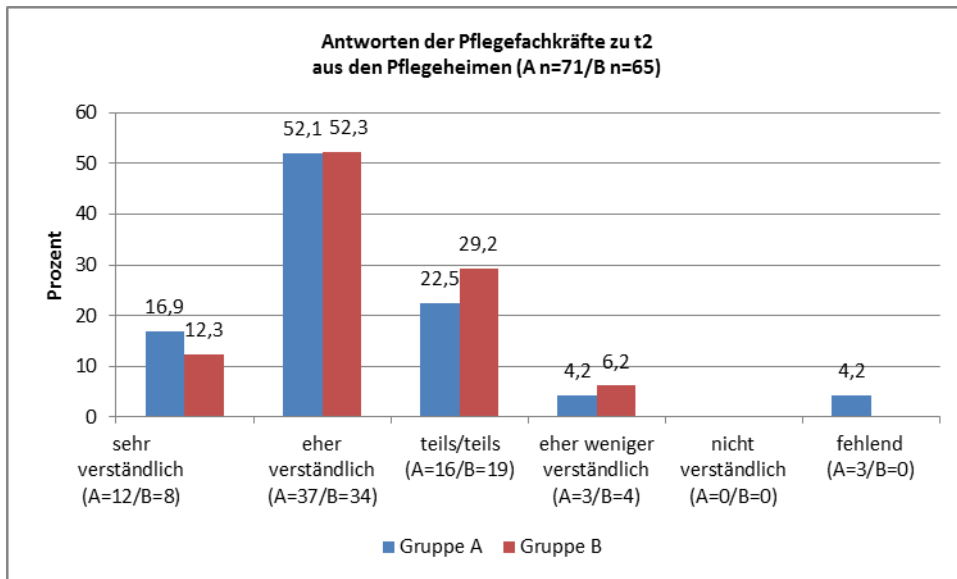


Abbildung 22: Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t2)

Die befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten beurteilten die **inhaltliche Verständlichkeit** des Expertenstandard-Entwurfs vor der sechsmonatigen Implementierung etwas höher als nach Abschluss dieser. Zu t_0 stimmten 61,5 % der Pflegedienstmitarbeiter für die Kategorien „sehr verständlich“ und „eher verständlich“, zu t_2 waren es 58,5 %. Bei den Mitarbeitern aus den teilstationären Einrichtungen waren es zu t_0 54,5 %, die für „eher verständlich“ stimmten, und zu t_2 teilten sich die Stimmen auf 27,3 % für „sehr verständlich“ und 18,2 % für „eher verständlich“ auf, womit die inhaltliche Verständlichkeit von dieser Stichprobe nach der Implementierung höher eingeschätzt wurde (Abbildung 23 und Abbildung 24).

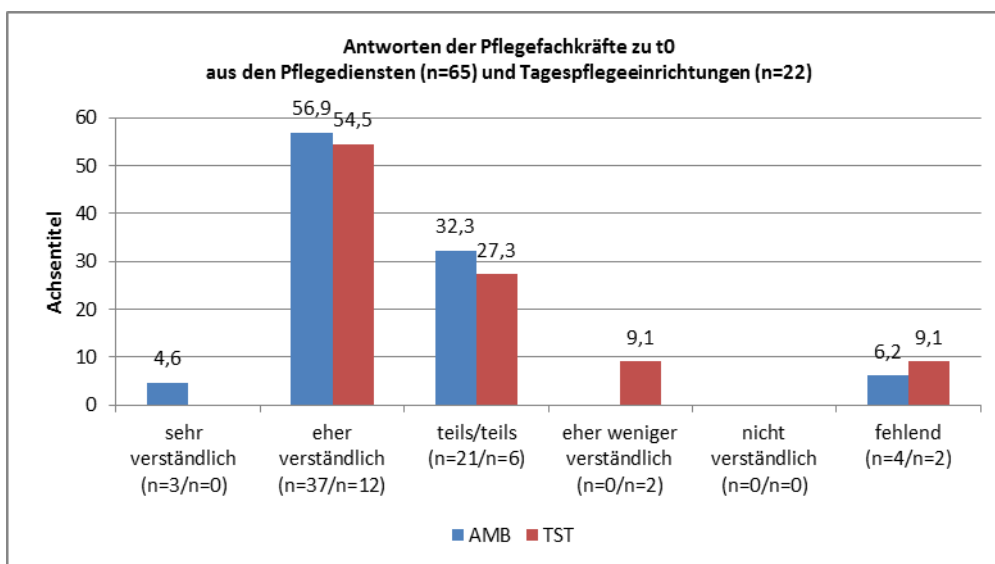


Abbildung 23: Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t0)

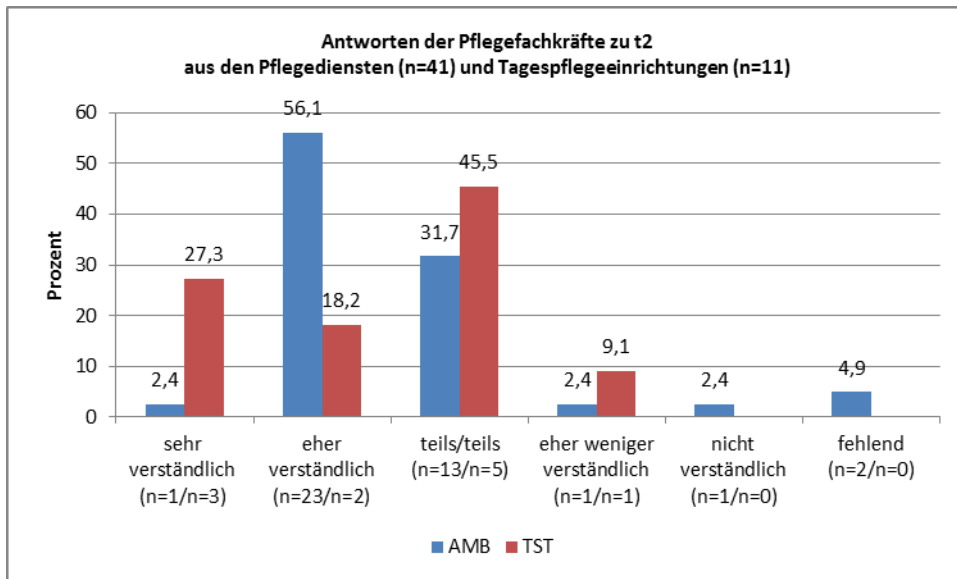


Abbildung 24: Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t2)

Zusammenfassung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit – Verständlichkeit (I)

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Wie beurteilen Sie allgemein die Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Der Großteil der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B bewertete den Expertenstandard-Entwurf zum ersten Untersuchungszeitpunkt als allgemein sehr verständlich. Dies veränderte sich für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht. Für die Befragten aus der Interventionsgruppe B war der Expertenstandard-Entwurf am Ende der Implementierung (sechs Monate nach dem ersten Untersuchungszeitpunkt) weniger verständlich.

Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Für den Großteil der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A ist die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs zu beiden Untersuchungszeitpunkten gut bis sehr gut. Für viele der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B nimmt die ebenfalls anfängliche gute bis sehr gute sprachliche Verständlichkeit zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ab.

Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Für die befragten Pflegeheimmitarbeiter aus den beiden Interventionsgruppen war die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs zu Beginn der Implementierung höher als nach den sechs Monaten. Im Vergleich zwischen den Gruppen ist der Expertenstandard-Entwurf für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A inhaltlich verständlicher als für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Wie beurteilen Sie die allgemeine Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Die Mitarbeiter aus den Pflegediensten beurteilten den Expertenstandard-Entwurf zum ersten Untersuchungszeitpunkt als allgemein verständlicher als zum zweiten Untersuchungszeitpunkt. Für die Mitarbeiter aus den

Tagespflegeeinrichtungen nahm die allgemeine Verständlichkeit zum zweiten Untersuchungszeitpunkt tendenziell zu.

Wie beurteilen Sie die sprachliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Für die befragten Pflegefachkräfte war der Expertenstandard-Entwurf nach der sechsmonatigen Implementierung sprachlich verständlicher als zu Beginn dieser.

Wie beurteilen Sie die inhaltliche Verständlichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Für die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten war der Expertenstandard-Entwurf zu Beginn inhaltlich etwas verständlicher als nach Abschluss der sechsmonatigen Implementierung. Für die Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen war die inhaltliche Verständlichkeit nach Abschluss der Implementierung höher.

Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als leicht verständlich?

Auf die Frage, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als leicht verständlich, antworteten aus den Pflegeheimen (der Interventionsgruppen A und B) zu t₀ 135 und zu t₂ 73 Pflegefachkräfte mittels Freitext. Dieser wurde zu t₀ 220 und zu t₂ 105 Codings zugewiesen (Tabelle 5 und Abbildung 25). Der untenstehenden Tabelle sind ebenfalls die Häufigkeiten der „weiß nicht“-Antworten und fehlenden Antworten zu entnehmen.

Tabelle 5: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf empfinden Sie als leicht verständlich?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t₀ und t₂)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten		davon zugewiesene Codings	weiß nicht-Antworten		fehlende Antwort		Antworten gesamt je Setting		Antworten gesamt
Cluster-RCT										
Pflegeheimen zu t ₀	135	57,7 %	220	49	20,9 %	50	21,4 %	234	100 %	234
Pflegeheimen zu t ₂	73	53,7 %	105	42	30,9 %	21	15,4 %	136	100 %	136
Beobachtungsstudie										
Pflegediensten zu t ₀	33	50,8%	72	15	23,1%	17	16,2%	65	100,0 %	87
Tagespflegen zu t ₀	13	59,1 %		8	36,4%	1	4,5 %	22	100,0 %	
Pflegediensten zu t ₂	12	29,3 %	31	21	51,2 %	8	19,5 %	41	100,0 %	52
Tagespflegen zu t ₂	10	90,9 %		0	0,0%	1	9,1 %	11	100,0 %	

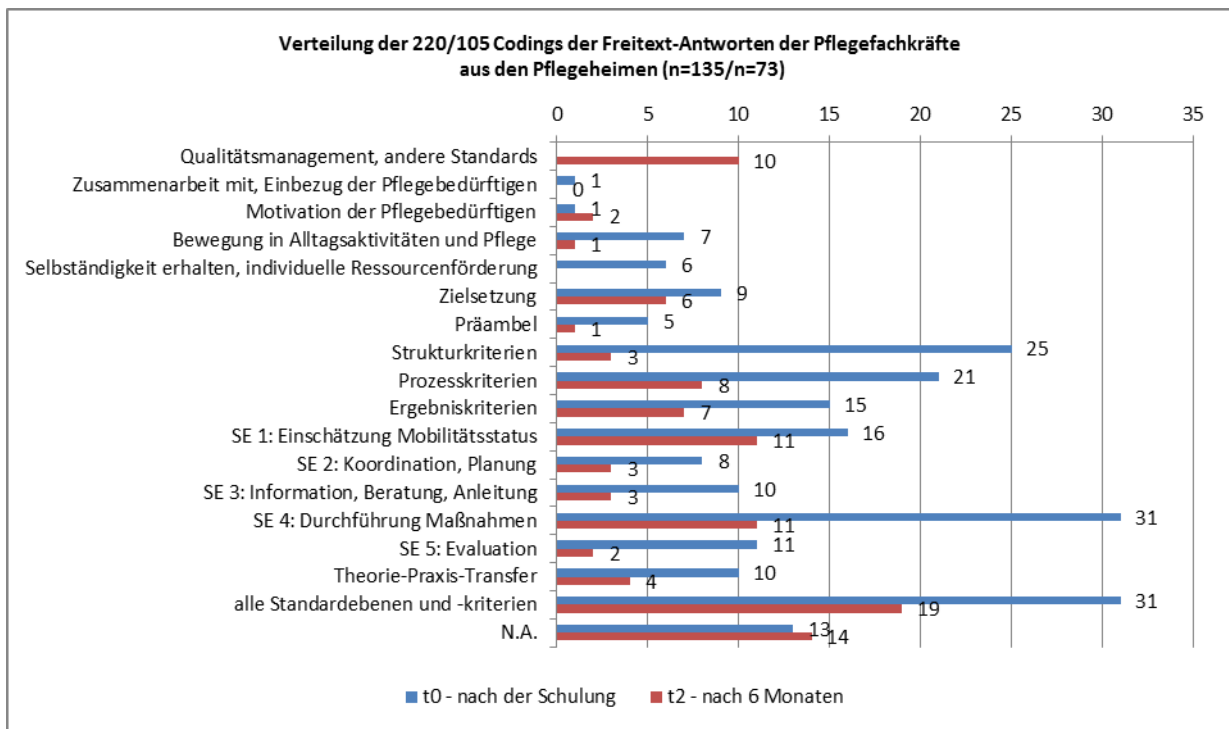


Abbildung 25: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf empfinden Sie als leicht verständlich? (Pflegeheime, t0 und t2)

Viele der befragten Pflegeheimmitarbeiter gaben im Freitextfeld an, dass sie zum Zeitpunkt direkt nach der Schulung (n=31) und auch noch sechs Monate danach (n=19) alle Standardkriterien – ungeachtet ihrer Qualitätsdimensions- und Ebenenzuordnung – leicht verstehen. Bei der Differenzierung nach den drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) wurden zu t₀ die Strukturkriterien am verständlichsten angegeben (n=25), gefolgt von den Prozesskriterien (n=21) und an dritter Stelle die Ergebniskriterien (n=15). Zu t₂ waren die Prozesskriterien (n=8) für die befragten Personen verständlicher als die Struktur- oder Ergebniskriterien. Differenziert nach den Standardebenen ergab sich zu t₀ folgende Rangfolge der Verständlichkeit: Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) (n=31), Standardebene 1 (*Einschätzung des Mobilitätsstatus*) (n=16), Standardebene 5 (*Evaluation*) (n=11), Standardebene 3 (*Information, Beratung und Anleitung*) (n=10) und zuletzt Standardebene 2 (*Koordination und Planung*) (n=8). Zu t₂ sind es noch die Standardebenen 1 (*Einschätzung des Mobilitätsstatus*) und 4 (*Durchführung der Maßnahmen*), die erwähnenswerte Nennungen (mit je n=11) erhielten. Auch die Inhalte der Zielsetzung (n=9) und Präambel (n=5) des Expertenstandard-Entwurfs wurden von einigen Befragten zu t₀ als leicht verständlich bewertet. Ebenfalls zu t₀ erhielten die beiden Kategorien „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ (n=7) und „Selbständigkeit erhalten und individuelle Förderung der Ressourcen“ (n=6) Nennungen durch die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte. Beide Kategorien beziehen sich auf wesentliche Standardinhalte und weisen einen sehr hohen Anwenderbezug auf. Zehn der befragten Personen gaben an, dass sie zum Implementierungsbeginn keine Schwierigkeiten darin sehen, die in der Basis-Schulung kennengelernten Inhalte in die Praxis umzusetzen (n=10 bei „Theorie-Praxis-Transfer“). Zu t₂, also nach der Implementierung, ist dies laut den Selbstauskünften noch für vier der befragten Personen der Fall (n=4 bei „Theorie-Praxis-Transfer“). Die für t₂ identifizierten, zehn Nennungen in der Kategorie „Qualitätsmanagement und andere Standards“ beschreiben die durch den implementierten Expertenstandard-Entwurf in den Einrichtungen verankerten Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche

der Pflegefachkräfte, was der internen Qualitätsentwicklung und -sicherung Vorschub leistet und von den Pflegefachkräften an dieser Stelle positiv bewertet wurde.

Auf die Frage, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als leicht verständlich, antworteten aus den Pflegediensten zu t_0 33 und zu t_2 12 Pflegefachkräfte mittels Freitext. Aus den Tagespflegeeinrichtungen waren es zu t_0 13 und zu t_2 10 antwortende Pflegefachkräfte. Die freiformulierten Antworten konnten für t_0 zu 72 und für t_2 zu 31 Codings zugeordnet werden (Tabelle 5 und Abbildung 26).

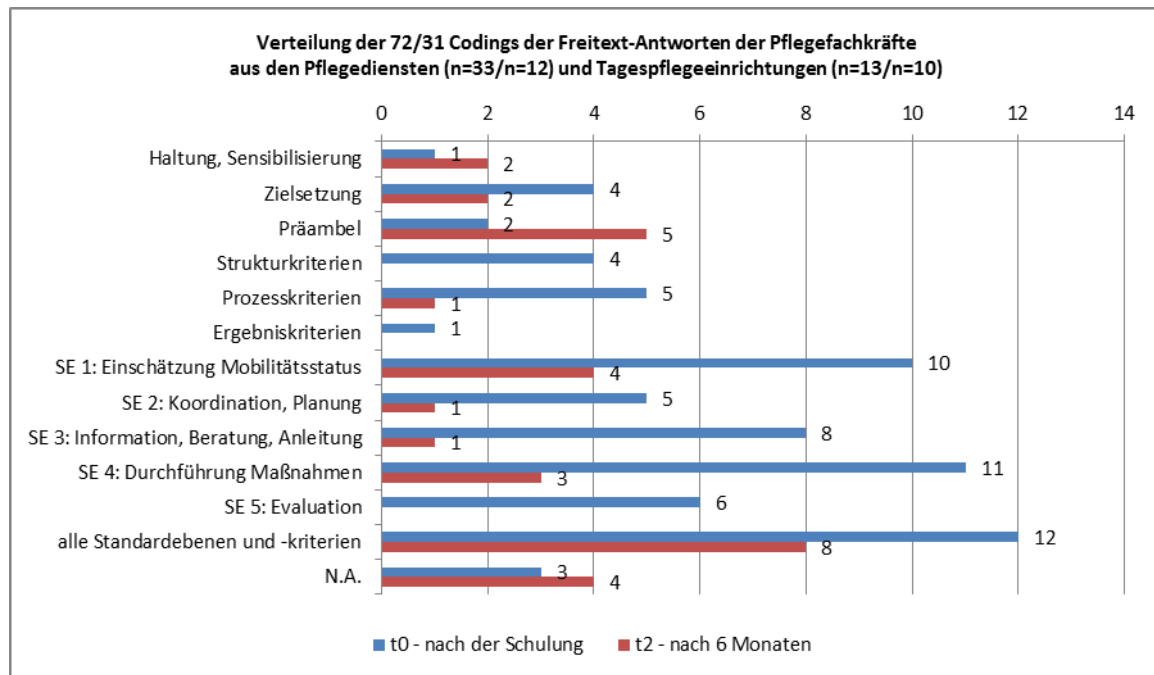


Abbildung 26: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf empfinden Sie als leicht verständlich? (Pflegerdienste und Tagespflege, t_0 und t_2)

Aus den zusammengenommenen Gruppen der Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und der Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen bewertete direkt ein Großteil der Befragten ($n=12$ zu t_0 und $n=8$ zu t_2) alle Standardkriterien als leicht verständlich. Bei der Differenzierung nach den drei Qualitätsdimensionen ergibt sich für t_0 ein ähnliches Bild wie bei der Befragung der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen: die Struktur- ($n=4$) und Prozesskriterien ($n=5$) sind verständlicher als die Ergebniskriterien ($n=1$). Zu t_2 erhielten diese Kategorien keine nennenswerten Nennungen mehr. Ebenfalls ist für die Befragten aus diesen Settings zu t_0 die Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) ($n=11$) die verständlichste, woraufhin die anderen Standardebenen begannen mit Standardebene 1 (*Einschätzung des Mobilitätsstatus*) ($n=10$), Standardebene 3 (*Information, Beratung und Anleitung*) ($n=8$), Standardebene 5 (*Evaluation*) ($n=6$) und Standardebene 2 (*Koordination und Planung*) ($n=5$) folgen. Zu t_2 sind mit $n=4$ die Standardebenen 1 (*Einschätzung des Mobilitätsstatus*) und mit $n=3$ die Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) die verständlichsten. Auch wurden die Inhalte der Zielsetzung ($n=4$ zu t_0 und $n=2$ zu t_2) und Präambel ($n=2$ zu t_0 und $n=5$ zu t_2) des Expertenstandard-Entwurfs von den Befragten aus diesen Settings als leicht verständlich bewertet. Die Antworten in der Kategorie „Haltung und Sensibilisierung“ ($n=1$ zu t_0 und $n=2$ zu t_2) stehen für die „Denkweise, die dahinter [hinter den Standardinhalten, Anm. der Autoren] steckt“ (Zitat einer Pflegefachkraft) und womit der Expertenstandard-Entwurf pflegerische Unterstützung mit gesundheits-

förderndem Charakter versteht, wenn Mobilitätserhaltung und -verbesserung Ziele einer professionellen Pflege sind.

Kernaussagen zur Einschätzung der Praxistauglichkeit auf Basis der Freitext-Antworten der Pflegefachkräfte – Verständlichkeit (II)

Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als leicht verständlich?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs (alle Standardkriterien, Zielsetzung und Präambel) waren den Mitarbeitern aus den Pflegeheimen direkt nach der Basis-Schulung verständlicher als am Ende der modellhaften Implementierung.
- Differenziert nach den Standardebenen waren die Inhalte der Standardebene 4 (Durchführung der Maßnahmen) und Standardebene 1 (Einschätzung des Mobilitätsstatus) zu beiden Untersuchungszeitpunkten am verständlichsten.
- Differenziert nach den Qualitätsdimensionen waren die Strukturkriterien zum ersten Untersuchungszeitpunkt vor den Prozess- und Ergebniskriterien am leichtesten zu verstehen. Nach der erlebten Implementierung waren die Prozesskriterien am verständlichsten.
- Die Pflegeheimmitarbeiter sahen insbesondere in den durchführungsbezogenen Standardinhalten Anknüpfungspunkte zur Umsetzung der empfohlenen Standardinhalte in ihre Praxis.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs (alle Standardkriterien und Zielsetzung) waren den Mitarbeitern aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen direkt nach der Basis-Schulung verständlicher als am Ende der modellhaften Implementierung. Die Inhalte der Präambel schienen den befragten Personen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt verständlicher (i.S.v. präsenter) als zum ersten Untersuchungszeitpunkt.
- Differenziert nach den Standardebenen wurden die Inhalte der Standardebene 4 (Durchführung der Maßnahmen) und der Standardebene 1 (Einschätzung des Mobilitätsstatus) verständlicher als die übrigen Ebenen bewertet, und zwar zum Zeitpunkt nach der Basis-Schulung die vierte vor der ersten Standardebene und sechs Monate später umgekehrt.
- Direkt nach der Basis-Schulung waren den befragten Mitarbeitern die Prozesskriterien tendenziell verständlicher als die Struktur- und Ergebniskriterien.
- Die befragten Mitarbeiter fanden sich unter anderen in der Standardaussage wieder, dass professionelle Pflege einen gesundheitsfördernden und präventiven Charakter bekommt, wenn sie an Mobilitätserhaltung und -verbesserung der Patienten bzw. Klienten ausgerichtet ist.

Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als schwer verständlich?

Auf die Frage, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als schwer verständlich, antworteten aus den Pflegeheimen zu t_0 89 und zu t_2 66 Pflegefachkräfte mittels Freitext, aus diesem ergaben sich für t_0 109 und für t_2 76 Codings (Tabelle 6 und Abbildung 27). Der untenstehenden Tabelle sind ebenfalls die Häufigkeiten der „weiß nicht“-Antworten und fehlenden Antworten zu entnehmen.

Tabelle 6: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf empfinden Sie als schwer verständlich?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, t0 und t2)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten		davon zugewiesene Codings	weiß nicht-Antworten		fehlende Antwort		Antworten gesamt je Setting		Antworten gesamt
Cluster-RCT										
Pflegeheimen zu t0	89	38,0 %	109	77	32,9 %	68	29,1 %	234	100 %	234
Pflegeheimen zu t2	66	48,5 %	76	47	34,6 %	23	16,9 %	136	100 %	136
Beobachtungsstudie										
Pflegediensten zu t0	26	40 %	39	7	10,8%	32	49,2%	65	100,0 %	87
Tagespflegen zu t0	9	40,9 %		9	40,9 %	4	18,2 %	22	100,0 %	
Pflegediensten zu t2	13	31,7 %	29	21	51,2 %	7	17,1 %	41	100,0 %	52
Tagespflegen zu t2	8	72,7 %		2	18,2 %	1	9,1 %	11	100,0 %	

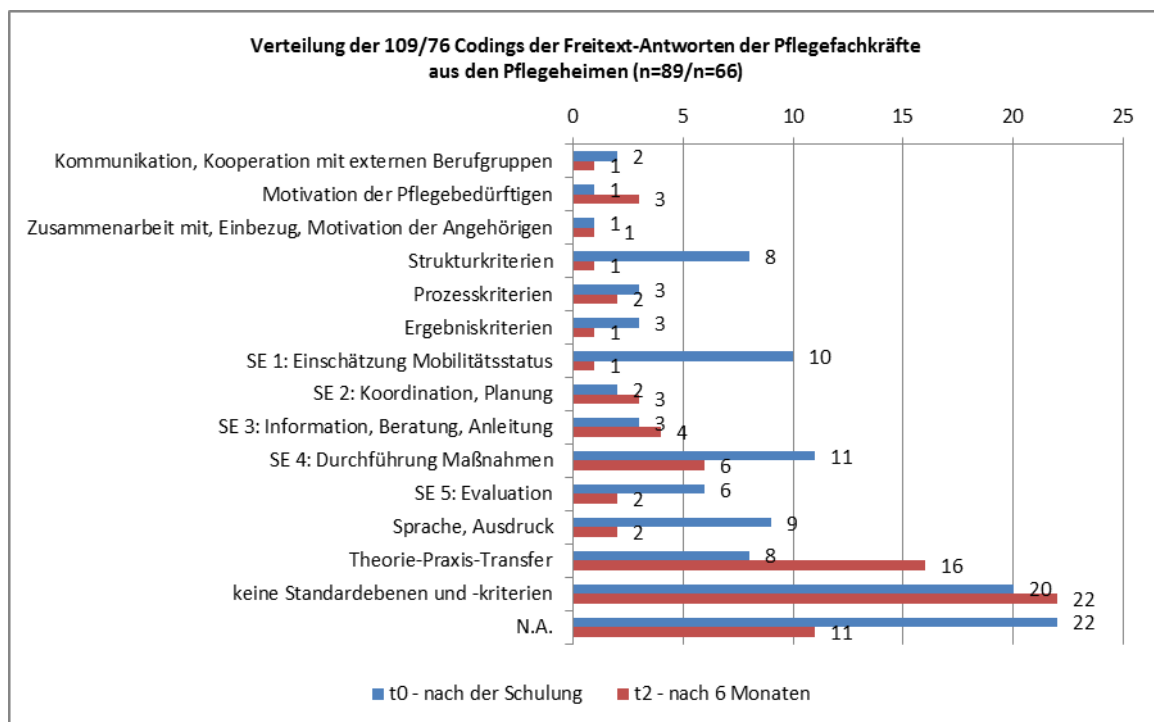


Abbildung 27: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf empfinden Sie als schwer verständlich? (Pflegeheime, t0 und t2)

Für 20 der 89 (t₀) und 22 der 66 Pflegefachkräfte (t₂) aus den Pflegeheimen, die die Frage, *welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als schwer verständlich*, mittels Freitext beantworteten, waren keine Standardebene und kein Standardkriterium schwer zu verstehen. Nur wenige Personen bewerteten die Struktur- (n=8 zu t₀ und n=1 zu t₂), die Prozess- (n=3 zu t₀ und n=2 zu t₂) oder die Ergebniskriterien (n=3 zu t₀ und n=1 zu t₂) an sich als schwer verständlich. Werden die fünf Standardebenen auf diese Frage hin geordnet, ist zu t₀ sowie zu t₂ die Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) mit n=11 und n=6 laut Eigenaussagen der befragten Pflegefachkräfte die schwer verständlichste. Ein paar Teilnehmende (n=9 zu t₀ und n=2 zu t₂ bei „Sprache und Ausdruck“) nutzten dieses Freitextfeld auch dazu, um anzumerken, dass der Expertenstandard-Entwurf in seiner Gänze aufgrund seiner Sprache bzw. seines Ausdrucks – beispielsweise durch die Verwendung von Fachtermini – nicht leicht zu verstehen sei. Auch fehlten den Befragten konkrete praktische Beispiele zur Umsetzung und es wurde angegeben, dass hinter den allgemein gehaltenen Empfehlungen und dem „vielen Theoretischen“ (Zitat einer Pflegefachkraft) die

Bewohnerindividualität wenig Berücksichtigung findet (n=8 zu t₀ und n=16 zu t₂ bei „Theorie-Praxis-Transfer“).

