



„LiN -Lagerung in Neutralstellung“

Evaluation in ausgewählten
Altenpflegeeinrichtungen

MASTER-Thesis zur Erlangung des Grades "Master of Arts"
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen
Masterstudiengang Lehrer/innen Pflege und Gesundheit

Vorgelegt von:
Matthias Herr
Kastanienstr. 148
51647 Gummersbach

Erstprüfer: Prof. Gertrud Hundenborn
Zweitprüfer: Roland Brühe

30.07.2014

Leicht gekürzte Fassung

Inhalt

1. Einleitung	1
1.1. Motivation zum Verfassen der Arbeit	2
1.2. Ziel und Aufbau der Arbeit	3
A. THEORETISCH-ANALYTISCHER TEIL	4
2. Literaturrecherche	4
3. Methodisches Vorgehen	5
4. Die Lagerung in Neutralstellung	6
4.1. Entstehung und Wirksamkeit von LiN	6
4.2. Zielsetzung von LiN	7
4.3. Die Grundprinzipien von LiN	9
4.3.1. Halt und Stabilität geben	9
4.3.2. Köperabschnitte günstig zueinander positionieren	10
4.3.3. Individuelle Lösungen finden	11
4.3.4. Unterstützungsfläche anpassen	11
4.4. Planung und Durchführung der Lagerung in Neutralstellung	11
4.4. Verbreitung und Schulungskonzept von LiN	13
5. Altenpflegeeinrichtungen in der BRD	15
5.1. Stationäre Versorgung Pflegebedürftiger in der BRD	15
5.2. Entwicklung der stationären Pflege anhand der Heimgenerationen.....	17
5.3. Organisation in stationären Altenpflegeeinrichtungen	19
5.4. Bewohnerstruktur	19
6. Implementierung von Interventionen	20

6.1.	Der Begriff der Implementierung.....	20
6.2.	Eine Kategorisierung der Implementierung	21
6.3.	Grundlagen und Rahmenbedingungen der Implementierung.....	22
6.3.1.	Implementierungsforschung.....	23
6.3.2.	Fragen der Implementierungsforschung	24
6.3.3.	Einflussfaktoren der Implementierung.....	25
6.3.4.	Strategien zur Implementierung.....	26
7.	Evaluation und Evaluationsforschung.....	27
7.1.	Der Begriff der Evaluation	27
7.2.	Bedeutung der Evaluation	28
7.3.	Der Evaluationsgegenstand und die Methoden	28
7.4.	Der Zweck der Evaluation.....	30
7.5.	Elemente der Evaluation	30
7.5.1.	Erfassen	30
7.5.2.	Bewerten	31
7.5.3.	Praxisbezug	31
7.6.	Eingrenzung und Präzisierung der Evaluation	32
7.6.1.	Implementations-/Wirkungsforschung.....	33
7.6.2.	Summative oder formative Evaluation	34
7.6.3.	Externe oder interne Evaluation.....	35
7.6.4.	Instanzen der Evaluierung.....	35
7.6.5.	Übersicht	36
8.	Zwischenfazit.....	37
B.	FORSCHUNGSTEIL.....	38
9.	Evaluationsgegenstand, -zweck und design.....	38

9.1. Der Evaluationsgegenstand - Was wird evaluiert?.....	38
9.2. Ziele und Zweck der Evaluation	39
Ziele der Evaluation.....	39
Zweck der Evaluation	39
9.3. Die Evaluationsmethode.....	40
10. Evaluationsfragen	41
Interviewfragen	41
11. Ausgewählte Altenpflegeeinrichtungen	44
11.1. Einrichtung 1	44
11.2. Einrichtung 2	45
11.3. Einrichtung 3	45
12. Pre-Test.....	46
13. Datenerhebung.....	46
14. Auswertung und Interpretation der Ergebnisse.....	47
14.1. Einrichtung 1	49
14.1.1. Anwendung von LiN	49
14.1.2. Wirkung von LiN	51
14.1.3. Implementierungsstrategien	52
14.1.4. Beeinflussende Faktoren	54
14.1.5. Zusammenfassung	56
14.2. Einrichtung 2	57
14.2.1. Anwendung von LiN	57
14.2.2. Wirkung von LiN	59
14.2.3. Implementierungsstrategien	60
14.2.4. Beeinflussende Faktoren	62
14.2.5. Zusammenfassung	62

14.3. Einrichtung 3	63
14.3.1. Anwendung von LiN	63
14.3.2. Wirkung von LiN	64
14.3.3. Implementierungsstrategien	65
14.3.4. Beeinflussende Faktoren	68
14.3.5. Zusammenfassung	70
14.4. Die Einrichtungen im Vergleich.....	71
14.4.1. Anwendung von LiN	71
14.4.2. Wirkung von LiN	71
14.4.3. Implementierungsstrategien	73
14.4.4. Beeinflussende Faktoren	75
15. Zusammenfassung	76
16. Diskussion der Ergebnisse und kritischer Rückblick.....	77
17. Schlussfolgerung und Ausblick	79
Literaturverzeichnis.....	81
Anhang	84

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das Logo der LiN-Arge zeigt sowohl den stehenden, wie auch den liegenden Menschen (www.lin-arge.de) 10

Abb. 2: 90° Bobath-Lagerung (Friedhoff und Schieberle 2007) 13

Abb. 3: 30° Seitenlagerung in der Lagerung in Neutralstellung (Hucke 2011)... 13

Abb. 4: Pflegeheime in Deutschland – Gesundheitsberichtserstattung Deutschland (www.gbe-bund.de)..... 16

Abb. 5: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2011 (Pfaff 2013) 17

Abb. 6 Entwicklungstendenzen im Pflegeheimbau (Kaiser 2008) 18

Abb. 7: Organigramm stationärer Altenhilfeeinrichtungen (Müller 2014)... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Abb. 8: Prozessevaluation (Gollwitzer und Jäger 2009)..... 34

Abb. 9: Evaluationsgegenstand..... 38

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ziele von LiN (Hartnick 2009) 8

Tab. 2: Gegenüberstellung der konventionellen Bobath- Lagerung und der Lagerung in Neutralstellung. (Neander und Meyer 2005)..... 12

Tab. 3: Maßnahmen zur Implementierung (DCZ 2013) 26

Tab. 4: Evaluation – Begriffsdimensionen und Klärungsbedarf nach Kromrey (Schöch 2005, S. 16) 36

Tab. 5: Einleitungsfrage mir Vertiefung 41

Tab. 6: Fragen zur Anwendung und Bewährung von LiN..... 42

Tab. 7: Fragen zu beeinflussenden Faktoren..... 42

Tab. 8: Fragen zu den Implementierungsstrategien 43

Tab. 9: Fragen zum Schulungsumfang, der Zielgruppe und der Inhalte..... 43

Tab. 10: Endgültiges Kategoriensystem 48

Tab. 11: Erwartete und beobachtete Wirkungen von LiN 72

Tab. 12: Vergleich zwischen den Zielen von LiN und den beobachteten Wirkungen..... 73

Tab. 13: Die Schulungen in den Einrichtungen im Vergleich 74

Tab. 14: Beeinflussende Faktoren der Implementierung 75

Abkürzungsverzeichnis:

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CDU	Christlich Demokratische Union
CSU	Christlich-Soziale Union
DCZ	Deutschen Cochrane Zentrum
DNQP	Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
KDA	Kuratorium Deutsche Alters
LiN [®]	Lagerung in Neutralstellung [®]
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NRW	Nordrhein-Westfalen
PDL	Pflegedienstleitung
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SGB	Sozialgesetzbuch
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz

1. Einleitung

In den vergangenen zehn Jahren sind einige Veränderungen und Neuerungen im Bereich der pflegerischen Versorgung alter Menschen zu beobachten. Der Fokus scheint immer stärker auf die ältere Generation in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) gerichtet zu werden. Dies ist nahe liegend, da die Entwicklung der Demografie in der BRD ein zentraleres Thema der Politik und der Medien ist und, vieler Prognose nach, ein immer zentraleres wird. Deutschland wird älter und eine andere Entwicklung ist nicht absehbar, da die Geburtenrate seit Jahren konstant bei 1,4 Kindern pro Frau liegt – das ist ca. 0,5 Kinder pro Frau zu wenig, um eine Beständigkeit oder gar ein Wachstum zu erreichen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013). Parallel dazu steigt die Angst über eine immer kranker werdende Gesellschaft. Insbesondere die Demenz, als nicht heilbare Krankheit, bekommt eine besondere Beachtung. Seit einigen Jahren werden die Prognosen der drastisch zunehmenden Erkrankungszahlen durch die Medien verbreitet. So titelte die Onlineausgabe des Ärzteblatts am 24.06.2014: „Prognose: 40.000 zusätzliche Demenzkranke pro Jahr“ (www.aerzteblatt.de 2014). Eine logische Folge einer älter werdenden Gesellschaft ist, dass die Alterserkrankungen in ihrer ganzen Breite zunehmen, so auch z.B. Schlaganfälle (vgl. Siegel 2008: 467 ff.).

Auch im aktuellen Koalitionsvertrag der Regierung (vgl. CDU/CSU/SPD 2013: 53 ff.) wird das Thema Gesundheit und Pflege in Bezug auf die oben genannte Thematik angegangen. Neben der Verbesserung der Finanzierung der Pflege wird die Verbesserung der Pflegequalität und der Krankheitsprävention im Regierungsprogramm aufgeführt. Ein Aussage dazu lautet: „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ (ebd.: 60).

Die älter werdende Gesellschaft, die Finanzierung, die Qualität und die Gesundheitsförderung haben eine hohe Relevanz in der Altenpflege. Eine der erwähnten Neuerungen der letzten Jahre sind die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege. Die Ergebnisse dessen werden anhand der Transparenzkriterien mit einer Notengebung veröffentlicht. Die Maßnahme soll der Qualitätssteigerung dienen. Gerade die Bereiche, die mit Prävention zu tun haben, werden besonders diskutiert. Dazu gehört unter anderem die Prävention von Dekubitalgeschwüren und der Versteifung von Gelenken, der Kontrakturen-Prävention (vgl. Huhn 2011: 1068 ff.; Schröder 2011: 946 f.).

Das Mittel der Lagerung¹ wird in diesem Zusammenhang bei stark bewegungseingeschränkten Menschen als zentrales Mittel zur Prävention aufgeführt. (ebd.) Sicherlich ist auch dort erst einmal die Frage zu stellen, ob eine starke Bewegungseinschränkung nicht auch präventiv angegangen werden kann bzw. konnte. Mit der Bewegungsförderung beschäftigt sich aktuell das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Zur Zeit wird der Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege“ entwickelt. In der vorläufigen Version zur Fachkonferenz vom 28.03.2014 schreiben die Experten: „Bei einer Sturz-, Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonie-, Dekubitus- oder Obstipationsgefährdung ist die Fähigkeit, sich fortzubewegen und eigenständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen von elementarer Bedeutung. Dementsprechend sind Maßnahmen zur Verbesserung bzw. zum Erhalt dieser Fähigkeit ein wichtiges pflegfachliches Mittel, um diesen Gefährdungen frühzeitig entgegenzutreten“ (Büscher 2014: 14). Bewegungsförderung soll somit ein wichtiges Mittel zur Prävention von Sekundärproblemen sein.

1.1. Motivation zum Verfassen der Arbeit

Die Motivation des Verfassers der Arbeit, liegt in meinem beruflichen Hintergrund begründet. Nach meiner Ausbildung arbeitete ich mehr als acht Jahre in einem neurologischen Akutbereich. Die Bewegungsförderung nach Hirnschädigungen war ein fundamentaler Bereich der Pflege, um Sekundärprobleme zu verhindern, Selbständigkeit wiederherzustellen und Lebensqualität zu fördern. Ab dem ersten Tag wurde ich darin angeleitet, wie Bewegungsförderung mit den genannten Zielen, auch in der Lagerung von pflegebedürftigen bis schwerstpflegebedürftigen Menschen, möglich ist. Grundlage dafür war ein Konzept, welches in den Zusammenhang mit dem Bobath-Konzept² gebracht wurde. Innerhalb der ersten Monate durfte ich an einer Intensivschulung dieses Konzepts teilnehmen. Es handelte sich um das Konzept der Lagerung in Neutralstellung^{®3} (LiN[®]), entwickelt von Heidrun PICKENBROCK. In der Überzeugung über die Wirksamkeit des Lagerungskonzepts arbeiteten nahezu alle Pflegekräfte der neurologischen Abteilung nach dessen Prinzipien.

¹ Lagerung: Obwohl für die Positionsveränderung der Begriff „Positionierung“ den Vorgang genauer beschreibt und der Begriff vom Autor bevorzugt wird, wird durch den Namen des Konzepts, Lagerung in Neutralstellung, in dieser Arbeit der Begriff „Lagerung“ genutzt.

² Das Bobath-Konzept ist ein bewährtes, weltweit verbreitetes bewegungstherapeutisches Behandlungskonzept für Menschen mit motorischen Beeinträchtigungen aufgrund neurologischer Funktionsstörungen. (vgl. <http://www.bobath-konzept-deutschland.de/>).

³ Die Lagerung in Neutralstellung[®] und die Abkürzung LiN[®] sind registrierte Marken. Dies wird auf Wunsch der Autorin an dieser Stelle deutlich gemacht. Zur besseren Lesbarkeit wird auf den weiteren Seiten auf die Kennzeichnung verzichtet.

Über die Zeit wurde die Lagerung auch in anderen Fachabteilungen des Krankenhauses bei Menschen mit Lagerungsbedarf angewandt.

Einige Zeit nach dem Beginn meines Studiums zum „Lehrer für Pflege und Gesundheit“ begann ich an einem Altenpflegeseminar stundenweisen Unterricht zu geben. Da mein Unterrichtsschwerpunkt die Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems war, stellte sich die Frage, ob diese Lagerung Teil des Unterrichts sein sollte. Somit fing ich an, mich immer mehr mit der Durchführung der Lagerung in Neutralstellung, aber auch mit den wissenschaftlichen Aspekten, auseinander zu setzen. Ich merkte, dass die Lagerung auch in der Altenpflege an einigen Stellen ihre Anwendung findet. Während dieser Zeit bekam ich von einer Altenpflegeschülerin mit, dass das Konzept in ihrer Einrichtung geschult wurde.

Mit der Erfahrung meiner Kollegen am Altenpflegeseminar wie auch mit meinen eigenen bis dahin gemachten Erfahrungen schätzte ich es jedoch als sehr schwierig ein, ein neues Konzept in eine Altenpflegeeinrichtung einzuführen. Aus dem Interesse an der Lagerung in Neutralstellung, meinem Tätigkeitsfeld in der Lehre in der Altenpflegeausbildung und der Frage danach, wie ein Konzept in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung eingeführt werden kann, bekam ich das Interesse, diese vorliegende Arbeit zu schreiben. Zudem hat das Thema im Zusammenhang mit den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft, der Prävention und Qualitätssteigerung eine große Aktualität.

1.2. Ziel und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Konzept der Lagerung in Neutralstellung sowie mit ihrer Wirkung und Einführung in Altenpflegeeinrichtungen.

Das Ziel der Arbeit ist es herauszustellen, ob und welche Prinzipien des Konzepts in den Altenpflegeeinrichtungen angewandt werden. Ebenso soll in Erfahrung gebracht werden, ob der Nutzen den Aufwand überwiegt und die intendierten Effekte auch eintreten. Im Weiteren soll der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren hinderlich und förderlich für die Einführung des Konzepts sind und welchen Anteil die Schulungen dabei haben. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen der Arbeit in ausgewählten Altenpflegeeinrichtungen eine Evaluation durchgeführt. Es handelt sich demnach um eine thesengenerierende Evaluation der Lagerung in Neutralstellung.

Das Evaluationsdesign und die Ergebnisse der Evaluation werden im zweiten Teil, dem Forschungsteil, der Arbeit behandelt. Methodisch wurden Leitfadenterviews mit Heim-

bzw. Pflegedienstleiter⁴ dreier unterschiedlicher, voneinander unabhängiger Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt.

Zuvor wird im theoretischen Teil die erfolgte Literaturrecherche zu den relevanten Themenbereichen der Arbeit präsentiert. Die Beschreibung der Bereiche beginnt mit der Entstehung der Lagerung in Neutralstellung, den zentralen Prinzipien, der Durchführung und der Verbreitung dieser. Im anschließenden Kapitel geht es um die stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland; diese stellen das Setting der Evaluation dar. Damit Maßnahmen, Programme, Interventionen etc. durchgeführt werden können, müssen sie vorerst eingeführt werden. Der Prozess der Einführung bis zur Umsetzung wird mit dem Begriff Implementierung beschrieben. Die Implementierung und die Implementierungsforschung sind Inhalt des sechsten Kapitels, bevor im siebten Kapitel die wissenschaftliche Evaluation mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten beschrieben wird.

A. THEORETISCH-ANALYTISCHER TEIL

2. Literaturrecherche

Zum Auffinden der Literatur zu den Themenbereichen der Lagerung in Neutralstellung, der Altenpflegeeinrichtungen, der Implementierung und der Evaluation wurden folgende Methoden genutzt:

- Die systematische Datenbankrecherche.
- Die Schneeballrecherche über die Literaturlisten ausgewählter Quellen.
- Die unsystematische Suche über die Suchmaschinen „Google“ und „Google scholar“ im Internet.

Zu Beginn erfolgte eine Beschränkung der Datenbanken sowie der Sprache der Literatur. Von der englischsprachigen Literaturrecherche wurde aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Arbeit überwiegend Abstand genommen. Hinzu kommt, dass die Themen der „Altenpflegeeinrichtungen“ und der „Lagerung in Neutralstellung“ fast ausschließlich eine nationale Relevanz haben. Um die Datenmenge zur Sichtung zu reduzieren wurden logische Verknüpfungen wie AND oder NOT und teilweise auch Trunkierungen verwendet.

⁴ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit überwiegend die männliche Schreibform gewählt. Gemeint sind Männer und Frauen gleichermaßen.

Die systematische Datenbankrecherche erfolgte über den Bibliothekskatalog der Katholischen Hochschule NRW und über das Online-Suchportal Medpilot, welches den Zugang zu großen Datenbanken ermöglichte. Aufgrund der hohen Anzahl an Stichworten werden die Suchparameter hier nicht im Einzelnen aufgeführt. Überwiegend wurden die Begrifflichkeiten der Überschriften und die zentralen Schlagworte der nachfolgenden Kapitel gewählt und themenspezifisch miteinander kombiniert. So z.B. Evaluation AND Pflege oder Implementierung AND Konzepte.

Über die systematische Datenbankrecherche hinaus wurde die Suchmaschine „Google“ genutzt. In einem frühen Stadium der Literaturrecherche wurde über den Weg z.B. ein Studienpapier zum Thema der Evaluation gefunden, wo ein Großteil der relevanten Titel aufgeführt wurde, welche auch in der systematischen Datenbankrecherche auftauchten. Darüber hinaus wurde von den bereits recherchierten Veröffentlichungen Verweise und Quellen untersucht, die in der Datenbankrecherche nicht ausgewiesen wurden. Dies führte punktuell zu weiterer nützlicher Literatur.

Zum Themenbereich der Lagerung in Neutralstellung hat der Verein der Lagerung in Neutralstellung auf deren Homepage „www.lin-arge.de“ einen eigenen Bereich, in dem fast alle Veröffentlichungen zu der Thematik aufgeführt sind und größtenteils zum Download zur Verfügung stehen. Die Genehmigung der Herausgeber liegt laut Betreiber der Homepage vor. Eine systematische Recherche zu der Thematik zeigte deckungsgleiche Ergebnisse.

Die Literatur wurde überwiegend über die Hochschulbibliothek der Katholischen Hochschule NRW bezogen. Ein Teil der Literatur konnte über das Internet bezogen werden. Dazu gehörten Bücher und Zeitschriftenartikel, aber auch Literatur, welche die Bundes- bzw. Landesregierung frei über das Internet zur Verfügung stellt.

3. Methodisches Vorgehen

Die hermeneutische Textinterpretation bildet die methodische Grundlage für das Lesen und die Bearbeitung der verschiedenen Texte, Theorien und Studien. Dabei wurde das methodische Verfahren von RITTELMAYER & PARMENTIER genutzt. Aus einem Kriterienkatalog zusammengefasste Leitfragen wurden dabei verwendet. (vgl. Hundenborn 2007, S. 113 f.).

4. Die Lagerung in Neutralstellung

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Positionierungs- und Lagerungstechniken, welche im pflegerischen Bereich mehr oder weniger angewandt werden. Zielgruppe sind überwiegend Menschen mit Gesundheitsrisiken (z.B. Dekubitus-, Pneumonie-Kontrakturrisiko), welche aus Bewegungseinschränkungen resultieren. Verbreitete Lagerungen sind dabei die VATI-Lagerung zur Pneumonieprophylaxe, die Bobath-Lagerung, Mikrolagerungen und Lagerungen, die in unterschiedlichen Winkeln angegeben werden (30°, 60°, 90°). Hinzu kommen noch klassische Positionen wie Rücken- oder Bauchlage. (vgl. Altenpflege heute 2010: 234-261)

Seit dem Anfang des Millenniums ist eine neue Lagerungstechnik hinzugekommen, die Lagerung in Neutralstellung (LiN). LiN wird von einem eingetragenen Verein, dem LiN-ArGe e.V., verbreitet. Der Homepage des Vereins (www.lin-arge.de) ist zu entnehmen, dass der LiN-ArGe e.V. seit dem 4. Juni 2010 besteht. Der Verein ist aus einer Arbeitsgemeinschaft hervorgegangen, welche fünf Jahre zuvor gegründet wurde. Folgendes Ziel wird angegeben: „Ziel des Vereins ist es, LiN zu lehren, weiter zu entwickeln und wissenschaftlich zu überprüfen.“ (www.lin-arge.de)

Die Lagerung wird von dem Verein als eine flexible und individuell anwendbare, therapeutische Lagerung präsentiert. Die Lagerung basiert auf neurophysiologischen Erkenntnissen und ist im Besonderen für den Einsatz bei schwerstbetroffenen Menschen im neuro-rehabilitativen Bereich entwickelt worden. Die Lagerung ist generell bei bewegungseingeschränkten Menschen unterschiedlichster Ursache einsetzbar, da Bequemlichkeit und ein positiver Einfluss auf die Beweglichkeit der Gelenke durch die Lagerung erzeugt werden soll. (vgl. www.lin-arge.de.)