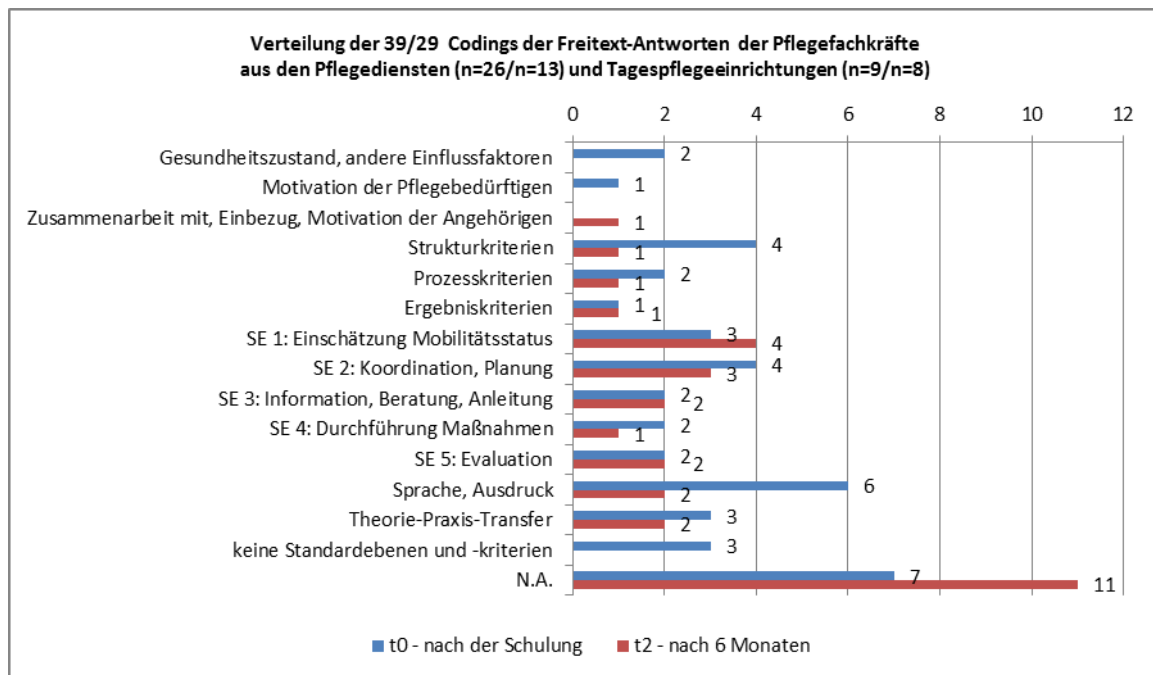


Abbildung 28: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf empfinden Sie als schwer verständlich? (Pflegedienste und Tagespflege, t₀ und t₂)

Die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte aus der Beobachtungsstudie unterscheiden sich bis auf zwei Aspekte nicht von den auswertbaren Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen. Werden die fünf Standardebenen auf die Frage hin, welche Punkte die befragten Pflegefachkräfte im Expertenstandard-Entwurf als schwer verständlich empfinden, geordnet, ist für die befragten Personen aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen die Standardebene 2 (*Koordination und Planung*) mit n=4 zu t₀ und die Standardebene 1 (*Einschätzung des Mobilitätsstatus*) mit n=4 zu t₂ die schwer verständlichste. Sehr wenige Befragte bewerteten die klientenbezogenen Kategorien „Gesundheitszustand und andere Einflussfaktoren“ (n=2) und „Motivation der Pflegebedürftigen“ (n=1) als schwer zu verstehen und wiesen erläuternd an dieser Stelle daraufhin, dass sie zum Umgang mit den Herausforderungen aufgrund von Erkrankungen wie Demenz oder eines geminderten Antriebs zum ersten Zeitpunkt t₀ handlungsorientierte Lösungsansätze vermissen. Die Nennungen in den Kategorien „Sprache und Ausdruck“ und „Theorie-Praxis-Transfer“ nahmen zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt ab. Zum Beginn des Implementierungsprozesses gaben die befragten Pflegefachkräfte – auch aufgrund der verwendeten Termini (n=6 zu t₀ und n=2 zu t₂ bei „Sprache und Ausdruck“) – an, dass die übergeordnet geltenden Empfehlungen des Standard-Entwurfs für die Umsetzung in die Pflegepraxis zu unkonkret sind und dies vor allem in der ambulanten Versorgung dadurch erschwert wird, dass auf keinen speziell für die Durchführung mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen, abrechenbaren Leistungskomplex zurückgegriffen werden kann (n=3 zu t₀ und n=2 zu t₂ bei „Theorie-Praxis-Transfer“).

Kernaussagen zur Einschätzung der Praxistauglichkeit auf Basis der Freitext-Antworten der Pflegefachkräfte – Verständlichkeit (III)

Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfinden Sie als schwer verständlich?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Den Aussagen der befragten Personen nach nahm die Verständlichkeit zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten zu (denn ca. 22 % [20/89] benannten zum ersten Untersuchungszeitpunkt „keine [schwer verständlichen] Standardebenen und -kriterien“ und zum zweiten Untersuchungszeitpunkt traf dies für 33 % [22/66] der befragten Personen zu). Diese Einschätzung steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der drei Ankreuzfragen zur Beurteilung der allgemeinen, sprachlichen und inhaltlichen Verständlichkeit. Danach nahmen für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B alle drei Kriterien der Verständlichkeit ab, für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A blieben die allgemeine und sprachliche Verständlichkeit zwischen den Untersuchungszeitpunkten gleich und sie beurteilten nur die inhaltliche Verständlichkeit zum Ende hin geringer.
- Andererseits wurden die Inhalte der Standardebene 4 (Durchführung der Maßnahmen; zum ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt) und der Standardebene 1 (Einschätzung des Mobilitätsstatus; zum zweiten Untersuchungszeitpunkt) als die am schwersten verständlichen Inhalte bewertet. Dies steht wiederum im Widerspruch zum Befund der vorherigen Fragestellung, wonach die Inhalte der vierten und ersten Standardebene zu beiden Untersuchungszeitpunkten als am verständlichsten bewertet wurden.
- Nach den sechs Monaten schrieben mehr Pflegeheimmitarbeiter dem Expertenstandard-Entwurf eine hohe Theorielastigkeit (zu Ungunsten bewohnerindividueller, praktischer Anwendungshinweise) zu als vor der modellhaften Implementierung.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Differenziert nach den Standardebenen lagen die größten Verständnisschwierigkeiten der Mitarbeiter aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen zum ersten Untersuchungszeitpunkt in den Inhalten der Standardebene 2 (Koordination und Planung) und zum zweiten Untersuchungszeitpunkt in der Standardebene 1 (Einschätzung des Mobilitätsstatus).
- Die Sprache des Expertenstandard-Entwurfs erschwerte die Verständlichkeit der Standardinhalte.
- Die befragten Personen gaben – wenn auch nicht explizit zur Frage passend – erste Hinweise auf Umsetzungsschwierigkeiten an, z.B. bei Anwendung ohne ausreichend verfügbaren zeitlichen und materiellen Rahmen und bei an Demenz erkrankten Menschen.

Einschätzung der Praxistauglichkeit – Umsetzung (Übertragbarkeit)

Der Fragenbereich zur Einschätzung der Umsetzung (Übertragbarkeit) umfasst drei Unterfragen, wovon die letzten beiden Fragen Freitext-Antworten zuließen.

Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Zum Beginn der Implementierung beurteilten die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zusammengenommen mit 52,8 % die **Umsetzung (Übertragbarkeit)** des Expertenstandard-Entwurfs als „sehr gut“ und „eher gut“. Nach Abschluss der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs lag diese Einschätzung anteilmäßig unverändert auf fast demselben Niveau (52,2 %, Abbildung 29). Die Pflegefachkräfte aus der Interventionsgruppe B scheinen die Umsetzung verhaltener zu beurteilen: zu t_0 schätzten sie diese zusammengenommen mit 42,0 % als „sehr gut“ und „eher gut“

ein, was zu t_2 auf 35,4 % fiel. Auch die „teils/teils“-Antworten deuten auf eine vorsichtigere Beurteilung der Pflegefachkräfte aus der Interventionsgruppe B gegenüber Interventionsgruppe A und zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten hin. Insgesamt sind es aus beiden Gruppen nur wenige Befragte, die die Übertragbarkeit als „eher gering“ und „sehr gering“ einschätzen (Abbildung 30).

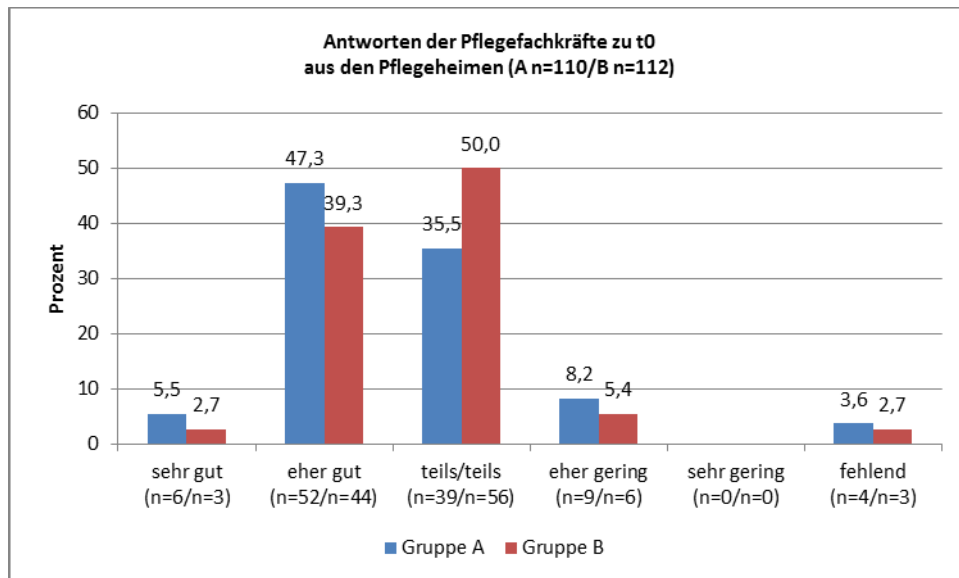


Abbildung 29: Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t0)

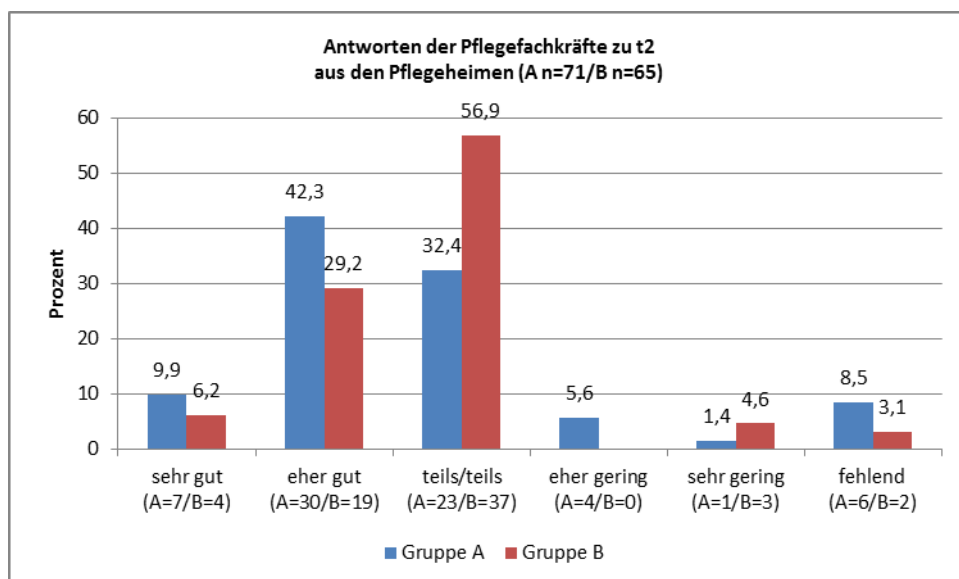


Abbildung 30: Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t2)

Zum ersten Untersuchungszeitpunkt t_0 unterscheidet sich die Beurteilung der Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs zwischen den befragten Pflegefachkräften aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen nicht wesentlich. Mit 4,6 % der Pflegedienstmitarbeiter, die für „sehr gut“ stimmten, und 13,6 % und 4,5 % der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, die für „eher gering“ und „sehr gering“ stimmten, fällt die Beurteilung für die Pflegedienste tendenziell etwas positiver aus (Abbildung 31).

Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt t_2 ergibt sich – unter Berücksichtigung der sehr kleinen Fallzahl im teilstationären Bereich – aus Sicht der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen ein etwas anderes Bild. Diese beurteilten die Umsetzung nach der Implementierung positiver (45,5 % für „sehr gut“ und „eher gut“) als die Kolleginnen aus den ambulanten Diensten (31,7 % für „sehr gut“ und „eher gut“) und als zum ersten Untersuchungszeitpunkt (Abbildung 32).

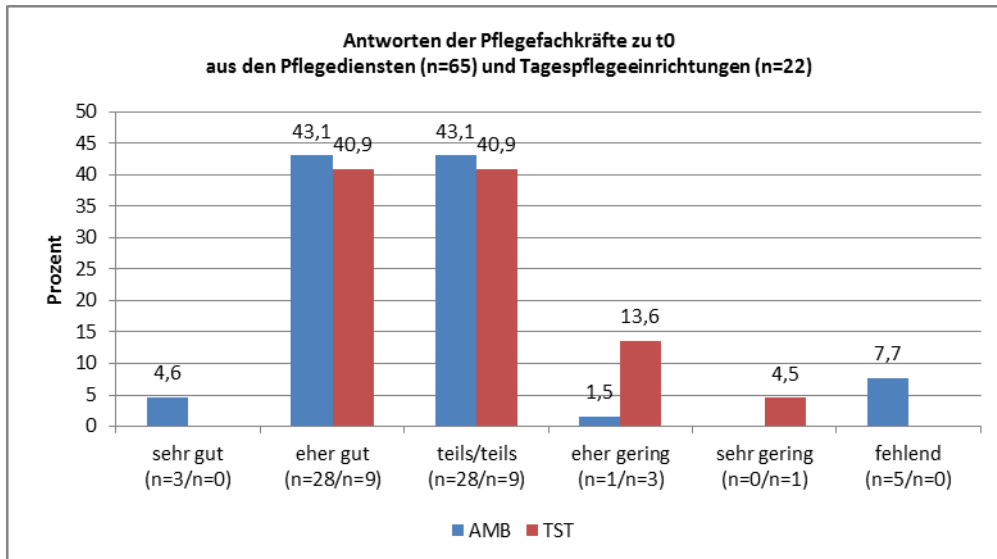


Abbildung 31: Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t_0)

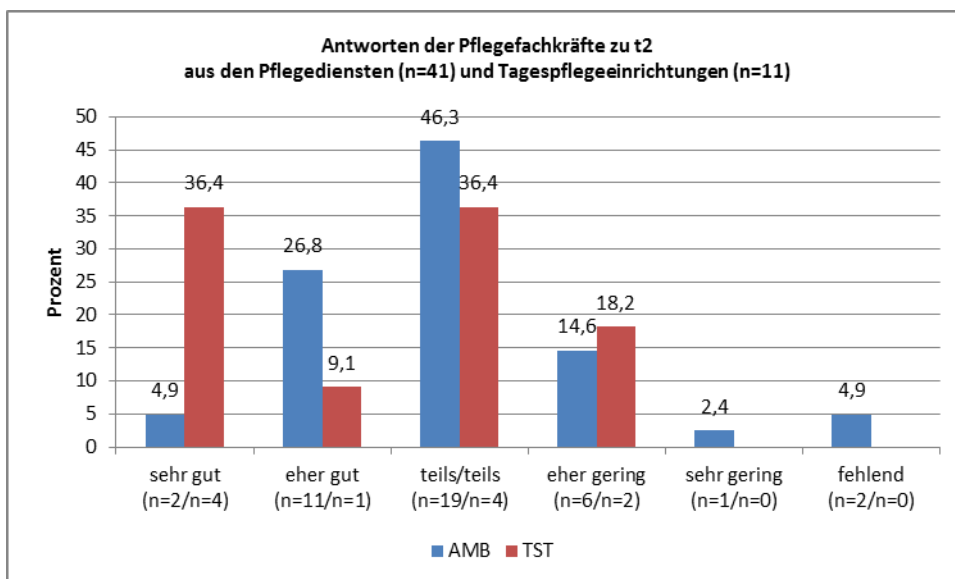


Abbildung 32: Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t_2)

Zusammenfassung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit – Umsetzung (Übertragbarkeit) (I)

Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B schätzten die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs vor und nach der durchgeführten Implementierung geringer ein als die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A. Für etwas mehr als die Hälfte der befragten Personen aus dieser Teilstichprobe des vollstationären Settings ist die Umsetzung (Übertragbarkeit) der Standardinhalte in die Pflegepraxis zu beiden Zeitpunkten gut bis sehr gut gegeben.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten schätzten die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs nach der durchgeführten Implementierung geringer ein als vor der Implementierung.
 - Die Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen schätzten die Umsetzung (Übertragbarkeit) des Expertenstandard-Entwurfs nach der durchgeführten Implementierung deutlich besser (stärker) ein als vor der Implementierung.

Was meinen Sie, welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?

Auf die Frage, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können, antworteten aus den Pflegeheimen zu t₀ 159 und zu t₂ 95 Pflegefachkräfte mittels Freitext. Dieser wurde zu t₀ 216 und zu t₂ 145 Codings zugewiesen (Tabelle 7 und Abbildung 33). Der untenstehenden Tabelle sind ebenfalls die Häufigkeiten der „weiß nicht“-Antworten und fehlenden Antworten zu entnehmen.

Tabelle 7: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, t₀ und t₂)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten		davon zugewiesene Codings	weiß nicht-Antworten		fehlende Antwort		Antworten gesamt je Setting		Antworten gesamt
Cluster-RCT										
Pflegeheimen zu t ₀	159	67,9 %	216	45	19,2 %	30	12,8 %	234	100 %	234
Pflegeheimen zu t ₂	95	69,9 %	145	27	19,9 %	14	10,3 %	136	100 %	136
Beobachtungsstudie										
Pflegediensten zu t ₀	53	81,5 %	108	9	13,8 %	3	4,6 %	65	100,0 %	87
Tagespflegen zu t ₀	17	77,3 %		3	13,6 %	2	9,1 %	22	100,0 %	
Pflegediensten zu t ₂	22	53,7 %	67	13	31,7 %	6	14,6 %	41	100,0 %	52
Tagespflegen zu t ₂	11	100 %		0	--	0	--	11	100,0 %	

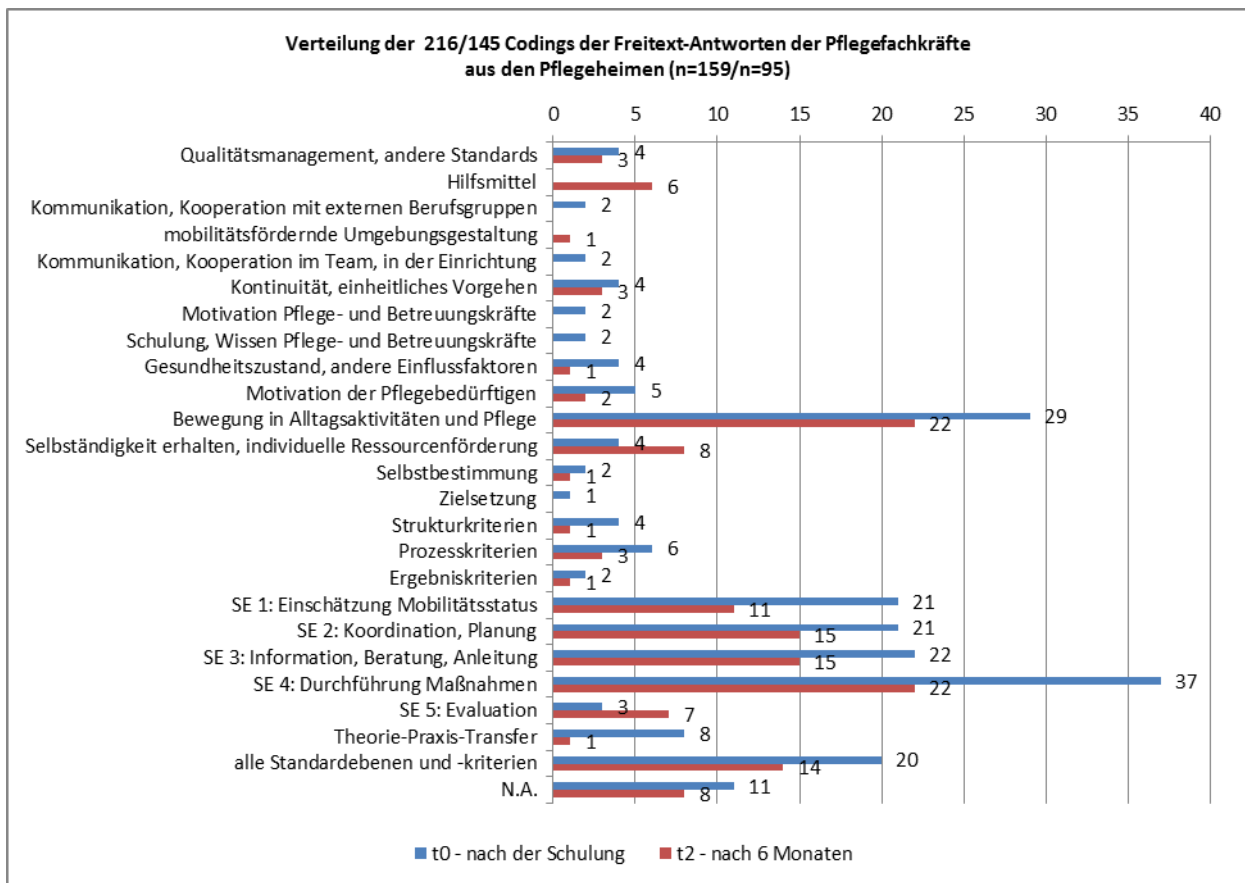


Abbildung 33: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können? (Pflegeheime, t0 und t2)

Die Frage, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können, erzielte mit 159 antwortenden Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen zu t₀ die höchste Antwortbeteiligung, zu t₂ antworteten hierzu 95 Pflegefachkräfte. Darunter benannten die meisten (n=37 zu t₀ und n=22 zu t₂) die Inhalte der Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) als leicht umsetzbare Standardinhalte. Zudem fielen viele Antworten in die Kategorie „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ (n=29 zu t₀ und n=22 zu t₂), deren Inhalte sich ebenfalls durch einen starken Praxisbezug auszeichnen und damit für die Pflegepraktiker womöglich zugänglicher sind als beispielsweise die Inhalte der Standardebenen 2 (*Koordination und Planung*) und 3 (*Information, Beratung und Anleitung*). Auch deren Relevanz ist für jeden Anwender unumstritten, doch vielleicht den befragten Personen zu den Untersuchungszeitpunkten weniger bewusst. Innerhalb der Kategorie „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ wurde immer wieder das Pflegekonzept der aktivierenden Pflege genannt. In diesem Pflegekonzept drückt sich für die viele Pflegepraktiker das Verständnis dafür aus, wie auch nach der dritten Maßnahmenart im Expertenstandard-Entwurf (gemeint sind Maßnahmen mit vorrangig anderer Zielsetzung, die mobilitätsfördernde Aspekte in Alltagsaktivitäten und alltägliche pflegerische Maßnahmen integrieren; vgl. DNQP 2014, S. 42) Bewegungsförderung und -erhalt bei pflegebedürftigen Menschen erzielt werden kann. Die übrigen Standardebenen erhielten zu t₀ sowie zu t₂ gleichverteilt viele Nennungen und ebenso ließen sich viele Antworten der Kategorie „alle Standardebenen und -kriterien“ zuordnen (n=20 zu t₀ und n=14 zu t₂). Die hierin freiformulierten Antworten und die Antworten in der Kategorie „Theorie-Praxis-Transfer“ (n=8 zu t₀) enthielten häufig die Erläuterung, dass die Empfehlungen des Expertenstandard-Entwurfs in der Pflegepraxis bereits Anwendung finden („es wird schon vieles um-

gesetzt“), was darauf schließen lässt, dass die Befragten zum Beginn der Implementierungsphase von keinen Umsetzungsschwierigkeiten – vor allem was die Realisierung mobilitätserhaltender und fördernder Maßnahmen im Pflegealltag betrifft – ausgingen und diese auch der Implementierung während nicht eintraten. Einzelne Antworten fielen in die bewohnerbezogenen Kategorien „Motivation der Pflegebedürftigen“ (n=5 zu t₀ und n=2 zu t₂), „Gesundheitszustand und andere Einflussfaktoren“ (n=4 zu t₀ und n=1 zu t₂) und „Selbständigkeit erhalten und individuelle Förderung der Ressourcen“ (n=4 zu t₀ und n=8 zu t₂) (im Sinne davon, dass eine Umsetzung leichter gelingt, wenn die Bewohner keine stark beeinträchtigenden körperlichen oder kognitiven Einbußen haben und/oder ausreichend motiviert sind) und in die personalbezogenen Kategorien „Kontinuität und einheitliches Vorgehen“ (n=4 zu t₀ und n=3 zu t₂), „Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2 zu t₀), „Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung“ (n=2 zu t₀) und „Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2 zu t₀). Die Kategorien der Einrichtungsebene „Qualitätsmanagement und andere Standards“ (n=4 zu t₀ und n=3 zu t₂) (gemeint ist hiermit, dass der Expertenstandard-Entwurf viele Schnittstellen zu vorherigen Expertenstandards aufweist, was die Umsetzung positiv beeinflusst), „Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen“ (n=2 zu t₀), die Anschaffung bzw. der Einsatz geeigneter „Hilfsmittel“ (n=6 zu t₂) und eine „mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung“ (n=1 zu t₂) erhielten ebenfalls einzelne Nennungen, wonach diese Punkte aus Sicht der Pflegefachkräfte in den Heimen leicht umzusetzen sein werden bzw. sich während der Implementierung leicht umsetzen ließen. Die freiformulierten Antworten der Pflegefachkräfte machten nicht immer deutlich, ob ihre Ausführungen zur Frage passend Punkte im Expertenstandard-Entwurf meinten, von denen sie zum ersten Untersuchungszeitpunkt ausgegangen sind, dass sie leicht umzusetzen sein werden, oder die sich für sie zum zweiten Zeitpunkt als leicht umsetzbar erwiesen haben, oder aber ob ihre Ausführungen nicht zur Frage passend Punkte benannten, die die Umsetzung erleichtern werden bzw. die Umsetzung erleichtert haben. Letzteres wurde mit der Frage, *was begünstigt die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in Ihrer Pflegepraxis* (vgl. Kapitel 9.5 im Abschlussbericht), abgefragt.