4.1. Entstehung und Wirksamkeit von LiN

Das LiN-Konzept wurde um das Jahr 2000 von der Physiotherapeutin und Bobath-Instruktorin Heidrun PICKENBROCK entwickelt. In dieser Zeit arbeitete sie in einem Therapiebereich für Menschen mit schweren Spastiken. Bei den Patienten mit schwersten neurologischen Schäden stellte PICKENBROCK fest, dass die Neutralstellung für eine erhöhte Stabilität sorgt und es in dem Zusammenhang vermehrt zu Ruhephasen kommt. Darüber hinaus konnten Sekundärschäden vermindert werden (vgl. Neander und Meyer 2005: 14 ff.). Ihre Überlegungen sind eine Weiterentwicklung der bekannten Lagerungen nach dem Bobath-Konzept (vgl. ebd.), mit dem sie durch ihre Tätigkeit als Bobath-Instruktorin sehr vertraut war und ist. Ab dem Jahr 2000 begann PICKENBROCK Pflegende und Therapeuten

in der Umsetzung von LiN zu schulen (vgl. Scharf, S. 15). Sie begann in dieser Zeit neben Bobath-Instruktoren auch Trainer für LiN auszubilden. Darüber hinaus kam es zu mehreren Veröffentlichungen. Im Jahre 2001-2002 führte PICKENBROCK (2003) eine Studie zur „Auswirkung von ‘Lagerung in Neutralstellung‘ (LiN) auf Vitalparameter und Beweglichkeit durch“. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass LiN zu einer Stabilisierung der Vitalparameter und einer erhöhte Beweglichkeit bei Menschen im Akutstadium oder im Stadium der Phase B führen. Sie kommt zu der Schlussfolgerung, dass LiN auch bei schwerstpflegebedürftigen Patienten außerhalb der Neurologie angewendet werden kann, da LiN gute Auswirkungen auf Vitalparameter hat, im Speziellen auf die Atemfrequenz und den Puls. (vgl. Neander und Meyer 2005: 14)

Mit dem Ziel der Verbreitung, Weiterentwicklung und der wissenschaftlichen Überprüfung von LiN, wurde 2005 die LiN-Arbeitsgemeinschaft gegründet, die 2010 zum LiN-ArGe e.V. wurde. Mitglieder sind LiN-Trainer und -Assistenten (noch in der Trainer-Ausbildung befindlich) (vgl. www.lin-arge.de).

Die Mitglieder des Vereins beteiligten sich unter anderem an der randomisierten kontrollierten Studie von 2011 bis 2012, welche mit 218 schwer betroffenen Patienten in verschiedenen Akut- und Rehakliniken durchgeführt wurde. Die Studie untersuchte den Einfluss zweier verschiedener Lagerungsarten auf die passive Beweglichkeit, die Bequemlichkeit und vegetative Parameter bei Menschen, die aufgrund von Erkrankungen des zentralen Nervensystems auf Hilfe bei der Bewegung angewiesen waren. (vgl. Pickenbrock 2012; www.lin-arge.de)

Der LiN-ArGe Verein schreibt dazu auf seiner Homepage, dass die Daten der 218 Patienten sich noch in der Auswertung befinden. Absehbar sei jedoch zu diesem Zeitpunkt schon, dass nur LiN einen Effekt erzielen konnte. Die benannten Effekte sind

- eine Zunahme der passiven Beweglichkeit und
- eine deutlich komfortablere Lagerung aus Sicht der Patienten. (vgl. www.lin-arge.de; Stand 16.04.2014)

4.2. Zielsetzung von LiN

Neben den beobachteten Effekten sind die Ziele von LiN vielfältig. Die Physiotherapeutin und LiN Grund- und Aufbaukurs-Trainerin Angela HARTNICK (2009: 64 ff.) schreibt dazu, dass die Tatsache, dass ein Mensch überhaupt eine Lagerung benötigt, schon auf ein primäres,

meist krankheitsbedingtes, Problem hinweist. Das sollte in der Regel in der Lagerung beachtet werden. Hinzu kommen aufgrund der Bettlägerigkeit Risiken von zusätzlichen sekundären Problemen wie ein erhöhtes Dekubitus-, Pneumonie- und Kontrakturen-Risiko. HARTNICK führt weiter aus, dass Menschen mit starken Einschränkungen in der Eigenaktivität in der Regel vielfältige Hilfestellungen durch Pflegekräfte und Therapeuten benötigen, um die Beweglichkeit zu fördern und die Sekundärschäden zu vermeiden. Die Rahmenbedingungen in den meisten stationären Pflegeeinrichtungen lassen es jedoch nicht zu, dass die Betroffenen mehr als vier bis sechs Stunden aktiv von Fachkräften betreut werden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass die Betroffenen 18-20 Stunden sich selbst überlassen sind (ebd.: 65). Ziel der Lagerung ist es also, neben und mit dem Erhalt und der Förderung der Beweglichkeit, diese Zeiten für den Bewohner bestmöglich zu gestalten, um die Sekundärschäden zu vermeiden. Dabei sollte die Lagerung Bewegung zulassen, den Muskeltonus günstig beeinflussen und so bequem wie möglich sein (ebd.: 64 ff.).

Im Zusammenhang mit den Zielen von LiN schreibt HARTNICK (2009: 65), dass durch eine spezifische, den individuellen Problemen des Betroffenen angepasste Lagerung gleichzeitig an vielen verschiedenen Zielen gearbeitet werden kann. In der folgenden Tabelle (☞ Tab. 1) sind diese Ziele aufgeführt. Es sind eben diese Ziel, welche im Zusammenhang mit der Bewegungsförderung und damit einhergehend mit der Vermeidung von Sekundärproblemen zu tun haben.

Ziele von LiN[®]
1. Wohlbefinden/Bequemlichkeit
2. Kontrakturprophylaxe
3. Muskeltonusregulation/Reduktion von spastischen Mustern
4. Dekubitusprophylaxe
5. Pneumonie-/Thromboseprophylaxe
6. Förderung der Wahrnehmung
7. Sicherung des therapeutischen Erfolgs
8. Schaffen von guten Ausgangspositionen für therapeutische Interventionen (Positionswechsel, Transfer, ...)
9. Haltungshintergrund für Bewegungsanbahnung

Tab. 1: Ziele von LiN (Hartnick 2009)

4.3. Die Grundprinzipien von LiN

Die Lagerung soll in der Erreichung der Ziele unterstützen. Die physiologische Annahme ist, dass Bewegungs- und Muskelaktivierungen einfacher gelingen, wenn die Muskeln nicht überdehnt sind und auch nicht verkürzt sind, sondern eine Stellung zwischen zwei gegensätzlichen Bewegungen haben. Ziel ist es folglich, den Betroffenen eine Stellung zu ermöglichen, welche ihnen körperlich in diese Position bringen (vgl. Neander und Meyer 2005: 13). PICKENBROCK (2005) bezieht sich bei der Beschreibung dieser Stellung auf Susanne KLEIN-VOGELBACH, wenn sie schreibt, dass es sich dabei um eine Körperhaltung handelt, „in der Muskeln weder verkürzt noch angenähert sind. Es ist die Stellung zwischen Beugen und Strecken, Abspreizen und Kreuzen, Innen- und Außenrotation. Sie stimmt mit der Körperhaltung eines aufrecht stehenden Menschen überein“ (Neander und Meyer 2005: 14).

Es geht darum, möglichst viele Körperabschnitte in diese Neutralstellung zu bringen, um Überdehnung und Verkürzung zu vermeiden. Die Abbildung 3 zeigt, wie so eine Lagerung aussehen kann (vgl. ebd.).

Der Weg zu dieser Stellung soll über die Grundprinzipien von LiN erreicht werden. Sie geben darüber Auskunft, „Wie“ LiN angewandt wird. Die vier Grundprinzipien sind:

- I. Halt und Stabilität geben
- II. Körperabschnitte günstig zueinander positionieren
- III. Individuelle Lösungen finden
- IV. Unterstützungsfläche anpassen (vgl. Hartnick 2009: 64)

Nachfolgend werden die vier Grundprinzipien aufgeführt. Die Ausführungen beziehen sich auf zwei Veröffentlichungen von Angela HARTNICK (2006: 40 ff.; 2009: 64 ff.), Elke SCHLESSELMANN (2014: 15), sowie Heidrun PICKENBROCK (in Neander und Meyer 2005: 14 ff.).

4.3.1. Halt und Stabilität geben

Bevor die für die Bewegung zuständige Muskulatur aktiviert wird, kommt die sogenannte Haltemuskulatur zum Einsatz, welche für die nötige Stabilität sorgt. Diese Reihenfolge ist für eine normale Bewegung notwendig.

Veränderungen und Schädigungen des zentralen Nervensystems führen zu einer Veränderung der Muskelspannung. Unter diesen Voraussetzungen kommt es in der Regel zu schlaffen Lähmungen im Anfangsstadium, welche sich häufig im Verlauf zu spastischen Lähmungen

entwickeln. Dadurch kommt es zu Einschränkungen bis hin zur Unfähigkeit, sich halten und bewegen zu können.

Die Lagerung soll eine stabilisierende Funktion einnehmen, um dem Bewohner den nötigen Halt zu geben. Lagerungsmaterialien werden an den Körper anmodelliert, dass er größtmögliche Stabilität bekommt. Das soll der entstehenden, ungewollten Muskelanspannung entgegenwirken. Hohlräume werden ausgefüllt und ganze Körperabschnitte durchgehend unterstützt. Der Körper versucht dadurch, sich nicht mehr über eine erhöhte Spannung der Muskeln zu halten. Es wird einfacher Alltagsbewegungen auszuführen.

4.3.2. Körperabschnitte günstig zueinander positionieren

Eines der Bilder, die bei LiN zur Verdeutlichung der Lagerungsprinzipien genutzt werden, ist das Bild des aufrecht stehenden Menschen. In der Lagerung soll sich der Betroffene möglichst in einer Körperhaltung befinden, die dem des aufrecht stehenden Menschen entspricht. Dabei handelt es sich um eine Körperhaltung in der, wie oben schon erwähnt, die Muskeln weder verkürzt noch gedehnt sind. Das Logo der LiN-ArGe soll dieses Grundprinzip ausdrücken.



Abb. 1: Das Logo der LiN-ArGe zeigt sowohl den stehenden, wie auch den liegenden Menschen (www.lin-arge.de)



Dieses Grundprinzip leitet sich aus Erkenntnissen von neuromuskulären Vorgängen⁵ ab. Demnach führt eine Verkürzung der Muskeln zu einer erhöhten Muskelspannung und umgedreht eine Verlängerung zu einem erschwerten Spannungsaufbau der Muskulatur.

Wenn ein Mensch sich hinlegt, so werden einige Körperabschnitte gedehnt, andere verkürzen sich. Durch eine normale Fähigkeit zur Bewegung und Wahrnehmung passt ein gesunder Mensch die Lage im Bett an, wenn es unbequem wird. Andauernde Überdehnung oder Verkürzungen werden vermieden. Menschen mit Bewegungs- und Wahrnehmungsstörungen führen diese Lagewechsel nicht selbständig durch, so dass die Dehnungen und Verkürzungen

⁵ die Nerven und die Muskeln betreffend

die Bewegung zusätzlich erschweren. Aus diesem Grund wird die Unterlage an den Körper des Betroffenen bei LiN angepasst. Dies verhält sich genau umgekehrt zum Normalfall, wo sich der Körper der Unterlage anpassen muss. Alle Bereiche des Körpers werden in eine neutrale Stellung gebracht (☞ Abb. 3).

4.3.3. Individuelle Lösungen finden

Bei der Lagerung in Neutralstellung handelt es sich nicht um ein starres Lagerungskonzept. Ein Grundprinzip ist daher, für jeden Menschen eine individuelle Lösung zu finden. Die Lagerung wird an den Betroffenen angepasst und somit an den individuellen Körperbau, an Körperfunktionsstörungen, Lähmungen, Kontrakturen und an den allgemeinen Gesundheitszustand. Als eines der wichtigsten Ziele wird die Lagerung für jede Person so modifiziert, dass sich der Patient wohl fühlt.

4.3.4. Unterstützungsfläche anpassen

Das letzte Prinzip, die angepasste Unterstützungsfläche, zielt auf eine Druckverteilung ab. Durch das Unterlagern von ganzen Körperabschnitten, aber auch von Hohlräumen, kommt es zu einer gleichmäßigen Druckverteilung. Neben der Muskelspannungsregulierung soll es zu einer vorbeugenden Verhinderung von Dekubitalgeschwüren und den damit einhergehenden Folgen kommen.. Das Prinzip der großen Unterstützungsfläche wird im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (Schiemann 2010: 55 f.) als Maßnahme zur Druckentlastung empfohlen.

4.4. Planung und Durchführung der Lagerung in Neutralstellung

Vor der Durchführung der Lagerung wird eine Analyse der individuellen Situation des Betroffenen vorausgesetzt. Bei dieser Analyse sollen die Ressourcen und Einschränkungen des Betroffene festgehalten, die pflegetherapeutischen Ziele vergegenwärtigt und die Frage geklärt werden, in welchen Körperabschnitten der Bewohner Unterstützung benötigt (vgl. Hartnick 2006: 68).

Im Anschluss daran muss die Lagerungsposition gewählt werden. Die Vertreter von LiN bewerben die Lagerung durch den großen Vorteil, dass LiN in allen bekannten Lagerungspositionen modifiziert werden kann. Dazu gehören beispielsweise die 30°, 60°, 90°-Seitenlagen, die Bauchlage (135°), der Sitz im Bett oder im Rollstuhl. Außer in der 30°-Seitenlagerung und in der Rückenlage werden die Beine zusätzlich gebeugt. Darüber hinaus wird darauf geachtet, jede Position so zu modifizieren, dass der Betroffene in seinen Körperebenen in der Neutralstellung liegt (ebd.).

Der Vorteil der LiN-Lagerung gegenüber der Bobath-Lagerung wird darin gesehen, dass die Lagerung bei gleicher Zielgruppe in den unterschiedlichsten Positionen zur Anwendung kommt, wogegen die Bobath-Lagerung die 30°-Lagerung ausschließt und auch die 90°-Lagerung der Rückenlage vorzieht (☞ Tab. 2) (vgl. Neander und Meyer 2005: 16).

Bobath-Lagerung	LiN
Ziele, Lagerungsarten und Durchführung bekannt	Ziele und Lagerungsarten bekannt, nicht die Durchführung
Vorgegebene Schemata	Individuelle Anpassung an Behinderung, Körperausmaß und Kontrakturen
Bei Schädigungen im zentralen Nervensystem ist die 90°-Seitenlage der Rückenlage vorzuziehen, um erhöhte Muskelspannung der Streckmuskulatur vorzubeugen.	Bei Schädigungen im zentralen Nervensystem erhöhen weder 90°- und 30°-Seitenlage noch Rückenlage der Muskelspannung der Streckmuskulatur.
Stellung der Körperabschnitte zueinander spielt eine untergeordnete Rolle	Stellung der Körperabschnitte zueinander äußerst wichtig
Der Körper passt sich der Unterlage an	Die Unterlage wird dem Körper angepasst
Wenig Halt	Sehr viel Halt

Tab. 2: Gegenüberstellung der konventionellen Bobath- Lagerung und der Lagerung in Neutralstellung. (Neander und Meyer 2005)

Gewöhnlich reichen einfache Steppdecken und lockere Kissen zur Lagerung. Das Lagerungsmaterial wird an den Körper anmodelliert. Abhängig von den individuellen Gegebenheiten des Betroffenen, wie z.B. die körperlichen Einschränkungen, die Körpergröße und so weiter, wird mehr oder weniger Lagerungsmaterial benötigt (vgl. Hartnick 2009: 68).

Da das LiN Konzept aus dem Bobath-Konzept heraus entwickelt wurde, weist es einige Ähnlichkeiten, jedoch auch deutliche Unterschiede auf. Die Menge der Lagerungsmaterialien sind unterschiedlich. Das Einbeziehen der Stellung der Körperabschnitte zueinander gehört in beide Lagerungskonzepte, hat bei LiN jedoch eine höhere Priorität (vgl. Neander und Meyer 2005: 16).

Weitere Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind in der Tabelle 2 aufgeführt. Die Abbildungen 2 und 3 zeigen den auf den ersten Blick sichtbaren Unterschied der beiden Lagerungen.



Abb. 2: 90° Bobath-Lagerung (Friedhoff und Schieberle 2007)



Abb. 3: 30° Seitenlagerung in der Lagerung in Neutralstellung (Hucke 2011)

Zu der Forderung im Bobath-Konzept, Menschen in 90°-Lagerung zu positionieren, schreibt PICKENBROCK, dass in einer Untersuchung von Betroffenen gerade mal 4 von 89 Patienten auf der Seite lagen. Alle anderen lagen auf dem Rücken bzw. in 30°-Seitenlage (vgl. ebd.: 23 f.).

Ein zentraler Punkt der Lagerung in Neutralstellung ist der Anspruch der bequemen Lage. Im Gegensatz zu anderen Lagerungsmethoden, wie zum Beispiel der Bobath-Lagerung, wird die LiN-Lagerung als bequemer empfunden. Zu diesem Ergebnis kommt die oben erwähnte Studie (☞ Kapitel 4.1.) und Erfahrungen aus einer Untersuchung von LiN aus dem Jahre 2002 (vgl. Pickenbrock 2014a.: 145; Pickenbrock 2012; www.lin-arge.de).

4.4. Verbreitung und Schulungskonzept von LiN

Seit mittlerweile mehr als zehn Jahren wird LiN geschult. Der Verein bietet über seine Homepage (www.lin-arge.de) deutschlandweit Kurse an, die meist in Krankenhäusern oder Altenpflegeeinrichtungen stattfinden. Differenziert wird dabei zwischen Grund- und Aufbaukurse. Die Grundkurse sind standardisiert, alle weiteren Kurse werden an die Teilnehmer sowie an die Einrichtung angepasst. Die Kurse werden durch speziell geschulte Trainer durchgeführt (vgl. www.lin-arge.de). Die Einführung der Lagerung in der Einrichtung wird im Vorfeld der Schulungen mit der jeweiligen Einrichtung geplant. Informationen dazu finden sich ebenfalls auf der Homepage (ebd.).

Die Erfahrung der Trainier zeigt, dass eine alleinige Kursteilnahme nicht ausreicht, um die Inhalte der Kurse im Alltag umzusetzen. Eine dauerhafte Umsetzung wird demnach nur durch eine Kombination von mehreren Maßnahmen begünstigt (Pickenbrock 2014b: 1).

Die LiN- und Bobath-Trainerin Ute HAARMANN berichtet von einer Zählung im Zusammenhang mit der Umsetzung von Lagerungskonzepten. Das Ergebnis zeigt, dass ein Großteil der Patienten aus verschiedenen Rehakliniken ungenügend gelagert wurde. Deutlich wurde aber, dass in Einrichtungen, in denen zu den Schulungen gleichzeitig Supervision im Stationsbereich angeboten wurden, deutlich mehr Patienten gelagert wurden als in Einrichtungen, in denen nur Kurse stattfanden (vgl. Neander und Meyer 2005: 24).

Demnach werden in der Einführung von LiN weitere Komponenten empfohlen, welche den Kurs komplementierten sollen. Zu den empfohlenen Maßnahmen gehören:

- I. Eine Einführungsschulung:
Alle pflegenden und therapeutischen Mitarbeiter werden in den wichtigsten Lagerungen geschult. Die Schulung erfolgt überwiegend praktisch. Drei bis vier Mitarbeiter üben gegenseitig an einem Pflegebett.
- II. Einsatz des Trainers im Stationsalltag zur Supervision:
Die Trainer reflektierten und bewerten mit den geschulten Mitarbeitern die durchgeführte Lagerung an den Patienten/Bewohnern.
- III. Intensivere Schulung einiger ausgesuchter Mitarbeiter: Ziel ist es, dass diese Mitarbeiter andere anleiten (vgl. Pickenbrock 2014b).

Die Auswahl der speziell qualifizierten Trainier erfolgt über die Art und den Schwerpunkt der Einrichtung, wie zum Beispiel Geriatrie, Neurologie, Phase F-Wachkoma-Einrichtung oder Intensivstation (vgl. ebd.).

Auf der Homepage im Bereich „LiN lernen“ (www.lin-arge.de) werden Inhalte und Umfang der Kurse präsentiert. Der standardisierte Grundkurs ist wie folgt aufgebaut:

- ➔ „Die Theorie wird im Vortrag und in Gruppenarbeit erarbeitet (mindestens 7 Unterrichtseinheiten).
- ➔ Mit Hilfe der Prinzipien von LiN entwickeln die Kursteilnehmer die einzelnen Lagerungen selbstständig und üben diese aneinander. Der Trainer wirkt als Berater (mindestens 8 Unterrichtseinheiten).

- ➔ Die Praxis beinhaltet das Lagern von Patienten auf Station (mindestens 4 Unterrichtseinheiten). Die Lagerungen der Patienten werden der gesamten Gruppe präsentiert und ihre Wirkung analysiert.
- ➔ Ein standardisiertes Skript kann durch eigene Notizen ergänzt werden.“ (www.lin-arge.de)

Neben den Zielen der inhaltlichen Entwicklung der Lagerung und dem wissenschaftlichen Nachweis über die Wirksamkeit der Lagerung ist der LiN Arge Verein auch darum bemüht, eine nachhaltige Schulung anzubieten. Dabei soll die Unterschiedlichkeit der einzelnen Einrichtungsarten in der Auswahl der Trainer berücksichtigt werden (ebd.).

Begann die Erprobung und Entwicklung des LiN-Konzepts im neurologischen Akutbereich der Rehakliniken und Krankenhäuser, ist es mittlerweile auch in anderen Fachbereichen sowie in anderen Pflegebereichen, wie die stationären Altenpflegeeinrichtungen, vertreten.

5. Altenpflegeeinrichtungen in der BRD

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es eine Vielzahl von Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Allein im Bereich der Altenhilfe und Altenpflege befindet sich eine Vielzahl an unterschiedlichen Einrichtungen, die sich nicht nur örtlich, sondern auch inhaltlich unterscheiden. So unterschiedlich die Begriffe für die Einrichtungen sind, so unterschiedlich sind auch die Konzepte, Zielsetzungen und Strukturen dieser. Begriffe, die im Zusammenhang mit Wohnformen alter Menschen gebraucht werden, sind z.B. Altersheim, Seniorenheim, Altenpflegeheim, Wohnstift, Wohngemeinschaft oder Seniorenresidenz.

5.1. Stationäre Versorgung Pflegebedürftiger in der BRD

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterscheidet im Informationsteil ihrer Homepage (<http://www.bmg.bund.de>) zwischen drei unterschiedlichen Heimtypen: Altenwohnheime, Altenheime und Pflegeheime.

Eine relativ selbstständige Form des Wohnens findet sich in den Altenwohnheimen. Die Menschen leben dort in kleinen Wohnungen mit eigener Küche. Mahlzeiten können jedoch auch mit anderen Bewohnern eingenommen werden. Menschen, die nicht mehr ihren eigenen Haushalt selbstständig, führen können und pflegerische Hilfestellung benötigen, bekommen in Altenheimen diese Unterstützung. Auch eine hauswirtschaftliche Versorgung gehört dazu. Die Menschen leben hier aber auch weiterhin in abgeschlossenen Wohnungen. Im Unterschied dazu leben die Menschen in Pflegeheimen in Einzel- oder Doppelzimmern.

Möbel werden mitgebracht oder werden vom Betreiber schon zur Verfügung gestellt. Bei diesem Heimtypen ist eine komplette pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung vorhanden. Laut des BMG ist heute meist eine Kombination dieser drei Heimtypen vorzufinden (vgl. BMG 2014).

In der Pflegestatistik des STATISTISCHEN BUNDESAMTS von 2011 wird im Versorgungsbereich pflegebedürftiger, alter Menschen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen berichtet. Die stationären Pflegeeinrichtungen werden als Pflegeheime bezeichnet. Die Zahl der nach SGB XI zugelassenen Pflegeheime beträgt im Jahr 2011 ca. 12400 (☞ Abb. 4). Da die Zahl derer seit 1999 bis 2011 um mehr als 32% anstieg, ist davon auszugehen, dass es im Jahre 2014 noch einmal mehr Einrichtungen sind (vgl. Pfaff 2013: 7 f.). Differenziert werden die Einrichtungen in Dauer-, Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflegeeinrichtungen. Wie in der Abbildung 4 angegeben bildet die Dauerpflegeeinrichtung mit 68,6% die mit Abstand größte Gruppe der Einrichtungen, wobei weitere 18% der Einrichtungen über die Dauerpflege hinaus noch weitere der genannten Pflegeformen anbieten (vgl. ebd.).

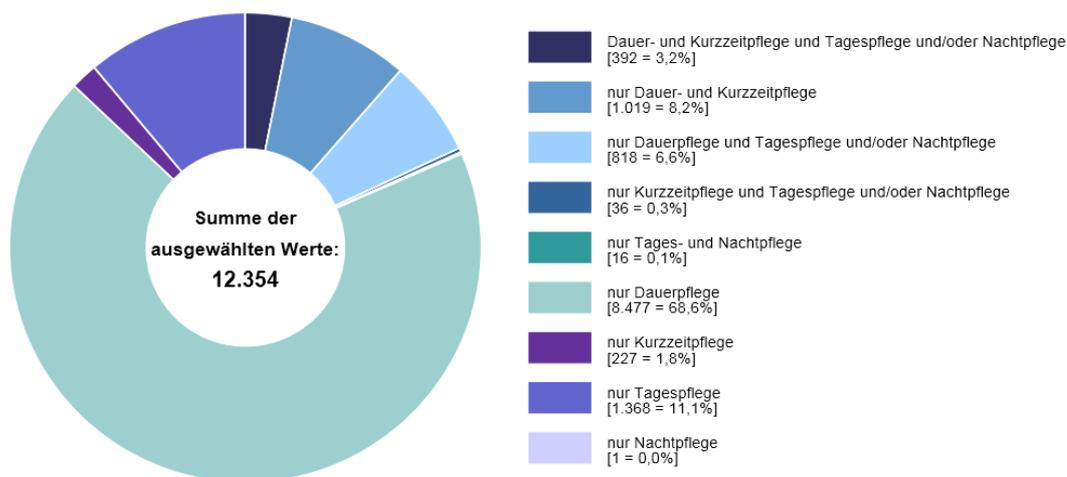


Abb. 4: Pflegeheime in Deutschland – Gesundheitsberichtserstattung Deutschland (www.gbe-bund.de)

Im Dezember 2011 befand sich der größte Anteil der Heime mit 54% in freigemeinnütziger Trägerschaft. Dazu gehören z.B. die konfessionellen Träger wie die DIAKONIE und CARITAS. 40% wurden unter privater Trägerschaft geführt. Nur ca. 5% der Heime hatten öffentliche Träger. In den Pflegeheimen wurden zum größten Teil (94%) ältere Menschen versorgt. Das STATISTISCHE BUNDESAMT (2011) gibt an, dass im Durchschnitt pro Pflegeheim 64 Pflegebedürftige versorgt werden (vgl. Pfaff 2013: 16f).

Obwohl ein Großteil der mehr als 2,5 Millionen Pflegebedürftigen gerne zu Hause versorgt werden möchte, wurden im Jahr 2011 ca. 740.000 Pflegebedürftige in der vollstationären Versorgung untergebracht. Das macht 30% der Pflegebedürftigen aus, wie es in der Abbildung 5 zu sehen ist (vgl. ebd).



¹ Einschl. teilstationäre Pflegeheime.

Abb. 5: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2011 (Pfaff 2013)

5.2. Entwicklung der stationären Pflege anhand der Heimgenerationen

Auch wenn in der Pflegestatistik 2011 der Begriff Pflegeheim für die gesamten stationären Pflegeeinrichtungen genutzt wird, gibt es dabei einige Unterschiede. Einer davon betrifft die baulichen Unterschiede, welche Auswirkungen auf die Pflegekonzepte haben. Gesamt gesehen gibt es eine stetige Verbesserung der baulichen Situation von stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. BMFSFJ 2006). Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat eine Einteilung vorgenommen, welche die Entwicklung der Bauweise von Pflegeheimen nach dem zweiten Weltkrieg unterteilt (☞ Abb. 6):

- Die erste Generation der Heime bestand überwiegend aus lang gestreckten Bauten mit kaum Untergliederung und vielen Mehrbettzimmern. Bäder und WCs wurden in der Regel nicht einzelnen Zimmern zugeordnet.
- Die zweite Heimgeneration ist an dem Bild des klassischen Krankenhauses orientiert. Prioritär wurde dabei auf die Hygieneanforderungen und den arbeitserleichternden Sanitärausstattungen geachtet. Demzufolge machten die Heime einen Eindruck von Sterilität. Eine angenehme Wohnatmosphäre fehlte dadurch. Zeitlich ist diese Bauweise ca. in den 60er und 70er Jahren anzusiedeln.

- Einen höheren Anteil an Einzelzimmern sowie barrierefreie, ansprechende Sanitärausstattungen sind Kennzeichen der dritten Heimgeneration. Es ist eine sichtbare Kombination aus Wohn- und Pflegeeinrichtung. Der überwiegende Teil der heute bestehenden Einrichtungen sind Einrichtungen dieser Generation.
- Seit Mitte der 90er Jahre werden zunehmend Heime der vierten Generation gebaut bzw. bestehende Heime werden gemäß der vierten Generation umgebaut. Das Leitbild ist eine familiäre Wohngruppe. Normalität, Individualität, Vertrautheit und Geborgenheit stehen im Vordergrund. Insbesondere für demenzerkrankte Menschen sollen die Betreuungsmöglichkeiten Vorteile bieten (vgl. Kaiser 2008: 27 ff.; BMFSFJ 2006).

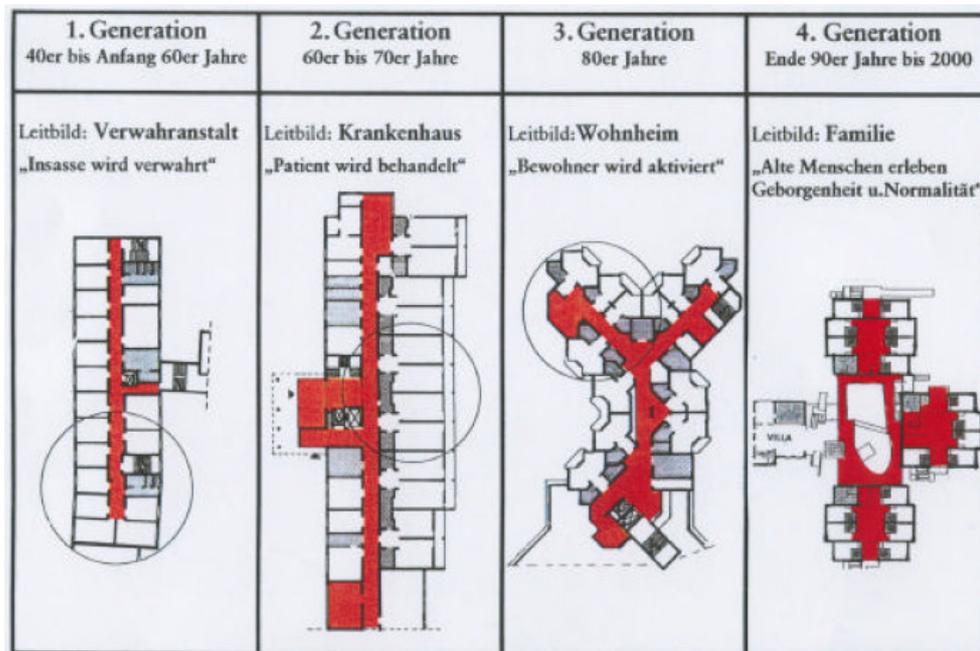


Abb. 6 Entwicklungstendenzen im Pflegeheimbau (Kaiser 2008)

Es ist abzusehen, dass die Aufteilung der Pflegeheime in diese vier Generationen nur vorläufig ist, da es zurzeit eine Vielzahl an Modellprojekten gibt, welche neue Wohnformen erproben. Die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verfließt zunehmend. (vgl. BMFSFJ 2006)

5.3. Organisation in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Bei den Pflege- und Wohnmodellen gibt es eine große Vielfalt und sind zum Teil große Unterschiede festzustellen. In der Organisationsstruktur der stationären Pflegeheime ist diese Vielfalt nicht vorzufinden. Die Organisationsstruktur ist in Pflegeheimen in den meisten Fällen sehr ähnlich (☞ Abb. 7) (vgl. Müller 2011: 182 ff.).

Ein Grund dafür sind die gesetzlichen Vorgaben. Im SGB XI ist z.B. festgehalten, dass in einer stationären Pflegeeinrichtung die Bewohner „unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden“ (BMJ 15.07.2013, §§ 17 (2)). Diese verantwortliche Pflegekraft ist in der Regel die Pflegedienstleitung. Die Verantwortungsposition über der Pflegedienstleitung bildet die Einrichtungsleitung. Die Einrichtungsleitung wird häufig von einem Träger (☞ Kapitel 5.1.) eingestellt. Neben der Pflegedienstleitung gibt es einen oder mehrere verantwortliche Wohnbereichsleiter, welche für die Pflegepersonen zuständig sind. Die Pflegepersonen wiederum nehmen meist auch unterschiedliche Rollen ein (☞ Abb. 7). Mit der Pflege betraute Personen sind ausgebildete Fachkräfte, nicht ausgebildete Pflegeassistenten, Betreuungskräfte und Auszubildende (vgl. Müller 2011: 182 ff.).

Für das Land NRW ist im Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) eine Mindestzahl an Fachkräften gefordert: „In jedem Fall ist sicherzustellen, dass insgesamt mindestens die Hälfte der mit betreuenden Tätigkeiten beauftragten Beschäftigten Fachkräfte sind.“ (MIK 01.07.2014, §12 (3)) Die Zahlen in der Pflegestatistik 2011 lassen aber vermuten, dass die Forderung nicht immer erfüllt wurde, da die Zahl der Fachkräfte bei ca. 48% lag (vgl. Pfaff 2013: 17).

5.4. Bewohnerstruktur

In den Pflegeheimen sind Menschen mit unterschiedlichen Pflegebedarfen untergebracht. Die Unterscheidung erfolgt in den Pflegestufen 0 bis III. Die Staffelung erfolgt anhand des individuellen, pflegerischen Aufwands. So stellt die Pflegestufe III die Einstufung für Schwerstpflegebedürftige dar. Es gibt noch eine Steigerung in die Stufe des Härtefalls. Die Stufen beschreiben nicht nur den ungefähren Pflegeaufwand, sondern es sind finanzielle Leistungen hinterlegt, die sich vom ambulanten zum stationären Bereich unterscheiden. Ein Mensch in Pflegestufe III erhält so bspw. 1.550 Euro monatlich (vgl. BMG 2014).

Der Anteil der Heimbewohner mit der Pflegestufe III betrug 2011 ca. 20%, im Gegensatz dazu waren 9% der zu Hause Versorgten in dieser Stufe gruppiert. Die anderen 60% teilten sich fast zu gleichen Teilen in die Pflegestufe I und II (je 30%) (vgl. Pfaff 2013: 8 f.).

6. Implementierung von Interventionen

In den Medien wird von Zeit zu Zeit immer wieder die mangelnde Qualität der Pflege in Deutschen Altenpflegeeinrichtungen thematisiert. Die Zustände werden z.B. wie jüngst über Enthüllungsreporter oder Angehörige angeprangert. (vgl. Schneeberger 2014) Die Gründe dafür sind vielfältig.

Zum einen wird die dünne Personaldecke und zum anderen veraltetes Wissen aufgeführt. Diesen Umständen geschuldet, können bei den Pflegebedürftigen Probleme wie ungünstige Wundverläufe, Gelenkskontrakturen oder Bettlägerigkeit auftreten, die unter besseren Bedingungen zu verhindern gewesen wären (vgl. Abt-Zegelin 2011: 322-325). Um Veränderung herbeizuführen, sind neue Ideen bzw. neue Erkenntnisse notwendig, die in den Einrichtungen umgesetzt werden müssen. Daraus folgt die Frage: Wie kommt das Wissen in die Einrichtung und wie wird es dann eingesetzt?

6.1. Der Begriff der Implementierung

Im Zusammenhang mit der Einführung von Neuem wird von der Implementierung gesprochen. Der Begriff stammt vom Lateinischen „implere“, was anfüllen, erfüllen, ergänzen oder vollenden bedeuten kann. Es handelt sich dabei um einen sozialen Prozess, „in dem aus der formalen Entscheidung, eine neue Verfahrensweise einzuführen, ein dauerhaft geändertes Verhalten der Anwenderinnen wird“ (DCZ 2013, S. 30). Im Grunde hat Implementierung zur Folge, dass eine Institution, z.B. eine Altenpflegeeinrichtung, nach der Einführung von Tätigkeiten oder Programmen (Interventionen) eine neue Berufspraxis lebt (vgl. Wilm 2008: 2).

Die Thematik der Implementierung hängt dabei mit Themen wie dem Theorie-Praxis-Transfer (Wissenstransfer) und der Qualitäts-, Personal- und Organisationsentwicklung zusammen. Speziell im Gesundheits- und Pflegesektor ist in diesem Zusammenhang auch die evidence-basierte Pflege und/oder Medizin zu nennen. Die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, Regeln und Zielvorgaben der Institution beeinflussen die Implementierung. Bei der Implementierung geht es nicht um eine einzelne Aktivität, sondern um eine Verkettung mehrerer Aktivitäten (vgl. Müller-Hergl 2010: 5 ff.; Wilm 2008: 2). Implementierung kann beispielsweise folgende Punkte beinhalten:

- neue Erkenntnisse der Versorgung
- aktuelles Wissen
- Leitlinien
- Qualitätsindikatoren
- Ergebnisse
- Maßnahmen
- neue Konzepte
- diagnostische Methoden
- komplexe Interventionen

Diese Punkte tragen in der Regel zur Weiterentwicklung der Institution bei und haben Einfluss auf die Abläufe, das Personal und den Kunden. Unter Umständen hat Implementierung Auswirkung auf die ganze Institution mit allen Berührungspunkten (vgl. ebd.).

Bei der Lagerung in Neutralstellung handelt es sich nach der Definition des Deutschen Cochrane Zentrums (DCZ 2013) um eine komplexe Intervention⁶. Im weiteren Kapitel geht es schwerpunktmäßig, wenn nicht anders benannt, um die Einführung von komplexen Interventionen.

Die Implementierung von den gewünschten Gegenständen ist mit Hindernissen verbunden. Obwohl bspw. eine Maßnahme an sich hervorragend ist, ist es kein Garant dafür, dass sie umgesetzt wird (ebd.). MÜLLER-HERGL (2010: 5) schreibt dazu: „In vielen Fällen liegt es nicht an den Maßnahmen selbst, wenn sie nicht zu gelingen scheinen, sondern an ihrer Umsetzung.“ Er schreibt weiter dazu sinngemäß, dass die Implementierung häufig mehr Aufwand benötigt, als die Entwicklung der Interventionen und Innovationen selbst (ebd. 5-6).

6.2. Eine Kategorisierung der Implementierung

Es gibt mehrere Möglichkeiten Implementierung zu kategorisieren. FIXSEN et al. (2006) haben auf Basis ihrer Forschungen folgende Aufteilung vorgenommen:

⁶ „Komplexe Intervention beinhalten mehrere miteinander interagierende Komponenten. Die Komplexität solcher Interventionen umfasst

1. die Interaktion zwischen den Interventionskomponenten,
2. die Flexibilität, die ein Behandlungsprogramm im individuellen Fall zulässt,
3. die Bandbreite der Zielgrößen und
4. die Unterschiede bei Klienten, Fachpraktikerinnen oder den Rahmenbedingungen.“ (DCZ 2013: 5)

„Paper implementation“ (Papierimplementierung)

Papierimplementierung meint die formale in Kraftsetzung von Richtlinien und Verfahren. Nach Schätzungen wird ein Großteil von Innovationen auf diesem Wege eingeführt. Dabei bleibt unklar, ob diese Papiere umgesetzt werden, da diese häufig in Handbüchern in Regalen oder Akteschränken gelagert werden. Eine sichere, nachhaltige Umsetzung ist nur durch eine Kontrolle gegeben, welche die Einhaltung der Richtlinie überprüft (vgl. Fixsen 2005: 7).

„Process implementation“ (Prozessimplementierung)

In diesem Zusammenhang sind Schulungen, Trainings und Unterweisungen gemeint. Diese werden als zentrale Methode in der Einführung von Neuem gesehen, um Veränderung von Institutionen zu bewirken. Dabei ist unklar, ob sich die Implementierungsprozesse auch konsequent mit der Sache auseinandersetzen, die eingeführt werden soll. Im Englischsprachigen wird in der Literatur von „fallacy of programmatic change“ gesprochen (vgl. ebd.). MÜLLER-HERGL (2010: 7) konkretisiert die Aussage mit dem Satz „alle sind geschult, aber keiner macht es“. Es drückt aus, dass ein bloßes Aussprechen von gewünschten Veränderungen noch keine Änderung bewirkt, gleichwohl es auch nicht ausgeschlossen ist, dass eine Änderung in Form von angewandten Innovationen erfolgt (vgl. Fixsen 2005: 6; ebd.: 7).

„Performance implementation“ (Performanzimplementierung)

Bei der Performanzimplementierung ist eine erfolgreiche Einführung dadurch sichtbar, dass die wesentlichen Merkmale in Form von Aktivitäten/Tätigkeiten der Verfahren und Prozesse eine positive Auswirkung auf die Betroffenen haben. (vgl. Fixsen 2005: 6; Müller-Hergl 2010: 6)

Wenn die Intention besteht, eine bestmögliche Implementierung zu erreichen, benötigt es ein Wissen um Faktoren und Prozesse, welche sich auf die Implementierung auswirken. Mit diesen Faktoren und Prozessen beschäftigt sich die Implementierungsforschung. (vgl. DCZ 2013: 31)

6.3. Grundlagen und Rahmenbedingungen der Implementierung

Es ist deutlich, dass ein bloßes Vorhandensein einer guten Intervention nicht genügt, um diese erfolgreich in einer Institution zu etablieren. Im Vorfeld der Einführung ist es erforderlich, sich mit einigen Fragen wissenschaftlich auseinanderzusetzen. Andernfalls wird das Wissen zufällig – wenn überhaupt – in die Praxis transferiert. In diesem Zusammenhang gilt es bspw. die Frage zu beantworten, welche Faktoren für eine Implementierung förderlich sind. Eine

solche Frage lässt sich für die Implementierung einer komplexen Intervention nicht pauschal beantworten, da nicht nur die Intervention komplex ist, sondern auch jede Institution ein eigenes individuelles System bildet (vgl. Meyer und Vollmar 2013: 161; DCZ 2013: 31).

Nach den Autoren des Leitfadens „zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen“ (Schaeffer 2006) ist der Versuch, eine Originalintervention in einen bestehenden Kontext vollständig zu übertragen, meist nicht zielführend. Der Schwerpunkt würde so auf der Intervention als solche statt auf den Effekten liegen. Um erfolgreiche Ergebnisse zu erreichen, muss der bestehende „Routinekonzext“ mit den Anwendungsmodalitäten der neuen Intervention interagieren. Hier bedarf es einer gegenseitigen Annäherung (ebd. 30).

6.3.1. Implementierungsforschung

Die Beforschung der Implementierung ist nicht gleichbedeutend mit der Implementierung selbst. Auf der einen Seite steht die Implementierungsforschung. Die Implementierungsforschung entwickelt bspw. neue Modelle, welche die multiplen Faktoren und ihre Einflussnahme bei der Implementation neuer Interventionen beschreiben. VOLLMER et al. (2011) die mit ihren Forschungsbemühungen eine Verkleinerung der Wissens-Praxis-Lücke anstreben, haben sich mit den Begriffen der Maßnahmen auseinandergesetzt. Den Begriff der Implementierungsforschung definieren sie wie folgt: „Implementierungsforschung beschreibt die wissenschaftliche Untersuchung von Methoden, die systematisch die Übertragung aktueller Forschungsergebnisse und evidenzbasierter Praktiken in die Versorgung unterstützen und das Ziel verfolgen, die Qualität und Effektivität des Gesundheitssystems zu verbessern“ (ebd. 139). Zu der Methode der Übertragung gehört z.B. die Beantwortung der Frage nach den beeinflussenden Rahmenbedingungen oder die Persönlichkeit der Anwender (vgl. Müller-Hergl 2010: 7 ff.).

Auf der anderen Seite steht die Implementierung. Hier geht es darum, Neuerungen einzuführen und dabei die Erkenntnisse der Implementierungsforschung zu berücksichtigen.

MEYER et al. (2013: 161) konstatieren jedoch, dass in Deutschland wissenschaftlich begleitete Implementierung von nachweislicher, wirksamer und sicherer Interventionen bedauerlicherweise ausstehen. Nach MEYER et al. (ebd.) wird der Forschungszyklus in der Regel mit der Publikation beendet und eine Implementierung nicht durchgeführt. Daher verleihen sie der Forderung des UK Medical Research Council (UK MRC) Nachdruck, schon in einer frühen Phase der Interventionsentwicklung über die nötigen Informationen der

Implementierung nachzudenken und Barrieren wie auch begünstigende Faktoren der Implementierung in einer Prozessevaluation zu bestimmen. (vgl. ebd.).

6.3.2. Fragen der Implementationsforschung

In der Untersuchung der Implementierung von Interventionen liegt ein Augenmerk darauf, wie zügige, exakte und nachhaltig neue Interventionen in der Praxis umgesetzt werden. Auch die Akzeptanz dieser wird untersucht. Darüber hinaus klärt die Implementationsforschung die Frage, ob die Implementierung bessere Ergebnisse in der Behandlung bewirkt (vgl. DCZ 2013: 31).

Im „Leitfaden: Forschung zu komplexen Interventionen“ (ebd.) werden in dem Zusammenhang folgende typische Fragestellungen vorgestellt:

- „Welches sind die wichtigsten fördernden Faktoren und die stärksten Barrieren für die Implementation unter Routinebedingungen?
- Welche spezifischen Strategien reduzieren die identifizierten Barrieren und stärken die wichtigsten fördernden Faktoren?
- Wie wird die Qualität der Implementation gemessen und ab welchem Grad gilt die Umsetzung der neuen Intervention als gelungen?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Grad der Interventionsumsetzung und den Behandlungseffekten?
- Können durch spezifische Implementationsmaßnahmen bessere Behandlungseffekte erzielt werden als durch einfache Informationen zur neuen Intervention?
- Eine weitere wichtige Fragestellung umfasst die möglichen positiven und negativen Langzeiteffekte unter Routinebedingungen.“ (ebd.)

Auch wenn mit der Beantwortung dieser Fragen wesentliche Punkte zur Implementierung geklärt sind, gilt es vordergründig zunächst die beeinflussenden Faktoren zu identifizieren. Dazu gehören Faktoren, die sich hinderlich oder förderlich auf die Implementierung auswirken. Denn trotz wirksamer Intervention besteht die Möglichkeit, dass durch die Prüfung Faktoren offen gelegt werden, die eine Implementierung in diesem Kontext nicht möglich machen. Gründe können zum Beispiel in den Rahmenbedingungen, den Führungskräften, der Einrichtung selbst oder den ausführenden Personen liegen. (vgl. ebd.; Müller-Hergl 2010: 7 ff.)