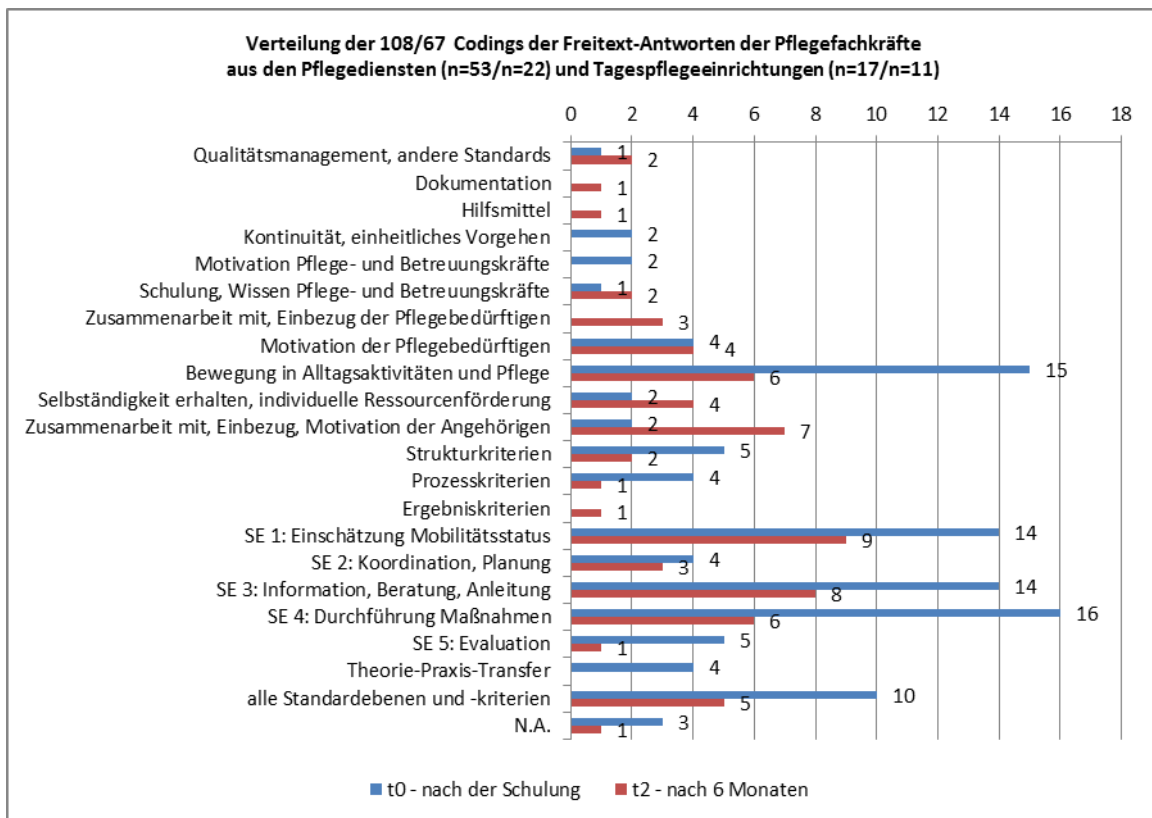


Abbildung 34: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können? (Pflegedienste und Tagespflege, t0 und t2)

Die Antwortbeteiligung zu dieser Frage war mit 70 von 87 bzw. mit 33 von 52 Pflegefachkräften aus der Beobachtungsstudie ebenfalls sehr hoch und auch das Antwortverhalten dieser Personengruppen ähnelt den Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen zu den beiden Zeitpunkten t_0 und t_2 . Allen voran wurden zu t_0 die Inhalte der Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) ($n=16$) zusammen mit den Inhalten der Kategorie „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ ($n=15$) als leicht umzusetzen angesehen. Zu t_2 , also nach der Implementierung, wurden die Standardebene 1 (*Einschätzung der Mobilität*) ($n=9$) und Standardebene 3 (*Information, Beratung und Anleitung*) ($n=8$) im Vergleich zu den übrigen Standardebenen als leicht umzusetzen beurteilt. Die Antwortkategorie „alle Standardebenen und -kriterien“ ($n=10$ zu t_0 und $n=5$ zu t_2) ist im Sinne von „viele davon wird schon getan“ [Zitat einer Pflegefachkraft] zu verstehen und zusammen mit der Kategorie „Theorie-Praxis-Transfer“ ($n=4$ zu t_0) und der einrichtungsbezogenen Kategorie „Qualitätsmanagement und andere Standards“ ($n=1$ zu t_0 und $n=2$ zu t_2) spiegelt sich in ihr die Tatsache wider, dass auch bereits zum ersten Zeitpunkt in den internen Strukturen der Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen Anknüpfungspunkte für den zu implementierenden Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ gesehen werden, was zum zweiten Untersuchungszeitpunkt unverändert blieb. Zu den bewohnerbezogenen Kategorien, denen eine leichte Umsetzung zugeschrieben wurde, zählen „Motivation der Pflegebedürftigen“ ($n=4$ zu t_0 und t_2), „Zusammenarbeit mit, Einbezug und Motivation der Angehörigen“ ($n=2$ zu t_0 und $n=7$ zu t_2) und „Selbständigkeit erhalten und individuelle Förderung der Ressourcen“ ($n=2$ zu t_0 und $n=4$ zu t_2). Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen bzw. die Integration dieser in eine Pflege und Betreuung, die auf Mobilitätserhalt und -förderung der Heimbewohner abzielt, wurde dabei nach der Implementierung als leichter umzusetzen bewertet als von den befragten Mitarbeitern vor der Implementierung angenommen. Auf der Personalebene sind die Inhalte der Kategorien „Kontinuität und einheitliches Vorgehen“ ($n=2$), „Motivation der Pfl-

ge- und Betreuungskräfte“ (n=2) und „Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=1) leicht umzusetzende Faktoren bei der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs in den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen, die zwar in den Nennungen gemäß der befragten Personen vom zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht mehr auftraten, was aber nicht für die Widerlegung dieser Annahme sprechen muss.

Kernaussagen zur Einschätzung der Praxistauglichkeit auf Basis der Freitext-Antworten der Pflegefachkräfte – Umsetzung (Übertragbarkeit) (II)

Was meinen Sie, welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie leicht in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Insbesondere die Empfehlung, stetig mobilitäts-erhaltende und -fördernde Maßnahmen in Alltagsaktivitäten und alltägliches pflegerisches Handeln zu integrieren, wurde von den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen zum ersten Untersuchungszeitpunkt als leicht umsetzbar eingeschätzt und dies bestätigte sich durch die Implementierung.

- Die Pflegeheimmitarbeiter benannten – wenn auch nicht explizit zu dieser Frage gehörend – zu beiden Untersuchungszeitpunkten bewohner-, personal- und einrichtungsbezogene Merkmale, die die Umsetzung erleichtern können. Hierzu zählen allen voran die Motivation und der Gesundheitszustand der Bewohner, kontinuierliche und einheitliche Arbeitsabläufe, bereits implementierte Expertenstandards und andere Leitlinien als Anknüpfungspunkte.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Zum ersten Untersuchungszeitpunkt beurteilten die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen die Inhalte der Standardebene 4 (Durchführung der Maßnahmen) und die grundsätzliche Empfehlung, Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege zu integrieren, als leicht umsetzbar. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt, also nach den Erfahrungen in der Implementierung, sahen dieselben Pflegefachkräfte in der ersten und dritten Standardebene (Einschätzung des Mobilitätsstatus und Information, Beratung und Anleitung) leicht umsetzbare Inhalte.

- Die Motivation der Patienten bzw. Klienten zu fördern und ihre individuellen Ressourcen und Selbstständigkeit zu stärken, waren für die befragten Personen vor und nach den Erfahrungen durch die Implementierung leicht umzusetzende Standardinhalte. Die Kooperation mit den Angehörigen erwies sich während der Implementierung ebenfalls als leichter als zunächst angenommen. Auch die Pflegedienstmitarbeiter und Mitarbeiter aus den teilstationären Einrichtungen erkannten und schätzten zu beiden Untersuchungszeitpunkten – als ein die Umsetzung erleichternder Faktor und damit implizit zur Frage passend – bereits existierende Anknüpfungspunkte im internen Qualitätsmanagement zur Implementierung des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege.

Was meinen Sie, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie schwer in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?

Auf die Frage, welche Punkte im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie schwer in Ihre Pflegepraxis umsetzen können, antworteten aus den Pflegeheimen zu t_0 145 und zu t_2 89 Pflegefachkräfte mittels Freitext. Dieser wurde zu t_0 192 und zu t_2 142 Codings zugewiesen (Tabelle 8 und Abbildung 35). Der untenstehenden Tabelle sind ebenfalls die Häufigkeiten der „weiß nicht“-Antworten und fehlenden Antworten zu entnehmen.

Tabelle 8: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf werden Sie schwer in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, t0 und t2)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten		davon zugewiesene Codings	weiß nicht-Antworten		fehlende Antwort		Antworten gesamt je Setting		Antworten gesamt
Cluster-RCT										
Pflegeheimen zu t0	145	62,0 %	192	49	20,9 %	40	17,1 %	234	100 %	234
Pflegeheimen zu t2	89	65,4 %	142	31	22,8 %	16	11,8 %	136	100 %	136
Beobachtungsstudie										
Pflegediensten zu t0	42	64,6 %	84	15	23,1 %	8	12,3 %	65	100,0 %	87
Tagespflegen zu t0	14	63,6 %		6	27,3 %	2	9,1 %	22	100,0 %	
Pflegediensten zu t2	22	53,7 %	64	16	39,0 %	3	7,3 %	41	100,0 %	52
Tagespflegen zu t2	11	100 %		0	--	0	--	11	100,0 %	

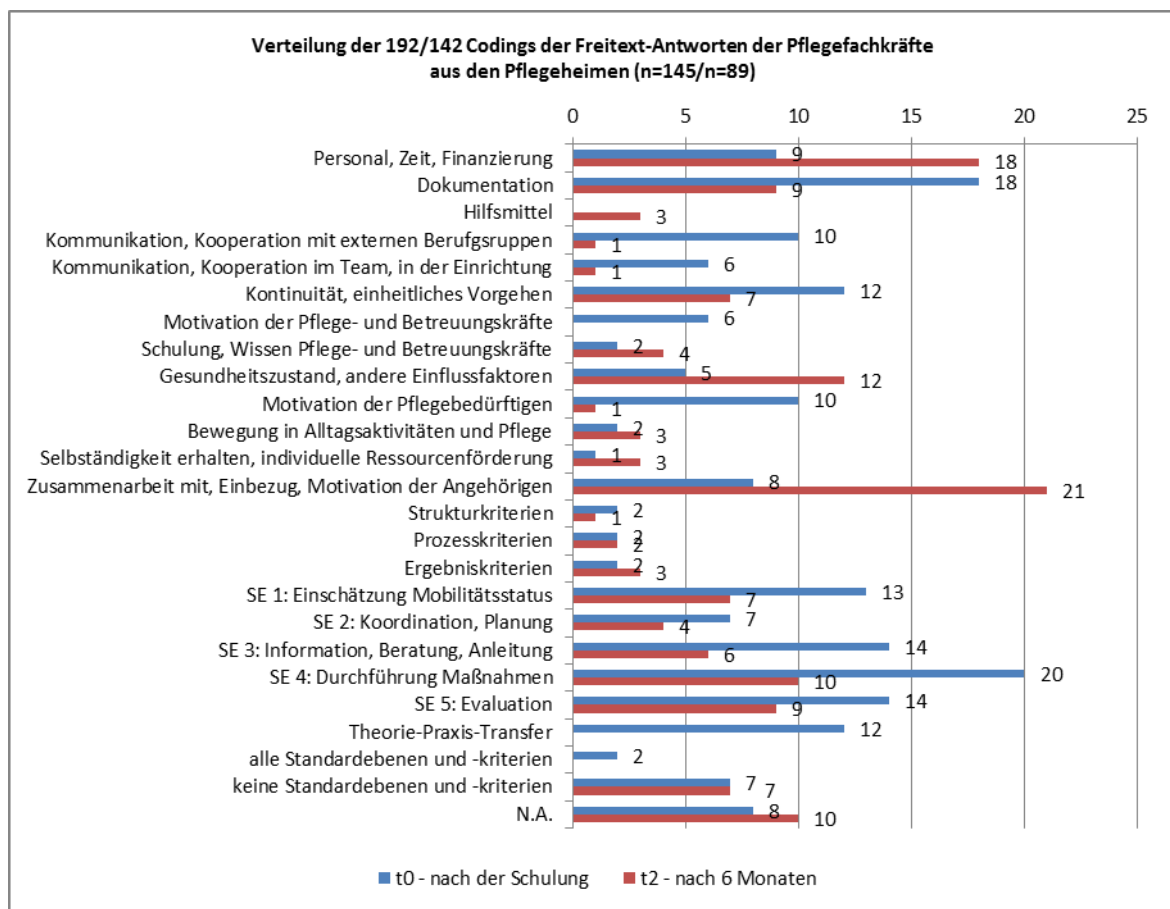


Abbildung 35: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf werden Sie schwer in Ihre Pflegepraxis umsetzen können? (Pflegeheime, t0 und t2)

Die Frage nach den Punkten im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, die für die befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen schwer in ihre Pflegepraxis umzusetzen sein werden, führte mit 145 freiformulierten Antworten zum ersten Zeitpunkt direkt nach der Schulung durch das Studienteam der Universität Bremen und mit 89 freiformulierten Antworten zum zweiten Zeitpunkt nach dem Implementierungsprozess zu einer hohen Beteiligung. Den Standardebenen folgend erhielten zu t₀ die Ebenen 4 (*Durchführung der Maßnahmen*, und hierunter insbesondere das Angebot und die Durchführung gezielter Einzelmaßnahmen) (n=20), Ebene 5 (*Evaluation*) (n=14), Ebene 3 (*Information, Beratung und Anleitung*) (n=14), Ebene 1 (*Einschätzung der*

Mobilität) (n=13) und Ebene 2 (*Koordination und Planung*) (n=7) in genannter Reihenfolge absteigend viele Nennungen. Zu t_2 tauschten in dieser Rangfolge nur die erste und dritte Standardebene die Plätze. Bezüglich der Durchführung der Maßnahmen sehen die Befragten eine Schwierigkeit darin, wenn diese nicht von allen beteiligten Personen in gleicher Weise und kontinuierlich angewandt werden und wenn sich die festgelegten Maßnahmen ausschließlich in der Dokumentation anstelle beim Bewohner wiederfinden (n=12 zu t_0 bei „Theorie-Praxis-Transfer“). Die Antworten, die der fünften Standardebene (*Evaluation*) zugeordnet wurden und die zahlreichen Nennungen der Antwortkategorie „Dokumentation“ (n=18 zu t_0 und n=9 zu t_2), beinhalteten Äußerungen in zwei Richtungen. Einmal, dass die Einführung des Expertenstandard-Entwurfs mit aufwendigen vorzubereitenden Veränderungen von hausinternen Richtlinien und der bewohnerbezogenen Dokumentation einhergeht und zweitens ein erwarteter zusätzlicher Dokumentationsaufwand zu bewältigen ist, wenn der Expertenstandard-Entwurf angewandt wird. Die zusätzlichen Dokumentationsanforderungen können auch als Faktor gedeutet werden, der die Implementierung erschweren kann und ist somit auch eine mögliche Antwort auf eine weitere Frage des Fragebogens (*Was erschwert die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in Ihrer Pflegepraxis?*; vgl. Kapitel 9.5 im Abschlussbericht). Dennoch bestätigten – wenn auch im strengen Sinn nicht zur Frage passend – die befragten Personen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt die Anforderungen bei der Anpassung der pflegebezogenen Dokumentation und den zusätzlichen Aufwand während der Anwendung. Für manche der befragten Pflegefachkräfte stellte sich diese Herausforderung gemäß den frei formulierten Antworten besonders dann, wenn diese Veränderungen mit dem zum ersten Zeitpunkt vielerorts Einzug haltendem entbürokratisiertem Pflegedokumentationsmodell zu vereinbaren sind. Dieser Umstand wurde von den befragten Personen nach der Implementierung nicht mehr explizit benannt. Bei den Antworten, die den bewohnerbezogenen Kriterien zuzuordnen sind, fanden sich häufig Antworten für die beiden Kategorien „Motivation der Pflegebedürftigen“ (im Sinne davon, den pflegebedürftigen Menschen in seiner Motivation, sich zu bewegen, zu fördern) (n=10 zu t_0) und „Gesundheitszustand und andere Einflussfaktoren“ (n=5 zu t_0 und n=12 zu t_2). Bei beiden Kategorien werden allen voran Demenzerkrankungen als erläuternder erschwerender Faktor aufgeführt. Mit n=1 scheint die Kategorie „Motivation der Pflegebedürftigen“ zu t_2 kein erschwerend umzusetzender Punkt mehr für die Pflegeheimmitarbeiter mehr gewesen zu sein. Die Antworten in der Kategorie „Einbezug, Zusammenarbeit und Motivation der Angehörigen“ (n=8) lassen bereits zum ersten Untersuchungszeitpunkt den Schluss zu, dass die Angehörigen der Heimbewohner mitunter schwer zu erreichen sein werden, so dass sie in die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs im Pflegeheim integriert werden können. Die vielen (n=21) Nennungen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt lassen vermuten, dass sich dies für die befragten Pflegeheimmitarbeiter bestätigt hat. Mit den Kategorien „Kontinuität und einheitliches Vorgehen“ (n=12 zu t_0 und n=7 zu t_2), „Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung“ (n=6 zu t_0 und n=1 zu t_2), „Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=6 zu t_0) und „Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2 zu t_0 und n=2 zu t_2) werden personalbezogene Faktoren benannt, die für die befragten Pflegefachkräfte im Sinne der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs schwer umzusetzen sein werden und sich innerhalb der durchgeführten Implementierung auch als schwer umzusetzen bewiesen haben. Auf der Einrichtungsebene lassen sich hierzu Äußerungen aus den Kategorien „Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen“ (n=10 zu t_0 und n=1 zu t_2), „Personal, Zeit und Finanzierung“ (n=9 zu t_0 und n=18 zu t_2) und „Hilfsmittel“ (n=3 zu t_2) zählen. Die Antworten in der Kategorie „Personal, Zeit und Finanzierung“ brachten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt zum Ausdruck, dass für die zur Umsetzung empfohlenen Inhalte des Expertenstandard-Entwurfs nicht ausrei-

chend Zeit zur Verfügung gestanden ist. Die zu dieser Frage gegebenen Antworten der befragten Personen weisen indes daraufhin, dass im Sinne der Frage (*Was erschwert die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in Ihrer Pflegepraxis?; vgl. Kapitel 9.5 im Abschlussbericht*) geantwortet wurde. Für viele der befragten Personen waren beide Fragestellungen nicht trennscharf, dies ist auf der einen Seite in der Interpretation zu berücksichtigen und andererseits verdeutlicht dies das Bedürfnis der Pflegefachkräfte, ihre Bedenken vor Einführung des Expertenstandard-Entwurfs und ihre Beobachtungen nach den Erfahrungen mit dem implementierten Expertenstandard-Entwurf zu äußern.

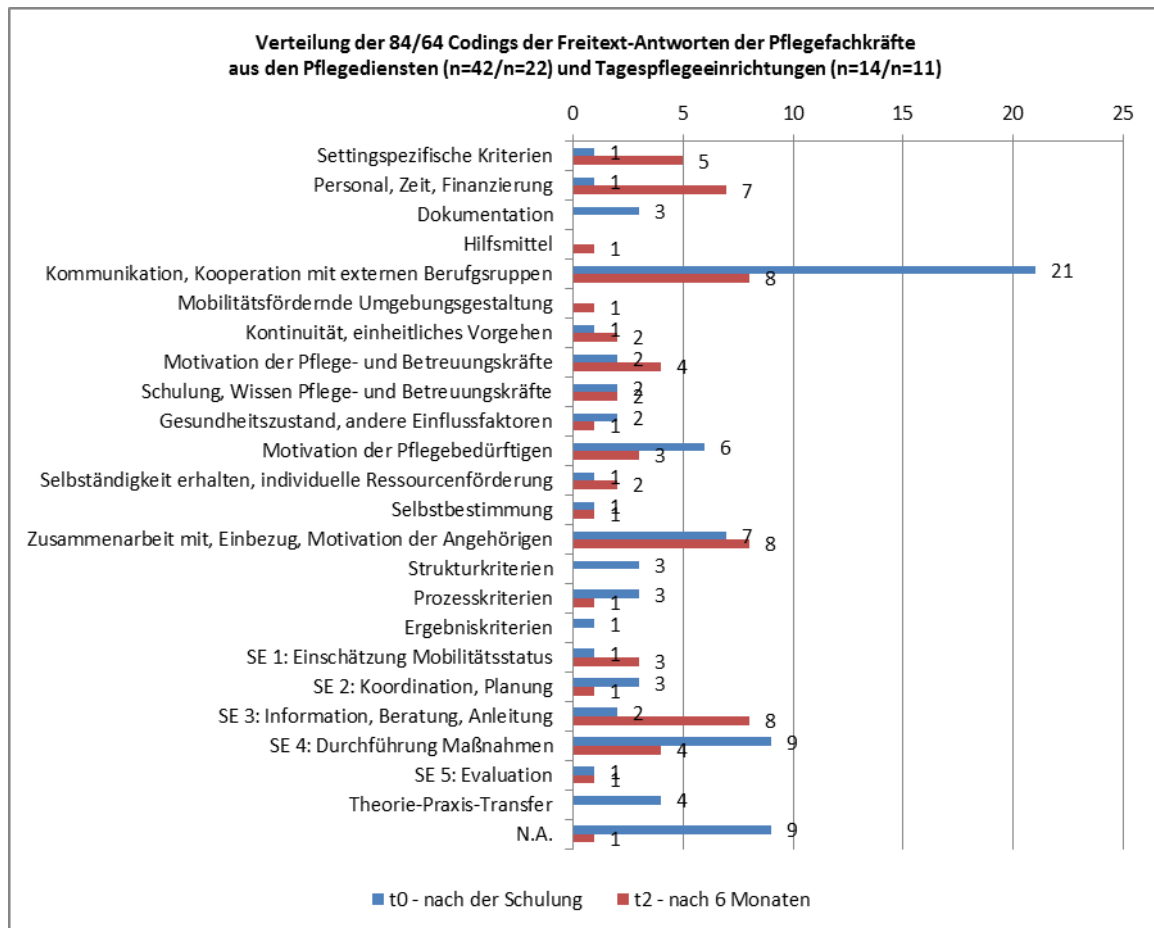


Abbildung 36: Welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf werden Sie schwer in Ihre Pflegepraxis umsetzen können? (Pflegedienste und Tagespflege, t0 und t2)

Auf die Frage nach den Punkten, die schwer umzusetzen sein werden, fielen bei den antwortenden Pflegefachkräften aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen zu t₀ die meisten Nennungen (n=21) in die einrichtungsbezogene Kategorie „Kooperation und Kommunikation mit externen Berufsgruppen“, die auch zu t₂ noch verhältnismäßig viele Nennungen (n=8) erhielt. Zum ersten Untersuchungszeitpunkt beinhaltete differenziert nach den fünf Standardebenen– wie im Setting Pflegeheim – Ebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) (n=9) die am schwersten umzusetzenden Punkte, wobei sich keine Tendenz auf beispielsweise eine bestimmte Maßnahmenart (z. B. Gruppenangebote) abzeichnet. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt wird diese Bewertung der Standardebene 3 (*Information, Beratung und Anleitung*) mit n=8 zu teil. Die Nennungen zu den bewohnerbezogenen Kategorien unterscheiden sich nur insoweit von den Nennungen der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen, als dass die Kategorie „Zusammenarbeit mit, Einbezug und Motivation der Ange-

hörigen“ (n=7 zu t₀ und n=8 zu t₂) von den ambulant und teilstationär tätigen Pflegefachkräften anteilig höher als von den Mitarbeitern der Pflegeheime genannt wurde. Wenige bis sehr wenige Antworten fielen in die personalbezogenen Kategorien „Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2 zu t₀ und n=4 zu t₂), „Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2 zu t₀ und zu t₂) und „Kontinuität und einheitliches Vorgehen“ (n=1 zu t₀ und n=2 zu t₂). Neben der oft genannten Kategorie „Kooperation und Kommunikation mit externen Berufsgruppen“ (n=21 zu t₀) ist noch die einrichtungsbezogene Kategorie „Dokumentation“ (n=3 zu t₀) aufzuführen, deren Deutung auf den zum ersten Zeitpunkt erwarteten höheren Dokumentationsaufwand abzielt, der sich aber in den Aussagen der zum zweiten Zeitpunkt befragten Pflegefachkräfte nicht explizit wiederfindet. Allerdings beinhalten die zum zweiten Untersuchungszeitpunkt verhältnismäßig oft benannten einrichtungsbezogenen Kategorien „Personal, Zeit und Finanzierung“ (n=7 zu t₂) und „settingspezifische Kriterien“ (n=5 zu t₂) das in der Implementierung erlebte Erschwernis, nicht ausreichend Zeit bzw. die wünschenswerte Refinanzierung der im Setting der eigenen Häuslichkeit der Klienten umgesetzten Maßnahmen zur Verfügung gehabt zu haben. Vier der befragten Personen benannten vor der Implementierung konkret, dass sie für sich noch keine Lösung sehen, wie die Standardinhalte in die Praxis umgesetzt werden sollen, wobei die betreffenden Inhalte nicht näher bezeichnet wurden (n=4 bei „Theorie-Praxis-Transfer“ zu t₀). Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt fanden sich hierzu keine Nennungen.

Kernaussagen zur Einschätzung der Praxistauglichkeit auf Basis der Freitext-Antworten der Pflegefachkräfte – Umsetzung (Übertragbarkeit) (III)

Was meinen Sie, welche Punkte im Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ werden Sie schwer in Ihre Pflegepraxis umsetzen können?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen bewerteten zu beiden Untersuchungszeitpunkten die Standardebenen 1 (Einschätzung des Mobilitätsstatus), 3 (Information, Beratung und Anleitung), 4 (Durchführung der Maßnahmen) und 5 (Evaluation) als schwer umsetzbar. Bezüglich der vierten Ebene wurde insbesondere die Durchführung von gezielten Einzelmaßnahmen genannt. Die Implementierung ist laut den befragten Personen vorbereitend und während ihrer Anwendung mit Dokumentationsanforderungen verbunden, die gemäß den Befürchtungen zum ersten Untersuchungszeitpunkt schwer mit dem entbürokratisiertem Pflegedokumentationsmodell zu vereinbaren seien. Hierzu fand sich nach der Implementierung keine Äußerung mehr.

- Die Integration der Angehörigen der Heimbewohner in die Umsetzung des Expertenstandard-Entwurfs erwies sich in den Pflegeheimen als schwer umzusetzen.

- Die personalbezogenen Bedingungen (in Form von einer kontinuierlichen und einheitlichen Umsetzung durch alle an der Pflege Beteiligten sowie einer reibungslosen Kommunikation und kooperativen Zusammenarbeit) schienen teilweise schwer umzusetzen.

- Die Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen erwies sich für die Pflegeheimmitarbeiter im Laufe der Implementierung als leichter als zuvor angenommen. Die auf der Institutionsebene angesiedelte Bedingung – deren Nennung an dieser Stelle nicht explizit zur Frage passt –, für die Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs ausreichend personelle und damit zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu haben, ist nach den Selbstauskünften der Pflegeheimmitarbeiter oftmals nicht gegeben.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Pflegefachkräfte aus dem ambulanten und teilstationären Setting bewerteten vor der Implementierung die Standardebene 4 (Durchführung der Maßnahmen) und nach der Implementierung die Standardebene 3 (Information, Beratung und Anleitung) als schwer umsetzbar.

- Auch in diesem Setting erwies sich die Integration der Angehörigen der Patienten bzw. Klienten in die Umsetzung der empfohlenen Standardinhalte als schwer umzusetzen.

- Die Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen wurde zum ersten Untersuchungszeitpunkt als schwer umzusetzender Punkt eingeschätzt, der sich zum zweiten Untersuchungszeitpunkt teilweise auch bestätigte. Auch in diesem Setting wurden – wenn auch nicht direkt zur Frage passend – strukturelle, die Umsetzung erschwerende Bedingungen genannt: nicht mit ausreichend Zeit zum Patienten kommen zu können bzw. für den Klienten zu haben sowie auf keine unmittelbare Refinanzierung der umgesetzten Maßnahmen zurückgreifen zu können.

Einschätzung der Praxistauglichkeit – Beeinflussbarkeit

Der Fragenbereich zur Einschätzung der Beeinflussbarkeit umfasst zwei Unterfragen, wovon die erste Frage zum Ankreuzen war und die zweite Frage Freitext-Antworten zuließ.

Wie beurteilen Sie allgemein die Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Die befragten Fachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A beurteilten zum ersten Untersuchungszeitpunkt t_0 die **Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs** tendenziell positiver als die Pflegefachkräfte aus der Interventionsgruppe B (46,4 % „sehr gut“ und „eher gut“ in A vs. 39,3 % „sehr gut“ und „eher gut“ in B). Niemand positionierte sich zu der Antwortkategorie „sehr gering“ (Abbildung 37).