6.3.3. Einflussfaktoren der Implementierung

MÜLLER-HERGL (2010: 7ff) führt einige wissenschaftliche, bestätigte Faktoren auf, die eine begünstigende Wirkung auf die Implementierung haben. Einige der genannten Punkte sind die folgenden:

- Bieten die Neuerungen Vorteile gegenüber Bekanntem, sind sie leicht anzuwenden und sind sie auszuprobieren, so sind diese eher anzunehmen und zu befolgen. Gleiches trifft auf Neuerungen zu, die mit den bestehenden Werten, Auffassungen und Arbeitsabläufen vereinbar sind.
- Für die Initiierung von Veränderungsprozessen sind nachweislich zentrale Personen notwendig, welche die Innovationen vorleben, Feedbacks geben, helfen, beraten und die Prozesse am Laufen halten.
- Eine Implementierung gelingt in der Regel gut, wenn die Beteiligten Interessen an der eigenen Praxis haben. Neues soll nicht nur vorgeschrieben werden, sondern diese Personen sollen an der Entwicklung und Einführung beteiligt werden.
- Ohne Führungs- und Leitungskräfte, welche die Innovationen mittragen, mitmachen und kennen, werden diese wahrscheinlich nicht langfristig bestehen. Es benötigt verantwortliche Personen, die offen für Entwicklung sind und selber als Motivatoren vorangehen.
- Wünsche und Bedürfnisse der Anwender, müssen hinsichtlich der Intervention berücksichtigt werden, damit die Umsetzung gelingt. Dafür ist jedoch eine offene Aussprache erforderlich, damit eine Berücksichtigung in der neuen Situation gewährleistet werden kann (vgl. ebd.).

Die Auswahl der Punkte zeigt, dass die erfolgreiche Implementierung auf mehreren Ebenen geschehen muss. Mittlerweile gibt es mehrere Modelle, welche die Einflussfaktoren beschreiben. Im „Leitfaden: Forschung zu komplexen Interventionen“ (DCZ 2013: 31–32) wurden die Ergebnisse dieser Modelle in einer Tabelle (☞ Anhang 2) zusammengefasst und veröffentlicht. Mit Hilfe dieser Übersicht können die festgestellten förderlichen und hinderlichen Faktoren im nächsten Schritt auf ihre Beeinflussbarkeit überprüft werden. Dabei wird analysiert, ob hinderliche Faktoren positiv beeinflusst und förderliche Faktoren verstärkt werden können. Die oben genannte Aufzählung zeigt ein Beispiel, wie das konkret aussehen kann (ebd.).

6.3.4. Strategien zur Implementierung

Ergibt die Prüfung der Einflussfaktoren das Ergebnis, dass eine Implementierung durchgeführt werden kann, wird eine Strategie gewählt, welche die weiteren Schritte inkl. der Implementationsziele, Budget- und Zeitziele usw. beinhaltet. Die gewählten Maßnahmen sind individuell angepasst und unterschiedlich. Tabelle 3 zeigt einige bewährte Maßnahmen zur Implementierung (vgl. ebd.: 32 f.).

Hohe Priorisierung des Implementationsprozesse innerhalb der Einrichtung
Unterstützung von positiv eingestellten Meinungsführern oder von Fachpraktiken, die bei der Umsetzung besonders erfolgreich sind
Klare Kommunikation des Implementationsplans
Externe oder Inhouse-Schulungen
„Probeführungen“ in Abteilungen mit hoher Innovationskompetenz oder durch
Unterstützung in der Einarbeitungsphase durch ausreichend Zeit und Möglichkeiten des Austauschs mit anderen betroffenen Kollegen
Unterstützung durch interne oder externe Experten, vor Ort, online oder per Telefon
Regelmäßiges Monitoring, Einzel- oder Gruppenfeedback, Audits oder Reflexionstreffen

Tab. 3: Maßnahmen zur Implementierung (DCZ 2013)

Es existieren Reviews, welche die Wirkung von Maßnahmen zur Implementierung aufführen. Folgende bewährte Maßnahmen werden im „Leitfaden: Forschung zu komplexen Interventionen“ (DCZ 2013:) genannt:

- Fortbildungsveranstaltungen
- edukative Expertenbesuche
- Nutzung von lokalen Meinungsführern
- Veränderungsbarrieren identifizieren und gezielt abbauen
- elektronische Erinnerungen
- und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Dagegen werden gedrucktem Lehrmaterial, interprofessionellen Fortbildungen, Veröffentlichungen von Qualitätsdaten, elektronischen Zugängen zu Informationen und Änderungen in der Organisationkultur/in der Infrastruktur für die Pflegepraxis keine oder unklare Effekte zugewiesen (vgl. ebd.: 33-34).

Mithilfe einer Evaluation, die auch im Nachhinein durchführbar ist, können förderliche wie auch hinderliche Faktoren identifiziert werden, um festzustellen, ob eine Implementierung erfolgreich war bzw. ob sie sich im erfolgversprechenden Prozess befindet. Auch die

Strategien können auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden. Das nächste Kapitel widmet sich dem Thema der Evaluation.

7. Evaluation und Evaluationsforschung

Die Evaluation erfährt in der Wissenschaft wie auch gesamtgesellschaftlich eine große Verbreitung. Im deutschsprachigen Raum gibt es auf diesem Gebiet eine Vielzahl von Arbeitskreisen, die in verschiedenen Gesellschaften tätig sind. Beschäftigungsfelder sind unter anderem die Bereiche Medien, Schulen, Aus- und Weiterbildung (vgl. Gollwitzer und Jäger 2009: 8).

7.1. Der Begriff der Evaluation

Wird die Evaluation als Fremdwort für den Begriff „Bewerten“ und/oder „Bewertung“ verstanden, so wird schon im Blick auf Teile der frühesten Aufzeichnungen der Menschheitsgeschichte deutlich, dass die Evaluation seit Tausenden von Jahren praktiziert wird. Bereits auf den ersten Seiten der Bibel wird eine direkte Anwendung der Evaluation erwähnt. Nach und während der Erschaffung von Himmel und Erde, Finsternis und Licht, Wasser und Land, Pflanzen, Tieren und Himmelskörpern kommt Gott zu einem bewertenden Ergebnis: „Und Gott sah, dass es gut war“ (Die Bibel 2006: 1.Mose 1, 25b). Mit der Erschaffung des Menschen als den letzten Akt der Schöpfung bewertet Gott sein Werk erneut und kommt zu einer noch positiveren Bewertung: „Und Gott sah alles, was er gemacht hatte; und siehe, es war sehr gut.“ (Die Bibel 2006: 1.Mose 1,31a) Aus dem „gut“ wird ein „sehr gut“. Im Schöpfungsbericht wird nicht erwähnt, welche Kriterien dazu geführt haben, dass Gott zu diesem Ergebnis gekommen ist. Seine Entscheidung, die Schöpfung bestehen zu lassen, ist wohl die logische Folge seiner Bewertung und Einschätzung über die Qualität dieser.

Der Bericht aus der Bibel zeigt, dass die Evaluation keineswegs etwas Neuartiges ist, entwickelt in oder nach der Modernen. Evaluation hat dafür gesorgt, dass der Mensch bestehen konnte. Um zu überleben, musste er herausfinden, was beispielsweise genießbare Pflanzen und Tiere sind. Das gelang nur im Sammeln von Daten, in der Bestimmung von Kriterien und der anschließend darauf aufbauenden Entscheidung (Stockmann und Meyer 2014: 30).

Wenn die Evaluation als eine Bewertung, also ein alltägliches Phänomen dargestellt wird, ist von diesem Begriffsverständnis die Evaluation als ein systematisches Verfahren abzugrenzen. Auch wenn eine Form der Evaluation schon seit dem Beginn der Menschheit praktiziert wird,

ist die Evaluation nach wissenschaftlichen Regeln ein modernes Phänomen, welches mit der Entwicklung der Sozialwissenschaften und den Interessen der politisch Regierenden im Zusammenhang steht (vgl. Gollwitzer und Jäger 2009 8 ff.; Stockmann und Meyer 2014: 30f).

7.2. Bedeutung der Evaluation

Die Unklarheit darüber, was Evaluation ist und was darunter zu verstehen ist, wird unweigerlich dadurch verstärkt, dass im Englischsprachigen der Evaluationsbegriff nicht gar ein wohlklingendes Fremdwort oder ein ausschließlicher Fachtermini ist, sondern in der Alltagssprache für das Bewerten, „to evaluate“, genutzt wird. Allein diese Tatsache kann zu Missverständnissen im Umgang mit englischsprachigen Quellen führen.

Wenn man sich jedoch von dem Begriff der Evaluation als solchen löst und den unterschiedlichen Definitionen der Evaluation zuwendet, so finden sich nach REISCHMANN (2006: 18) drei Elemente, welche sich in den meisten Evaluationsdefinitionen wiederfinden:

Evaluation meint

1. das Methodische Erfassen und
2. das begründete Bewerten von Prozessen und Ergebnissen zum
3. besseren Verstehen und Gestalten einer Praxis-Maßnahme durch Wirkungskontrolle, Steuerung und Reflexion (ebd.).

Bei der methodologischen Evaluation handelt es sich um ein Design der Sozialforschung. Hierbei werden Verlauf und Resultate, in der Regel eines Programmes, mit konkreten Zielen und Instrumenten untersucht (vgl. Schöch 2005: 3).

Im Unterschied zu dem Verständnis von Evaluation als ein Bewerten von etwas Unspezifischem, befasst sich die Evaluation in der Sozialforschung mit spezifischen Evaluationsgegenständen. Sowohl die durchführenden Personen als auch die Vorgehensweise sind nicht beliebig. Die Evaluation erfolgt von Personen, welche dafür qualifiziert sind. Dies ist beispielsweise durch Praxiserfahrung oder Befähigung durch eine methodische Expertise gegeben. Wie diese Personen dann in der Evaluation vorgehen, ist zu dokumentieren. Das Vorgehen ist nicht zufällig sondern geplant und das Evaluationsdesign für alle Beteiligten verbindlich (vgl. ebd.)

7.3. Der Evaluationsgegenstand und die Methoden

Die Frage nach dem, was der Gegenstand der Evaluation sein kann, lässt sich nicht so einfach beantworten. Eine Besonderheit der Evaluation ist, dass der Gegenstand der Evaluation

prinzipiell alles sein kann. An dieser Stelle wird in Kürze und beispielhaft aufgeführt, welche Inhalte eine Evaluation abdecken kann. Die Fragen in der folgenden Auflistung sollen eine Vorstellung davon gegeben, was konkret evaluiert werden könnte (vgl. Reischmann 2006: 37):

- Programme bzw. Projekte: Wie ist die Außenwirkung des Programms? Gibt es ausreichend Interessenten oder muss der Kurs an das Interesse angepasst werden?
- Teilnahme: Mit wieviel Teilnehmern wurde gerechnet und wie viele sind tatsächlich gekommen?
- Kurserfolg: Konnten die Teilnehmer einen Lernzuwachs verzeichnen? Wurden die Erwartungen erfüllt?
- Inhalte: Passt der Inhalt zum Bedarf der Zielgruppe?
- Kosten: Wurde kostendeckend gearbeitet? Welche zusätzlichen Kosten sind entstanden?
- Nutzen: Werden die Inhalte der Schulung umgesetzt? Haben die Geschulten die Möglichkeit, ihr Wissen umzusetzen?
- Schwachstellen: Welche Probleme tauchen während der Nutzung des angebotenen Programms auf?
- Politische Strategien: Verbessern die Neuregelungen die Situation von jungen Familien nachhaltig? Führen diese zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie? (vgl. ebd.)

Aus der Unterschiedlichkeit der Evaluationsgegenstände lässt sich schließen, dass die Evaluation somit in ihren Fragestellungen und Zwecken nicht begrenzt sind. Daraus folgt, dass es auch nicht die eine einzige Evaluationsmethode gibt. Im Gegenteil, für die Evaluation bieten sich alle bekannten Methoden der empirischen Sozialforschung an. Die Auswahl erfolgt nicht willkürlich. Die Methode richtet sich nach Gegenstand und dem Zweck der Evaluation. In ihrem Design lässt sich die Evaluation nicht von anderen Forschungsdesigns unterscheiden (vgl. Reinmann 2012: 5 ff.). Zu den Evaluationsmethoden zählen unter anderem die folgenden:

- Befragungen (mündlich, schriftlich, offen, geschlossen etc.),
- Beobachtungen (offen, verdeckt, strukturiert, unstrukturiert etc.),
- Tests (Wissens-, Intelligenz-, Einstellungstests etc.),
- Dokumentenanalysen (Sprache, Zahlen, analog, digital etc.),
- experimentelle Verfahren und
- Kriterienlisten/-kataloge (für Experten- oder Nutzerurteile) (vgl. ebd.).

7.4. Der Zweck der Evaluation

KROMERY beschreibt in dem Buch „Was ist Qualität?“ (Schöch 2005: 3 f.) die Evaluation im Sinne eines wissenschaftlichen Vorgehens als ein „methodisch kontrolliertes, verwertungs- und bewertungsorientiertes Sammeln und Verwerten von Informationen“. Dabei liegt das Besondere nicht in der Methodik der Datengewinnung, sondern in der Perspektive des Untersuchers, also dem Evaluator. Es geht um den Zweck des Evaluationsgegenstandes und damit verbunden die Fragen danach,

- I. ob der Gegenstand den Zweck erfüllt,
- II. wie der Gegenstand verändert werden muss oder kann, um den Zweck besser zu erfüllen
- III. und welcher Zweck überhaupt angestrebt werden soll (vgl. ebd.).

Das wissenschaftliche Handeln zur Theorie-Gewinnung mit Hilfe des Evaluationsgegenstands steht dabei nicht im Fokus, sondern die Verwendung von wissenschaftlichen Verfahren und Erkenntnissen, um diese für den Gegenstand nutzbar zu machen (vgl. ebd.).

7.5. Elemente der Evaluation

Anhand der oben genannten Definition von REISCHMANN soll kurz aufgezeigt werden, welche Bedeutung und welchen Inhalt die zentralen Elemente der Evaluation haben.

7.5.1. Erfassen

Am Anfang steht das Erfassen von Prozessen und Ergebnissen. Dabei geht es um das organisierte methodische Vorgehen, welches überprüfbar ist. Die Ergebnisse werden dokumentiert. Unterschiedlichste Daten werden erfasst, was im Allgemeinen Worte oder Zahlen sein können. Als Instrument zur Erfassung ist es möglich, alle in der Sozialforschung verwendeten Instrumente wie Fragebögen, Interviews Beobachtungsliste oder anderes zu nutzen. Wie schon erwähnt, ist der Methodik vorerst keine Grenze gesetzt. Festzuhalten ist jedoch, dass es sich nicht um eine organisierte Datensammlung handelt, also nicht bloß allgemeine Aussagen zu irgendeinem Gegenstand. Damit Evaluation dem wissenschaftlichen

Anspruch genügt, ist eine Dokumentation der Daten zur Nachvollziehbarkeit der Begründung unbedingt notwendig (vgl. Reischmann 2006: 19 f).

7.5.2. Bewerten

Wie der Begriff der Evaluation schon impliziert, gehört der Punkt des Bewertens zentral zu der Evaluation. Dabei werden die Prozesse und Ergebnisse der zuvor erfassten Ergebnisse bewertet. Es geht dabei über eine Meinungsäußerung über den Evaluationsgegenstand hinaus, wie es sonst im alltäglichen Gebrauch im Zusammenhang mit der Evaluation üblich ist (vgl. ebd.: 20 ff.).

Es kommt zu einem Vergleich der Daten, die erhoben wurden, mit dem, was intendiert wurde. Die Intention der Evaluation entsteht nicht zufällig, sondern wird im Vorfeld oder im Verlauf der Evaluation entwickelt. Die Kriterien, welche den Maßstab bilden, werden begründet, um einen wissenschaftlichen Umgang damit gewährleisten zu können. Die Kriterien zur Bemessung, ob in dem Evaluationsgegenstand ein Erfolg oder ein Nichterfolg gesehen wird, sind transparent herauszustellen. Teilweise können Kriterien sehr einfach aussehen – beispielsweise dann, wenn danach gefragt wird, ob alle Mitarbeiter nach einer Vorgabe arbeiten oder nicht. Schwieriger wird es, wenn die Frage lautet, welche Pflegenden den besten Umgang mit den Klienten haben. Die beiden Beispiele zeigen, dass die Evaluation in der Praxis stattfindet und somit auch in einem Bezug dazu stehen muss, um einen gewissen Zweck zu erfüllen (ebd.).

7.5.3. Praxisbezug

Evaluation ist grundsätzlich an einen Zweck gebunden. Sie ist nicht zum Selbstzweck da und erfüllt somit eine Funktion, welche sich auf die Praxis auswirkt. Demensprechend zählt REISCHMANN den Praxisbezug zu den zentralen Elementen der Evaluation (vgl. ebd.: 24).

Die Evaluation hat unterschiedliche Funktionen in der Praxis. Evaluation kann bei der Bewertung helfen, ob der Evaluationsgegenstand eingeführt/angewandt, fortgeführt oder eingestellt werden soll (vgl. Hense 2014).

REISCHMANN (2006: 24) gliedert die Funktionen der Evaluation in drei unterschiedliche Einzelfunktionen auf.

- I. Evaluation als Kontrollfunktion: Die Wirkung von gelaufenen Maßnahmen soll aufgezeigt werden.
- II. Evaluation als „didaktische Steuerungsfunktion“: Anstehende Maßnahmen sollen besser gestaltet werden.
- III. Evaluation als Reflexionsfunktion: Maßnahmen sollen reflektiert und verstanden werden.

In der Regel bedarf es einer Feststellung, welche Funktion die Evaluation erfüllen soll, da nicht alle Funktionen gleichermaßen den Zweck bestimmen können. Von der Bestimmung des Evaluationszweckes hängt dementsprechend ab, welche Daten wie gesammelt werden sollen, um eine Aussage über diesen treffen zu können. (vgl. ebd.)

Von Evaluation kann nach REISCHMANN (2006: 28 ff.) nur gesprochen werden, wenn diese drei Elemente des Erfassens, des Bewertens und des Praxisbezugs berücksichtigt werden.

7.6. Eingrenzung und Präzisierung der Evaluation

Wie schon erwähnt, gibt es die Möglichkeit, unterschiedliche Gegenstände ins Zentrum der Evaluation zu stellen. Jeder dieser Gegenstände benötigt eine Eingrenzung und eine Präzisierung in der Frage, worauf in der Durchführung der Evaluation geschaut werden soll. Da es in dieser Arbeit um die Evaluation des LiN-Konzepts geht, wird hier schwerpunktmäßig die Präzisierung und die Eingrenzung in Bezug auf die Programm-/Konzeptevaluation gelegt.

Mit der Benennung eines Gegenstands der Evaluation, in Form einer Beschreibung des Sachverhaltes oder eines Vorhabens, ist die Präzisierung nicht abgeschlossen. Einige Frage müssen vorerst beantwortet werden. In den meisten Fällen können nur Teilaspekte evaluiert werden. Eine Einrichtung oder ein ganzes Programm mit allen Details zu evaluieren, ist nur eingeschränkt möglich. Es müssen Schwerpunkte gesetzt werden (vgl. Schöch 2005: 17). KROMREY gibt zu bedenken, dass die Frage gestellt werden muss, welchen Nutzen diese Informationen haben. Informationen und Befunde, welche nicht zu dazu führen, Entscheidungen aufgrund dessen zu fällen, sind irrelevant und verschwenden unnötige Ressourcen (vgl. ebd.).

KROMREY (2001: 11) gibt an einer anderen Stelle vier zentrale Fragen für die Programmforschung an, um Schwerpunkte in der Evaluation zu setzen.

- a) „Was wird evaluiert? – Implementations- oder Wirkungsforschung
- b) Wann wird evaluiert? – Summative oder formative Evaluation
- c) Wo ist die Evaluation angesiedelt? – Externe oder interne Evaluation
- d) Wer beurteilt nach welchen Kriterien? – Instanzen der Evaluierung“ ((Kromrey 2001, S. 11)

Abhängig davon, wie die einzelnen Fragen beantwortet werden, lässt sich die Evaluation in die unterschiedlichen Arten differenzieren. Dazu folgt eine kurze Erklärung der einzelnen Punkte.

7.6.1. Implementations-/Wirkungsforschung

Bei der Implementationsforschung geht es in erster Linie um die Umsetzung von Programmen, Maßnahmen oder Projekten. Die Planung, die Umsetzung und die Durchführung stehen im Vordergrund. Die Qualität der Umsetzung nimmt eine größere Rolle ein als die Ergebnisse. Es werden Daten erfasst, welche darüber Aufschluss geben, wie das Konzept bzw. die Maßnahme implementiert wurde. Eine mögliche Frage wäre: Entspricht die Durchführung der Maßnahme der geplanten Durchführung (vgl. Gollwitzer und Jäger 2009: 127; Kromrey 2001: 11)?

Im Gegensatz zur Implementationsforschung stehen bei der Wirkungsanalyse die Effekte der Maßnahme im Vordergrund, also der Output. Deswegen kann in diesem Zusammenhang der Begriff der Ergebnisevaluation gebraucht werden. Dabei geht es nicht nur um die erwarteten Effekte, sondern auch um die nicht intendierten Effekte. Diese Effekte können weiter differenziert werden. Sie unterscheiden sich beispielsweise in quantitative und qualitative Effekte oder auch in Effekte, die sich auf Personen oder Organisationen auswirken können (vgl. Kromrey 2001: 11; Reinmann 2012: 11).

Die Prozessevaluation

In der Prozessevaluation wird die Implementation und die Wirkung in den Blick genommen. In der Durchführung einer Interventionsmaßnahme finden begleitende Bewertungen statt. Diese beziehen sich auf die Qualität der Implementierung sowie auf die Effekte der Maßnahmen. In der Abbildung 8 wird die Prozessevaluation dargestellt. Ziel einer Prozessevaluation ist die Optimierung der Maßnahme. In diesem Zusammenhang wird von der formativen Evaluation gesprochen (vgl. Gollwitzer und Jäger 2009: 15 und 123 ff.).

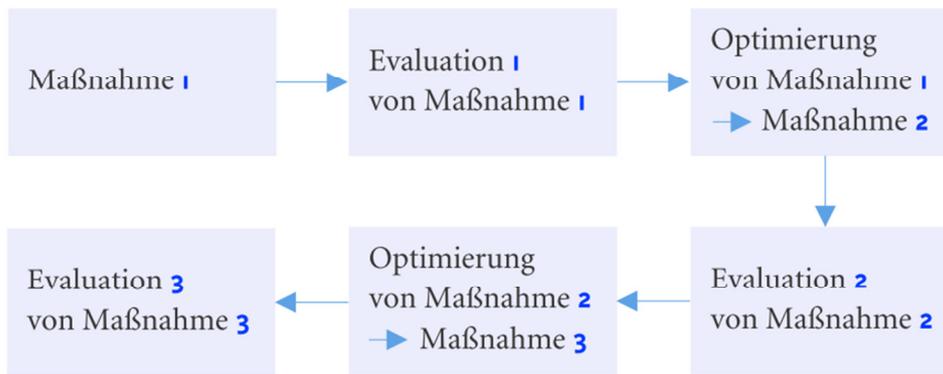


Abb. 7: Prozessevaluation (Gollwitzer und Jäger 2009)

7.6.2. Summative oder formative Evaluation

Eine weitere Präzisierung erfolgt über die Frage, wann evaluiert wird. Der Unterschied ist zentral, da die Evaluation begleitend oder abschließend in Bezug zu dem Projekt, der Maßnahme oder dem Programm laufen kann.

Wird die Evaluation am Ende einer Maßnahme durchgeführt, nimmt die Evaluation eine summative Funktion ein. „Damit wird am Ende einer Maßnahme der Erfolg aufsummiert ...“ (Reischmann 2006, S. 35). Ende und Anfang einer Forschung sind somit klar abgegrenzt, da es zu einem abschließenden Urteil kommt und keine weiteren Schritte folgen. Nützlich ist diese Art der Evaluation, um z.B. unterschiedliche Maßnahmen miteinander zu vergleichen oder die Investitionskosten einer Maßnahme gegenüber dem Nutzen zu bewerten. Der Gegenstand, um den es dabei geht, befindet sich nicht mehr in der Entwicklung, sondern wurde bereits fertiggestellt (vgl. Kromrey 2001: 12).

Handelt es sich andererseits um eine begleitende Evaluation, wird von einer formativen Funktion gesprochen. Diese Art der Bewertung hat, wie sich aus dem Begriff ableiten lässt, eine formende Funktion. Die Schlüsse, die aus der Evaluation geschlossen werden, können Einfluss auf den Gegenstand haben. Der Gegenstand ist also formbar und noch in der Entwicklung befindlich. Das ist in der Regel auch der Zweck der Evaluation: Eine Verbesserung und/oder Entwicklung zu initiieren. Es handelt sich deshalb auch nicht direkt um eine Erfolgs- und Wirkungskontrolle, da die Evaluation den Gegenstand fortwährend beeinflusst. Im Gegensatz zu der summativen Evaluation sind bei der formativen Evaluation die Anfangs- und Endpunkte nicht genau definiert. (vgl. Reinmann 2012; 16; Kromrey 2001: 11f.)

7.6.3. Externe oder interne Evaluation

Die Frage danach, wer die Evaluation ausführt, wird mit der Beschreibung extern oder intern konkretisiert.

Sind unabhängige Personen/Personengruppen, wie zum Beispiel Forschungsinstitute oder unabhängige Forscher, für die Evaluation zuständig, wird von einer externen Evaluation gesprochen. Mittlerweile sind bei bestimmten Projektvorhaben externe Evaluatoren als wissenschaftliche Begleitung vorgeschrieben. Es wird davon ausgegangen, dass bei dieser Form der Evaluation ein höherer Grad an Objektivität vorliegt, da das zentrale Ziel nicht daran liegt, positive Ergebnisse zu erzielen. Es ist davon auszugehen, dass es sich um Forschungsexperten handelt, welche die wissenschaftlichen Standards als Maßstab für ihre Arbeit haben. Neben diesen Vorteilen einer externen Evaluation ist als Risiko eine mögliche Distanz zum Evaluationsgegenstand zu benennen. Das kann dazu führen, dass die Ergebnisse von den Betroffenen nicht anerkannt bzw. nicht angewandt werden (vgl. Stockmann 2007: 61).

Das Pendant zur externen Evaluation ist die interne Evaluation. Dabei handelt es sich um eine organisationszugehörige Person/Personengruppe, welche für die Planung und Durchführung der Maßnahme zuständig ist. Die interne Evaluation erfolgt nicht grundsätzlich als Selbstevaluation der unmittelbar involvierten Personen, sondern kann auch von einer anderen Abteilung oder aber dem Betriebsleiter der Organisation durchgeführt werden. Es kommt somit zu einer internen Fremdevaluation. Der Vorteil der internen Evaluation liegt darin, dass der Zugang zu den Informationen in der Regel barrierefrei ist und der Evaluator bzw. das Evaluationsteam an Ort und Stelle ist. Eine hohe Sachkenntnis und eine geringere Kostenbelastung sind weitere Vorteile. Nachteile können unter Umständen eine mangelnde Professionalität durch fehlende methodische Kompetenz und mangelnde Objektivität sein (vgl. Kromrey 2001: 12; Stockmann 2007: 61).

7.6.4. Instanzen der Evaluierung

Bei der vierten Präzisierung nach KROMREY (2001) geht es um die Frage: Wer beurteilt nach welchen Kriterien?

Die Beurteilungskriterien können aus dem zu evaluierenden Programm stammen. Die Ziele des Programms, der Maßnahme oder des Konzepts dienen als Beurteilungskriterien für die Implementation und die Wirkung. Dabei kann ein Vorher-/Nachher-Vergleich oder ein Soll-/Ist-Vergleich anhand von Wirkung, Zielen und Maßnahmen vorgenommen werden. In der

Entwicklung und/oder Erprobung sind die genannten Punkte aber noch nicht bekannt. In diesem Fall kann eine Evaluation durch eine externe Instanz durchgeführt werden, welche gezielt die Nutzer nach deren Erfahrungen befragt (vgl. ebd.: 12 f.).

7.6.5. Übersicht

In der nachfolgenden Tabelle 4 werden die Fragen mit den möglichen Präzisierungen und dem Klärungsbedarf dargestellt.

Dimensionen der Evaluation	Mögliche Präzisierung	Klärungsbedarf
Was wird evaluiert?	Existierende Einrichtungen	Was ist das „Programm“?
Programme, Maßnahmen Organisationen etc.	In Planung/Entwicklung befindliches Projekt;	Wie ist seine Struktur? Was ist der „Gegenstand“?
	Bereits implementiert; Feldversuch/Pilotprojekt Programmumfeld etc.	Was ist der Evaluationszweck? Wer sind die Nutzer?
Wer evaluiert?	Unabhängige Wissenschaftler,	Wer hat welche Funktionen?
Personen, die zur Bewertung legitimiert bzw. besonders befähigt sind	Auftragsforscher, im Programm Mitwirkende,	Informanten/Informationsquellen
	externe Berater, engagierte Betroffene etc.	Informationsbeschaffung und – aufbereitung
Wie wird evaluiert?	Hearing, qualitative/quantitative Forschungslogik, experimentell/nicht-experimentell, formativ/summativ etc.	Methoden und Verfahren der Informationsbeschaffung Methoden und Verfahren des Bewertens
Objektiviertes, intersubjektiv nachprüfbares Verfahren		Legitimation zum Bewerten
Nach welchen Kriterien wird evaluiert?	Zielerreichung/Effekt/Nebenwirkungen, Effizienz/Effektivität;	Ziele (Programm/Evaluation)) Kriterien (des Programms, der stakeholder)
Explizit auf den Sachverhalt bezogen und begründete Kriterien)	Sozialverträglichkeit, Zielgruppenbezogenheit etc.	Standards

Tab. 4: Evaluation – Begriffsdimensionen und Klärungsbedarf nach Kromrey (Schöch 2005)

Diese Übersicht verdeutlicht, dass im Zusammenhang mit der Evaluation viele Fragen im Vorfeld beantwortet werden müssen. Daraus resultiert die genaue Beschreibung davon, um welche Art der Evaluation es sich handelt und mit welchen Methoden diese durchgeführt wird. Die Frage ist als bspw. ob es um eine Ergebnis- oder Prozessevaluation. Je nachdem, ob bei der Evaluation eine ganze Maßnahme oder nur ein Aspekt der Maßnahme bewertet wird, handelt es sich um eine Mikro- oder Makroevaluation. Bei der Mikroevaluation werden nur einzelne Aspekte eines Evaluationsgegenstandes evaluiert, wie z.B. die Frage der Wirksamkeit eines ganz bestimmten Teils einer Lagerungsmethode. Die Makroevaluation

hingegen hat die Gesamtbewertung eines Evaluationsgegenstandes im Blick, wie z.B. ein ganzes Lagerungskonzept (vgl. Schöch 2005: 16 ff.; Gollwitzer und Jäger 2009: 14).

8. Zwischenfazit

Die Lagerung in der Neutralstellung stellt eine komplexe Intervention dar. Die ursprüngliche Anwendung war für den Akutbereich der Rehaklinken und Krankenhäuser gedacht. Die Einführung dieses Konzeptes in Altenpflegeeinrichtungen stellt insofern eine Herausforderung dar, da die stationären Altenpflegeeinrichtungen als Schwerpunkt nicht die medizinische Rehabilitation haben, sondern die pflegerische Versorgung in Kombination mit dem Wohnalltag der alten Menschen.

Bei der Implementierung einer neuen Intervention spielen die Anwender eine wichtige Rolle. In Altenpflegeeinrichtungen gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Berufsgruppen und Personen, die an der Pflege beteiligt sind. Darüber hinaus hat die Bewohner- und Leitungsstruktur einen Einfluss auf die Implementierung. Diese Umstände stellen Herausforderungen für die Implementierung dar.

Vom ersten Gedanken an die Implementation bis hin zur erfolgreichen Umsetzung, ist es ein langer, entscheidungsintensiver Weg. Neben der Auswahl der passenden Intervention müssen die spezifischen Bedingungen der Institution, von den Rahmenbedingungen bis hin zur Personalstruktur, untersucht und für die Planung berücksichtigt werden. Die Auswahl und Durchführung der einzelnen Maßnahmen zur Implementierung sind ein weiterer Faktor für eine erfolgreiche Einführung im Sinne einer Performanzimplementierung. Dagegen fallen die Erfolgchancen geringer aus, wenn die Implementierungsversuche auf einem Minimum betrieben werden und sich die Bemühungen beispielsweise auf die Herausgabe von Lehrmaterial reduzieren.

Von der Frage nach dem beobachtbaren Effekt der Lagerung bis dahin, ob die Lagerung überhaupt angewandt wird und was die Faktoren dafür sind, kann in einer Evaluation erfasst werden. Bei der Implementierung der Lagerung in Neutralstellung bietet sich eine formative Prozessevaluation an, da diese sowohl die Implementierung als auch die Wirkung einbeziehen kann. Diese Art der Evaluierung müsste jedoch vor der Implementierung fest eingeplant werden.

B. FORSCHUNGSTEIL

9. Evaluationsgegenstand, -zweck und design

Nach der theoretischen Auseinandersetzung mit den Themen der Lagerung in Neutralstellung und der Implementierung im Pflegeheimkontext als zentrale Themen der Evaluation erfolgt eine genauere Beschreibung dieser in Bezug auf die gewählte Methodik, dem Ziel und Zweck der Evaluation.

9.1. Der Evaluationsgegenstand - Was wird evaluiert?

Der Gegenstand der Evaluation ist die Lagerung in Neutralstellung. Schwerpunktmäßig wird bei der Evaluation zum einen die Anwendung und die Wirkung von LiN evaluiert. Zum anderen wird die Implementierung mit den dazugehörigen Strategien und den beeinflussenden Faktoren evaluiert. (☞ Abb.9) Als Ort wurden ausschließlich Pflegeheime gewählt. Der Ausschluss auf Pflegeheime liegt darin begründet, dass sich Einrichtungen mit einem möglichst ähnlichen Kontext womöglich miteinander vergleichen lassen.

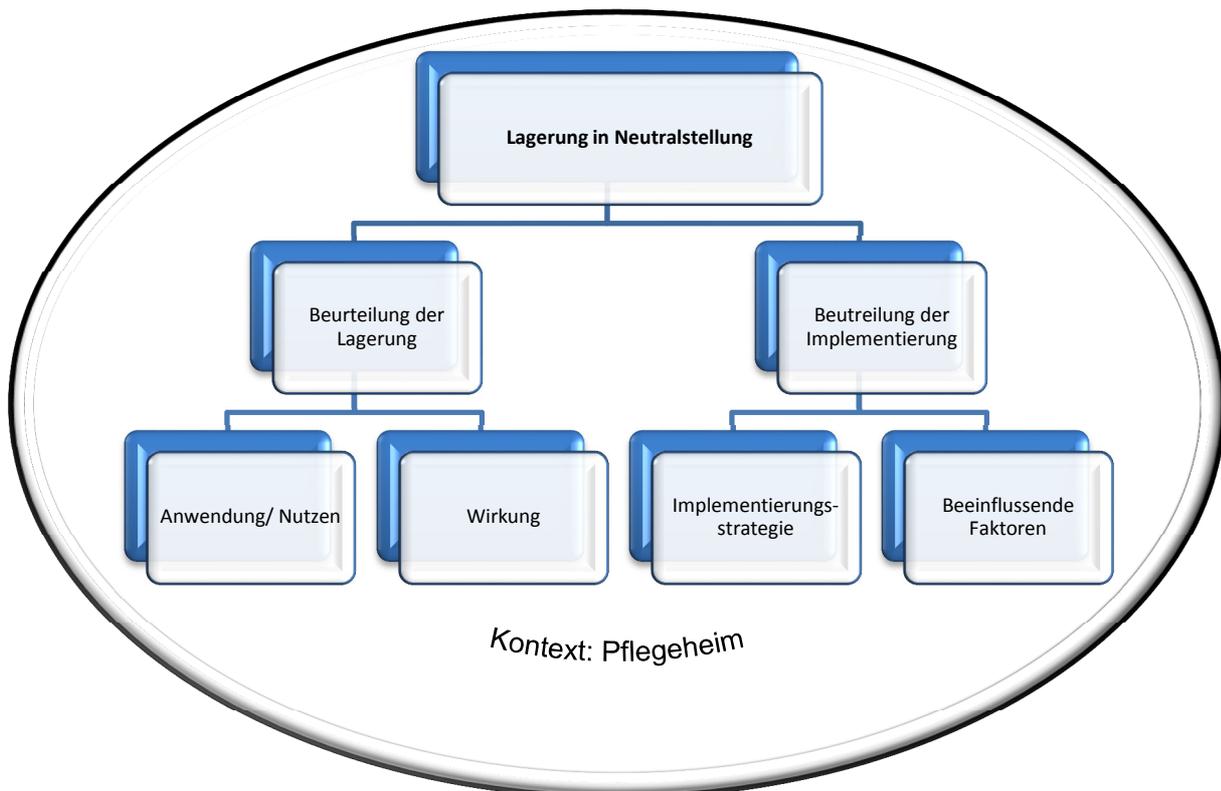


Abb. 8: Evaluationsgegenstand

9.2. Ziele und Zweck der Evaluation

Mit der Wahl des Gegenstandes und den damit verbundenen Schwerpunkten werden mehrere Ziele verfolgt. Im Blick auf den Nutzen der Daten wird der Zweck der Evaluation beschrieben

Ziele der Evaluation

Die Ziele beschreiben, welche Daten durch die Evaluation gewonnen werden sollen. Insgesamt werden drei Ziele für die Evaluation festgelegt:

- Es soll durch die Einrichtungsverantwortlichen eine Beurteilung von LiN in ihrer Einrichtung erfolgen.
Dazu gehört eine Einschätzung der Umsetzung von LiN, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis, die Darlegung von Vor- oder Nachteilen aus unterschiedlichen Perspektiven, der Nutzen für die Bewohner und ggf. Weiteres.
- Es sollen die gewählten Strategien der Implementierung durch die Einrichtungsverantwortlichen beurteilt werden.
Dazu gehörte die Schulung als Teil der Implementierung, die Wahl der Schulungsteilnehmer, weitere Strategien zur Implementierung sowie die Unterstützung der Anwender in der Umsetzung von LiN.
- Von den Einrichtungsverantwortlichen sollen hinderliche und förderliche Faktoren in der Implementierung von LiN benannt werden.

Zweck der Evaluation

Bei dem Zweck der Evaluation geht es darum, die Ergebnisse nutzbar zu machen (vgl. Kapitel 7.4.). Die Evaluation von LiN verfolgt einen mehrfachen Zweck, der in erster Linie für die jeweilige untersuchte Einrichtung gilt:

- Anhand der Ergebnisse können Entscheidungen über eine Fortführung oder Einstellung der Umsetzung von LiN getroffen werden.
- Zum anderen kann durch die Beurteilung der Implementierungsstrategie die Implementierung zukünftig verbessert und ggf. auch für andere, vergleichbare Konzeptführungen genutzt werden.
- Weiterhin können die förderlichen und hinderlichen Faktoren positiv für erfolgreiche Anwendung der Lagerung in Neutralstellung beeinflusst werden.
- Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass ähnliche Einrichtungen, welche eine Implementierung der Lagerung in Neutralstellung planen, von den dokumentierten Erfahrungen profitieren und bessere Ergebnisse erzielen.

Die hier benannten Ziele beziehen sich somit auf die Datengewinnung, während der Zweck den Nutzen der Daten meint.

9.3. Die Evaluationsmethode

In der Evaluation wurde eine qualitative Methode der Sozialforschung genutzt, das Leitfadeninterview. Es geht bei der Evaluation sowohl um die Implementierung als auch um die Wirkung des Evaluationsgegenstandes. Da der Autor weder in einer der evaluierten Einrichtungen arbeitet oder gearbeitet hat noch an irgendeinem Punkt der Implementierung involviert war, handelt es sich um eine externe Evaluation bzw. Fremdevaluation. In allen Einrichtungen sind zu dem Zeitpunkt der Untersuchung schon Schulungen durch LiN-Trainer gelaufen. Das Ziel war es, das Konzept zu implementieren; deswegen handelt es sich auf der einen Seite um eine summative Evaluation. Da die Implementierung nicht zwangsläufig abgeschlossen ist, weist die Evaluation auch formative Elemente auf. Die Ergebnisse könnten sich formend auf zukünftige Implementierungsinterventionen auswirken. Somit kann diese Evaluation eine prozessbegleitende Funktion bekommen. (☞ 6.3.)

Für die Evaluation wurde das Leitfadeninterview gewählt. Das Leitfadeninterview ist ein offenes, teil-strukturiertes und qualitatives Interviewverfahren. Im Gegensatz zu anderen qualitativen Interviewformen, wie z.B. das narrative Interview, ist das Leitfadeninterview stärker strukturiert. Trotz alledem bietet es die Möglichkeit, eigene Themenschwerpunkte und Ansichten der Befragten zu erfahren. Das Vorgehen steht im Gegensatz zu den Vorgaben eines geschlossenen Verfahrens, in dem der Forscher Inhalte durch die Fragen vorgibt (vgl. (Reischmann 2006: 137 ff.).

Wie es in einem Leitfadeninterview üblich ist, wurde anhand des Leitfadens zunächst ein grobes theoretisches Gerüst erstellt. Die Fragen des Interviews entstanden auf den Grundlagen des Evaluationsgegenstands, der Evaluationsziele und des Evaluationszwecks. Das Prinzip der Offenheit von qualitativen Interviews sollte dadurch gewährleistet werden, dass den Befragten durch die Fragestellung keine Antwortvorgaben gemacht wurden. Dementsprechend wurde das theoretische Konzept im Vorfeld auch nicht mit den Interviewpartnern besprochen. Bei der Durchführung des Interviews wurde dem Ziel gefolgt, die Fragen nicht chronologisch nacheinander abzuarbeiten, sondern sich an den Aussagen der Befragten zu orientieren. Der Leitfaden wurde nicht als statisches Instrument entwickelt, sondern mit der Möglichkeit diesen zu modifizieren (vgl. Lamnek 2010: 326 ff.; Mayring 2002: 65 ff.).

Anstatt einen gesonderten Kurzfragebogen zu nutzen, um erforderliche quantitative Daten über Einrichtung, Anzahl der Schulungsteilnehmer, Schulungen usw. zu ermitteln, wurden diese Daten in Kürze am Anfang und am Enden der Interviews abgefragt.

10. Evaluationsfragen

Im Folgenden wird die Konzeption der Evaluationsfragen vorgestellt. Neben den einzelnen Fragen wird erläutert, welche Überlegungen zu dieser Fragestellung geführt haben. Das Interview gliedert sich in drei Oberfragen mit Vertiefungsfragen. Die Fragen orientieren sich am Gegenstand der Evaluation mit den genannten Schwerpunkten zu dem LiN-Konzept und der Implementierung dessen. Diese bilden die Leitfragen für die Interviews mit den Einrichtungsverantwortlichen. Vorab werden einige allgemeine Fragen zu der Einrichtung und abschließend zu der Schulung gestellt.

Interviewfragen

Obwohl Informationen über quantitative Daten erhoben werden sollen, ist die einleitende Frage als eine offene Frage formuliert. So kann sich der Befragte auf die Art der Interviewfragen einstellen:

Einleitungsfrage: Bevor ich Ihnen spezifische Fragen zu der Lagerung in Neutralstellung stelle, würden Sie mir erst einmal bitte Ihre Einrichtung kurz vorzustellen?

Gegebenenfalls vertiefend:

- Können Sie mir bitte etwas zu der Bewohner- und Mitarbeiterstruktur sagen?
- Nach welchem Wohnkonzept wird in Ihrer Einrichtung gearbeitet?

Tab. 5: Einleitungsfrage mit Vertiefung

Die erste Oberfrage soll dem Befragten die Möglichkeit bieten, das Konzept der Lagerung in Neutralstellung zu bewerten. Dabei geht es um die Anwendung und die Bewährung des Konzepts. Die Vertiefungsfragen a bis g bieten die Möglichkeit, wichtige Aspekte aufzugreifen, wenn diese noch nicht genannt wurden. Dabei wird auf die Offenheit der Fragen geachtet:

<p>I. Wird das LiN-Konzept angewandt und hat es sich aus Ihrer Sicht in der Einrichtung bewährt?</p> <p>a. Welche Erwartungen haben Sie an die Implementierung von LiN geknüpft?</p> <p>b. Welche Vorteile sehen Sie bei „Lagerung in Neutralstellung“ gegenüber anderen Lagerungskonzepten?</p> <p>c. In Ihrer Einrichtung wird die Lagerung in Neutralstellung von den Pflegenden durchgeführt.</p> <p> i. Was denken Sie, inwieweit die Pflegenden diese Lagerung inzwischen beherrschen?</p> <p> ii. Gibt es Pflegende, die in der Durchführung sicherer sind als andere? Worauf führen Sie dies zurück?</p> <p>d. Was motiviert die Mitarbeiter aus ihrer Sicht LiN anzuwenden?</p> <p>e. Wie schätzen Sie das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen der Lagerung ein?</p> <p>f. Für welche Bewohner sehen Sie den größten Nutzen von LiN?</p> <p>g. Was spricht dafür, weiterhin LiN in Ihrer Einrichtung anzuwenden?</p>

Tab. 6: Fragen zur Anwendung und Bewährung von LiN

Die zweite Oberfrage wird in Bezug auf die Implementierung gestellt, so dass in diesem Zusammenhang die spezifischen Einflussfaktoren der eigenen Einrichtung analysiert werden. In den Vertiefungsfragen wird auch die Möglichkeit der Veränderung der Faktoren berücksichtigt.

<p>I. Welche Faktoren werden als hinderlich oder förderlich in der Umsetzung von LiN angesehen?</p> <p>Die Lagerung in Neutralstellung unterscheidet sich in einigen Punkten von den konventionellen Lagerungen.</p> <p>a. Was hat aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass LiN von den Pflegenden umgesetzt wird?</p> <p>b. Welche Faktoren empfinden Sie in der Umsetzung als hinderlich? Liegen die Ursachen in der Lagerung oder in den Rahmenbedingungen?</p> <p>c. Welche dieser genannten Faktoren können Ihrer Meinung nach positiv beeinflusst werden? Wie könnte diese Beeinflussung aussehen?</p>

Tab. 7: Fragen zu beeinflussenden Faktoren

Der Schwerpunkt der dritten Oberfrage und der damit verbundenen Vertiefungsfragen liegt in den Implementierungsstrategien. Da der LiN-Arge Verein das Konzept in erster Linie über Schulungen verbreitet und alle Einrichtungen Schulungen erhielten, bildet dies auch den Schwerpunkt des dritten Fragenkomplexes.

II. Die Schulung als Teil der Implementierung

Sie haben sich dazu entschieden, LiN mit Hilfe von Schulungen zu implementieren.