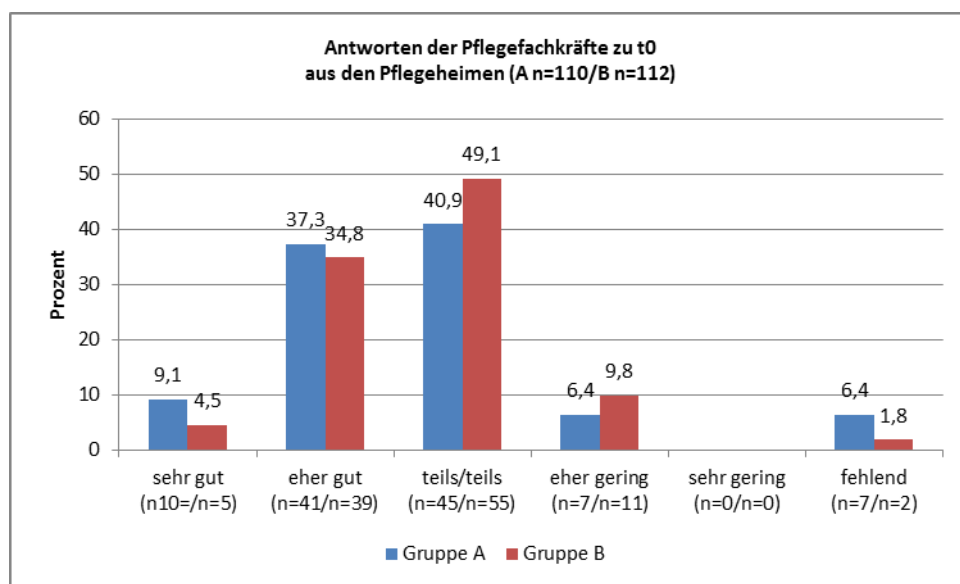


Abbildung 37: Wie beurteilen Sie allgemein die Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t_0)

Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Zeitpunkt sechs Monate später und nach den Erfahrungen im Rahmen der Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs. Auch hier bewerteten die Personen aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A die Beeinflussung der Mobilität durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurf als stärker als die Personen aus der Interventionsgruppe B (45,1 % „sehr gut“ und „eher gut“ in A vs. 40,0 % „sehr gut“ und „eher gut“ in B) (Abbildung 38). Die Beurteilung gemäß den „sehr gut“- und „eher gut“-Kategorien beider Gruppen ist zwischen t_0 und t_2

beinahe auf demselben Niveau geblieben (in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B fand in diesem Zeitraum eine leichte Abwanderung der Stimmen der „eher gut“-Kategorie in die „teils/teils“-Kategorie statt).

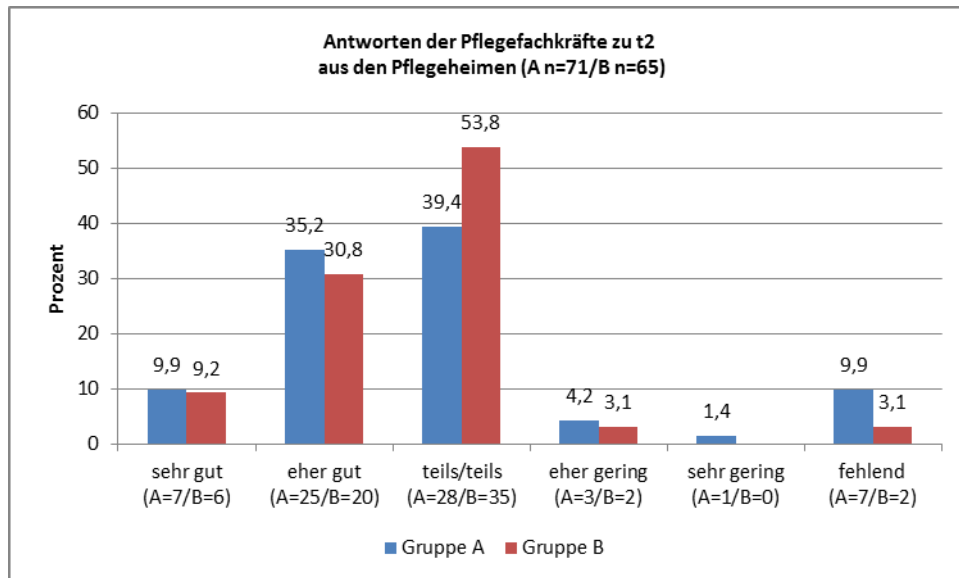


Abbildung 38: Wie beurteilen Sie allgemein die Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegeheime, t2)

Zum Zeitpunkt t_0 bewerteten die Pflegefachkräfte aus den ambulanten Diensten die Beeinflussbarkeit der Mobilität ihrer Patienten durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs mit 6,2 % als „sehr gut“ und mit 43,1 % als „eher gut“ (Abbildung 39). Diese Bewertung sank zum zweiten Untersuchungszeitpunkt t_2 auf 2,4 % („sehr gut“) und 36,6 % („eher gut“) (Abbildung 40). Auch im teilstationären Bereich beurteilten zu t_2 zwar weniger Personen die Beeinflussbarkeit als „sehr gut“ und „eher gut“ (zusammengenommen 54,6 %) als noch zu t_0 (zusammengenommen 63,6 %), allerdings wanderten zu t_2 mehr Stimmen in die Kategorie „sehr gut“ (Abbildung 39 und Abbildung 40).

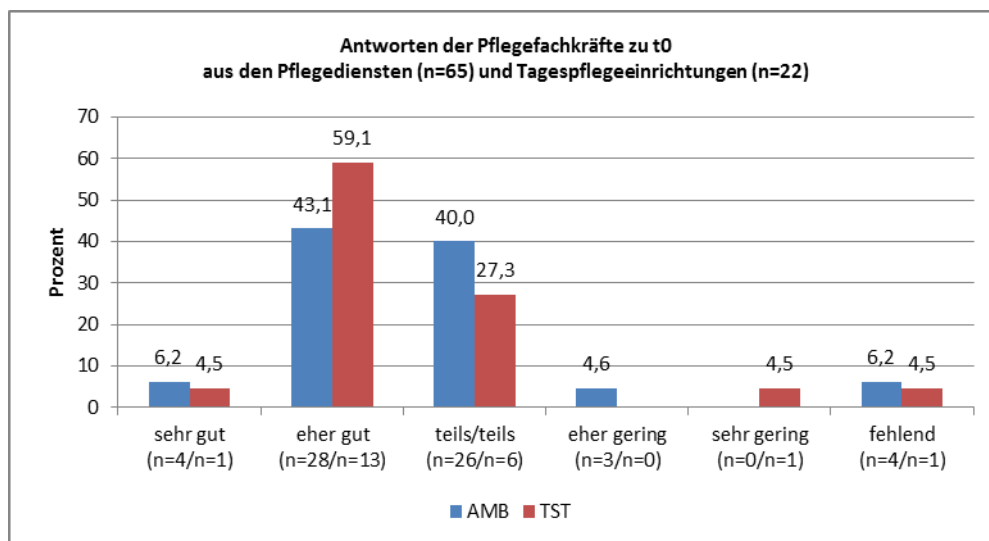


Abbildung 39: Wie beurteilen Sie allgemein die Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t0)

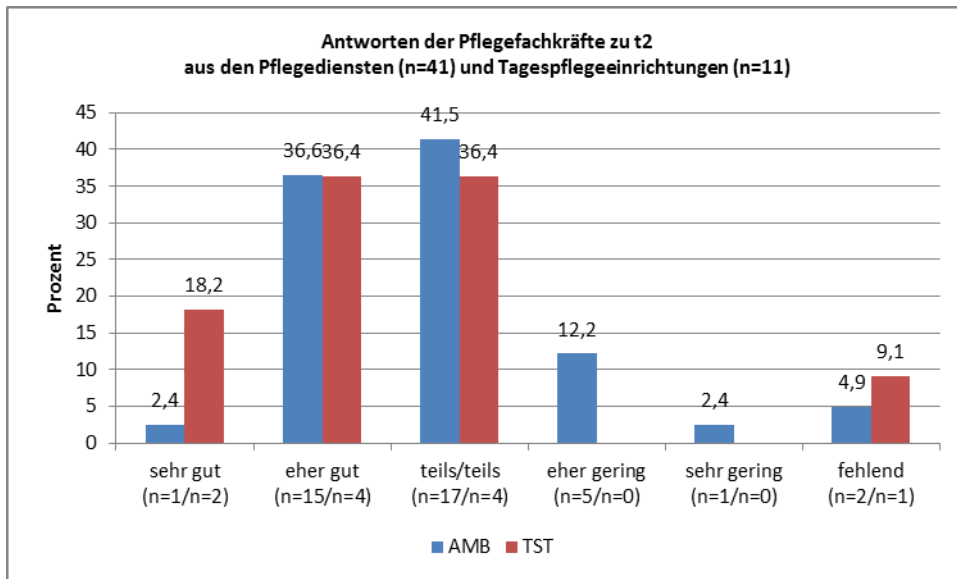


Abbildung 40: Wie beurteilen Sie allgemein die Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs? (Pflegedienste und Tagespflege, t2)

Zusammenfassung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit – Beeinflussbarkeit (I)

Wie beurteilen Sie allgemein die Beeinflussbarkeit der Mobilität von Pflegebedürftigen durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Fachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A beurteilten die Beeinflussbarkeit der Mobilität ihrer Heimbewohner durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs zu beiden Untersuchungszeitpunkten positiver als die Pflegefachkräfte aus den Einrichtungen der Interventionsgruppe B.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Pflegedienstmitarbeiter beurteilten die Beeinflussbarkeit der Mobilität ihrer Patienten durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs zum ersten Untersuchungszeitpunkt besser als zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (nach der Implementierung). Zu beiden Zeitpunkten lag die Einschätzung der Pflegedienstmitarbeiter unter der Einschätzung der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen.

- Die Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen schätzten die Beeinflussbarkeit der Mobilität ihrer Klienten durch die Anwendung des Expertenstandard-Entwurfs zum zweiten Untersuchungszeitpunkt tendenziell noch besser als zum ersten Untersuchungszeitpunkt ein.

Welche Standardinhalte führen aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Mobilität Ihrer Pflegebedürftigen?

Auf die Frage, welche Standardinhalte führen aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Mobilität Ihrer Pflegebedürftigen, antworteten aus den Pflegeheimen zu t₀ 110 und zu t₂ 80 Pflegefachkräfte mittels Freitext. Dieser wurde zu t₀ 150 und zu t₂ 131 Codings zugewiesen (Tabelle 9 und Abbildung 41). Der untenstehenden Tabelle sind ebenfalls die Häufigkeiten der „weiß nicht“-Antworten und fehlenden Antworten zu entnehmen.

Tabelle 9: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Welche Standardinhalte führen aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Mobilität Ihrer Pflegebedürftigen?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, t₀ und t₂)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten	davon zu-gewiesene Codings	weiß nicht-Antworten	fehlende Antwort	Antworten gesamt je Setting	Antworten gesamt				
Cluster-RCT										
Pflegeheimen zu t0	110	47,0 %	150	74	31,6 %	50	21,4 %	234	100 %	234
Pflegeheimen zu t2	80	58,8 %	131	41	30,1 %	15	11,0 %	136	100 %	136
Beobachtungsstudie										
Pflegediensten zu t0	32	49,2 %	81	17	26,2%	16	24,6 %	65	100,0 %	87
Tagespflegen zu t0	13	59,1 %		5	22,7 %	4	18,2 %	22	100,0 %	
Pflegediensten zu t2	17	41,5 %	53	16	46,3 %	5	12,2 %	41	100,0 %	52
Tagespflegen zu t2	9	81,8 %		1	9,1 %	1	9,1 %	11	100,0 %	

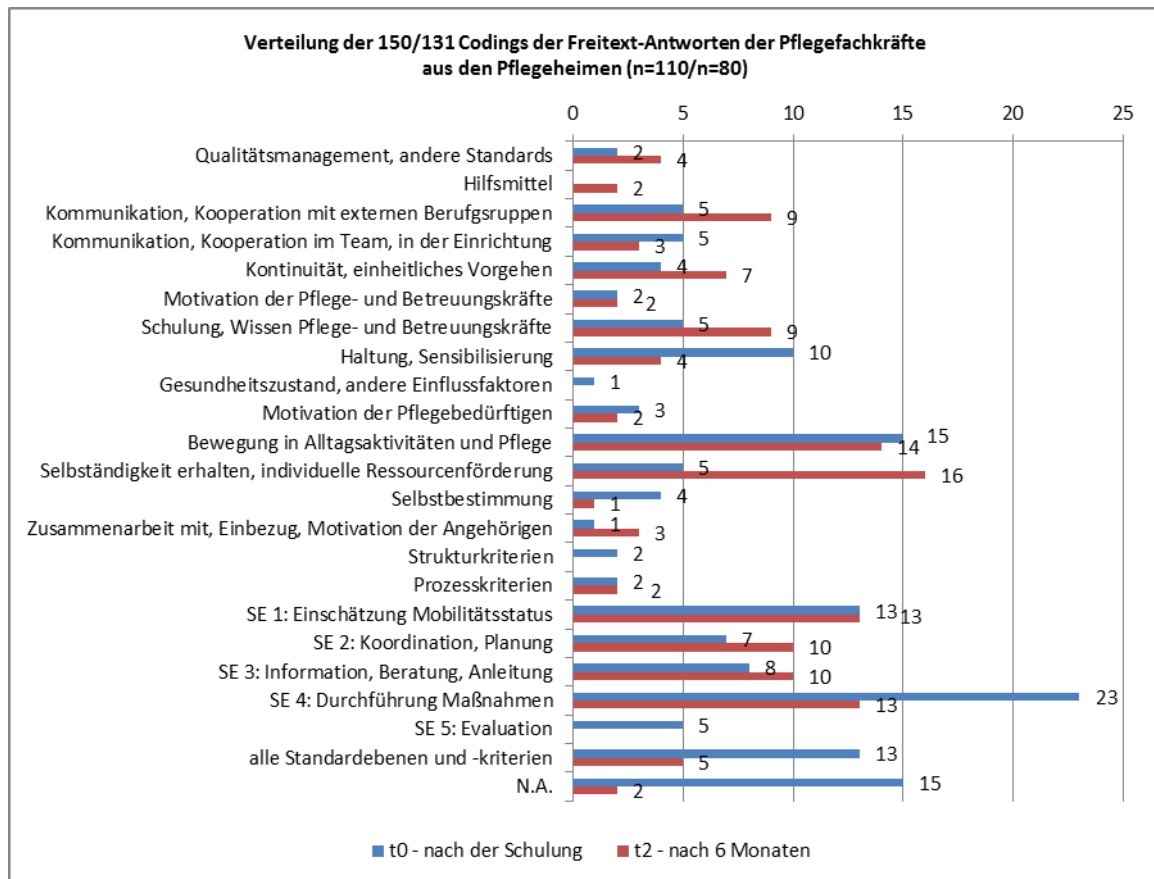


Abbildung 41: Welche Standardinhalte führen aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Mobilität Ihrer Pflegebedürftigen? (Pflegeheime, t0 und t2)

Die Kategorie „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ (n=15) und die Kategorie zur Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) (n=23) sind für die 110 vollstationär tätigen Pflegefachkräfte die am häufigsten genannten Standardinhalte, die ihrer Ansicht nach zum Zeitpunkt direkt nach der Schulung (t₀) zu einer verbesserten Mobilität der Heimbewohner führen werden. Sechs Monate später (t₂) ergibt sich bei den antwortenden 80 Pflegeheimmitarbeitern ein ganz ähnliches Bild: nun erhielten die Kategorien „Selbstständigkeit erhalten und individuelle Förderung der Ressourcen“ (n=16), „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ (n=14) und die Inhalte der Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) und Standardebene 1 (*Einschätzung der Mobilität*) (je n=13) die häufigsten Nennungen. Weitere Befragte sahen den einzuführenden Expertenstandard-Entwurf in seiner Gänze als Faktor, der sich positiv auf die Mobilität der Bewohner auswirkt (n=13 bei „alle Standardebene und -kriterien“ zu t₀ und n=5 zu t₂). Die bewohnerbezogenen Kategorien „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ und „Selbstständigkeit erhalten und individuelle Förderung der Res-

sourcen“ sind zusammen mit der Kategorie „Selbstbestimmung“ (n=4 zu t₀ und n=1 zu t₂) zu deuten. Um individuelle Maßnahmen zu finden und mit Aussicht auf eine Verbesserung der Mobilität eines Bewohners durchzuführen, sind dessen Wünsche und Vorlieben zu berücksichtigen. In diesem Sinne sind auch die Kategorien „Motivation der Pflegebedürftigen“ (n=3 zu t₀ und n=2 zu t₂), „Gesundheitszustand und andere Einflussfaktoren“ (n=1) und „Zusammenarbeit mit, Einbezug und Motivation der Angehörigen“ (n=1 zu t₀ und n=3 zu t₂) als für den Erfolg der Maßnahmen zu berücksichtigende Prädiktoren zu verstehen. Die personalbezogenen Kategorien ordnen sich zu t₀ der Häufigkeit nach in „Haltung und Sensibilisierung“ (n=10), „Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung“ (n=5), „Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=5), „Kontinuität und einheitliches Vorgehen“ (n=4) und „Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2). Diese Reihenfolge änderte sich zu t₂ leicht: auf „Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=9) folgen „Kontinuität und einheitliches Vorgehen“ (n=7), „Haltung und Sensibilisierung“ (n=4), „Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung“ (n=3) und „Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2). Unter „Haltung und Sensibilisierung“ sind das Bewusstwerden und -sein der Pflegenden für eine systematische Bewegungsförderung, und das damit verbundene Umdenken innerhalb aller Pflegehandlungen – weg von einer defizitorientierten hin zu einer ressourcenorientierten Blickrichtung aus Sicht des Bewohners – zu verstehen. Für beides sind aus Sicht der befragten Personen regelmäßige Absprachen aller in der Versorgung beteiligten Personen und eine kontinuierliche und einheitliche Vorgehensweise – geregelt durch hausinterne Vorgaben – unabdingbar. Dies spiegelt sich ebenfalls in den Nennungen zu den einrichtungsbezogenen Kategorien „Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen“ (n=5 zu t₀ und n=9 zu t₂) und „Qualitätsmanagement und andere Standards“ (n=2 zu t₀ und n=4 zu t₂) wider.

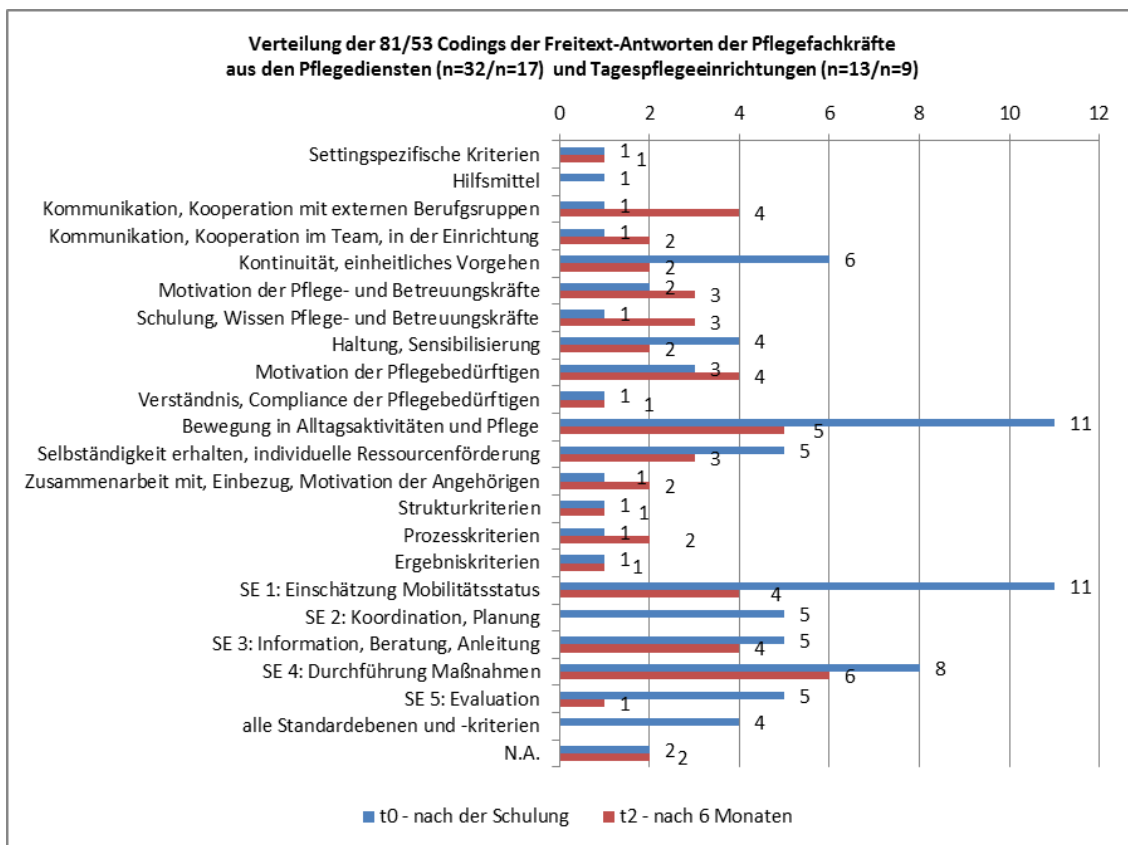


Abbildung 42: Welche Standardinhalte führen aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Mobilität Ihrer Pflegebedürftigen? (Pflegedienste und Tagespflege, t₀ und t₂)

Für die befragten Pflegefachkräfte aus den ambulanten Diensten und Tagespflegeeinrichtungen zählen die Kategorie „Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege“ (n=11 zu t₀ und n=5 zu t₂) und die Inhalte der Standardebene 4 (*Durchführung der Maßnahmen*) (n=8 zu t₀ und n=6 zu t₂) und die Standardebene 1 (*Einschätzung der Mobilität*) (n=11 zu t₀ und n=4 zu t₂) zu den am vielversprechendsten Faktoren zur Verbesserung der Mobilität ihrer Patienten bzw. Klienten. Die übrigen drei Standardebenen – Ebene 2 (*Koordination und Planung*), Ebene 3 (*Beratung, Information und Anleitung*) und Ebene 5 (*Evaluation*) – und der Entwurf in seiner Gänze („alle Standardebenen und -kriterien“) erhielten zu t₀ weniger, aber jeweils gleich viele befürwortende Stimmen (je n=5), die – bis auf die Nennungen zur Standardebene 3 (*Beratung, Information und Anleitung*) – zu t₂ weiterhin zurückgingen. Im Sinne einer ressourcenorientierten Pflege, die unter Zustimmung und aktiver Beteiligung des zu versorgenden Menschen stattfindet, gelten auch für die befragten Personen aus der Beobachtungsstudie die vier klientenbezogenen Kategorien „Selbstständigkeit erhalten und individuelle Förderung der Ressourcen“ (n=5 zu t₀ und n=3 zu t₂), „Motivation der Pflegebedürftigen“ (n=3 zu t₀ und n=4 zu t₂), „Verständnis und Compliance der Pflegebedürftigen“ (n=1 zu t₀ und t₂) und „Zusammenarbeit mit, Einbezug und Motivation der Angehörigen“ (n=1 zu t₀ und n=2 zu t₂) als für den Erfolg von mobilitäts-erhaltenden und -fördernden Maßnahmen relevante Einflussgrößen. Auch die mobilitätsbeeinflussenden Faktoren der Personalebene ähneln den Antworten der Fachkräfte aus den Pflegeheimen, nur dass die Aussagen der ambulant und teilstationär tätigen Pflegefachkräfte zu t₀ deutlich von der Kategorie „Kontinuität und einheitliches Vorgehen“ (n=6 zu t₀ und n=2 zu t₂) angeführt wurden und dann die Kategorien „Haltung und Sensibilisierung“ (n=4 zu t₀ und n=2 zu t₂), „Motivation der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=2 zu t₀ und n=3 zu t₂), „Kommunikation und Kooperation im Team und in der Einrichtung“ (n=1 zu t₀ und n=2 zu t₂) und „Schulung und Wissen der Pflege- und Betreuungskräfte“ (n=1 zu t₀ und n=3 zu t₂) folgten, wovon die letzten drei zu t₂ wiederum an Gewicht gewonnen haben. Die einrichtungsbezogene Kategorie „Kommunikation und Kooperation mit externen Berufsgruppen“ (n=1 zu t₀ und n=4 zu t₂) kann für den Zeitpunkt t₀ um die Kategorie „Hilfsmittel“ (im Sinne von Bereitstellen/Verfügbarkeit von geeigneten Hilfsmitteln in ausreichender Menge) für den ambulanten und teilstationären Versorgungsbereich ergänzt werden.

Kernaussagen zur Einschätzung der Praxistauglichkeit auf Basis der Freitext-Antworten der Pflegefachkräfte – Beeinflussbarkeit (II)

Welche Standardinhalte führen aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Mobilität Ihrer Pflegebedürftigen?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Für die Pflegeheimmitarbeiter führten insbesondere die Standardempfehlungen, Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege zu integrieren und die Förderung der Selbstständigkeit der Bewohner und individuelle Förderung ihrer Ressourcen, sowie die Inhalte der Standardebene 4 (Durchführung der Maßnahmen) und Standardebene 1 (Einschätzung des Mobilitätsstatus) zu einer verbesserten Mobilität. Die Berücksichtigung des Bewohnerwillens ist für die befragten Personen unabdingbar.

- Auf der Personal- und Einrichtungebene angesiedelte Prädiktoren für eine Mobilitätsverbesserung der Bewohner aus Sicht der Pflegeheimmitarbeiter waren allen voran: die Sensibilität für die Ressourcenorientierung in pflegerischen Aktivitäten und Betreuung, der kontinuierliche Austausch sowie die einheitliche Vorgehensweise aller Beteiligten.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Für die Pflegedienstmitarbeiter und Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen führten ebenfalls insbesondere die Standardempfehlung, Bewegung in Alltagsaktivitäten und Pflege zu integrieren, und die Inhalte der

Standardebene 1 (Einschätzung des Mobilitätsstatus) und der Standardebene 4 (Durchführung der Maßnahmen) zu einer verbesserten Mobilität. Eine ressourcenorientierte Pflege findet auch für die Befragten aus diesem Setting nur unter Zustimmung der Patienten bzw. Klienten statt und beides sind positive Einflussgrößen für Mobilitätserhalt und -verbesserung.

- Nach der Sicherstellung bzw. Förderung von kontinuierlichen und einheitlichen Abläufen in Pflege und Betreuung bestimmten – ähnlich zum Setting der Pflegeheime – die Sensibilität für die Ressourcenorientierung im Pflegealltag und regelmäßige Absprachen im Team und mit anderen Berufsgruppen den Erfolg mobilitätserhaltender- und fördernder Maßnahmen.

13.6 Langversion des Kapitels 9.4 „Wissenszuwachs und Wissensverstetigung der Pflegefachkräfte“

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse hinsichtlich der durch die Schulungen zum Expertenstandard-Entwurf hervorgerufenen Lerneffekte (Wissenszuwachs und Wissensverstetigung) bei den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppen A und B sowie den ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen präsentiert. Ein gelungener Wissenstransfer trägt entscheidend zur Einführung und Umsetzung von Innovationen in die Pflegepraxis bei (vgl. Moers, Schiemann & Stehling 2014, S. 70ff.). In der modellhaften Implementierung wurde der Prozess des Wissenstransfers in der ersten Implementierungsphase durch die Basis-Schulung der Universität Bremen in Gang gesetzt und während des gesamten Verlaufs von den Einrichtungen durch weitere selbst organisierte Schulungen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen oder auch Fallbesprechungen und situationsgebundenes Einüben von mobilitätserhaltenden und -fördernden Interventionen aufrechterhalten.