- a. Warum hat sich die Einrichtung dafür entschieden, die Implementierung von LiN mit einer Schulung zu verbinden?
- b. Nach welchen Gesichtspunkten haben Sie die Auswahl der Schulungsteilnehmer vorgenommen?
- c. Wenn Sie aus der Perspektive Ihrer Mitarbeiter ehen, was denken Sie, aus welchen Gründen diese an der Schulung teilnehmen?
- d. Wie werden die Pflegenden nach der Schulung bei der Anwendung des neu erworbenen Wissens im Praxisfeld unterstützt?
- e. Wie wird das Konzept an neue Mitarbeiter weitergegeben?
- f. Haben Sie den Eindruck, dass die in der Schulung genannten Effekte von LiN eintreten? Wenn ja, welche?

Tab. 8: Fragen zu den Implementierungsstrategien

Im abschließenden Teil werden qualitative Fragen zu der individuellen Durchführung der Schulungen in den jeweiligen Häusern gestellt. Diese Fragen können für eine Einschätzung des Schulungsumfangs und einen möglichen Vergleich der Einrichtungen genutzt werden.

Würden Sie mir bitte kurz erläutern,

- I. wie oft und in welchem zeitlichen Umfang geschult wurde,
- II. wer geschult wurde (überwiegend Fachkräfte/Hilfskräfte oder beide Gruppen gleichermaßen)
- III. und welchen Anteil die theoretische und praktische Schulung hatte?

Tab. 9: Fragen zum Schulungsumfang, der Zielgruppe und der Inhalte

11. Ausgewählte Altenpflegeeinrichtungen

Die Lagerung in Neutralstellung wird neben Akutkrankenhäusern, Intensivstationen und Rehabilitationskliniken/-stationen auch in Altenpflegeeinrichtungen eingeführt. Die Evaluation erfolgte ausschließlich in Pflegeheimen in Nordrhein-Westfalen (NRW). Die Auswahl dafür, welche Einrichtungen dafür in Frage kamen, wurde an folgenden Kriterien festgemacht:

- Die Einrichtung muss eine Pflegeeinrichtung sein, also eine Einrichtung, die als Pflegeheim bezeichnet wird. Die bauliche und konzeptionelle Einordnung nach Heimgeneration (☞ Kapitel 5.2.) spielt dabei keine Rolle.
- In der Einrichtung mussten schon mehrfach Mitarbeiter im LiN-Konzept geschult worden sein.
- Die Einrichtung muss sich, ausgehend vom Wohnort des Autors, in einem Umkreis von 200 km befinden.

Um Einrichtungen zu finden, welche diesen Kriterien entsprachen, wurde zu Beginn der Arbeit die Entwicklerin von LiN und die Begründerin des LiN-Arge Vereins, Heidrun PICKENBROCK, kontaktiert. PICKENBROCK stellte den Kontakt zu einer LiN-Trainerin her, welche im Pflegeheimbereich regelmäßig Schulungen durchführt. Über diese Trainerin wurden Kontakte zu der Einrichtung I und II hergestellt. Eine weitere Einrichtung konnte über eine andere LiN-Trainerin, welche durch die erste LiN-Trainerin vermittelt wurde, gewonnen werden. In allen drei Einrichtungen gab es eine große Bereitschaft, diese Arbeit zu unterstützen. Für den begrenzten Zeitraum, in denen die Interviews durchgeführt werden sollten, konnten keine weiteren Pflegeheime gewonnen werden.

Die folgenden Informationen zu den Einrichtungen wurden zu Beginn der Interviews in Erfahrung gebracht. Die Interviewpartner werden nach der Nummer der Einrichtung bezeichnet, so z.B. B1 für Einrichtung 1.

11.1. Einrichtung 1

Bei der ersten Einrichtung handelt es sich um ein Pflegeheim in freigemeinnütziger, konfessioneller Trägerschaft. Die 140 Bewohner verteilen sich auf vier Wohnbereiche, wo sie wohnen und leben. Ein Wohnbereich hat einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt, um den Bedürfnissen der Menschen mit „Laftendenz“ (B1/1) gerecht zu werden. In einem anderen Wohnbereich hat es sich so entwickelt, dass dort Bewohner mit neurologischen Vorerkrankungen wohnen. Ein Grund dafür ist der, dass sich ein Krankenhaus neben dem

Pflegeheim befindet, welches schwerpunktmäßig Menschen mit neurologischen Erkrankungen⁷ versorgt. Ca. 48% der Bewohner insgesamt haben neurologische Vorerkrankungen, die Demenz nicht mitgerechnet.

Insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt 122 Personen in diesem Pflegeheim beschäftigt. Die verteilten sich auf 62 Planstellen, wovon 42-43 der Pflege zugeteilt waren. Die übrigen Stellen verteilten sich auf den Sozialdienst, die Betreuungskräfte, die Hauswirtschaft und die Verwaltung. Darunter auch ein Dipl. Sportlehrer. Darüber hinaus unterstützen 98 Ehrenamtliche die Arbeit.

Der Baustil wurde in die Baugeneration 3 angegeben. Das Gebäude hat überwiegend Einzelzimmer mit eigener Sanitäreinrichtung. Im Erdgeschoß befindet sich ein zentraler Speiseraum für die mobileren Bewohner und auf den jeweiligen Ebenen noch weitere Gemeinschafts- und Speiseräume.

11.2. Einrichtung 2

Die zweite Einrichtung ist ein Pflegeheim, welche sich in öffentlicher Trägerschaft befindet. Die ca. 140 Bewohner verteilen sich auf 5 Wohngruppen. Insgesamt hat das Heim 78 Einzelzimmer und 32 Doppelzimmer. Nach Angaben von B2 sind Menschen aller Pflegestufen, inkl. Bewohner mit Härtefall-Einstufung, dort wohnhaft.

11.3. Einrichtung 3

Bei der dritten Einrichtung handelt es sich um ein 1986 erbautes Pflegeheim mit 97 Bewohnern. Das Heim ist in freigemeinnütziger Trägerschaft und besteht aus drei Etagen, wobei jede dieser Etagen einen Wohnbereich bildet. Die Bewohner teilen sich mit 40, 37 und 20 Bewohnern auf die Wohnbereiche auf. Es gibt 41 Einzelzimmer und 28 Doppelzimmer.

Laut B3 verfolgt die Einrichtung „kein spezielles Konzept“, außer, dass sie, „wie gefordert“ eine Bezugspflege praktizieren.

Die Fachkraftquote wurde mit 54% angegeben, mit dem Wunsch nach einer höheren Quote. Durch die Schwierigkeit, geeignete Pflegefachkräfte zu bekommen, ist es laut B3 jedoch nur eingeschränkt möglich. Neben den Fachkräften sind Pflegehelfer, Altenpflegehelfer und Servicekräfte beschäftigt. Zu der Anzahl der Mitarbeiter in Summe wurde jedoch keine Aussage getroffen.

⁷ Hirninfarkte, Hirnblutungen, Multiple Sklerose etc.

12. Pre-Test

Der Pre-Test erfolgte mit einer Einrichtungsleitung der Einrichtung 1. Das Interview dauerte 42 Minuten und wurde anhand der Oberfragen und Vertiefungsfragen des in Kapitel 10 aufgeführten Interviewleitfadens durchgeführt. Im Anschluss an das Interview wurde der Interviewpartner gebeten, das Interview zu reflektieren und Anmerkungen zu unklaren Fragestellungen, ergänzende Fragen oder sonstige Wünsche in Bezug auf das Interview zu äußern. Der Interviewpartner gab an, dass aus seiner Sicht alle relevanten Bereiche zu dem Thema angesprochen würden und aus seiner Sicht keine Inhalte zu ergänzen seien. Aus diesem Grund wurde der Pre-Test mit in die Datenerhebung und die Auswertung aufgenommen

13. Datenerhebung

Die Interviews wurden mit Hilfe des vorgestellten Leitfadens aus Kapitel 10 durchgeführt. Insgesamt wurden drei Interviews mit der Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung der vorgestellten Pflegeheime geführt. Die Interviews wurden durch den Autoren der vorliegenden Arbeit selbst durchgeführt und dauerten zwischen 24 und 42 Minuten. Es erfolgte eine Aufzeichnung mittels Aufnahmegerät. Die Interviews wurden in den jeweiligen Einrichtungen der Interviewpartner durchgeführt. In allen Fällen war eine ungestörte Umgebung gewährleistet und bei allen Interviews waren nur der Autor der Arbeit und die Interviewpartner anwesend.

Voraussetzung zur Teilnahme am Interview war eine Einverständniserklärung⁸, die unter anderem zur Tonaufnahme des Gesprächs berechtigte. In der Erklärung wurde zugesichert, dass die Daten für Dritte unzugänglich aufbewahrt werden und dass Namen und Identitäten im Protokoll unkenntlich gemacht werden. Darüber hinaus wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, auf Wunsch einzelne Abschnitte der Aufnahme löschen zu lassen oder die Erklärung in Teilen oder in Gänze zu widerrufen.

Im Anschluss wurden die Interviews durch den Autoren mit Hilfe der Transkriptionssoftware „f4“⁹ transkribiert. Dafür wandte der Autor die folgenden, leicht vereinfachten Transkriptionsregeln von KUCKARZT an (2008: 27 f.):

⁸ In der Anlage 3 ist die Einverständniserklärung und ein Interview aufgeführt.

⁹ siehe: <https://www.audiotranskription.de/f4.htm>

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Jegliche Dialekte werden nicht mit transkribiert.
2. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „Nicht einfach so plump mit ‘ner Decke irgendwie seitlich gelagert“ → „Nicht einfach so plump mit einer Decke irgendwie seitlich gelagert“.
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen oder non-verbale Gestik oder Mimik der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen, seufzen, Hände über den Kopf schlagen), werden in Klammern notiert.
9. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer, gekennzeichnet (etwa „B2“).
10. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern, deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen. (vgl. ebd.)

Die detaillierte Auswertung der Transkripte wird im nächsten Kapitel beschrieben.

14. Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

Die Datenauswertung erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (2002: 114-121), REISCHMANN (2006: 229-233) und KUCKARTZ (2007, S. 33-49). Das Vorgehen sah folgendermaßen aus:

Während der Sichtung der Transkripte wurden vorerst stichwortartige Zusammenfassungen zu jedem Interview gemacht, um eine erste Übersicht über besondere Aussagen zu erhalten (vgl. Kuckartz 2007: 37 ff.).

Im Anschluss wurden die Daten kategorisiert. Zu Auswertung der Daten wurde das Programm MAXQDA 11¹⁰ genutzt. Vor der Datenauswertung wurde durch die Bildung der drei Fragenkomplexe schon eine Richtung für die Entwicklung der Kategorien getroffen. Auch die Ziele der Evaluation gaben einen gewissen Schwerpunkt vor. So wurde eine grobe, jedoch zentrale Kategorisierung vorgenommen. Beim Lesen der Interviews wurden diese Kategorien mit weiteren Kategorien ergänzt. (vgl. Reischmann 2006: 239 f.) Es handelt sich bei diesem Vorgehen um einen Wechsel zwischen einem deduktiven und einem induktiven Vorgehen. (vgl. ebd.) Da einige Kategorien viele Textabschnitte hatten, wurden Subkategorien unter den Hauptkategorien gebildet (⇨ Tab. 10)

Im nächsten Schritt, der parallel zu der Kategorisierung der Interviews lief, wurden die kategorisierten Abschnitte innerhalb eines Falles miteinander verglichen und in Zusammenhang gebracht. Dazu wurden die Abschnitte mit zentralen Begriffen zusammengefasst, die dann in ein tabellarisches Kategorie-System gebracht wurden. (vgl. ebd.; Kuckartz 2007: 41 ff.) Im letzten Schritt wurden die einzelnen Fälle auf ihre Vergleichbarkeit hin überprüft.

Anwendung und Umsetzung von LiN
Wirkung von LiN
Implementierungsstrategien
• Durch die Schulung
• Weitere Strategien
Beeinflussende Faktoren der Implementierung (Einführung und Umsetzung)
• Förderliche Faktoren
• Hinderliche Faktoren

Tab. 10: Endgültiges Kategoriensystem

¹⁰ Die Software MAXQDA wird zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse angewendet. Es ermöglicht Einblicke in Datenmaterial, ohne die inhaltliche Interpretation vorwegzunehmen. (vgl. www.maxqda.de)

In den folgenden Kapiteln 14.1 bis 14.3 werden zunächst die einzelnen ausgewerteten Interviews vorgestellt. Anschließend werden die Fälle in Kapitel 14.4. in Kürze in einem gegenseitigen Vergleich dargestellt und sowohl fallweise wie auch allgemein zu Ergebnissen zusammengefasst. Für jede Einrichtung werden Thesen zu der jeweiligen Evaluation aufgestellt. Diese werden in Kapitel 15 aufgegriffen.

Die Angaben der Zitation beziehen sich auf die Zählung der Abschnitte des Interviews. Jeder Wechsel zwischen dem Interviewer und dem Befragten wurde mit einer neuen Nummer angegeben, welche die Ziffer hinter der Interviewnummer zeigt (B1-B3/xx). Zur besseren Lesbarkeit wurden die Zitate teilweise etwas gekürzt. Diese Stellen sind mit drei Punkten gekennzeichnet (vgl. Interview 3 im Anhang). Es wurde darauf geachtet, dass das Weglassen den Sinn des Abschnittes nicht verfälscht. Teilweise wurden innerhalb der Unterkapitel Überschriften zur besseren Übersicht gewählt, welche sich auf die Kategorisierung beziehen.

14.1. Einrichtung 1

Das erste Interview wurde mit einer Einrichtungsleitung geführt. Diese Einrichtung schult das Personal seit 2007, wobei jedes Jahr ca. sechs bis sieben Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte an der Schulung teilnehmen.

14.1.1. Anwendung von LiN

An die Einführung der Lagerung wurden hohe Erwartungen von Seiten der Verantwortlichen geknüpft.

„Die Erwartungen waren eigentlich eine erheblich verstärkte Mobilisation, ... eine hohe Lebenszufriedenheit, ... Lebensstärke, ... eine höhere Lebensmotivation, ... eine neue Sichtweise für den Alltag im Altenheim.“ (B1/15)

Vorerst schienen die Erwartungen sich zu erfüllen, da die Mitarbeiter durch die Erfolgserlebnisse begeistert wurden.

„Nach der Schulung: Begeisterung – denn da waren Erfolgserlebnisse, die bei jeder Gruppe da waren.“ (B1/10)

Im Nachhinein zeigt sich aber, dass die Begeisterung mangels weiterer Erfolgserlebnisse abnahm, so dass eine Umsetzung nur zum Teil zu beobachten ist.

„Dieses Aha-Erlebnis konnte leider nicht im Alltag weitergeführt werden.“(B1/10)

„Pro Wohnbereich sind es höchstens zwei Bewohner, die nach LiN gelagert werden. Dieses Konzept ins ganze Haus zu integrieren, war bisher trotz der langen Zeit nicht möglich.“ (B1/10)

Dementsprechend hat sich die Lagerung aus Sicht des Einrichtungsleiters nicht durchgesetzt. Beherrscht werden nur Teile des Konzeptes.

„Ganz bewährt hat es sich nicht.“ (B1/10) „Im Ansatz beherrschen sie die.“ (B1/19)

„Aber es bewährt sich insgesamt trotz all dieser Bemühungen nicht, weil unterschiedliche Handicaps für Mitarbeiter da sind.“ (B1/10)

Von den Schulungsinhalten wird nach Einschätzung des Einrichtungsleiters nur ein Teil angewandt: „Ich will mal sagen, 20 oder 30% ist da.“ (B1/19) Es wird deutlich, dass sich der angewandte Teil auf die Positionierung im Sitzen bezieht, was auch schon durch die LiN-Trainerin attestiert wurde.

„Es wird schon drauf geachtet, dass der Bewohner gerade und senkrecht im Stuhl sitzt und nicht so schief oder quer.“ (B1/17)

„Das Verständnis für ... die richtige Sitzposition, die ist vorhanden“ (B1/10)

„Die Sitzpositionen, die sind inzwischen im Aufenthaltsraum mittlerweile schon gewährleistet.“ (B1/15)

Von der Trainerin wurde festgestellt, dass das Wissen vorhanden ist. An der Umsetzung mangelt es trotzdem.

„... das hat die Trainerin immer gesagt, die Wissen doch alles. Also Wissen ist vorhanden bei allen Mitarbeitern, die da darin geschult worden sind. Nur dieses kontinuierliche Umsetzen.“ (B1/23)

Da es bei dem Konzept nicht um eine Intervention geht, welche alle Bewohner betrifft, wird es lediglich als Teilprodukt angesehen. Nur wenige Bewohner kommen in der Anwendung in Frage.

„So viele Bewohner sind das gar nicht. Ist das als reines Konzept, ein Teilprodukt, aber nicht als Ganzes anzusehen.“ (B1/15)

„...weiß ich jetzt auch nicht, ob LiN als durchgehendes Konzept überhaupt integriert werden kann.“ (B1/13)

Auf die Frage nach der Zielgruppe wird auf der anderen Seite von einer größeren Zahl gesprochen.

„Eine Bewohnergruppe, die sich durch neurologische Erkrankungen und Kontrakturen in der Liege- und Sitzposition schwer tut, sich selbst in eine andere Position zu bringen, und die Muskulatur durch die Kissen- und Polsterlagerung in diese unangenehme Lage vermeidet. Und dadurch, dass wir ja schon einen sehr hohen Anteil an neurologisch erkrankten Bewohnern haben, ist das schon bei etlichen Bewohnern der Fall.“ (B1/31)

Die Lagerung wurde in der Einrichtung über sieben Jahre geschult und es wurde viel Lagerungsmaterial angeschafft. Trotz alledem wird der Nutzen höher als der Aufwand eingeschätzt: „der Nutzen, der ist höher“. (B1/29)

14.1.2. Wirkung von LiN

Obwohl sich die Lagerung aus Sicht der Einrichtungsleitung nur eingeschränkt bewährt hat, wurden über die Zeit einige Effekte mit der Lagerung in Neutralstellung in Zusammenhang gebracht. Dabei wird angemerkt, dass der Erfolg nicht immer einer Intervention allein zuzuschreiben ist. Folgende Wirkungen wurden jedoch im direkten Zusammenhang mit LiN beobachtet:

„Bei LiN sind vor allem die Vorteile, dass der Bewohner sichtlich auch seine Entspanntheit kund tut.“ (B1/17)

„... Eine Bewohnerin, die zwei Jahre nicht gesprochen hat. Und plötzlich fängt sie an zu sprechen. ... Die Mitarbeiter sagen, das gibt es doch gar nicht. Nur dadurch, dass sie entspannter lag.“ (B1/50)

„Die Erfolge, ... die jedes Mal rauskommen, bei den Bewohnern. ... Eine ganz andere Lebenszufriedenheit. ... Weil wenn die am Tisch sitzen, ... können die selber ihren Becher greifen. Und das ist es ja. Sonst sitzen sie schräg und kommen nicht an ihren Becher dran, um etwas zu trinken. Oder kann sich dadurch auch selbstständig ihre Nahrung zu sich nehmen. Das ist doch ein erhebliches Qualitätsmerkmal. Es spricht dafür, das Konzept auch weiterhin umzusetzen.“ (B1/34)

„Ein Bewohner ... in seinem Rollstuhl sitzt schräg darin. Die Mitarbeiterin sagt: ‚Halt, den müssen wir anders lagern.‘ Anderer Rollstuhl, Unterpolsterung unter die Kniescheiben, Unterpolsterung in die Seite rein. Der Bewohner hat ein Schlaganfall

gehabt, so dass das ganze notwendig war und der Angehörige sagt, das kennen wir gar nicht, dass unser Onkel sechs Stunden lang ganz stabil im Rollstuhl sitzt.“ (B1/17)

„Mobilisation ist schon in den Jahren, wo sie hier jetzt diese Trainingsschulung durchgeführt hat, gestiegen.“ (B1/10)

Ein wahrscheinlicher Zusammenhang wird mit den Veränderungen im Bereich der Dekubitalgeschwüre und Gelenkkontrakturen gesehen.

„Jedenfalls merke ich, dass wir weniger Dekubitus haben, weniger Kontrakturen“ (B1/19)

14.1.3. Implementierungsstrategien

Die Schulung

Als Strategie zur Implementierung hat sich die Einrichtung 1 dazu entschieden, möglichst viele Mitarbeiter über mehrere Jahre schulen zu lassen.

„... 2007 haben wir mit einer Gruppe von sieben Mitarbeitern angefangen. ... Dann Jahr für Jahr zwischen sieben, sechs ... unterschiedlichen Mitarbeitern jährlich. ... Insgesamt waren es in den Jahren 37 Mitarbeiter.“ (B1/10)

Die Schulung dauerte jeweils zwei Tage und wurde durch die Trainer des LiN-Vereins durchgeführt. Nach einem unbestimmten Zeitraum wurden an einem dritten Tag die Inhalte durch den Trainer überprüft und aufgefrischt.

„... Im zweiten Teil kam dann die Trainerin und hat dann nochmal überprüft, ob dann auch die ganzen Aktionen noch bewusst sind.“ (B1/21)

Das Besondere an den Schulungen ist die praktische Durchführung der Lagerung bei den bekannten Bewohnern. Aus diesem Grund konnte die Wirkung der Lagerung zu den vorherigen Lagerungen verglichen werden.

„Es sind ... damals Bewohner genommen worden, die auch in anderen Bereichen gelegen haben und das, was da dokumentiert wurde, war für mich selbst auch erstaunlich in der Wirkung.“ (B1/50)

Bewertung der Schulung

Die Lagerung wird fast ausschließlich vom geschulten Personal durchgeführt. Nicht geschultes Personal verhält sich hingegen teilweise ablehnend gegenüber LiN. Erklärt wird das mit dem mangelnden Wissen über die Wirkweise.

„... Mitarbeiter, welche bei der Schulung waren, die führen das Konzept durch. Anderen ..., denen ist es nicht so wichtig. Auch wenn man ihnen sagt, es ist so und so. Die verstehen dann die Wirkweise nicht.“ (B1/60)

Trotzdem werden gewisse Handlungsweisen an nicht geschultem Personal weitergegeben. Es geht dabei...

„... weniger um die Lagerung im Bett, sondern um das Aufrechtsitzen im Stuhl vor dem Tisch. Das wird automatisch weitergegeben. Da muss man mit einem speziellen Griff den Bewohner hochbewegen und dann ein Kissen unter die Knie einführen oder die Arme entsprechend unterpolstern, dass sie entspannt sind. Also, das wird schon so weitergegeben und das wird auch umgesetzt. (B1/60)

Zu einer erfolgreichen Implementierung ist nach dem Einrichtungsleiter eine Schulungen notwendig.

„Aha-Effekte kriege ich allein durch eine Theorie nicht hin. Sondern in der Schulung selbst erst einmal eine Theorie-Bearbeitung und dann in der Praxiserprobung mit all den Erfolgserlebnissen, die dann bei diesen Lagerungen rauskommen – damit bildet sich ein Aha-Erlebnis. Und mit einem Aha-Erlebnis ist der Mitarbeiter ganz anders motiviert zu sagen: ‚Oh ja, das ist was. Das mache ich auch weiter!‘ (B1/48)

Weitere Möglichkeiten zur Implementierung

Über die Zeit wurde erkannt, dass es notwendig war, weitere Schritte für eine erfolgreiche Implementierung zu gehen. Dazu sollte eine Beschäftigte aus der Einrichtung als Trainerin ausgebildet werden. Die Ausbildung wurde auch ungefähr im Jahr 2012 begonnen.