Erhebungsinstrument und Datenauswertung

Als Erhebungsmethode wurden die Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen zu drei Zeitpunkten

- direkt vor der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf durch das Studienteam der Universität Bremen ($t_{0\text{ vor}}$),
- direkt nach dieser Schulung ($t_{0\text{ nach}}$) und
- sechs Monate später, zum Implementierungsende (t_2),

befragt. Als Erhebungsinstrument diente der CRF „Schulungsevaluation“.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt getrennt für die mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegeheimmitarbeiter¹⁰ als Studienteilnehmer der Cluster-RCT (jeweils Interventionsgruppe A und B) und die Studienteilnehmer der Beobachtungsstudie. Hierbei werden wiederum die Antworten der Mitarbeiter aus den ambulanten Diensten und den Tagespflegeeinrichtungen gesondert präsentiert. Mittels Balkendiagrammen werden die prozentualen Häufigkeiten angegeben.

Der Fragebogen teilte sich in vier Fragen, die die Antworten zum Ankreuzen vorgaben (z. B. in den Ausprägungen „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“), und in fünf Fragstellungen, die mittels Freitext zu beantworten waren. Die Ergebnisse der Ankreuz-Fragen wurden deskriptiv ausgewertet. Die als Freitext formulierten Antworten wurden einem vom Studienteam (LN, KS) entwickelten Katalog für zutreffende, in Teilen zutreffende und nicht zutreffende Antworten gegenübergelegt, der ausschließlich den Inhalten der Basis-Schulung entspricht. Die Zuordnung der Antworten in die Kategorien „zutreffende Antwort“, „in Teilen zutreffende Antwort“ und „nicht zutreffende Antwort“ erfolgte durch ein

¹⁰ Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte sind aufgrund ihrer Kompetenzen gemäß ihrer Qualifikation grundsätzlich für die Umsetzung von Expertenstandards befähigt (DNQP 2014, S. 23) und damit – wie auch bei der Befragung zur Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ – Zielgruppe für die Erhebung der Lerneffekte in den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen während der Implementierung. Für die Datenerhebung und -auswertung umfassen die Pflegefachkräfte – analog den Autoren des Expertenstandard-Entwurfs (DNQP 2014, S. 20) – alle Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) und diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

drittes Studienteammitglied (AB). Auch diese Ergebnisse wurden nach der quantitativen Auszählung deskriptiv ausgewertet und mittels Balkendiagrammen die prozentualen Häufigkeiten angegeben. Als Ergebnisse resultieren die Lerneffekte der antwortenden Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Settings. Die Effekte stehen zum einen für den Wissenszuwachs direkt im Anschluss an die Basis-Schulung und zum anderen für die Wissensverfestigung (als längerfristige Lerneffekte zwischen den Untersuchungszeitpunkten und über die Zeit, also zwischen der Basis-Schulung zur ersten Sensibilisierung für die Standardinhalte und dem sechsmonatigen Implementierungsprozess).

Zu jeder Fragestellung werden abschließend die Kernaussagen zur Beschreibung der Lerneffekte aus den durch Ankreuzen gegebenen oder kategorisierten Antworten der befragten Personen mit Blick auf mögliche Entwicklungen zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten zusammengefasst und für den schnellen Leseüberblick textlich hervorgehoben.

Stichprobenbeschreibung zu t_0 vor und nach und t_2

Zum **ersten Zeitpunkt t_0 vor** beteiligten sich insgesamt **90** Pflegefachkräfte aus den sechs ambulanten Diensten und den sechs Tagespflegeeinrichtungen (Teilnehmer der Beobachtungsstudie) und **256 Pflegefachkräfte** aus den 22 Pflegeheimen (Teilnehmer der Cluster-RCT, Interventionsgruppe A und B) an der Fragebogenbefragung, d.h. sie füllten den Fragebogen „CRF Schulungsevaluation“ vor der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ durch die Universität Bremen aus. Zum **zweiten Zeitpunkt t_0 nach**, direkt nach der Basis-Schulung, kamen die ausgefüllten Fragebögen von **86** Pflegefachkräften aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen und von **222** Pflegeheimmitarbeitern zurück.

Zum **dritten Zeitpunkt t_2** , also sechs Monate nach der Basis-Schulung bzw. nach Ende der Implementierung in der jeweiligen Einrichtung, beantworteten **45 Pflegefachkräfte** aus vier der sechs ambulanten Diensten und aus drei der sechs Tagespflegeeinrichtungen und **123 Pflegefachkräfte** aus 18 der 19 Pflegeheime (drei Pflegeheime sind im Verlauf auf eigenen Wunsch aus der Studie zur modellhaften Implementierung ausgeschieden, vgl. Kapitel 6.3 im Abschlussbericht) ein weiteres Mal die Fragen zur Erhebung der Lerneffekte. Hierzu wurden die Fragebögen in ausreichender Stückzahl an die Projektleitungen in den Einrichtungen mit der Bitte um Weiterleitung an alle diejenigen Mitarbeiterinnen, die an der Basis-Schulung teilgenommen haben, geschickt. Zum Versand der ausgefüllten Fragebögen an die Universität Bremen lag ein vorfrankierter Rückumschlag bei.

Die Teilnahme an der Befragung basierte zu allen drei Untersuchungszeitpunkten auf Freiwilligkeit der Pflegefachkräfte. Der Annahme folgend, es beteiligt sich zu den Untersuchungszeitpunkten stets dieselbe Personenzahl, kann der **Rücklauf** von t_0 nach (im Verhältnis zu den erhaltenen Fragebögen von t_0 vor) für die Beobachtungsstudie mit 95,56 % und das Cluster-RCT mit 86,71 % angegeben werden. Der **Rücklauf** von t_2 (im Verhältnis zu den erhaltenen Fragebögen von t_0 nach) beträgt für die Beobachtungsstudie 52,33 % und das Cluster-RCT 55,41 %.

Die stichprobenbeschreibenden Merkmale (Alter, Berufsjahre, Unterscheidung der Pflegefachkräfte in Fachkräfte mit oder ohne Führungsaufgabe, Zugehörigkeit in der Projektgruppe zur modellhaften Implementierung) unterscheiden sich lediglich in Form von leicht abweichenden Häufigkeiten in einzelnen Merkmalsausprägungen und veränderten Nachkommastellen von den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung zur Praxistauglichkeit (vgl. Kapitel 9.3 im Abschlussbericht sowie die Langversion des Kapitels 9.3 im Anhang des Abschlussberichts). Die Tabelle 1 zeigt die Altersverteilung der zur Schu-

lungsevaluation befragten Pflegefachkräfte aus den beiden Studiengruppen bzw. Settings und zu den drei Untersuchungszeitpunkten. Das zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten und zu den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe A etwas ältere Durchschnittsalter der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B (44,6 Jahre) zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) kann ein Hinweis dafür sein, dass die Stichprobe zu t_2 innerhalb der Zielgruppe in diesem Studienarm (Pflegeheimmitarbeiter, die die Basis-Schulung besuchten) leicht abweicht. Hierfür kann beispielsweise eine Personalfluktuatation innerhalb des sechsmonatigen Studienzeitraums ursächlich gewesen sein. Die darauffolgenden **Histogramme** (Abbildung 1 bis 12) bilden die Altersverteilung der befragten Pflegefachkräfte aus den unterschiedlichen Studiengruppen graphisch ab.

Tabelle 1: Alter der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Alter der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT					
	t_0 vor		t_0 nach		t_2	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B
<=25	10	11	7	10	5	2
26-30	16	18	19	18	6	8
31-35	9	19	9	15	7	6
36-40	9	12	7	10	4	3
41-45	15	20	12	12	9	6
46-50	15	19	11	19	8	15
51-55	18	21	17	18	10	8
>55	15	15	14	9	8	11
k.A.	8	6	5	10	3	4
gesamt	115	141	101	121	60	63
Mittelwert	42,4	41,7	42,2	40,8	41,1	44,6
Median	44	43,0	44	41	44,5	47
Spannweite	21-63	21-61	21-63	21-60	21-64	23-63
Gesamt	256		222		123	
Alter der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Beobachtungsstudie					
	t_0 vor		t_0 nach		t_2	
	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege
<=25	3	2	2	2	2	0
26-30	7	2	7	2	2	1
31-35	3	2	4	2	3	2
36-40	12	0	11	0	5	0
41-45	6	2	6	2	2	0
46-50	14	3	12	3	7	4
51-55	13	3	11	3	9	2
>55	9	3	8	3	5	1
k.A.	6	0	8	0	0	0
gesamt	73	17	69	17	35	10
Mittelwert	44,1	43,5	43,8	43,5	45,1	45,6
Median	47	46	46	46,0	49	47,5
Spannweite	18-61	25-62	21-61	25-62	23-62	30-62
Gesamt	90		86		45	

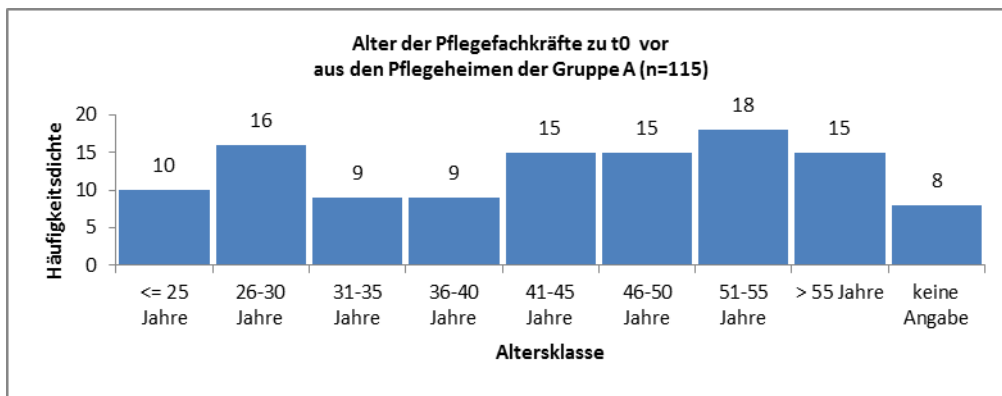


Abbildung 1: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=42,4; Median=44; SW=21-63) (Pflegeheime A, t0 vor)

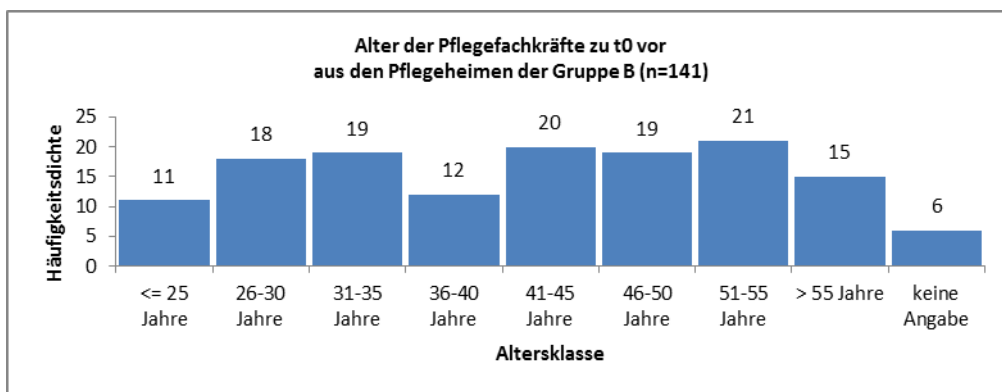


Abbildung 2: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=41,7; Median=43; SW=21-61) (Pflegeheime B, t0 vor)

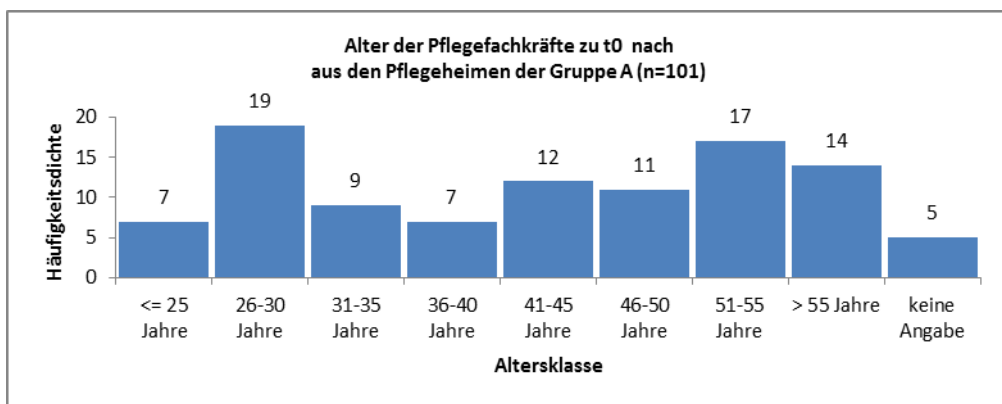


Abbildung 3: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=42,2; Median=44; SW=21-63) (Pflegeheime A, t0 nach)

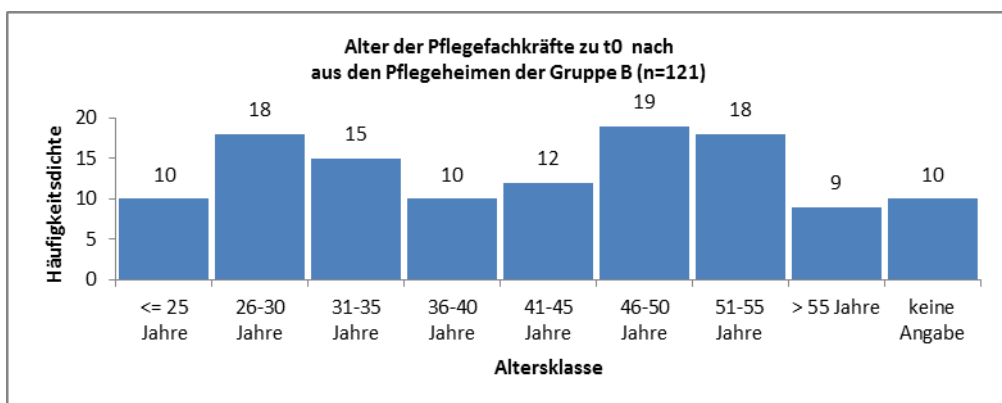


Abbildung 4: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=40,8; Median=41; SW=21-60) (Pflegeheime B, t0 nach)

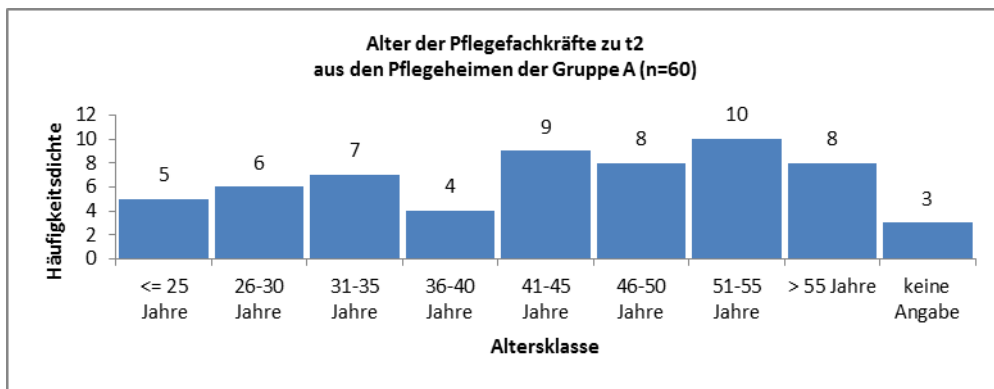


Abbildung 5: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=41,1; Median=44,5; SW=21-64) (Pflegeheime A, t2)

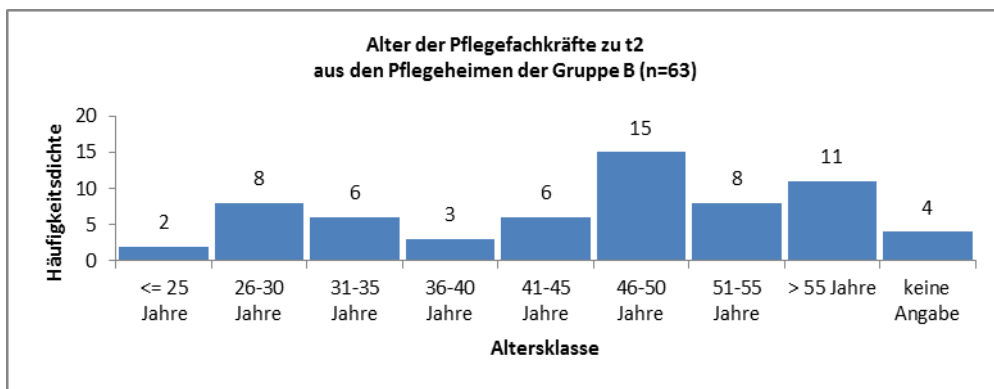


Abbildung 6: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=44,6; Median=47; SW=23-63) (Pflegeheime A, t2)

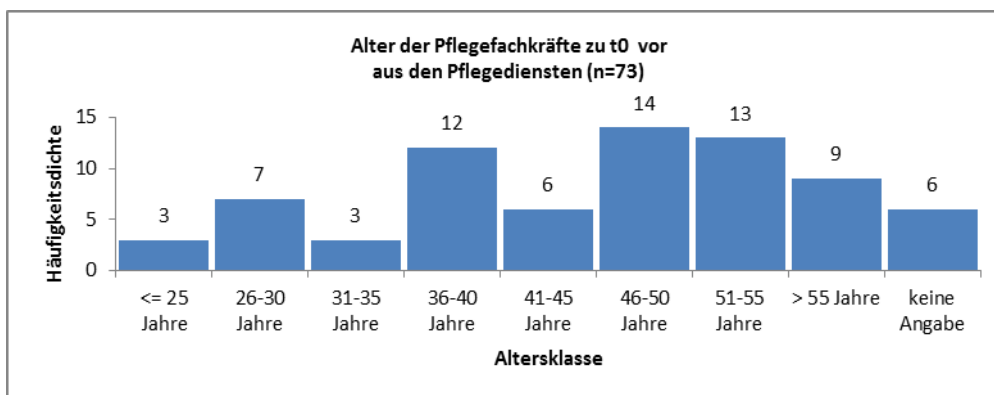


Abbildung 7: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=44,1; Median=47; SW=18-61) (Pflegedienste, t0 vor)

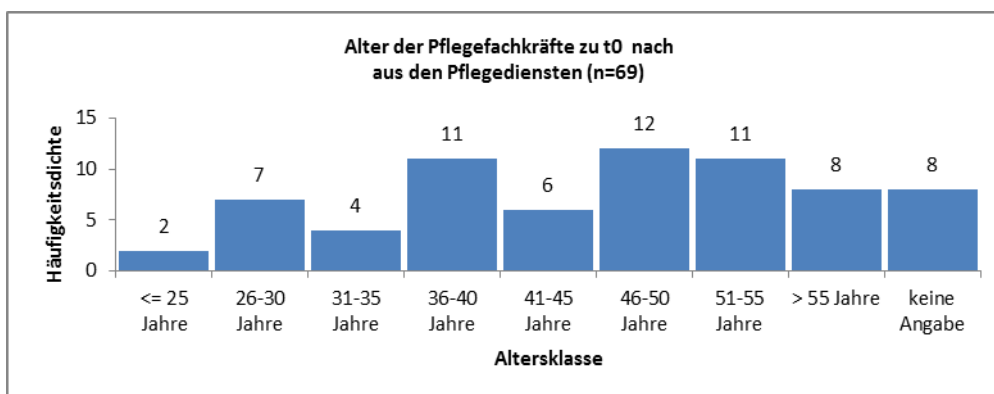


Abbildung 8: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=43,8; Median=46; SW=21-61) (Pflegedienste, t0 nach)

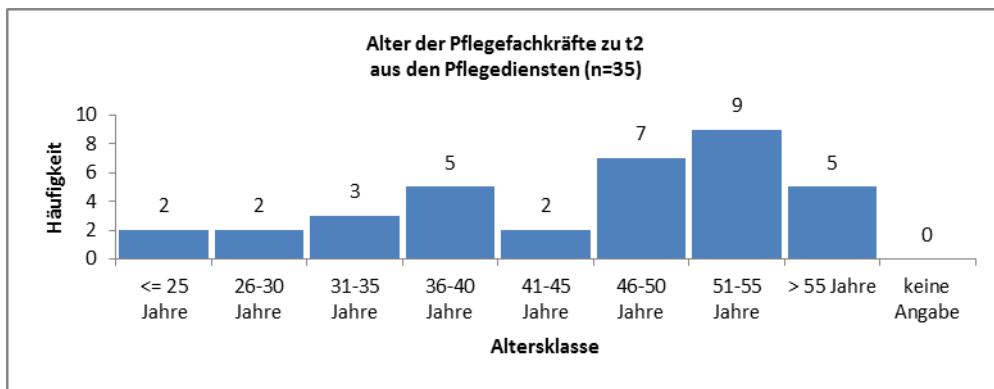


Abbildung 9: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=45,1; Median=49; SW=23-62) (Pflegedienste, t2)

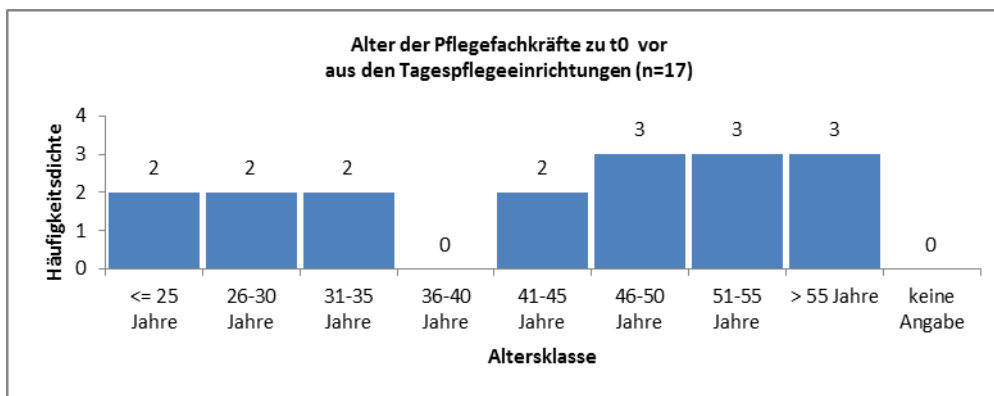


Abbildung 10: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=43,5; Median=46; SW=25-62) (Tagespflege, t0 vor)

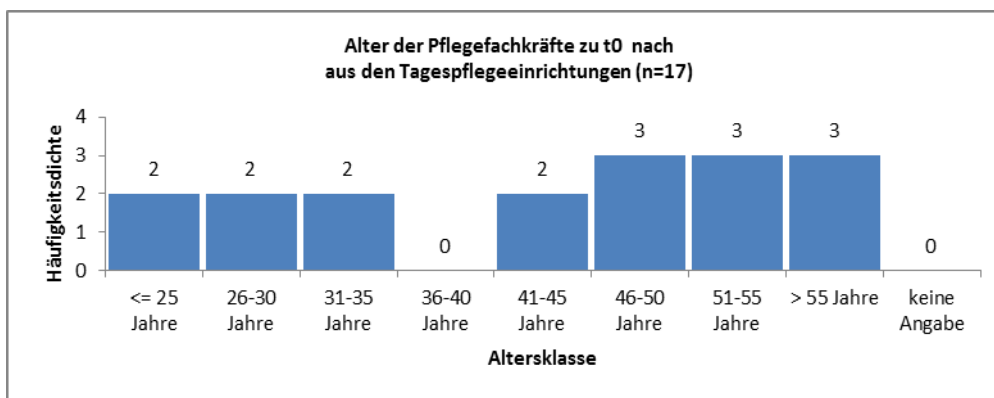


Abbildung 11: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=43,5; Median=46; SW=25-62) (Tagespflege, t0 nach)

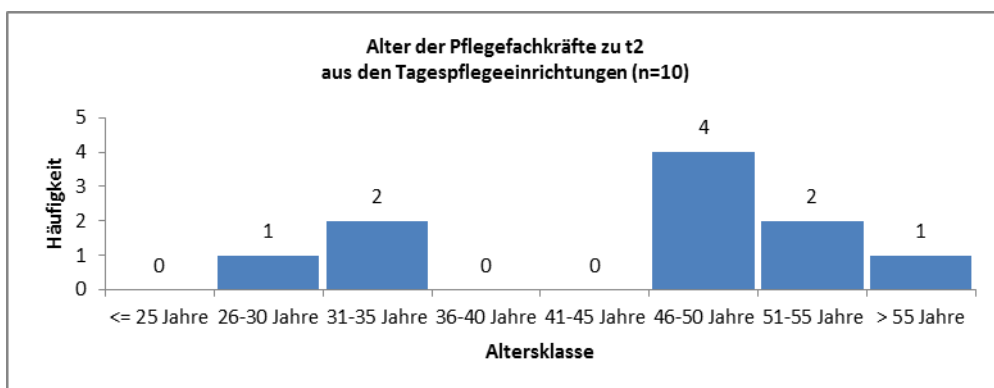


Abbildung 12: Altersverteilung der Pflegefachkräfte (MW=45,6; Median=47,5; SW=30-62) (Tagespflege, t2)

Tabelle 2 gibt die **Jahre der Berufserfahrung** der befragten Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Studiengruppen und Settings wieder. Ein in der Interpretation zu berücksichtigender Aspekt können die zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) im Durchschnitt berufserfahreneren Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B (17,3 Jahre) im Vergleich zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten und im Vergleich zu den durchschnittlichen Berufsjahren der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A sein. Ebenfalls auffällig ist der Mittelwert von 22,6 Jahren Berufserfahrung der zu t_2 befragten Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, der zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten bei 16,9 ($t_{0\text{ vor}}$) und 15,8 Jahren ($t_{0\text{ nach}}$) lag.

Tabelle 2: Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Cluster-RCT					
	$t_{0\text{ vor}}$		$t_{0\text{ nach}}$		t_2	
	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B	Pflegeheime A	Pflegeheime B
<=1	2	5	2	4	2	0
2-5	21	23	19	22	9	8
6-10	12	23	16	12	8	7
11-15	21	18	17	20	12	13
16-20	19	20	13	18	11	9
21-25	13	16	12	11	5	11
>25	10	12	8	13	9	11
k.A.	17	24	14	21	4	4
gesamt	115	141	101	121	60	63
Mittelwert	14,4	13,9	13,7	14,2	15,1	17,3
Median	13,5	13	12	14	14	16
Spannweite	1-37	1-40	0-35	1-40	1-42	2-40
Gesamt	256		222		123	
Berufsjahre der befragten Pflegefachkräfte (Jahre in Klassen)	Beobachtungsstudie					
	$t_{0\text{ vor}}$		$t_{0\text{ nach}}$		t_2	
	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegedienste	Tagespflege
<=1	5	0	3	1	1	0
2-5	4	3	5	3	3	0
6-10	10	3	11	2	5	2
11-15	12	3	11	3	6	2
16-20	11	1	10	1	9	0
21-25	11	2	9	2	5	1
>25	16	5	14	4	4	5
k.A.	4	0	6	1	2	0
gesamt	73	17	69	17	35	10
Mittelwert	17,8	16,9	17,3	15,8	16,2	22,6
Median	18	15	16	14	17	25,5
Spannweite	0-40	3-33	1-40	1-33	1-36	6-36
Gesamt	90		86		45	

Tabelle 3 stellt die Unterscheidung in Pflegefachkraft mit und ohne Führungsaufgabe sowie die Zugehörigkeit der befragten Pflegefachkräfte in den die Implementierung begleitenden Projektgruppen dar. In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A nahmen zu allen Zeitpunkten mehr Pflegefachkräfte ohne Führungsaufgabe an der Befragung zur Schulungsevaluation teil als Führungskräfte. In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B waren noch zum ersten Untersuchungszeitpunkt $t_{0\text{ vor}}$ anteilig mehr Pflegefachkräfte mit Führungsaufgabe (51,1 %) als Pflegefachkräfte ohne Führungsaufgabe unter den befragten Personen. In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A nahmen mit 51,7 % zum letzten Untersuchungszeitpunkt (t_2) deutlich mehr Projektgruppenmitglieder im Verhält-

nis zu den Pflegefachkräften, die nicht Teil der mit Implementierung betrauten Projektgruppe waren, an der Befragung teil als in der Gruppe B und als zu den vorherigen Zeitpunkten. Zuvor waren in beiden Gruppen etwa je ein Drittel der befragten Pflegefachkräfte auch Mitglieder der Projektgruppe. In den Pflegediensten nahmen zu allen drei Zeitpunkten mehr Pflegefachkräfte ohne als mit Führungsaufgabe teil. In den Tagespflegeeinrichtungen waren es zu den ersten beiden Befragungszeitpunkten mehr Pflegefachkräfte mit als ohne Führungsaufgabe (jeweils 64,7 %). Die befragten Pflegedienstmitarbeiter teilen sich zum ersten Befragungszeitpunkt noch beinahe hälftig in Projektgruppenmitglieder und Nicht-Projektgruppenmitglieder (46,6 % zu $t_{0 \text{ vor}}$, 42,0 % zu $t_{0 \text{ vor}}$, 40,0 % zu t_2). Die kleine Stichprobe der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen ($n=17$ zu $t_{0 \text{ vor und nach}}$, $n=10$ zu t_2) bestand zu allen drei Zeitpunkten zum Großteil aus Projektgruppenmitgliedern.