„Sinn und Zweck war da schon, mehr im Pflegealltag zu integrieren.“ (B1/10)

„... Eine Trainerin in LiN auszubilden, das ist eigentlich der Grundfaktor. ... Der ist ausgebildet, dann die Fachlichkeit in der Altenpflege zu integrieren.“ (B1/45)

Der Ausbildung einer hausinternen Trainerin wird ein hoher Stellenwert zugemessen, da sie ständig motivierend einwirken kann.

„... Bei einer Trainerin in LiN, im Haus selbst als Mitarbeiterin, kann das ganz anders mitgetragen und geführt werden. Ich bin also immer angewiesen auf die Motivation einer externen Trainerin, die dann kommt, die dann für 1-2 Tage motivieren kann, aber dann ist sie wieder weg.“ (B1/45)

Auf Erfahrungen mit einer eigenen Trainerin konnte jedoch nicht zurückgegriffen werden, da die Mitarbeiterin schwanger wurde und noch nicht mit der Trainerausbildung fertig ist.

Eine weitere Idee zu besserer Implementierung und Überprüfung der Wirksamkeit ist eine gründliche Dokumentation darüber, wie gelagert wird.

„... Was wahrscheinlich nicht so umgesetzt wird, dass müsste man letztendlich in der Pflegedokumentation dann auch nochmal nachweisen. Ist nach LiN gelagert worden? Dann könnte man bspw. nach einem Jahr sehen, welcher Bewohner ist nach LiN gelagert worden und wieviel nicht und welche Erfolge sind dabei rausgekommen.“ (B1/23)

Der Einrichtungsleiter berichtete über ein anderes Bewegungskonzept im Haus, welches sehr sorgfältig dokumentiert wird. Aus diesem Grund sieht er eine intensivere Dokumentation als Nachweismöglichkeit einer wirksamen Umsetzung.

Als Fazit zu den Implementierungsstrategien nennt der Einrichtungsleiter zwei.

„Über die Jahre betrachtet... Nach einer gewissen Zeit ist also Schulung und ein „Trainer on the Job“ das Maßgebende.“ (B1/62)

14.1.4. Beeinflussende Faktoren

Ein Teil der Faktoren, welche für die Implementierung förderlich oder hinderlich waren, wurde in dem Interview deutlich.

Förderliche Faktoren

Die schon erwähnten positiven Erlebnisse bei den Schulungen wurden mehrmals als motivierend für die Mitarbeiter erwähnt.

„Sie motiviert eigentlich die Erfahrung, die sie bei der Schulung gemacht haben.“ (B1/25)

„Da wurden in den vier Tagen Lehrgang so viele erfolgreiche Erlebnisse beobachtet, dass wir uns dazu entschlossen haben, das Ganze fortzuführen.“ (B1/50)

„Das ist Motivation für die Mitarbeiter. Das will ich jetzt auch jeden Tag für den Bewohner haben. Also die sichtbaren Beweise.“ (B1/25)

Motivierte Mitarbeiter sind für den Einrichtungsleiter der Weg zu einer erfolgreichen Umsetzung. In erster Linie käme es auf motivierte Führungskräfte an.

„... Man braucht Mitarbeiter, die voll und ganz dahinter stehen. ... Als zusätzliche Motivationskraft, die die anderen immer wieder anstößt. ... Man braucht schon Leute, die dahinter stehen und sagen, das ist wichtig. Und das sehe ich doch, dass das und das der Erfolg da ist. In dem Wohnbereich und der Wohnbereichsleitung, der Wohnbereich zwei, die sagt, wir machen das und führen das auch kontinuierlich bei zwei Bewohnern durch.“ (B1/34)

„Überzeugt wurden sie von der damaligen Wohnbereichsleitung.“ (B1/54)

Das geeignete Material zur komplikationslosen Anwendung wurde besorgt.

„Da sind entsprechende Decken und Kissen angeschafft worden. Auch spezielle Auffangsäcke wurden angeschafft.“ (B1/56)

Hinderliche Faktoren

Anfangs waren die nicht geschulten Mitarbeiter skeptisch gegenüber der ungewohnten Menge an Material. Hierauf reagierte die Einrichtung entsprechend.

„Die Kissen, die sehr vielen Kissen. Wo bringen wir die unter? Die müssen ständig gelagert werden oder im Zimmer aufgehoben werden.“ (B1/10)

„Die Unterstützung sah auch so aus, dass wir dann in Lagerräumen alles lagern konnten.“ (B1/56)

Verschiedene Anforderungen im Pflegealltag sorgen dafür, dass das kontinuierliche Eintrainieren fehlt. Besonders die wechselnden Aufgaben wurden in diesem Zusammenhang genannt.

„Dadurch, dass sehr viele Bewohner regelmäßig und schnell in eine neue Position versetzt werden müssen. Dann wird das Eintrainieren und die Zeit dafür, sich das anzutrainieren, knapp.“ (B1/13)

„Da ist schon wieder der nächste Einsatz da. Oder will da einer was oder da einer was.“ (B1/13)

„... Der Mitarbeiter in seiner tagtäglichen Arbeit, der geht schnell voran. Und ... macht das dann einfach nicht. Es geht ... unter im Alltag. Das heißt, die Schnellebigkeit ... führt den Mitarbeiter dazu, dass er dieses kontinuierliche und regelmäßige Aneignen [unterlässt]...“(B1/13)

„... Da scheuen dann die Mitarbeiter: Oh, da habe ich keine Zeit, ich muss gleich weiter. Und dann wird nur kurz gelagert.“ (B1/27)

Für bestimmte Mitarbeiter wirkt die Lagerung befremdlich, da viel Lagerungsmaterial genutzt wird und es als einschränkend und optisch nicht ansprechend gesehen wird.

„... Wenn man jemanden sitzen oder im Bett liegen sieht: ‚Der ist ja eingepackt, kann der sich überhaupt bewegen?‘ Das ... Bewusstsein der modernen Hausfrau oder Frau an sich: ‚Da sind so viele Kissen oder Decken, das gehört sich so nicht.‘ Das muss alles sauber und akkurat sein. So einfach wie möglich.“ (B1/42)

„... Der kann sich ja gar nicht bewegen, der ist viel zu dick eingepackt. Manche lieben das und viele wollen das nicht (Mitarbeiter).“ (B1/42)

... Skepsis, die sie am Anfang hatten: ‚Haben wir doch, kennen wir doch‘ ... Skepsis war aber auf alle Fälle am Anfang da.“ (B1/54)

Auch die Bewohner selber möchten die Lagerung nicht immer. Gerade im Zusammenhang mit der Menge des Lagerungsmaterials.

„Wir haben auch Bewohner, die wollen das nicht Die sagen: ‚Ne, da fühle ich mich eingengt. Das sind mir zu viele Kissen.‘“ (B1/32)

Auch wenn einige Hindernisse benannt werden, sind die Hindernisse doch nicht im Detail für den Einrichtungsleiter zu erkennen.

„Weil im Grunde genommen sieht es auch so aus, ... dieses Ganze wie Kinästhetik oder auch das Lagern oder das Umlagern mit neuen oder anderen Methoden. Das wird nicht so kontinuierlich umgesetzt. Was das jetzt mit dem Denken der Mitarbeiter oder warum er das nicht macht, müsste man dann einzeln erstmal erforschen.“ (B1/13)

14.1.5. Zusammenfassung

Die Lagerung in Neutralstellung konnte nur teilweise in die Einrichtung implementiert werden. Einzelne Bewohner werden nach LiN gelagert. Hauptsächlich werden Bewohner im

Rollstuhl nach LiN positioniert. Der Lagerung wird eine Wirksamkeit attestiert, was zu der Einschätzung führt, dass der Aufwand dem Nutzen gerecht wird und eine weitere Anwendung gewünscht ist. Folgende Thesen können aus dem Interview abgeleitet werden:

Thesen zur Anwendung und Wirksamkeit

- LiN ist wirksam im Bereich Dekubitus- und Kontrakturenprophylaxe, Mobilitätsförderung, Steigerung der Lebensqualität/-zufriedenheit und der stabilen Sitz- und Liegeposition.
- LiN ist kein durchgehendes Konzept und nicht sehr flexibel. Es bedarf weitere Konzepte, um die Ziele zu erreichen.
- Die Lagerung in Bezug auf den Materialaufwand und die Durchführung ist umstritten.

Thesen zu der Implementierungsstrategie und beeinflussende Faktoren

- Das Wissen der Pflegenden ist da, aber die Umsetzung ist unvollständig.
- Die vielen Anforderungen an die Pflegekräfte behindern die Routinebildung und die Umsetzung.
- Die Schulung ist für eine erfolgreiche Implementierung notwendig,
 - wegen des Praxisbezugs
 - wegen der positiven Erlebnisse, welche während der Schulung an den Bewohnern beobachtbar werden.
- Über die Schulung hinaus bedarf es noch weitere Interventionen wie z.B. eine ausgebildete LiN-Trainerin vor Ort.

14.2. Einrichtung 2

Das zweite Interview wurde mit einer Pflegedienstleitung (PDL) geführt. Die Einrichtung hat innerhalb eines Jahres alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter geschult.

14.2.1. Anwendung von LiN

An die Lagerung in Neutralstellung hat die PDL der Einrichtung 2 vor allem die Erwartung, dass die Lagerungsdefizite angegangen werden. Dazu gehört, dass Bewohner mit Kontrakturen gut gelagert werden.

„... Aber der Effekt, den ich mir davon erhofft habe, war ... [eine Verbesserung] für diese schwer bettlägerigen Bewohner mit Kontrakturen, ... [weil] im Lagern Defizite sind. Da habe ich gedacht, das wäre eine gute Sache“ (B2/11)

Die Anwendung betrifft laut der PDL je nach Situation einen größeren oder kleineren Bewohnerkreis.

„... die viel im Bett liegen, weil sie wenig Kraft haben und wenig aus dem Bett geholt werden, mobilisiert werden. Da wird es dann verstärkt angewandt.“ (B2/15)

„Es bezieht sich ja dabei schon auf einen bestimmten Bewohnerkreis und bestimmte Sachen kann man auch bei allen Bewohnern mit einem Rollstuhl anwenden, dass sie zum Beispiel nicht wegrutschen.“ (B2/7)

Die Lagerung als zentrales Merkmal von LiN wird in der Einrichtung umgesetzt. Jedoch wird dort einschränkend von einer anteiligen Umsetzung der Lagerung gesprochen.

„... die Lagerung für Bettlägerige nach LiN wird schon noch praktiziert. Da sind die Mitarbeiter auch weiterhin froh mit und setzten das auch weiter um.“ (B2/7)

„Teile werden genutzt, gerade diese spezielle Lagerung, die die Bewohner entspannt. Das wird gerne und gut genutzt.“ (B2/9)

Andere Teile von LiN werden nicht durchgeführt, „wahrscheinlich, weil es zu wenig angewandt wird. Das ist ja meistens so. Was ich zu wenig anwende, dann lass ich es irgendwann bleiben, weil ich es nicht kann oder nicht mehr weiß, wie es richtig geht.“ (B2/41)

Dabei geht es unter anderem um die stabile Sitzposition.

„Gerade diese Stabilität beim Sitzen. Das kommt leider ein bisschen zu kurz“ (B2/66)

Die sicherste Anwendergruppe in der Lagerung sind die Mitarbeiter aus dem Nachdienst. Die genauen Gründe, außer „weil sie die Bewohner verstärkt so lagern“ (B2/27), werden nicht genannt.

Für eine Umsetzung von LiN sprechen laut der PDL die besonderen unvergleichbaren Effekte.

„Weil ich persönlich keine Lagerung kenne, die den gleichen Effekt hätte. Die zeitsparender oder sonst etwas wäre. Wüsste ich nicht, dass es das gibt.“ (B2/31)

„Ja und auch bestimmte Sachen, das müssen wir auch nachschulen. Das ist jetzt sitzen oder so. Das wird vielleicht noch zu wenig beherrscht. Aber da gibt es nichts Vergleichbares.“ (B2/33)

Das Lagerungsmaterial und seine Anschaffung wird in dieser Einrichtung nicht als Problem gesehen.

„Das ist ja nur eine einmalige Sache. Wir haben dann ja noch Material angeschafft, ein bisschen. Und wenn man das dann hat, dann ist das ja kein Problem. ... Und weil jetzt auch alle wissen, warum die Decken da liegen, ist das kein Problem mehr. ... Gut, wir haben am Anfang noch ordentlich Decken und Kissen angeschafft. (B2/19)

Obwohl die Lagerung als Zeitaufwendig angesehen wird, wird sie doch nicht als aufwändiger im Vergleich zu anderen Lagerungen angesehen, da die Bewohner länger in der LiN-Lagerung liegen.

„Das ist schon Zeitaufwendig.“ (B2/21)

„Wenn man das zusammenzählen würde, ist es vielleicht das Gleiche oder so. Aber erstmal ist es so, bis der Bewohner so liegt, brauchen Sie erst einmal was länger. Gut, sie können sich dadurch andere Lagerungen sparen.“ (B2/23)

14.2.2. Wirkung von LiN

Der erwartete Effekt in Bezug auf Bewohner mit Kontrakturrisiko wird exemplarisch anhand eines Bewohners als erfolgreich beschrieben. Neben der veränderten Muskelanspannung wurde auch ein Ablassen der inneren Anspannung beschrieben.

„Wir hatten dann gerade in dem Moment einen Bewohner, der hatte ganz starke Kontrakturen. Der lag wirklich so im Bett (winkelt die Ellbogen und Handgelenke komplett an) lag. Da wurde das angewandt. Da konnte man sehen, wie das gewirkt hat.“ (B2/11)

„Die Armkontrakturen, ... die haben sich gelöst, so dass er wirklich fast entspannt da lag. Und er hat auch sonst viel gerufen und war dann einfach viel entspannter. Also das ... konnte man wirklich sehen, dass es an der Lagerung hing.“ (B2/13)

Andere Lagerungen für Schwerstpflegebedürftige werden im Gegensatz zu LiN von der PDL als nicht sinnvoll erachtet, weil es keine angemessene Begründung gäbe, die Bewohner so zu lagern. Als Vorteile von LiN werden die Entspannung und das Wohlbefinden gesehen.

„gegenüber der anderen Lagerung, was man normal in der Schule gelernt hat, ist halt dieser Entspannungseffekt“ (B2/17)

„...der Effekt ist, dass die Bewohner sich in dieser Lagerung so wohl fühlen.“ (B2/23)

„Wohlbefinden, welche mit der Entspannung einhergeht“ (B2/66)

Das hat Folgen für die Lagerungshäufigkeit. Die Bewohner...

„...brauchen dann nicht mehr so häufig umgelagert werden oder ... ständig anderes gelagert werden. ... Er liegt zum Teil die ganze Nacht in dieser Lagerung, weil es angenehm ist.“ (B2/23)

„Die Bewohner schlafen durch. Es macht einen Unterschied, wenn man nicht immer hin und her gezogen wird. Und das auch über 10 Stunden.“ (B2/66)

Die entspannende Wirkung ist für Pflegende sichtbar, ...

„...weil man es einfach sieht. Bei Bewohnern, die es nicht mehr äußern können, sehen sie es einfach. Der Effekt ist sehr sichtbar. Es dauert nicht lange, um zu erkennen, dass es gut ist. Es ist so offensichtlich, finde ich, dass es angewandt und genutzt wird. Gerade für Bewohnern, denen man schwer etwas Gutes tun kann.“

Laut der PDL ist das nicht nur eine Fremdeinschätzung des Pflegepersonals, ...

„...da die Bewohner Rückmeldung geben, dass die Lagerung total entspannend und total angenehm ist. (B2/46)

14.2.3. Implementierungsstrategien

Die Schulung

Die zentrale Implementierungsstrategie in der Einrichtung ist die Schulung durch die LiN-Trainer.

„... eigentlich haben wir alle geschult. Wir haben jetzt neue Mitarbeiter, die werden im Herbst nachgeschult. ... Dann muss ich mal mit der Trainerin sprechen, die schult das bei uns.“ (B2/37)

Der Schulung wird ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt, wobei weitere Strategien nicht bekannt zu sein scheinen.

„Ich würde mal sagen, dass es nicht anders geht. Kann ich mir nicht vorstellen.“
(B2/54)

„So etwas über ein Lehrbuch zu erfragen. Ich weiß nicht, wie so etwas gehen soll.“
(B2/52)

Wichtig ist die Rolle der Trainerin dabei, welche auch in den praktischen Übungen unter den Schulungsteilnehmern Anregungen gab.

„Wie die Trainerin einem das nahe gebracht hat, wie man das am besten macht und wie man auch bestimmte Sachen spielen kann.“ (B2/52)

Die praktische Umsetzung der Theorie wurde zunächst zur Selbsterfahrung in Übungen untereinander erlernt, bevor sie dann am Bewohner durchgeführt wurde.

„Die Trainerin ist auch zu den Bewohnern hingegangen. Dadurch haben die Mitarbeiter gesehen, ... dass es richtig angewandt wurde. ... Insofern haben sie gleich beim Lernen schon eine Rückmeldung gekriegt.“ (B2/54)

Neue Mitarbeiter bekommen die Lagerung von Mitarbeitern beigebracht. Eine gesteuerte Einarbeitung gibt es nicht. Sie sollen aber auch geschult werden.

„Die müssen sich es erstmal zeigen lassen, das ist klar. Aber ich glaube, im September schulen wir die nochmal nach, die noch nicht teilgenommen haben.“ (B2/62)

Für eine bessere Implementierung werden weitere Schulungen genannt.

„Nachschulungen. Praktische Nachschulungen. Bestimmte Sachen, wo man denkt, es geht verloren. Wo sie noch nicht sicher sind. Wenn die Trainerin wieder im Haus ist, gemeinsam überlegen, wo die Mitarbeiter noch nicht so sicher sind. Also das, wo wir nochmal nachschulen wollen.“ (B2/70)

Über die ganztägigen Schulungen hinaus wurden für eine bessere Implementierung auch noch Kurzschulungen genannt.

„zwei Stunden Schulungen zwischendurch, dass man das dann auch nochmal wiederholt hat. Dass man dann nochmal spezielle Sache rauspickt und das dann nochmal nachschult. Denke ich, das wäre sinnig.“ (B2/37),

14.2.4. Beeinflussende Faktoren

Hinderliche Faktoren

Zu den beeinflussenden Faktoren wird nicht viel gesagt. Lediglich die Problematik mit noch ungeschultem Personal wurde angesprochen, welche sich aber lösen ließ.

„Am Anfang waren da auch Widerstände. Es sind ja nicht alle gleich geschult worden.“ (B2/9)

„Die Mitarbeiter, die noch nicht geschult waren, haben sich darüber aufgeregt, wie viele Decken und was weiß ich bei den Bewohnern rumliegen. Weil denen nicht klar war, wieviel Material man da eigentlich braucht. Das ist jetzt aber kein Thema mehr, das läuft gut.“ (B2/9)

Förderliche Faktoren

Als förderliche Faktoren für die Implementierung werden motivierte Schüler und Mitarbeiter genannt.

„und das habe ich auch von unseren Schülern, die werden auch in ihrer Ausbildung ein oder zwei Tage geschult. ... Die haben auch gesagt, das wäre eine tolle Sache. Dann sind wir das mal angegangen. [Diejenigen,] die daran teilgenommen haben, waren dann auch begeistert. Sie haben es dann angewandt.“ (B2/11)

14.2.5. Zusammenfassung

Die Lagerung in Neutralstellung wurde, bezogen auf die Lagerung von Schwerstpflegebedürftigen, in Teilen erfolgreich eingeführt. In erster Linie wird die Positionierung im Bett durchgeführt. Weitere Teile, wie die Positionierung im Rollstuhl, werden kaum bis gar nicht durchgeführt. Folgende Thesen können aus dem Interview abgeleitet werden

Thesen zu der Anwendung und Wirksamkeit

- LiN ist wirksam im Bereich der Kontrakturenprophylaxe, der Steigerung des Wohlbefindens und der Stabilität im Sitzen.
- Neben der Lagerung werden kaum Aspekte von LiN umgesetzt.
- Menschen, die in der LiN-Lagerung liegen, müssen bei gleichbleibendem Wohlbefinden weniger umgelagert werden.
- LiN kann bei einem Großteil von pflegebedürftigen Bewohnern angewandt werden.

- Der Nachtdienst hat mehr Lagerungsroutine.

Thesen zu der Implementierungsstrategie und beeinflussende Faktoren

- Für die Implementierung ist es förderlich alle Bewohner zu lagern.
- Motivierte Mitarbeiter unterstützen die Umsetzung.
- LiN sorgt bei ungeschultem Personal für Skepsis.
- Eine Nachschulung des Personals wirkt sich positiv auf die Implementierung aus.

14.3. Einrichtung 3

Das dritte Interview wurde mit einer Einrichtungsleitung geführt. In der Einrichtung wurden 25 von 60 Mitarbeitern innerhalb von drei Jahren geschult.

14.3.1. Anwendung von LiN

Ob die Lagerung in Neutralstellung von dem Pflegepersonal der Einrichtung angewandt wird, hängt von den einzelnen Mitarbeitern ab.

„Mal mehr und mal weniger. Es steht und fällt mit den Mitarbeitern.“ (B3/10)

Die Zielgruppe für LiN wird von der Einrichtungsleitung sehr differenziert beschrieben. Für mobilere Bewohner sei LiN jedoch nur eingeschränkt anwendbar.

„... Menschen, die nicht mehr alleine sitzen können; die die Haltung nicht kontrollieren können; [die] Gleichgewichtsstörungen oder auch einen Schlaganfall mit Hemiparese oder ähnliches haben. Die also eine Unterstützung brauchen. Bei diesen Menschen ist es hoch wertvoll.“ (B3/24)

„bei Menschen, die selber noch arbeiten mit ihrem Körper, da kann es auch hinderlich sein. Da fliegt eher eine Decke schon mal aus dem Bett, weil er sagt: ‚Das Zeug brauch ich nicht.‘“ (B3/24)

LiN wird dabei nicht als starres Konzept gesehen, sondern flexibel in der Anwendung, wenn die Grundprinzipien beherrscht werden.

„Wenn man aber einmal herausbekommen hat, wo so der Ansatz bei LiN ist, dann kann man auch improvisieren. Also wir haben heute Mitarbeiter, die sagen: ‚Ok, ich bin mir sicher, das muss ich nur hier haben. Da nehme ich nur zwei Decken.‘ Die auch dann den Blick auf den Bewohner haben. Das ist einfach das A und O, dass man nicht einfach starr an einem Konzept hängt, sondern einfach überlegt, wie kann ich es adaptieren.“ (B3/32)

Der Zeitaufwand sei im Vergleich zu anderen Lagerungen nicht größer, wenn es zur Routine geworden ist.

„Mit der Routine hat sich herausgestellt, dass der Zeitaufwand gar nicht mehr da war.“
(B3/16)

14.3.2. Wirkung von LiN

Erwartungen

Die Erwartungen an die Lagerung richten sich in erster Linie auf das Wohlbefinden des Bewohners. Von der Lagerung wird erwartet, dass sie etwas Besonderes ist, weil sie neben dem Positionswechsel noch Geborgenheit und Wohlbefinden bringen soll.

„... einfach dem Menschen eine andere Art von Lagerung zu bieten. Nicht einfach so plump mit einer Decke irgendwie seitlich gelagert. Sondern dass man jemanden auch physiologisch in seinem Bett birgt. So ein bisschen schützend. Gerade bei demenzerkrankten Menschen, die auch immobil sind, hat das auch eine Form von Schutz geben. Man gibt den Menschen einen Rahmen.“ (B3/12)

Beobachtung

Diese Erwartungen in Bezug auf das Wohlbefinden und der Geborgenheit werden auch als beobachtbare Wirkungen genannt.