Die Unterschiede, ob es sich in den Stichproben um mehr oder weniger Pflegefachkräfte mit Führungsaufgabe und mehr oder weniger Mitglieder in der Projektgruppe handelt, sind in der Interpretation zu berücksichtigen, wenn beispielsweise die Antworten der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A zu t_2 besser ausfallen als die Antworten derjenigen Befragten aus der Interventionsgruppe B oder umgekehrt oder die Antworten der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen aufgrund des hohen Anteils der Projektgruppenmitglieder unter den Befragten zu allen drei Zeitpunkten sehr gut ausfallen.

Tabelle 3: Qualifikation und Position in der Projektgruppe der befragten Pflegefachkräfte (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, $t_0 \text{ vor}$, $t_0 \text{ nach}$ und t_2)

Qualifikation der Pflegefachkräfte		Pflegefachkraft mit Führungsaufgabe	Pflegefachkraft	keine Angabe	gesamt	davon Mitglied in Projektgruppe	Gesamt
Cluster-RCT							
$t_{0 \text{ vor}}$	Pflegeheime A	40 (34,8 %)	68 (59,1 %)	7 (6,1 %)	115 (100 %)	36 (31,3 %)	256
	Pflegeheime B	72 (51,1 %)	63 (44,7 %)	6 (4,3 %)	141 (100 %)	48 (34,0 %)	
$t_{0 \text{ nach}}$	Pflegeheime A	40 (39,6 %)	56 (55,4 %)	5 (5,0 %)	101 (100 %)	28 (27,7 %)	222
	Pflegeheimen B	56 (46,3 %)	58 (47,9 %)	7 (5,8 %)	121 (100 %)	43 (35,5 %)	
t_2	Pflegeheime A	22 (36,7 %)	35 (58,3 %)	3 (5,0 %)	60 (100 %)	31 (51,7 %)	123
	Pflegeheime B	25 (39,7 %)	36 (57,1 %)	2 (3,2 %)	63 (100 %)	23 (36,5 %)	
Beobachtungsstudie							
$t_{0 \text{ vor}}$	Pflegedienste	23 (31,5 %)	47 (64,4 %)	3 (4,1 %)	73 (100 %)	34 (46,6 %)	90
	Tagespflege	11 (64,7 %)	6 (35,3 %)	0 (--)	17 (100 %)	15 (88,2 %)	
$t_{0 \text{ nach}}$	Pflegedienste	24 (34,8 %)	44 (63,8 %)	1 (1,4%)	69 (100 %)	29 (42,0 %)	86
	Tagespflege	11 (64,7 %)	6 (35,3 %)	0 (--)	17 (100 %)	15 (88,2 %)	
t_2	Pflegedienste	10 (28,6 %)	25 (71,4 %)	0 (--)	35 (100 %)	14 (40,0 %)	45
	Tagespflege	4 (40,0 %)	6 (60,0 %)	0 (--)	10 (100 %)	8 (80 %)	

Die folgenden Kapitel geben die ermittelten Lerneffekte (als Wissenszuwachs und -verstetigung) der befragten Pflegefachkräfte auf die insgesamt neun Fragen des Fragebogens „CRF Schulungsevaluati-on“ wieder. Die gestellten Fragen sind zwei Themenbereichen zuzuordnen. Der erste Themenbereich fragt nach allgemeinen Kenntnissen über die Expertenstandards in der Pflege und der zweite Themenbereich prüft das Wissen zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

Themenbereich 1: Wissen zu den Expertenstandards in der Pflege

Der erste Fragenbereich umfasst drei Unterfragen, wovon die beiden letzten Fragen (in Stichpunkten) freiformulierte Antworten zuließen, die zur Auswertung den drei Kategorien „zutreffende Antwort“, „in Teilen zutreffende Antwort“ und „nicht zutreffende Antwort“ zugeordnet wurden.

Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)?

Die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A (hierzu sind die drei unteren Balken der Abbildung 13 von unten nach oben zu lesen) schätzten ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP direkt nach der Basis-Schulung durch die Universität Bremen (8,9 % bei „sehr gut“ und 55,4 % „gut“ zu $t_{0\text{ nach}}$) deutlich besser ein als vor dieser ($t_{0\text{ vor}}$). Diese Einschätzung stieg nach weiteren sechs Monaten (t_2) auf 15,0 % bei „sehr gut“ und 51,7 % bei „gut“. Für die Pflegefachkräfte der Pflegeheime aus der Interventionsgruppe B ist ebenfalls ein deutlicher Anstieg zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt zu verzeichnen: Zu $t_{0\text{ nach}}$ bewerteten 6,6 % und 64,5 % der befragten Personen ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP als „sehr gut“ und „gut“. Zum dritten Untersuchungszeitpunkt, also nach der durchlaufenen Implementierung, sank diese Einschätzung zwar insgesamt leicht, doch bleibt sie mit 11,1 % und mit 54,0 % in den beiden Kategorien „sehr gut“ und „gut“ auf einem ähnlichen hohen Niveau wie die Einschätzung der Pflegeheimmitarbeiter aus Gruppe A.

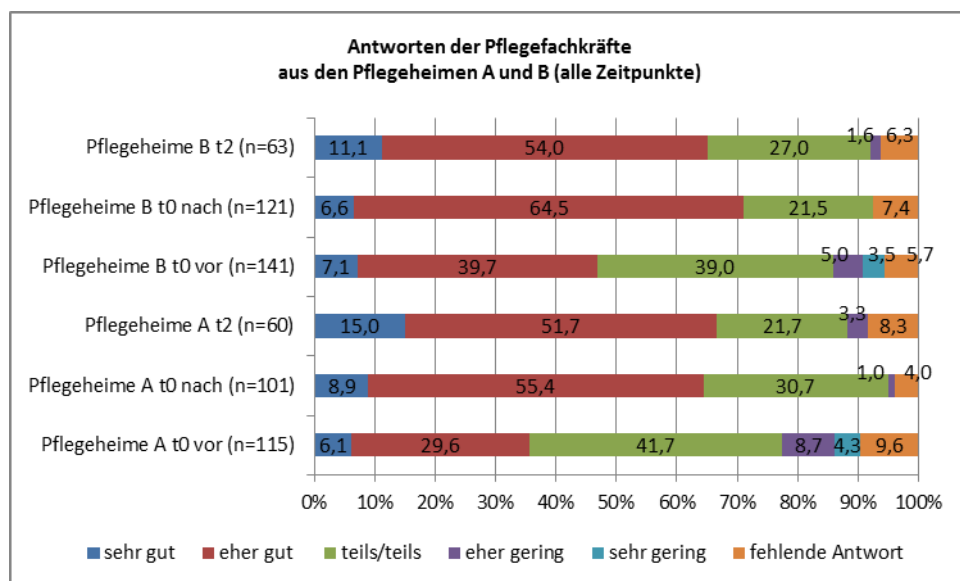


Abbildung 13: Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP? (Pflegeheime, $t_0\text{ vor}$, $t_0\text{ nach}$ und t_2)

Die Mitarbeiter aus den ambulanten Diensten schätzten ihren Wissensstand zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ nach}}$) mit 5,8 % bei „sehr gut“ und 50,7 % bei „gut“ am höchsten ein. Dagegen ist bei den Mitarbeitern aus den Tagespflegeeinrichtungen über den Zeitverlauf hinweg ein Anstieg zu sehen: zu t_2 , also nach den sechs Monaten des Implementierungsprozesses, schätzten 60,0 % der befragten Mitarbeiter ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP als „sehr gut“ ein (Abbildung 14).

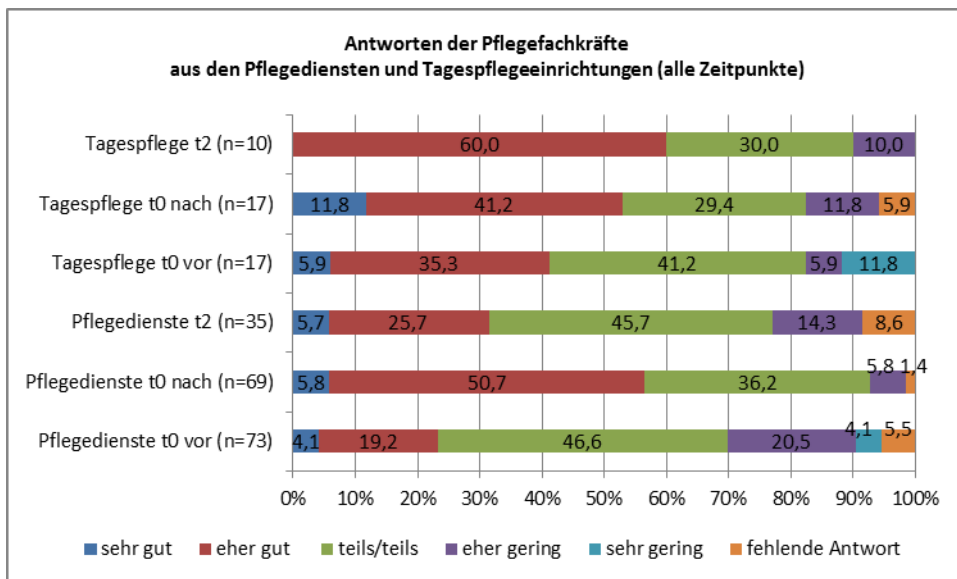


Abbildung 14: Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP? (Pflegedienste und Tagespflege, t0 vor, t0 nach und t2)

Wozu dienen Expertenstandards in der Pflege?

Tabelle 4 zeigt die Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen (Interventionsgruppe A und B) sowie aus den ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu den drei Untersuchungszeitpunkten auf die Frage, wozu die Expertenstandards in der Pflege dienen? Auf diese Frage antworteten zu den drei Untersuchungszeitpunkten jeweils die meisten der befragten Pflegefachkräfte aus den Gruppen bzw. Settings mittels Freitext. Die Freitext-Antworten wurden zur Auswertung nach den Kategorien „zutreffende Antwort“, „in Teilen zutreffende Antwort“ und „nicht zutreffende Antwort“ geordnet und dementsprechend im Folgenden präsentiert.

Tabelle 4: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Wozu dienen Expertenstandards in der Pflege?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t0 vor, t0 nach und t2)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten (kategorisiert)	weiß nicht-Antworten	fehlende Antwort	Antworten gesamt je Gruppe/Setting	Antworten gesamt				
Cluster-RCT									
Pflegeheimen A zu t _{0 vor}	106	92,2 %	2	1,7 %	7	6,1 %	115	100 %	256
Pflegeheimen B zu t _{0 vor}	124	87,9 %	8	5,7 %	9	6,4 %	141	100 %	
Pflegeheimen A zu t _{0 nach}	97	96,0 %	0	0,0 %	4	4,0 %	101	100 %	222
Pflegeheimen B zu t _{0 nach}	111	91,7 %	3	2,5 %	7	5,5 %	121	100 %	
Pflegeheimen A zu t ₂	46	76,7 %	4	6,7 %	10	16,7 %	60	100 %	123
Pflegeheimen B zu t ₂	61	96,8 %	1	1,6 %	1	1,6 %	63	100 %	
Beobachtungsstudie									
Pflegediensten zu t _{0 vor}	65	89,0 %	7	9,6 %	1	1,4 %	73	100 %	90
Tagespflegen zu t _{0 vor}	17	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t _{0 nach}	65	94,2 %	2	2,9 %	2	2,9 %	69	100 %	86
Tagespflegen zu t _{0 nach}	17	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t ₂	34	97,1 %	1	2,9 %	0	0,0 %	35	100 %	45
Tagespflegen zu t ₂	10	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100 %	

Sowohl in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A als auch der Interventionsgruppe B stieg der Anteil der voll zutreffenden Antworten über die drei Untersuchungszeitpunkte an. Der deutlichste Anstieg fand zwischen t_{0 vor}, direkt vor der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf durch die

Universität Bremen, und $t_{0\text{ nach}}$, direkt nach der Basis-Schulung, statt. Noch sechs Monate später und am Ende des Implementierungsprozesses (zu t_2) trafen 50,0 % und 47,5 % der Antworten der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A und Interventionsgruppe B voll zu (Abbildung 15).

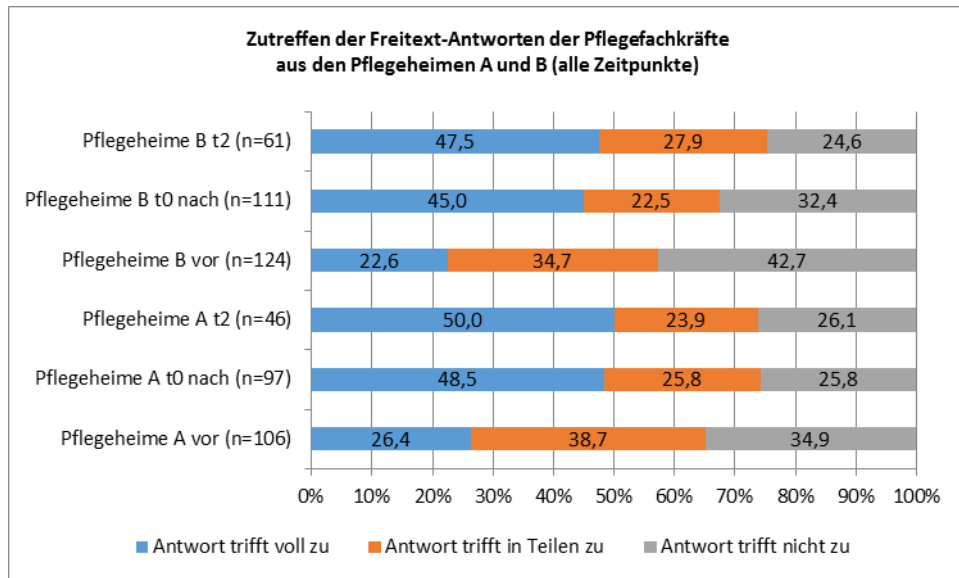


Abbildung 15: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Wozu dienen Expertenstandards in der Pflege?“ (Pflegeheime, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Bei den Pflegedienstmitarbeitern verdoppelte sich die Anzahl der voll zutreffenden Antworten zwischen vor und nach der Basis-Schulung von 27,7 % auf 50,8 %. Zum dritten Zeitpunkt, sechs Monate später, ging der Anteil der voll zutreffenden Antworten zwar wieder zurück, doch stiegen die Antworten, die in Teilen zutreffen, auf 38,2 % an. Die voll zutreffenden Antworten der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen nahmen über die Untersuchungsdauer zu. Anteilig lagen diese zu t_2 bei 80,0 % und es gab keine Antworten mehr, die in die Kategorie der nicht zutreffenden Antworten fielen (Abbildung 16).

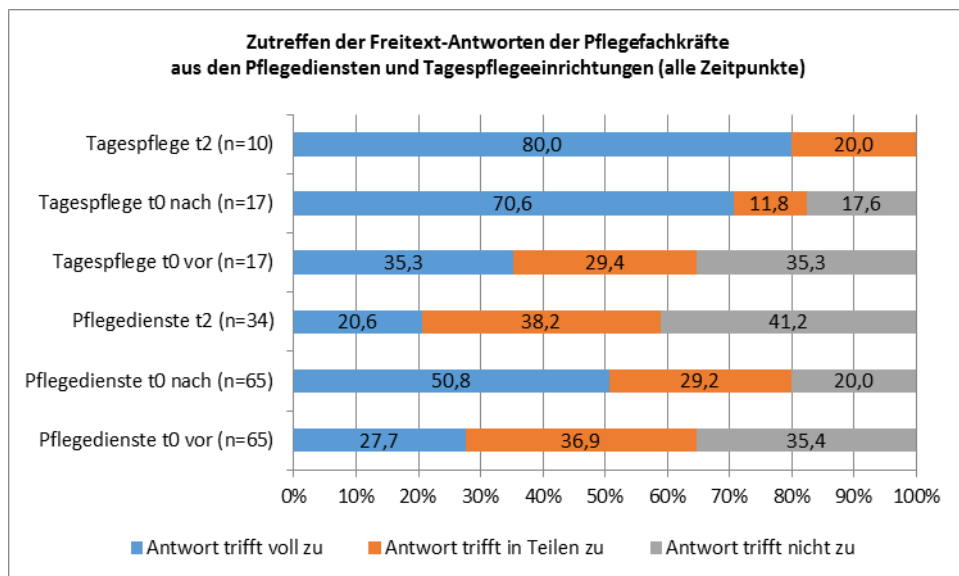


Abbildung 16: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Wozu dienen Expertenstandards in der Pflege?“ (Pflegedienste und Tagespflege, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Der Kern von Expertenstandards ist in einer Tabelle zusammengefasst. Was lässt sich aus der Tabelle ablesen?

Tabelle 5 zeigt die Antwortbeteiligung der befragten Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Settings und zu den drei Untersuchungszeitpunkten auf die Frage danach, was aus der Standard-Tabelle abzulesen ist. In allen befragten Stichproben kam es zum ersten Zeitpunkt, noch vor der Basis-Schulung ($t_{0\text{ vor}}$), zu den meisten „weiß nicht“-Antworten, die zu den anderen Zeitpunkten nicht mehr ins Gewicht fielen.

Tabelle 5: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Was lässt sich aus der Standard-Tabelle ablesen?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten (kategorisiert)		weiß nicht-Antworten		fehlende Antwort		Antworten gesamt je Gruppe/Setting		Antworten gesamt
Cluster-RCT									
Pflegeheimen A zu $t_{0\text{ vor}}$	61	53,0 %	34	29,6 %	20	17,4 %	115	100 %	256
Pflegeheimen B zu $t_{0\text{ vor}}$	81	57,4 %	35	24,8 %	25	17,7 %	141	100 %	
Pflegeheimen A zu $t_{0\text{ nach}}$	82	81,2 %	6	5,9 %	13	12,9 %	101	100 %	222
Pflegeheimen B zu $t_{0\text{ nach}}$	98	81,0 %	7	5,8 %	16	13,2 %	121	100 %	
Pflegeheimen A zu t_2	46	76,7 %	5	8,3 %	9	15,0 %	60	100 %	123
Pflegeheimen B zu t_2	53	84,1 %	7	11,1 %	3	4,8 %	63	100 %	
Beobachtungsstudie									
Pflegediensten zu $t_{0\text{ vor}}$	32	43,8 %	36	49,3 %	5	6,8 %	73	100 %	90
Tagespflegen zu $t_{0\text{ vor}}$	9	52,9 %	8	47,1 %	0	0,0 %	17	100 %	
Pflegediensten zu $t_{0\text{ nach}}$	60	87,0 %	3	4,3 %	6	8,7 %	69	100 %	86
Tagespflegen zu $t_{0\text{ nach}}$	14	82,4 %	1	5,9 %	2	11,8 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t_2	26	74,3 %	6	17,1 %	3	8,6 %	35	100 %	45
Tagespflegen zu t_2	9	90,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	10	100 %	

Die aus den Freitexten kategorisierten (voll/in Teilen/nicht zutreffenden) Antworten zeigen bei den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe A einen Anstieg der voll zutreffenden Antworten über die Untersuchungsdauer hinweg (zu t_2 91,3 %). Bei den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe B nahm dieser Anteil zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt weniger deutlich zu und fällt zum dritten Untersuchungszeitpunkt unter das Niveau des ersten Zeitpunkts zurück (54,7 %). Doch in beiden Gruppen sind die Anteile der voll zutreffenden Antworten mit mehr als 50 % von Beginn an als hoch zu bewerten (Abbildung 17).

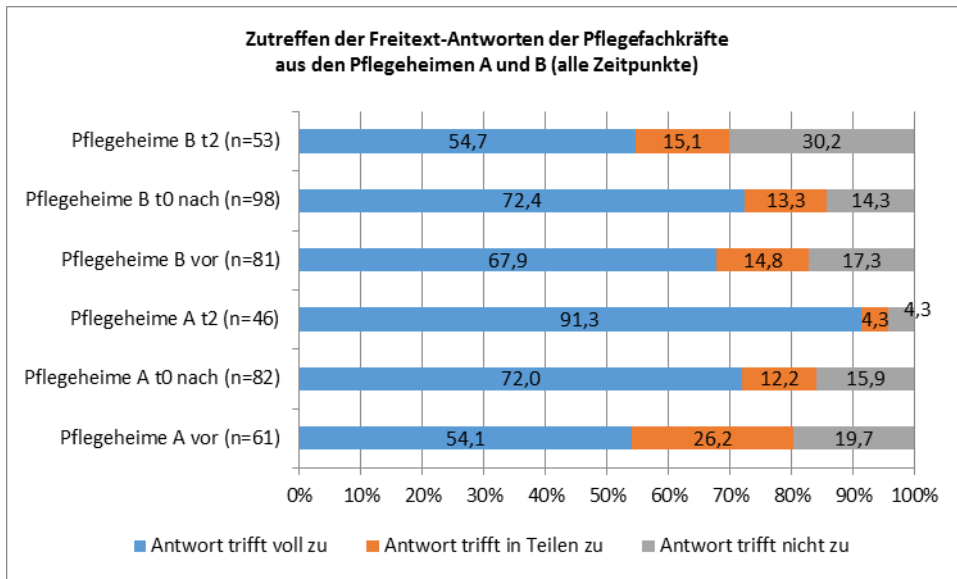


Abbildung 17: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Was lässt sich aus der Standard-Tabelle ablesen?“ (Pflegeheime, t0 vor, t0 nach und t2)

Auch bei den Mitarbeitern aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen ist ein von vornherein hoher Anteil der voll zutreffenden Antworten auf die Frage, was aus der Standardtabelle abzulesen ist, festzustellen. Die Anteile bei den Mitarbeitern aus den Tagespflegeeinrichtungen steigen über die Zeit und zu t₂ gibt es auch bei dieser Fragestellung keine nicht zutreffenden Antworten mehr. Die voll zutreffenden Antworten der Pflegedienstmitarbeiter erfahren ihren höchsten Anstieg um 16,9 % (von 53,1 % auf 70,0 %) zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt und fallen zum dritten Zeitpunkt unter das Niveau des ersten Untersuchungszeitpunkts zurück.

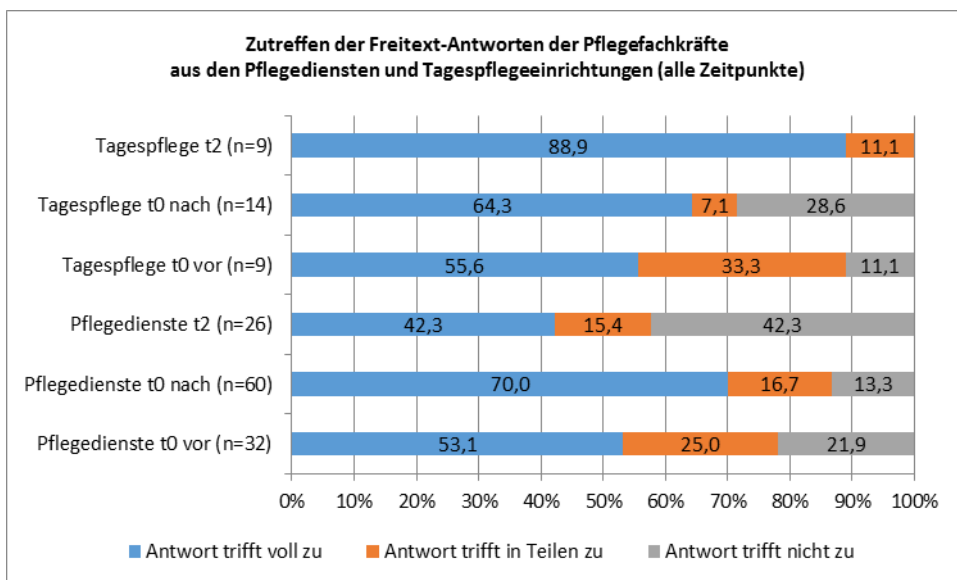


Abbildung 18: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Was lässt sich aus der Standard-Tabelle ablesen?“ (Pflegedienste und Tagespflege, t0 vor, t0 nach und t2)

Zusammenfassung zur Einschätzung des Wissensstands zu den Expertenstandards in der Pflege

Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)? – Wozu dienen Expertenstandards in der Pflege? –

Der Kern von Expertenstandards ist in einer Tabelle zusammengefasst. Was lässt sich aus der Tabelle ablesen?

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Bei den Pflegefachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B ist ein deutlicher Anstieg des Wissensstands zu den Expertenstandards in der Pflege zwischen den Zeitpunkten direkt vor und nach der Basis-Schulung durch das Studienteam der Universität Bremen zu verzeichnen. Nach weiteren sechs Monaten steigt der Wissensstand der Pflegefachkräfte aus der Gruppe A weiterhin, wohingegen die Pflegefachkräfte aus der Gruppe B ihren Wissensstand zwar geringer einschätzen, doch auch dieser bleibt auf einem zu den Pflegefachkräften aus der Gruppe A ähnlich hohem Niveau.

- Bei der Frage nach dem Zweck der Expertenstandards in der Pflege ist ein deutlicher Lerneffekt durch die Basis-Schulung erkennbar und auch nach der Implementierungszeit kannte diesen ca. die Hälfte der Pflegeheimmitarbeiter aus beiden Interventionsgruppen.

- Der Lerneffekt bezüglich des Inhalts der Standardtabelle durch die Basis-Schulung ist bei den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe A stärker als bei den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe B und der auf diese Frage bezogene Wissenszuwachs nimmt bei den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe A über die Zeit zu, während er bei den Pflegeheimmitarbeitern aus der Interventionsgruppe B – auf einem immer noch hohen Niveau – abnimmt.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

- Die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten beurteilen ihren Wissensstand zu den Expertenstandards in der Pflege zum Zeitpunkt direkt nach der Basis-Schulung durch die Universität Bremen am höchsten. Für die Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen steigt ihr Wissensstand über die sechs Monate des Implementierungsprozesses hinweg und ist zum dritten Untersuchungszeitpunkt am höchsten.

- Wie bei den befragten Personen aus den Pflegeheimen ist bei den Mitarbeitern aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen bei der Frage nach dem Zweck der Expertenstandards in der Pflege ein deutlicher Lerneffekt durch die Basis-Schulung erkennbar.

- In beiden Settings ist ein Lerneffekt bezüglich des Inhalts der Standardtabelle durch die Basis-Schulung zu erkennen. Der auf diese Frage bezogene Wissenszuwachs nimmt bei den Pflegefachkräften aus den Tagespflegeeinrichtungen über die Zeit zu, während er bei den Pflegedienstmitarbeitern – auf einem immer noch hohen Niveau – abnimmt.

Themenbereich 2: Wissen zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“

Dieser auf die Kenntnisse zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ ausgerichteter Themenbereich umfasst sechs Unterfragen. Die ersten beiden Fragen und die sechste Frage gaben Antwortkategorien zum Ankreuzen vor, die übrigen drei Fragen konnten mittels Freitext beantwortet werden, wenn die antwortenden Personen nicht die Option „weiß nicht“ ankreuzten. Die Freitexte wurden wieder in die drei Kategorien der von voll bis nicht zutreffenden Antworten geordnet.

Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfehlen?

Bevor die Pflegefachkräfte der an der Cluster-RCT teilnehmenden Pflegeheime durch die Basis-Schulung mit den Inhalten des Expertenstandard-Entwurfs (zum ersten Mal) vertraut gemacht wurden, wählte ca. je ein Drittel aus beiden Gruppen die Antwort-Option „weiß nicht“ auf die Frage, ob sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen würden. Die übrigen 60,0 % der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und 60,3 % der befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B stimmten bereits zum ersten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ vor}}$) für eine bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs. In beiden Gruppen nahmen diese Werte zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ nach}}$), also am selben Tag nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf, zu (84,2 % bei A und 75,2 % bei B). Zum sechs Monate späteren, dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) stiegen die „ja“-Stimmen der Pflegemitarbeiter aus den Pflegeheimen der Gruppe B noch einmal leicht um einen Prozentpunkt an, wohingegen die „ja“-Stimmen der Pflegemitarbeiter aus den Pflegeheimen der Gruppe A auf 68,3 % zurückgingen. Zudem erreichten zu diesem Zeitpunkt die „nein“-Stimmen mit 11,7 % (Pflegeheime A) und 7,9 % (Pflegeheime B) ihre höchste Beteiligung (Abbildung 19).

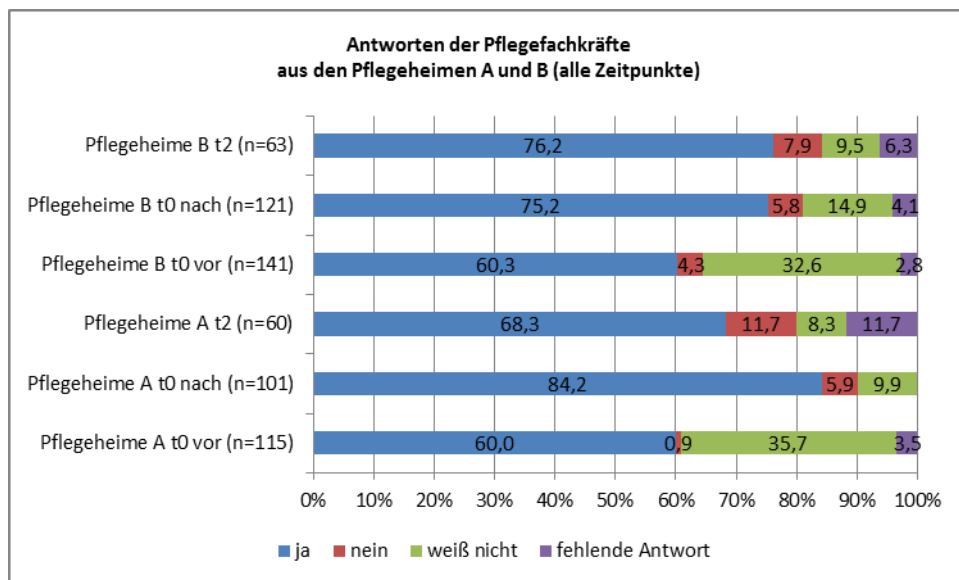


Abbildung 19: Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen? (Pflegeheime, $t_{0\text{ vor}}$, $t_{0\text{ nach}}$ und t_2)

Abbildung 20 stellt die Antworten der Pflegefachkräfte aus dem ambulanten und teilstationären Setting dar. Ein Drittel der Pflegegedienstmitarbeiter und knapp die Hälfte der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen wussten die Frage zum ersten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ vor}}$) noch nicht zu beantworten. Doch – wie auch im vollstationären Setting – stimmten bereits zum ersten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ vor}}$) viele der befragten Personen für die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs und für beide Gruppen ist ebenfalls ein Anstieg der Empfehlung zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ nach}}$) zu verzeichnen. Sechs Monate später sanken diese Werte und es sind noch 68,6 % der Pflegegedienstmitarbeiter und 60,0 % der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen, die der Einführung zustimmten. Weitere 10,0 % der befragten Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen äußerten sich nach den Erfahrungen durch die Implementierung gegen die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs, in den Pflegegediensten sind es 5,9 % der befragten Mitarbeiter.

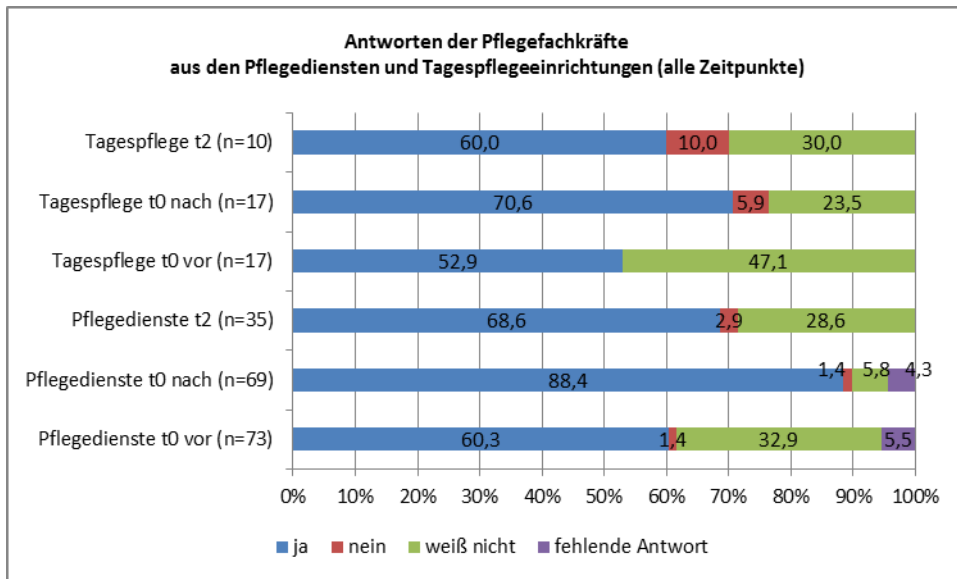


Abbildung 20: Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen? (Pflegedienste und Tagespflege, t0 vor, t0 nach und t2)

Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ des DNQP?

Für die Pflegeheimmitarbeiter aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A ist zwischen dem ersten ($t_{0\text{ vor}}$) und zweiten ($t_{0\text{ nach}}$) Untersuchungszeitpunkt ein deutlicher Anstieg bezüglich der Beurteilung ihres Wissensstandes zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zu verzeichnen, direkt nach der Basis-Schulung schätzten 6,9 % und 55,4 % ihren Wissensstand als „sehr gut“ und „eher gut“ ein. Auch die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Gruppe B schätzten ihren Wissensstand mit 7,4 % für „sehr gut“ und 58,7 % „eher gut“ nach der ersten Schulung deutlich höher ein als vor dieser. Diese Einschätzung blieb bei den Fachkräften aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B auch sechs Monate (t_2) später auf annähernd demselben Niveau (7,9 % für „sehr gut“ und 58,7 % „eher gut“), während die befragten Personen aus der Interventionsgruppe A mit 6,7 % für „sehr gut“ und 43,3 % „eher gut“ ihre Kenntnisse geringer einschätzten (Abbildung 21).

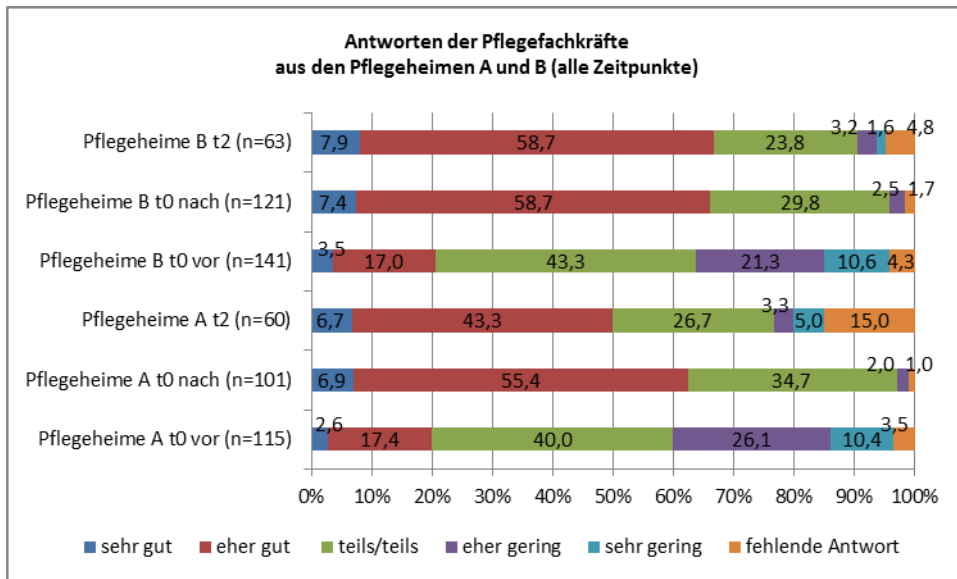


Abbildung 21: Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf? (Pflegeheime, t₀ vor, t₀ nach und t₂)

Auch die Pflegefachkräfte aus dem ambulanten und teilstationären Setting beurteilten ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf direkt nach der Schulung (t₀ nach) deutlich besser als vor der Basis-Schulung (t₀ vor). Zum ersten Zeitpunkt sind in beiden Gruppen die Werte für die Kategorien „eher gering“ und „sehr gering“ am höchsten. Neben den 54,3 % der befragten Pflegedienstmitarbeiter, die ihren Wissensstand zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t₂) weder als gut noch als schlecht einschätzten, beurteilten diesen immer noch mit 14,3 % und 17,1 % als „sehr gut“ und „eher gut“. Der Großteil (60 %) der befragten teilstationär Tätigen sahen nach Abschluss der Implementierungszeit ihre Kenntnisse zum Expertenstandard-Entwurf als „eher gut“ an (Abbildung 22).

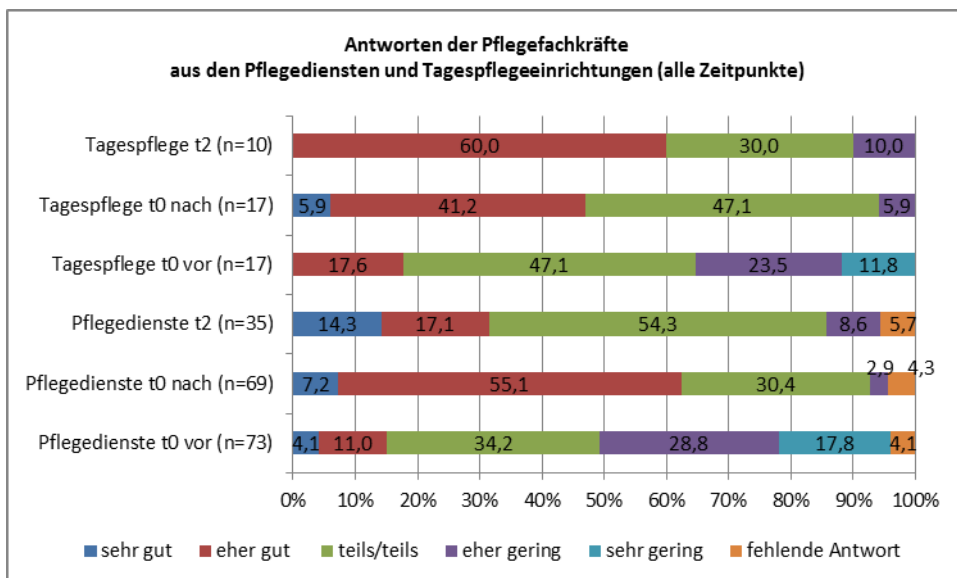


Abbildung 22: Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf? (Pflegedienste und Tagespflege, t₀ vor, t₀ nach und t₂)

Zusammenfassung zur Einschätzung des Wissensstands zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (I)

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfehlen?

- Nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ ist der Anteil der Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B für die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs am höchsten. Nach der sechsmonatigen Implementierung sind die Anteile der Zustimmung geringer und (mit ca. 12 % und ca. 8 % der Pflegeheimmitarbeiter aus den Interventionsgruppen A und B) erreichen die Stimmen gegen die bundesweite und verbindliche Einführung ihre höchsten Werte.

Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ des DNQP?

- Direkt nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf schätzten die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen beider Interventionsgruppen ihren Wissensstand höher ein als vor dieser ersten Schulung. Zum Ende der durchlaufenen Implementierung schätzten die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B ihre Kenntnisse als unverändert ein, für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Gruppe A sanken ihre Kenntnisse wieder.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfehlen?

- Wie im vollstationären Setting sprechen sich nach der Basis-Schulung die meisten Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen für die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs empfehlen. Sechs Monate später, nach der durchlaufenen Implementierung, sind es weniger der befragten Personen und unter den Mitarbeitern aus den Tagespflegeeinrichtungen sprechen sich sogar 10 % gegen die bundesweite und verbindliche Einführung aus.

Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ des DNQP?

- Direkt nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf schätzten die Pflegefachkräfte aus beiden Settings ihren Wissensstand höher ein als davor. Zum Ende der Implementierung sanken ihre Kenntnisse aus Sicht der Pflegedienstmitarbeiter wieder, während der Kenntnisstand der Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen anstieg. Dieser Befund kann dem sehr hohen Anteil an Projektgruppen-Mitgliedern unter den befragten Mitarbeitern aus den Tagespflegeeinrichtungen geschuldet sein.

Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

Tabelle 6 zeigt die Antwortbeteiligung der befragten Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Studiengruppen und Settings zu den drei Untersuchungszeitpunkten auf die Frage nach dem Ziel des Expertenstandard-Entwurfs. Zum Zeitpunkt vor der Basis-Schulung ($t_{0 \text{ vor}}$) antworteten noch je ca. 18 % der Mitarbeiter aus den Pflegeheimen der beiden Interventionsgruppen und ca. 25 % der Mitarbeiter aus den Pflegediensten mit einem „weiß nicht“. Diese Antwort kam zu den späteren Zeitpunkten verschwindend gering und bei den Mitarbeitern aus den teilstationären Einrichtungen gar nicht vor und die Anteile der Freitext-Antworten nehmen die deutlich größeren Anteile ein. Diese

wurden zur Auswertung des Wissenszuwachses wieder in die drei Kategorien (voll/in Teilen/nicht zutreffende Antworten) geordnet.

Tabelle 6: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t0 vor, t0 nach und t2)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten (kategorisiert)		weiß nicht-Antworten		fehlende Antwort		Antworten gesamt je Gruppe/Setting		Antworten gesamt
Cluster-RCT									
Pflegeheimen A zu t ₀ vor	86	73,9 %	20	17,4 %	10	8,7 %	115	100 %	256
Pflegeheimen B zu t ₀ vor	105	74,5 %	25	17,7 %	11	7,8 %	141	100 %	
Pflegeheimen A zu t ₀ nach	94	93,1 %	1	1,0 %	6	5,9 %	101	100 %	222
Pflegeheimen B zu t ₀ nach	113	93,4 %	3	2,5 %	5	4,1 %	121	100 %	
Pflegeheimen A zu t ₂	45	75,0 %	4	6,7 %	11	18,3 %	60	100 %	123
Pflegeheimen B zu t ₂	58	92,1 %	1	1,6 %	4	6,3 %	63	100 %	
Beobachtungsstudie									
Pflegediensten zu t ₀ vor	50	68,5 %	18	24,7 %	5	6,8 %	73	100 %	90
Tagespflegen zu t ₀ vor	17	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t ₀ nach	65	94,2 %	1	1,4 %	3	4,3 %	69	100 %	86
Tagespflegen zu t ₀ nach	16	94,1 %	1	5,9 %	0	0,0 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t ₂	34	97,1 %	1	2,9 %	0	0,0 %	35	100 %	45
Tagespflegen zu t ₂	10	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100 %	

Die Anteile der voll zutreffenden Antworten nahmen für beide Gruppen, die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppen A und B, über die drei Befragungszeitpunkte zu und die Anteile der nicht zutreffenden Antworten gingen über denselben Zeitraum zurück (Abbildung 23): mit 70,7 % gegenüber 66,7 % haben etwas mehr Pflegefachkräfte aus der Interventionsgruppe B die passenden Antworten auf die Frage nach dem Ziel des Expertenstandard-Entwurfs als die Pflegefachkräfte aus der Interventionsgruppe A gegeben. Der Lerneffekt zwischen den Zeitpunkten direkt vor und nach der Basis-Schulung ist durch den Anstieg der voll zutreffenden Antworten um 22,1 % in der Stichprobe der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B deutlicher zu erkennen als in der Stichprobe der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A.

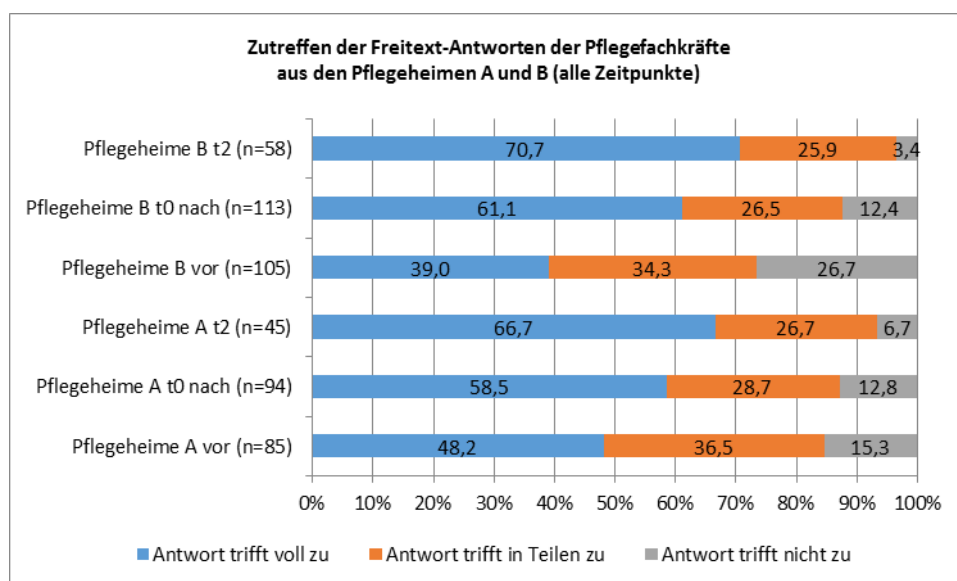


Abbildung 23: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs“ (Pflegeheime, t0 vor, t0 nach und t2)

Auch in den Tagespflegeeinrichtungen stiegen die Anteile der voll zutreffenden Antworten und damit der Wissensstand bezüglich der Frage nach dem Ziel des Expertenstandard-Entwurfs über die Zeit der sechsmonatigen Implementierung: zu t_2 waren es 70,0 % und es gab keine nicht zu treffenden Antworten mehr. Nach der Basis-Schulung lag der Anteil der voll zutreffenden Antworten bei den Mitarbeitern aus den Pflegediensten mit 53,8 % am höchsten, nach weiteren sechs Monaten sank dieser auf 26,5 % und die nicht zu treffenden Antworten erreichten mit 32,4 % ihren höchsten Wert.

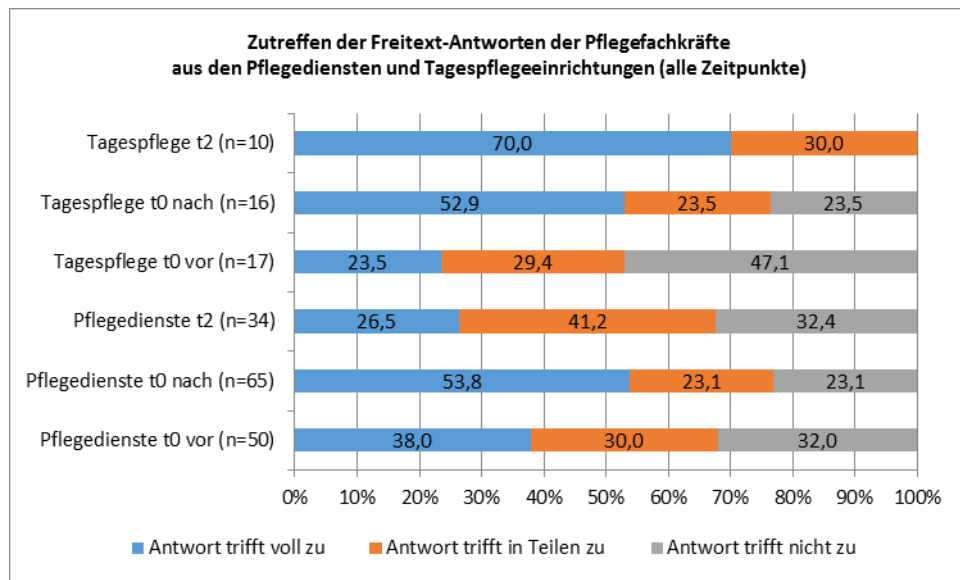


Abbildung 24: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs“ (Pflegedienste und Tagespflege, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ dieses Ziel erreicht werden?

Tabelle 7 zeigt die Antwortbeteiligung der befragten Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Settings und zu den drei Untersuchungszeitpunkten auf die Frage, wodurch laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden soll. Zum Zeitpunkt vor der Basis-Schulung ($t_{0\text{ vor}}$) wurde die „weiß nicht“-Antwortoption noch von einigen der befragten Personen in den unterschiedlichen Stichproben gewählt. Ein Zehntel der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A und ca. 17 % der Mitarbeiter aus den Pflegediensten entschieden sich auch zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) für diese Antwort. Für den ersten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ vor}}$) kam es zudem zusammengenommen zu ca. 31 % fehlenden Antworten in der Cluster-RCT, d. h. manche der befragten Pflegefachkräfte haben an dieser Stelle des Fragebogens die Bearbeitung abgebrochen oder vergessen, zu antworten. Die Freitext-Antworten wurden wieder nach dem Grad ihrer Übereinstimmung gemäß des Antwortenkatalogs kategorisiert.

Tabelle 7: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden?“ (Pflegeheime, Pflegedienste, Tagespflege, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten (kategorisiert)	weiß nicht-Antworten	fehlende Antwort	Antworten gesamt je Gruppe/Setting	Antworten gesamt				
Cluster-RCT									
Pflegeheimen A zu $t_{0\text{ vor}}$	59	51,3 %	39	33,9 %	17	14,8 %	115	100 %	256
Pflegeheimen B zu $t_{0\text{ vor}}$	68	48,2 %	50	35,5 %	23	16,3 %	141	100 %	
Pflegeheimen A zu $t_{0\text{ nach}}$	80	79,2 %	8	7,9 %	13	12,9 %	101	100 %	222

Pflegeheimen B zu $t_{0\text{ nach}}$	100	82,6 %	8	6,6 %	13	10,7 %	121	100 %	123
Pflegeheimen A zu t_2	43	71,7 %	6	10,0 %	11	18,3 %	60	100 %	
Pflegeheimen B zu t_2	57	90,5 %	1	1,6 %	5	7,9 %	63	100 %	
Beobachtungsstudie									
Pflegediensten zu $t_{0\text{ vor}}$	30	41,1 %	36	49,3 %	7	9,6 %	73	100 %	90
Tagespflegen zu $t_{0\text{ vor}}$	14	82,4 %	3	17,6 %	0	0,0 %	17	100 %	
Pflegediensten zu $t_{0\text{ nach}}$	53	76,8 %	3	4,3 %	13	18,8 %	69	100 %	86
Tagespflegen zu $t_{0\text{ nach}}$	15	88,2 %	2	11,8 %	0	0,0 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t_2	26	74,3 %	6	17,1 %	3	8,6 %	35	100 %	45
Tagespflegen zu t_2	9	90,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	10	100 %	

Die Fragestellung, *wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden*, kann auf der einen Seite weit ausgelegt werden und ließe zweifelsohne zahlreiche Antworten zu, doch galten in der Auswertung nur diejenigen Antworten als voll zutreffend, die ausschließlich den zu dieser Frage gehörenden Inhalten der Basis-Schulung entsprachen und damit nach dem entwickelten Antwortkatalog als (voll, in Teilen oder nicht) zutreffend zu bewerten waren.

Abbildung 25 zeigt, dass sich bei den Pflegeheimmitarbeitern aus beiden Interventionsgruppen direkt nach der Basis-Schulung die meisten nicht zutreffenden Antworten ergaben. Dieses Ergebnis weicht von allen anderen Ergebnissen des ausgewerteten Fragebogens zur Schulungsevaluation ab, die zwischen den Zeitpunkten vor (zu $t_{0\text{ vor}}$) und nach der Basis-Schulung (zu $t_{0\text{ nach}}$) einen positiven Lerneffekt abbilden. Die Pflegefachkräfte aus der Interventionsgruppe A erzielten zum Zeitpunkt vor der Basis-Schulung mit 33,9 % ihren höchsten Wert für die zutreffenden Antworten. Die Pflegefachkräfte aus der Interventionsgruppe B erzielten diesen mit 46,4 % zum dritten Untersuchungszeitpunkt, sechs Monate nach der Basis-Schulung (t_2), und zeigen damit einen positiven Lerneffekt über die Studiedauer bezüglich dieser Fragestellung.

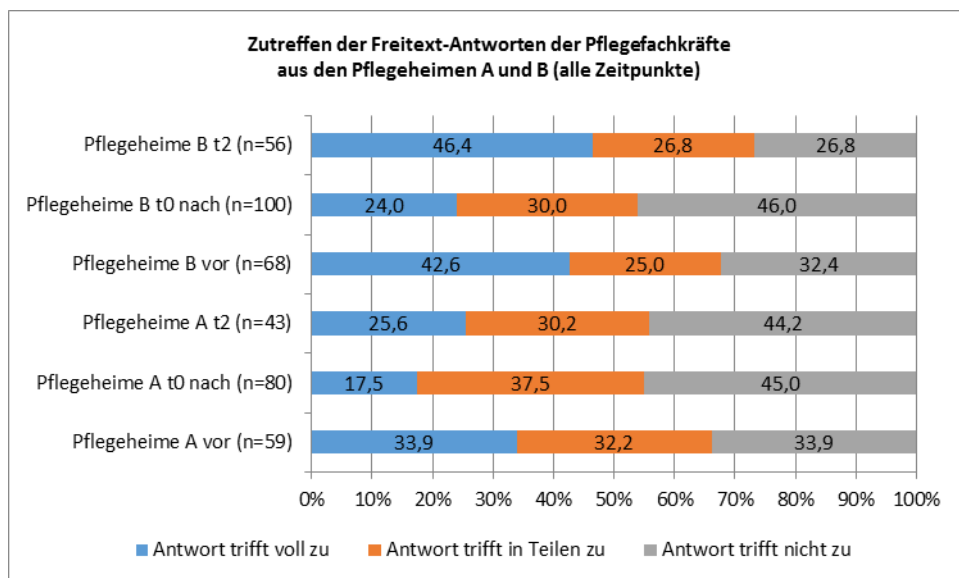


Abbildung 25: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden“ (Pflegeheime, $t_0\text{ vor}$, $t_0\text{ nach}$ und t_2)

Auch bei den Pflegefachkräften aus den Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen ist ein nicht erwarteter, negativer Lerneffekt zwischen dem ersten ($t_{0\text{ vor}}$) und zweiten ($t_{0\text{ nach}}$) Befragungszeitpunkt festzustellen. Werden die voll und in Teilen zutreffenden Antworten addiert, ergeben sich sowohl für die Pflegedienstmitarbeiter mit 68,9 % als auch die Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen

mit 60 % zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) die meisten im Sinne des Antwortkatalogs richtigen Antworten, was wiederum auf einen positiven Lerneffekt über die sechsmonatige Studiendauer hinweist (Abbildung 26).

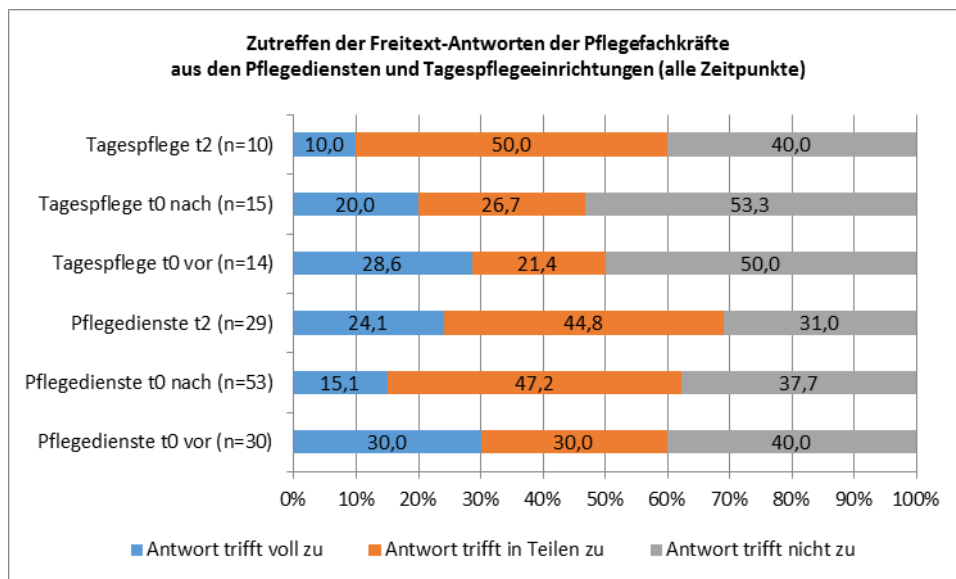


Abbildung 26: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden“ (Pflegedienste und Tagespflege, t_0 vor, t_0 nach und t_2)

Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, wenn ja, welche sind das?

Tabelle 9 zeigt die Antwortbeteiligung der befragten Pflegefachkräfte aus den verschiedenen Settings und zu den drei Untersuchungszeitpunkten auf die Frage nach den drei Arten der mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs, die in den Kommentierungen zur vierten Standardebene beschrieben werden (DNQP 2014, S. 42f.). Dort wird zwischen Einzelmaßnahmen und Gruppenmaßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Mobilität sowie Maßnahmen mit vorrangig anderer Zielsetzung, bei denen Mobilitätsförderung als Teilaspekte in das pflegerische Handeln integriert werden, unterschieden. Zu den meisten „weiß nicht“-Antworten kam es erwartungsgemäß zum ersten Zeitpunkt, vor der Basis-Schulung ($t_{0\text{ vor}}$). Für den ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t_{0\text{ vor}}$ und $t_{0\text{ nach}}$) kam es im Verhältnis zu den Antwortbeteiligungen der vorangegangenen Fragen zu auffällig vielen fehlenden Antworten in der Cluster-RCT, d. h. manche der befragten Pflegefachkräfte haben an dieser Stelle des Fragebogens die Bearbeitung abgebrochen oder vergessen, zu antworten. Die Freitext-Antworten wurden wieder nach dem Grad ihrer Übereinstimmung gemäß des Antwortkatalogs in voll, in Teilen und nicht zutreffende Antworten kategorisiert.

Tabelle 9: Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte auf die Frage „Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs, wenn ja, welche sind das?“ (Pflegerheime, Pflegedienste, Tagespflege, t₀ vor, t₀ nach und t₂)

Antwortbeteiligung der Pflegefachkräfte aus den	Freitext-Antworten (kategorisiert)		weiß nicht-Antworten		fehlende Antwort		Antworten gesamt je Gruppe/Setting		Antworten gesamt
Cluster-RCT									
Pflegerheime A zu t ₀ vor	23	20,0 %	68	59,1 %	24	20,9 %	115	100 %	256
Pflegerheime B zu t ₀ vor	35	24,8 %	76	53,9 %	30	21,3 %	141	100 %	
Pflegerheime A zu t ₀ nach	68	67,3 %	11	10,9 %	22	21,8 %	101	100 %	222
Pflegerheime B zu t ₀ nach	85	70,2 %	18	14,9 %	18	14,9 %	121	100 %	
Pflegerheime A zu t ₂	36	60,0 %	11	18,3 %	13	21,7 %	60	100 %	123
Pflegerheime B zu t ₂	48	76,2 %	10	15,9 %	5	7,9 %	63	100 %	
Beobachtungsstudie									
Pflegediensten zu t ₀ vor	15	20,5 %	48	65,8 %	10	13,7 %	73	100 %	90
Tagespflegen zu t ₀ vor	8	47,1 %	7	41,2 %	2	11,8 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t ₀ nach	53	76,8 %	7	10,1 %	9	13,0 %	69	100 %	86
Tagespflegen zu t ₀ nach	11	64,7 %	3	17,6 %	3	17,6 %	17	100 %	
Pflegediensten zu t ₂	21	60,0 %	12	34,3 %	2	5,7 %	35	100 %	45
Tagespflegen zu t ₂	10	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100 %	

Für die befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A ist zunächst ein deutlicher Lerneffekt durch die Basis-Schulung zu erkennen, denn zum zweiten Befragungszeitpunkt (t₀ nach) antworteten 55,9 % der befragten Personen voll zutreffend. Zum dritten Befragungszeitpunkt (t₂) dagegen kam es mit 69,4 % zu den meisten nicht zutreffenden Antworten. Die Antworten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B sprechen sowohl für einen Lerneffekt im Nachgang der Basis-Schulung als auch über die Studiendauer hinweg bezüglich der Fragestellung nach den drei Maßnahmenarten des Expertenstandard-Entwurfs (Abbildung 27).

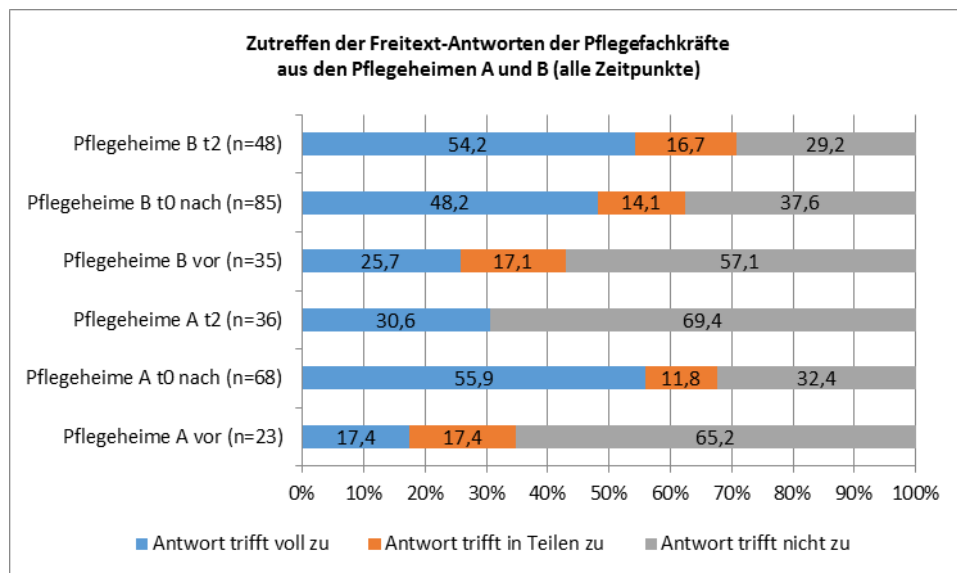


Abbildung 27: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs, wenn ja, welche sind das?“ (Pflegerheime, t₀ vor, t₀ nach und t₂)

Für die befragten, ambulant tätigen Pflegefachkräfte ist zunächst ein deutlicher Lerneffekt durch die Basis-Schulung zu erkennen, ihre Antworten trafen zum zweiten Befragungszeitpunkt (t₀ nach) zu 56,6 % voll zu. Die Antworten Pflegefachkräfte aus den Tagespflegereinrichtungen sprechen für einen

deutlich positiven Lerneffekt im Nachgang der Basis-Schulung, der auch über die Studiendauer hinweg anhielt (Abbildung 28).

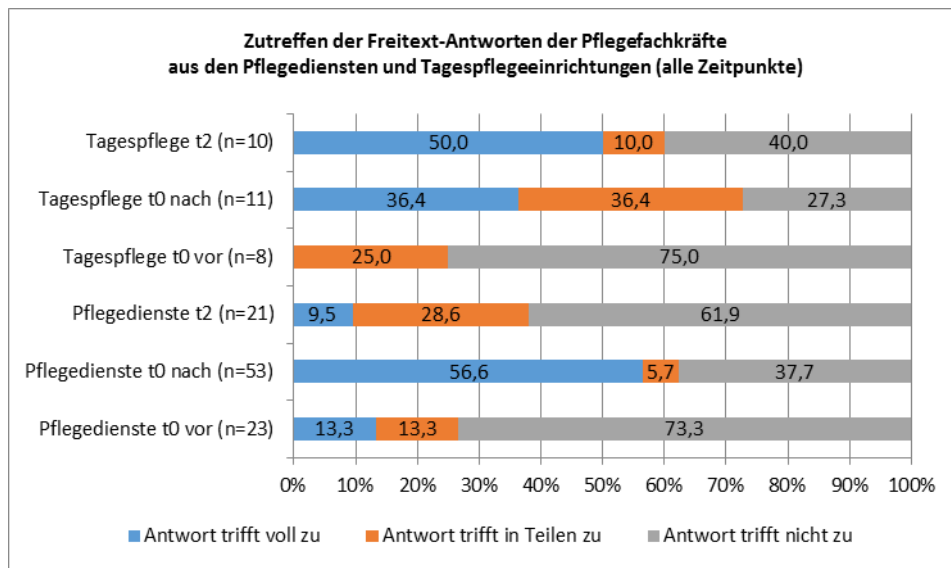


Abbildung 28: Zutreffen der Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage „Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs, wenn ja, welche sind das“ (Pflegedienste und Tagespflege, t0 vor, t0 nach und t2)

Empfiehl der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ das Risiko einer Beeinträchtigung der Mobilität für unterschiedliche Personengruppen gesondert einzuschätzen?

In der Kommentierung zum ersten Standardkriterium empfiehlt der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ „(...) keine gesonderte Identifizierung von Risikogruppen (...), sondern richtet sich an alle pflegebedürftigen Menschen“ (DNQP 2014, S. 25). Zur Beantwortung dieser Wissensfrage schätzten vor der Basis-Schulung (zu t_{0 vor}) 11,3 % der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A und 8,5 % der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B für die richtige Antwort „nein“. Nach der Basis-Schulung lagen 34,7 % Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A und 33,9 % der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B mit ihrer Antwort richtig. Weitere sechs Monate später fielen die richtigen Antworten der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A auf 28,3 % zurück, wohingegen die richtigen Antworten der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B auf 55,6 % anstiegen (Abbildung 29). Die jeweiligen hohen Anteile der falschen „ja“-Stimmen – vor allem auch deren Anstieg zwischen t_{0 vor} und t_{0 nach} – lassen darauf schließen, dass diese Fragestellung zu Verständnisschwierigkeiten bei einzelnen befragten Personen führte.

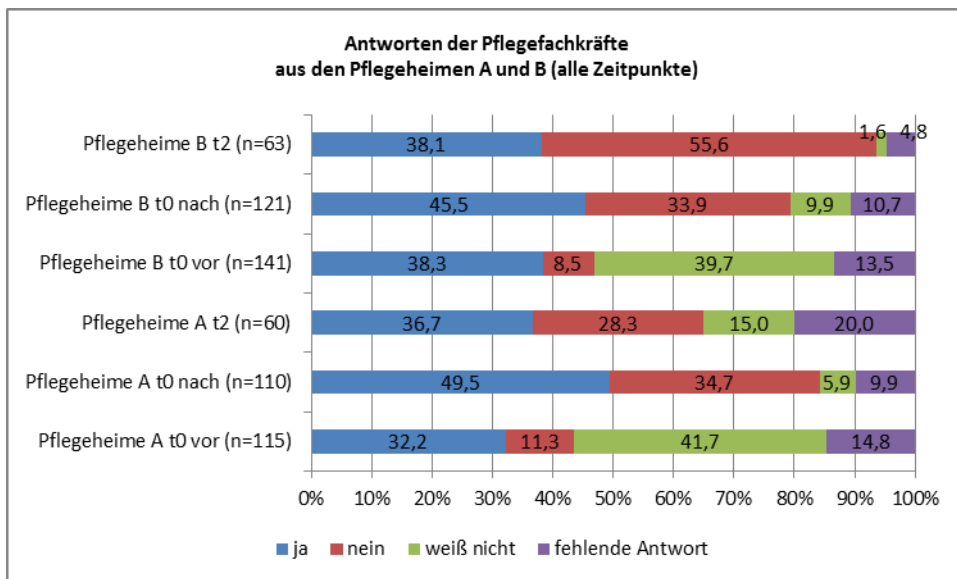


Abbildung 29: Empfiehlt der Expertenstandard-Entwurf das Risiko einer Beeinträchtigung der Mobilität für unterschiedliche Personengruppen gesondert einzuschätzen? (Pflegeheime, t0 vor, t0 nach und t2)

Für beide Gruppen der befragten Personen aus dem ambulanten und teilstationären Setting ist ein deutlicher Anstieg der richtigen „nein“-Antworten zwischen den Zeitpunkten vor ($t_{0\text{ vor}}$) und nach der Basis-Schulung ($t_{0\text{ nach}}$) zu erkennen. Sechs Monate lagen noch 25,7 % der befragten Personen aus den Pflegediensten mit ihren „nein“-Antworten richtig. Bei den befragten Fachkräften aus den Tagespflegeeinrichtungen stieg der Anteil der richtigen Antworten auf 60,0 % (Abbildung 30). Die erneuten hohen Anteile der falschen „ja“-Stimmen dieser Befragten können die Vermutung bekräftigen, dass die Frage in dieser Form womöglich missverständlich gestellt wurde.

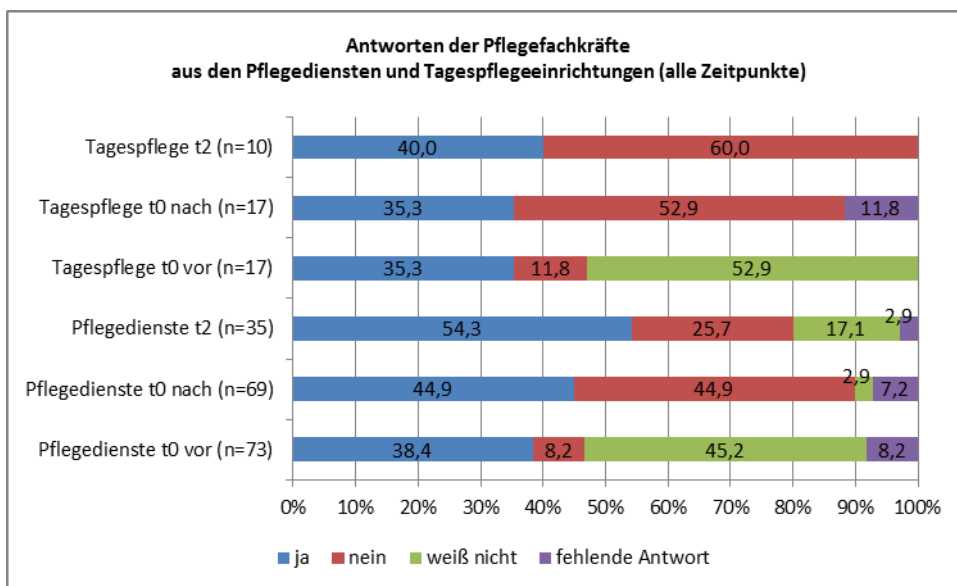


Abbildung 30: Empfiehlt der Expertenstandard-Entwurf das Risiko einer Beeinträchtigung der Mobilität für unterschiedliche Personengruppen gesondert einzuschätzen? (Pflegedienste und Tagespflege, t0 vor, t0 nach und t2)

Zusammenfassung zur Einschätzung des Wissensstands zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (II)

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Die Anteile derjenigen Pflegefachkräfte, die die Zielsetzung des Expertenstandard-Entwurfs benennen können, nahmen in den Pflegeheimen der beiden Interventionsgruppen A und B über die Zeit zu. Zum dritten Zeitpunkt, sechs Monate nach der Basis-Schulung und nach der Implementierung, waren es ca. 71 % der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B und ca. 68 % der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A. Der gestiegene Lerneffekt direkt nach der Basis-Schulung ist deutlicher in der Stichprobe der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B zu erkennen.

Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ dieses Ziel erreicht werden?

- Zur Auswertung der Antworten auf die Fragestellung, wodurch das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs erreicht werden soll, ist darauf hinzuweisen, dass nur die Antworten, die den Inhalten der Basis-Schulung entsprechen als zutreffend bewertet wurden, auch wenn die Fragestellung per se auch weitere Antworten zuließe. Für die Pflegeheimmitarbeiter aus beiden Interventionsgruppen ist kein unmittelbarer Lerneffekt durch die Basis-Schulung erkennbar. Die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B zeigen dennoch einen Lerneffekt über den sechsmonatigen Untersuchungszeitraum hinweg.

Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, wenn ja, welche sind das?

- Sowohl für die Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A als auch aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B ist ein positiver Lerneffekt durch die Basis-Schulung im Anschluss an diese zu erkennen und für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B stieg dieser im Laufe der Untersuchungsdauer weiterhin, während er für die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zurückging.

Empfiehl der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ das Risiko einer Beeinträchtigung der Mobilität für unterschiedliche Personengruppen gesondert einzuschätzen?

- Die meisten (ca. 56 %) Pflegeheimmitarbeiter aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe B beantworteten zum dritten Zeitpunkt die Frage richtig. Von den Pflegeheimmitarbeitern aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A erhielt diese Frage die meisten richtigen Antworten (ca. 35 %) zum zweiten Zeitpunkt, also direkt nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf. Für beide Gruppen kann an dieser Stelle also ein Lerneffekt durch die Basis-Schulung konstatiert werden.

Pflegedienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“?

- Der Anteil derjenigen Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen, die die Zielsetzung des Expertenstandard-Entwurfs benennen können, nahm stetig über die drei Befragungszeitpunkte zu. Nach der sechsmonatigen Implementierung konnten etwas weniger Mitarbeiter aus den Pflegediensten das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs zutreffender beschreiben als zum Zeitpunkt vor der Basis-Schulung. Eine mögliche Erklärung hierfür können die höheren Anteile der Mitarbeiter ohne Führungsaufgabe und Nicht-Projektgruppenmitglieder in dieser Stichprobe sein.

Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ dieses Ziel erreicht werden?

- Bei dieser Fragestellung ist – wie in der Auswertung der Antworten der Pflegeheimmitarbeiter – daran zu erinnern, dass nur die Antworten, die den Inhalten der Basis-Schulung entsprechen als zutreffend bewertet wurden,

auch wenn die Fragestellung noch andere Antworten zuließe. Für die Pflegefachkräfte aus beiden Gruppen der Beobachtungsstudie ist hier zunächst kein Lerneffekt im Nachgang der Basis-Schulung, doch über die sechsmo-
natige Studiendauer erkennbar.

Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, wenn ja, welche sind das?

- Sowohl für die Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten als auch aus den Tagespflegeeinrichtungen ist ein positiver Lerneffekt durch die Basis-Schulung im Anschluss an diese zu erkennen, der für die Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen anhielt, während er für die Pflegedienstmitarbeiter zum dritten Befragungszeitpunkt zurückging.

Empfiehl der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ das Risiko einer Beeinträchtigung der Mobilität für unterschiedliche Personengruppen gesondert einzuschätzen?

- Die meisten (ca. 60 %) Pflegefachkräfte aus den Tagespflegeeinrichtungen beantworteten zum dritten Zeitpunkt, sechs Monate nach der Basis-Schulung, die Frage richtig. Von den Pflegefachkräften aus den ambulanten Diensten erhielt diese Frage die meisten richtigen Antworten (ca. 45 %) zum zweiten Zeitpunkt, also direkt nach der Basis-Schulung zum Expertenstandard-Entwurf. Somit ist in beiden Gruppen der Wissenszuwachs bezüglich dieser Fragestellung erkennbar.

Zusammenfassung

Tabelle 9 fasst die ausgewerteten Lerneffekte für die vier Studienstichproben (Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B, aus den Pflegediensten und aus den Tagespflegeeinrichtungen) zusammen. Um die **Lerneffekte auf die Freitext-Fragen** hin zu bewerten, wurden die voll und in Teilen zutreffenden Antworten (ungewichtet) addiert und im Verhältnis zu den nicht zu treffenden Antworten betrachtet. Ein **positiver Lerneffekt für den Zeitpunkt nach der Basis-Schulung** liegt vor, wenn zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten direkt vor ($t_{0\text{ vor}}$) und nach der Basis-Schulung ($t_{0\text{ nach}}$) ein Anstieg der voll und in Teilen zutreffenden Antworten zu erkennen ist. Ein **positiver Lerneffekt über die Zeit** liegt vor, wenn die voll und in Teilen zutreffenden Antworten über alle drei Untersuchungszeitpunkte ($t_{0\text{ vor}}$, $t_{0\text{ nach}}$ und t_2) ansteigen. Die positiven **Lerneffekte nach der Basis-Schulung und über die Zeit** bezüglich der **Ankreuzfragen** wurden zum einen entsprechend der Anteile zur Selbsteinschätzung des Wissensstands (indem die „sehr gut“- und „gut“-Antworten addiert und den „teils/teils“-, „eher gering“- und „sehr gering“-Antworten gegenübergestellt wurden) und zum anderen entsprechend der Anteile der richtigen gegenüber den nicht richtigen Antworten ermittelt. Dabei werden wieder die Lerneffekte für den Zeitpunkt direkt nach der Schulung und über die drei Zeitpunkte unterschieden.

In allen Studiengruppen – sprich für alle befragten Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A und B, aus den Pflegediensten und aus den Tagespflegeeinrichtungen – zeigen sich **im Nachgang der Basis-Schulung positive Lerneffekte (Wissenszuwachs)** auf beinahe alle gestellten Fragen. Nur bei einer Freitext-Frage des zweiten Themenbereichs („Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden?“) kam es scheinbar in keiner Studiengruppe zu einem Wissenszuwachs (vgl. die vier mittleren Spalten der Tabelle 9). Dieses Ergebnis ist aber unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Problematik zu betrachten, dass es sich hierbei um eine offene und weit gefasste Frage handelt, die neben den gewünschten/erwarteten Antworten noch weitere zuließe.

Für die **Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A** als Teilnehmer des Cluster-RCT zeichnen sich bei der Hälfte der Fragen **Lerneffekte über die Zeit (Wissensverstetigung)** ab (vgl. die vier letzten Spalten der Tabelle 9). Dies muss nicht dafür sprechen, dass in diesen Pflegeheimen die Wissensverstetigung geringer als erwünscht ausfiel, sondern für das Ergebnis können auch unterschiedliche Stichproben zu den Untersuchungszeitpunkten ursächlich sein, wenn es in diesem Zeitraum beispielsweise zu Zu- und Abgängen der Mitarbeiter in den Pflegeheimen kam. Der jüngere durchschnittliche Alterswert der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) kann auf unterschiedliche Stichproben zu den Befragungszeitpunkten hinweisen. Andererseits waren unter den zum letzten Untersuchungszeitpunkt (t_2) befragten Personen aus den Pflegeheimen der Interventionsgruppe A mehr Projektgruppenmitglieder als Nicht-Projektgruppenmitglieder als zu den vorherigen Zeitpunkten und als in der Interventionsgruppe B (vgl. obiger Abschnitt zur „Stichprobenbeschreibung zu $t_{0\text{ vor und nach}}$ und t_2 “). Für Projektgruppenmitglieder, die von Beginn an die Implementierung in ihren Einrichtungen begleitet haben, sind bessere Kenntnisse über den Expertenstandard-Entwurf anzunehmen.

Für die **Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B** sind auf Grundlage der vorgestellten Ergebnisse nur bei zwei Fragen keine **Lerneffekte über die Zeit im Sinne einer Wissensverstetigung** abzulesen. Auch hier kann ein soziodemographischer Unterschied eine Rolle spielen: zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) nahmen im Durchschnitt berufserfahrenere Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe B im Vergleich zu den Stichproben aus demselben Studienarm zu den vorherigen Untersuchungszeitpunkten und im Vergleich zu den durchschnittlichen Berufsjahren der Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A teil. Das Merkmal Berufserfahrung kann die positiven Effekte im Sinne einer Wissensverstetigung im zweiten Themenbereich begünstigen oder aber auch Hinweis darauf sein, dass es sich nicht um dasselbe Personenkollektiv wie zu den vorherigen Befragungszeitpunkt handelte.

Der auffallende Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen im zweiten Themenbereich lässt vermuten, dass die Pflegeheimmitarbeiter der Interventionsgruppe B aufgrund der zur Implementierung empfohlenen Intervention (das Drei-Schritte-Programm) ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf besser einschätzten und die abgefragten Standardinhalte (Zielsetzung, Maßnahmenarten des Expertenstandard-Entwurfs und Empfehlung, bei verschiedenen Personengruppen keine gesonderte Risikoeinschätzung vorzunehmen) nach dem durchlaufenen Implementierungsprozess besser kannten als die Pflegeheimmitarbeiter aus der Interventionsgruppe A. In weiterführenden Untersuchungen wäre zu überprüfen, ob die besseren Kenntnisse bezüglich der Standardinhalte in der Interventionsgruppe B auf der die Implementierung ergänzenden Intervention beruhen oder zumindest von ihr mitbeeinflusst wurden.

Auf Grundlage der Ergebnisse ließ sich für die **Pflegedienstmitarbeiter** (bis auf eine Frage in den beiden Themenbereichen) kein Lerneffekt über die Zeit feststellen. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass aus diesem Setting zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) weniger Projektgruppenmitglieder unter den befragten Personen waren als zu den vorherigen Befragungszeitpunkten.

Für die befragten **Mitarbeiter aus den Tagespflegeeinrichtungen** kann bei allen Fragen der beiden Themenbereiche ein positiver Lerneffekt im Sinne einer Wissensverstetigung im Rahmen des durchlaufenen Implementierungsprozesses gesehen werden. Hier gilt es aber die bereits an sich kleine Stichprobengröße zu berücksichtigen, die zu allen drei Zeitpunkten zu einem Großteil aus Projektgruppenmitgliedern bestand und zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t_2) zudem mehr berufserfahrenere Mitarbeiter umfasste (vgl. obiger Abschnitt zur „Stichprobenbeschreibung zu $t_{0\text{ vor und nach}}$ und t_2 “).

Tabelle 9: Zusammenfassende Darstellung der Lerneffekte direkt nach der Basis-Schulung und über die Zeit in den Pflegeheimen (Gruppe A und B), Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen

		Lerneffekt direkt nach der Basis-Schulung (Wissenszuwachs)				Lerneffekt über die Zeit (Wissensverfestigung)			
		Cluster-RCT		Beobachtungsstudie		Cluster-RCT		Beobachtungsstudie	
		Pflegeheime Gruppe A	Pflegeheime Gruppe B	Pflegedienste	Tagespflege	Pflegeheime Gruppe A	Pflegeheime Gruppe B	Pflegedienste	Tagespflege
Themenbereich 1: Wissen zu den Expertenstandards in der Pflege	Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zu den Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)? (Selbsteinschätzung zum Ankreuzen)	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
	Wozu dienen Expertenstandards in der Pflege? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
	Der Kern von Expertenstandards ist in einer Tabelle zusammengefasst. Was lässt sich aus der Tabelle ablesen? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
Themenbereich 2: Wissen zum Expertenstandard-Entwurf "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege"	Würden Sie die bundesweite und verbindliche Einführung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ empfehlen?	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Wie beurteilen Sie allgemein Ihren Wissensstand zum Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ des DNQP? (Selbsteinschätzung zum Ankreuzen)	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja
	Was ist das Ziel des Expertenstandard-Entwurfs? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
	Wodurch soll laut Expertenstandard-Entwurf dieses Ziel erreicht werden? (Freitext-Frage)	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja
	Kennen Sie die drei Arten der Maßnahmen des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, wenn ja, welche sind das? (Freitext-Frage)	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja
	Empfiehl der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ das Risiko einer Beeinträchtigung der Mobilität für unterschiedliche Personengruppen gesondert einzuschätzen? (ja/nein/weiß nicht zum Ankreuzen)	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja

13.7 Statistische Anlage zur Wirksamkeitsanalyse (Cluster-RCT): siehe eigene Anlage