„Man fühlt sich geborgen, weil sie einfach einen Halt haben durch die Lagerung.“
(B3/12)

„... in erster Linie, dass Wohlbefinden des Bewohners gesteigert werden kann. Dass man einen Nebennutzen haben kann, dass die Bewohner dieses Geborgensein empfinden. Gerade bei Menschen, die eine andere Sinneswahrnehmung haben, da nochmal einen anderen Akzent setzen kann.“ (B3/26)

Die Vermeidung von Dekubitalgeschwüren und der Einfluss auf die Kontrakturenprophylaxe werden als weitere zentrale Effekte genannt. Die Wirksamkeit von LiN wird als Bestätigung für den richtigen Weg angesehen, der mit der Einführung eingeschlagen wurde. Es handele sich um Effekte, die bei anderen Lagerungen nicht zu beobachten seien.

„Wir haben keinen einzigen Dekubitus im Haus. Und die beiden [leitenden Mitarbeiter – Anmerkung des Autors] führen das auch auf die besondere Methode der LiN-Lagerung zurück.“ (B3/10)

„Die Unterschiede, die wir ganz klar merken, dass die Lagerung in der Kontrakturenprophylaxe unterstützt.“ (B3/12)

„Dekubitus, ganz klar, Kontrakturen, dass man wirklich gegenwirken kann und da einen hohen Benefit hat. Das ist einfach das Tolle.“ (B3/26)

Zur Unterstreichung der Wirksamkeit bei der Kontrakturenprophylaxe wurde ein Beispiel aufgeführt, wo neben Entspannung auch Schmerzlinderung eintrat.

„Wir hatten eine Dame hier, die überall Kontrakturen hatte. Ganz extrem. Die Ferse bald am Gesäß anlehnend, als sie nach hier kam. Man konnte merken, dass sie sich unter der Lagerung entspannen konnte. Sie lag nicht wie ein Brett. Musste nicht alles wehtun. Man konnte sie da unterstützen, wo sie es brauchte.“ (B3/24)

14.3.3. Implementierungsstrategien

Die Schulung

Als Strategie zur Implementierung von LiN[®] wurden Schulungen gewählt, welche jeweils über zwei Tage angeboten wurden. Die Auswahl der Mitarbeiter erfolgte...

„... immer gezielt von allen Bereichen. Ein kleiner Teil der Mitarbeiter: Pflegefachkräfte, wie auch Pflegehelfer. Und das setzt sich dann so mit den Jahren fort.“ (B3/18)

Für die Auswahl der Mitarbeiter, welche geschult werden sollten, wurden drei Kriterien angelegt.

- 1) Eine Mischverhältnis aus „Pflegefachkraft und Pflegehelfer“ (B3/40)
- 2) „jemanden, ... der auch eine große Bereitschaft mitbringt. Wo man weiß, das ist ein Multiplikator.“ (B3/40)
- 3) „auf der anderen Seite jemand, der Unterstützung braucht.“ (B3/40)

Die Motivation zur Schulung und die damit verbundene Wertschätzung von der Einrichtungsleitung den Mitarbeitern gegenüber werden als wichtig angesehen, um die Einführung positiv zu beeinflussen.

„...Ich glaube ..., dass Menschen einfach mal froh sind, vom Haus das Signal zu bekommen: Wir trauen dir was zu. Du darfst hier mal was machen. Mit anpacken. Dich in ein Konzept mit reinbegeben und mit aufbauen. Das sind auch Kriterien, wo Menschen sagen: ‚Ja toll, man sieht in mir.... Mir wird etwas zugetraut.‘“ (B3/42)

Andere Mitarbeiter werden dazu verpflichtet, diese Veranstaltungen zu besuchen, da sie Defizite aufweisen und sich selber nicht darum bemühen.

„Gibt aber auch Menschen, wo man sagt, es wäre nötig und du gehst da jetzt mal hin. Ist natürlich auch die Frage, ob das immer wertvoll ist, aber manchmal ist das einfach so, dass da so ein Defizit ist, dass der einfach dahin muss. Der muss sich mal damit auseinandersetzen.“ (B3/42)

Der Wert der Schulung wird vor allem in der Art und Weise gesehen, wie die Trainerin die Inhalte vermittelt und dass sie durch Fachlichkeit und ihrer Begeisterung überzeugt.

„Es wird einfach fachlich anders vermittelt. ... Weil sie einfach aus der Praxis kommt. Die kommt seit Jahren. Weiß also auch um die Problematiken und Schwierigkeiten. Aber kann sich fachlich ganz anders einbringen. Wenn ich hier etwas fachlich intern irgendetwas schule, ist das erstmal in einem kleinen Umfang. Hat auch oft eine andere fachliche Qualität, weil ich mir die Dinge erst von außen holen muss. Da habe ich einen fachkompetenten Menschen sitzen, der das vermitteln kann. Da liegt, glaube ich, der Vorteil drin.“ (B3/38)

„Da ist aber einfach hochwertvoll, dass es eine Frau ist, die eine unwahrscheinliche Überzeugungskraft hat und dies mit Begeisterung lebt. Und die Menschen einfach mitnimmt. Dass sich die Mitarbeiter einfach ziehen lassen.“ (B3/46)

Die Selbsterfahrung und das praktische Einüben in dem praktischen Teil der Positionierung untereinander werden als sehr positiv bewertet. Dieser Herangehensweise ermöglicht es auch ungelerten Pflegehilfskräften, die Theorie umzusetzen, weil es als praxisnah angesehen wird.

„... Dann natürlich auch die praktische Erfahrung, die man in der Schulung macht. Dass man dann auch selber merkt, dass kann gut tun, was ich hier tue. ...“ (B3/46)

„...Die schulen sich gegenseitig. Dann ist einer auf einmal ein Hemiplegiker und dann muss er sich ins Bett legen. Und der andere pflegt dann. Dass man es einfach mal spüren kann.“ (B3/48)

„Sehr praxisnah für jeden Pflegehelfer. Für den einfachen Mitarbeiter verständlich. Mit ‚Pack an‘, [das] ist schon sehr entscheidend. ... Das, glaube ich, ist schon super gut, dass man das hinbekommt, dass man einen theoretischen Input hat und diesen

auch in die Praxis transferieren kann. Man hat Bewegung darin und ich kann selber etwas tun.“ (B3/60)

Im nächsten Schritt der Schulung werden Bewohner aus der Einrichtung gelagert, um dann gemeinsam mit der Trainerin das Verhalten zu reflektieren. Das führt zu einer größeren Sicherheit in der Umsetzung der Lagerung.

„Es ist wirklich positiv, weil sie da natürlich genau nachvollziehen können, was macht man vielleicht besser oder weniger gut. Dass man nochmal kritischer beobachten kann: Ist die Lagerung gerade geeignet oder nicht. Und ich habe halt den Fachmann dabei, der mir ggf. sagt: ‚Du machst da was falsch.‘ Es gibt da so eine Sicherheit.“ (B3/52)

In Bezug auf die Schulung wird eine regelmäßige Schulung als förderlich gesehen.

„Förderlich wäre natürlich, wenn man sagen kann, dass wir die Schulung zweimal im Jahr anbieten können.“ (B3/36)

Für das bereits geschulte Personal wurde eine erste Auffrischungsschulung schon durchgeführt. Diese „Auffrischung“ (B3/18) sorgt für einen vertieften im Umgang mit LiN.

„Wir haben aber schon dieses Jahr so eine Auffrischung angeboten. ... Weil wir gesagt haben, es nützt nichts, wenn die Menschen einmal diese Schulung mitbekommen. ... Die müssen immer wieder diesen Input bekommen, ... nochmal in den Austausch gehen, seine Erfahrungen mit rein nehmen, sich reflektieren. ... Da merkt man bei den Leuten, hat sich das ganz anders gefestigt, die schon diese Auffrischung mitgemacht haben und aus ihrer Perspektive die Dinge nochmal Revue passieren lassen konnten.“ (B3/18)

Des Weiteren führen Fallbesprechungen und der Austausch in Übergaben dazu, dass die Umsetzung konsequent weiter geführt wird.

„... oder in Fallbesprechungen das zum Thema macht. Oder, wie ich sagte, in Übergaben.“ (B3/54)

In Bezug auf LiN gibt es kein Einarbeitungskonzept. Einarbeitung soll aber durch erfahrene Mitarbeiter geschehen.

„Neue Mitarbeiter werden eingearbeitet und haben natürlich eine Begleitung dabei. Da schauen wir auch immer, dass es Menschen sind, die einen hohen Erfahrungs- und

Wissensschatz haben. Aber dass wir das so bewusst steuern, das ist eher so ein Selbstläufer. Sonst würde das auch Zeit binden, die einfach nicht da ist. Der Alltag ist da. Und schwups bist du in der Rolle drin, die Dinge selbst zu erlernen. Da kann man die Dinge schön planen. Es bleibt aber schwierig in der Umsetzung.“ (B3/56)

14.3.4. Beeinflussende Faktoren

Förderliche Faktoren

Die förderlichen Bedingungen und die Implementierungsstrategien werden in einem unmittelbaren Zusammenhang gesehen, dass die Einführung überhaupt möglich ist. Eine zentrale Rolle nehmen dabei die engagierten Mitarbeiter ein, welche andere zur Umsetzung motivieren.

„Das hat wirklich mit dem Ehrgeiz der einzelnen zu tun, die das dann so als Multiplikatoren immer wieder so anstecken.“ (B3/54)

„Ansonsten war es an Mitarbeiter gebunden. Da waren es Mitarbeiter, die da voll hinter stehen. Die wirklich sagen, das ist ein gutes Konzept. Die ziehen auch andere mit. Auch Menschen, die sich nicht so damit auseinandersetzen.“ (B3/10)

„Sie waren irgendwie total überzeugt. Und diese Menschen haben wir wirklich genutzt, um in Übergaben einfach mal vorzuführen, um in Lagerung einfach mal einzugreifen.“ (B3/28)

Jedoch ist gerade die Rolle der leitenden Mitarbeiter entscheidend, welche durch das eigene Vorbild und die Überzeugung einen positiven Einfluss auf die Umsetzung haben.

„Unter der neuen Wohnbereichsleitung, die selber diese LiN-Schulung gemacht hat, setzten wir darauf, dass es verstärkt angewandt wird.“ (B3/10)

„Und als Pflegeleitung, die das immer wieder im Blick hat, diese Dinge anzusprechen.“ (B3/54)

„Als Pflegeleitung war es meine Aufgabe, natürlich das auch mit zu leben. Ich musste die Menschen anstecken, sie dafür begeistern, dafür zu sorgen, dass das Material auch da ist und dass sie den Input ansonsten bekommen.“ (B3/30)

„Ich kenne das Konzept aus einem anderen Haus und habe das einfach von den Mitarbeitern mitbekommen, dass es hochwertvoll ist. Daraufhin habe ich das hier hin übernommen. Damals die Einrichtungsleitung, da war ich noch Pflegeleitung, sie

Masterthesis

kannte es auch aus dem anderen Haus. Wir waren davon überzeugt und haben das deswegen hier übernommen.“ (B3/14)

Dazu gehört die Überzeugung, dass LiN Vorteile gegenüber anderen Lagerungen hat und die Umsetzung materialtechnisch möglich ist.

„Das hatte hier weniger damit zu tun, dass wir gedacht haben, hier wird pflegerisch schlechter gelagert oder man müsste mehr Möglichkeiten bieten. Sondern einfach weil wir schon Vorteile kannten der LiN-Lagerung.“ (B3/14)

Motivierend bei der Umsetzung sind die Erfahrungen...

„...nach Fortbildungen. ...Es ist einfach die Überzeugung, dass es besser ist für den Menschen. Dass er sich einfach wohler fühlt. Das ist der Antrieb.“ (B3/16)

„das Material kostet nicht viel. Pflegeleicht. Also absolut gut.“ (B3/26)

Dass es dem Bewohner gut tut, ist ein weiterer förderlicher Aspekt.

„Da merkt man immer wieder, ob es die Überzeugung ist. Ob es jetzt bei sitzenden Bewohnern ist, ob man den unterstützen muss. Oder halt bei einem komplett immobilen Menschen, ihm einfach nochmal eine angenehmere Liegeposition bieten kann.“

Hinderliche Faktoren

Als hinderlich wird die Motivation einiger Mitarbeiter angesehen. Bei einigen geht es soweit, dass sie nicht zu überzeugen sind. Anfänglich wurde die Lagerung selber als zu aufwändig angesehen.

„Es gibt immer noch Mitarbeiter, die sich blockieren. Die hat man aber überall. Die, die man nicht überzeugen kann.“ (B3/28)

„Es steht und fällt mit den Mitarbeitern.“ (B1/10)

„Also, zu Anfang haben im besonderen Pflegehelfer gesagt, dass die Lagerung viel zu aufwändig ist und sie damit gar nicht klar kommen.“ (B3/20)

Teilweise liegt es an den einzelnen Bewohnern, die es nicht wollen.

„Es gibt Bewohner, die wollen das nicht haben.“ (B3/24)

14.3.5. Zusammenfassung

Die Implementierung der Lagerung in Neutralstellung wird in der Einrichtung 3 als erfolgreich angesehen. Trotz einigen Mitarbeitern, „die man nicht überzeugen kann.“ (B3/28) kommt die Einrichtungsleitung zu einem zusammenfassenden Fazit: „... ich bin voll davon überzeugt. Bin froh, dass es viele Mitarbeiter bei uns gibt, die es gerne leben und tragen.“ (B3/70) Aus diesem Interview können folgende Thesen abgeleitet werden:

Thesen zu der Anwendung und Wirksamkeit

- LiN ist nur eingeschränkt für mobile Pflegebedürftige anwendbar.
- LiN ist ein individuelles Konzept, welches sich an den jeweiligen Bewohner anpassen lässt.
- Bei LiN gibt es keinen zeitlichen Mehraufwand im Vergleich zu anderen Lagerungen.
- LiN ist wirksam im Bereich Kontrakturen- und Dekubitusprophylaxe.
- LiN steigert das Wohlbefinden, gibt Stabilität im Liegen und Sitzen und wirkt durch den Entspannungseffekt schmerzlindernd.

Hypothesen zu der Implementierungsstrategie und beeinflussende Faktoren

- Motivation durch Führungskräfte wirkt sich positiv auf das Interesse der Mitarbeiter aus, die Lagerung umzusetzen.
- Eine wirksame Umsetzung bedarf die Schulung von
 - Fach- und Hilfspersonal,
 - motiviertem und unmotiviertem Personal
 - und Multiplikatoren.
- Eine überzeugte und motivierte Trainerin trägt maßgeblich zur Implementierung bei.
- Der Aufbau der Schulung durch
 - Theorievermittlung,
 - praktische Übungen
 - und praktische Umsetzung am Bewohner mit anschließender Reflexion...

...wirkt sich förderlich auf die Implementierung aus.

- Auffrischungsschulungen sorgen für einen reflektierten, gefestigten Umgang mit der Lagerung.
- Motivierte, vorbildliche Führungskräfte sind für eine anhaltende Implementierung notwendig.

14.4. Die Einrichtungen im Vergleich

Im diesem Kapitel werden die Interviews der drei Einrichtungen vergleichend nebeneinander gestellt. Die Interviewabschnitte werden hier nicht erneut aufgeführt. Zwecks besserer Vergleichbarkeit wird auf dieselbe Kategorisierung verwendet wie in den Kapiteln 14.1 bis 14.3.

14.4.1. Anwendung von LiN

Alle drei Einrichtungsverantwortliche, gemeint sind Pflegedienst- und Einrichtungsleitung, haben den Nutzen der Lagerung höher angesehen als den Aufwand, der damit einherging. Zu dem Aufwand zählt bei allen die Anschaffung des Materials, die Schulungen und der zeitliche Aufwand der Lagerung. Allerdings wird der zeitliche Aufwand durch Routine in der Lagerung (Einrichtung 2) und längere Lagerungsintervalle (Einrichtung 3) im Vergleich zu anderen Lagerungen als nicht höher angesehen.

Die Schwerpunkte in der Umsetzung sind verschieden. So werden in der Einrichtung 1 die Bewohner überwiegend im Sitzen nach den Prinzipien von LiN positioniert, während bei Bettlägerigen LiN nur selten zum Einsatz kommt. Umgekehrt werden in der Einrichtung 2 die Prinzipien von LiN überwiegend bei Bettlägerigen angewandt und nur vereinzelt bei sitzenden Bewohnern. In der Einrichtung 3 werden die Prinzipien für beide Bewohnergruppen gleichermaßen angewandt. So gibt es hier kein eindeutiges Bild.

14.4.2. Wirkung von LiN

Die Wirkung von LiN ist der zentrale Grund für ihre Implementierung. Demnach ist die Implementierung auch an Erwartungen in die Wirksamkeit geknüpft. In der Tabelle 11 sind die erwarteten mit den beobachteten Wirkungen aufgeführt. Alle Einrichtungen berichten von der beobachtbaren Wirksamkeit von LiN, besonders im Zusammenhang mit den in den Schulungen durchgeführten Lagerungen an Bewohnern.

	Einrichtung 1	Einrichtung 2	Einrichtung 3
Erwartete Wirkung	verstärkte Mobilität mehr Mobilisation hohe Zufriedenheit	Beeinflussung des Kontrakturreisikos bei Bettlägerigen Defizite ausbessern	keine plumpe Lagerung schützende Lagerung Geborgenheit für den Bewohner
Beobachtete Wirkung	bessere Sitzposition weniger Dekubitalgeschwüre und Kontrakturen sichtliche Entspannung Veränderte, entspanntere Mimik In der Nacht: wohlfühlen mehr Mobilisation Bewohner sprechen wieder	Stabilität im Sitzen Entspannung des Muskeltonus Körpersprache zeigt den Nutzen (Entspannung) Innere Spannung löst sich Bewohner fühlen sich wohler (Wohlbefinden) weniger Umlagern notwendig	Stabilität (Halt gebend) weniger Dekubitalgeschwüre unterstützt Kontrakturreprophylaxe sichtbare Entspannung Schmerzlinderung

Tab. 11: Erwartete und beobachtete Wirkungen von LiN

Ein Großteil der bei LiN genannten Zielen (☞ Kapitel 4.2.) wird als Auswirkung in den Einrichtungen beobachtet. Somit gelten diese Ziele für die jeweiligen Einrichtungen als erreicht. In der Tabelle 12 sind die einzelnen Ziele mit den in den Einrichtungen beobachteten Wirkungen dargestellt. Die Ziele 1-4 und 9 sind überwiegend in den Einrichtungen erreicht worden. Zu den anderen Punkten wurden keine Angaben gemacht. Jedoch wurde nicht konkret nach diesen Punkten gefragt bzw. diese Punkte wurden auch nicht verneint.

Über diese Wirkungen hinaus wurden noch weitere Wirkungen genannt, welche jedoch teilweise in den Zusammenhang mit den Zielen zu bringen sind. So ist z.B. die Schmerzlinderung, wie bereits beschrieben, auf die Muskelentspannung zurückzuführen.

Von LiN benannte Ziele	Einrichtung 1	Einrichtung 2	Einrichtung 3
1. Wohlbefinden/Bequemlichkeit (Positionswechsel, Transfer, ...)	✓	✓	✓
2. Kontrakturprophylaxe	✓	✓	✓
3. Muskeltonusregulation	✓	✓	✓
4. Dekubitusprophylaxe	✓	n.a.	✓
5. Pneumonie-/Thromboseprophylaxe	n.a.	n.a.	n.a.
6. Förderung der Wahrnehmung	n.a.	n.a.	✓
7. Sicherung des therapeutischen Erfolgs	n.a.	n.a.	n.a.
8. Schaffen von guten Ausgangspositionen für therapeutische Interventionen	✓	n.a.	n.a.
9. Haltungshintergrund für Bewegungsanbahnung	✓	✓	✓

Tab. 12: Vergleich zwischen den Zielen von LiN und den beobachteten Wirkungen (n.a. = nicht angegeben; ✓ = wurde beobachtet)

14.4.3. Implementierungsstrategien

Neben dem Vergleich der Anwendung mit den Wirkungen von LiN wird in diesem Abschnitt die Implementierungsstrategie der einzelnen Einrichtungen verglichen.

In allen Einrichtungen wurden neben Pflegefachkräften auch Pflegehilfskräfte ausgebildet. Zu den Hilfskräften zählen auch die kürzer ausgebildeten Altenpflege- und Krankenpflegehelfer. In der Einrichtung 1 sind darüber hinaus Altenpflegeschüler geschult worden.

In der Tabelle 13 wird deutlich, dass die Schulung, bezogen auf den Zeitraum, sehr unterschiedlich war. So wurde in der Einrichtung 1 und 3 über mehrere Jahre in kleinen Gruppen und in der Einrichtung 2 innerhalb kurzer Zeit in größeren Gruppen geschult. Die Schulungen ähneln im Aufbau und Umfang der in Kapitel 4.4. vorgestellten Struktur des Grundkurses des LiN-ArGe Vereins.

Obwohl in der Einrichtung 1 länger und in der Einrichtung 2 mehr Personal geschult wurde, wird den Aussagen zufolge in der Einrichtung 3 LiN am meisten angewandt.

	Einrichtung 1	Einrichtung 2	Einrichtung 3
Wer wurde geschult?	Pflegefachkräfte Pflegehilfskräfte Altenpflegeschüler	Pflegefachkräfte Pflegehilfskräfte	Pflegefachkräfte Pflegehilfskräfte
Über welchen Zeitraum wurde geschult?	7 Jahre (jedes Jahr 6-7 Mitarbeiter)	Innerhalb eines Jahres	Im Laufe von 3 Jahren
Schulungstage und Teilnehmerzahl	Je 2 Schulungstage mit 6-7 Teilnehmern + 1 Tag Supervision im Stationsalltag	Je 2 Schulungstage mit ca. 14 Teilnehmern	Je 2 Schulungstage mit ca. 6 Teilnehmern
Wie viele wurden geschult?	37 Mitarbeitern	Alle pflegerischen Mitarbeiter	25 von 60 Mitarbeitern

Tab. 13: Die Schulungen in den Einrichtungen im Vergleich

Weitere (unterstützende) Implementierungsmaßnahmen

Neben dem Grundkurs wurden weitere Schritte unternommen, um eine Implementierung zu erreichen. In allen drei Einrichtungen wurden auffrischende Nachschulungen mit Supervision durchgeführt. In der Einrichtung 1 war dies jedes Mal fester Bestandteil der geschulten Gruppen, zudem wird eine Trainerin für die Einrichtung ausgebildet. Eine zweistündige praktische Nachschulung wurde in der Einrichtung 2 bereits durchgeführt, weitere sind geplant. In der Einrichtung 3 sind Fallbesprechungen und der Erfahrungsaustausch in den Übergaben weitere Maßnahmen zur Umsetzung von LiN. Auffrischungsschulungen mit Supervision sind geplant.

Im Vergleich mit den „Maßnahmen der Implementierung“ (☞ Tab. 3 in Kapitel 6.3.4.) wurden einige dieser genannten Maßnahmen in den Einrichtungen durchgeführt. So wurde der Implementierung, durch externe Schulungen, eine hohe Priorität eingeräumt. Der Umfang und die Dauer des Implementationsprozesses zeigen, dass diese eine hohe Priorität in allen Einrichtungen haben. Motivierte Mitarbeiter werden in der Einrichtung 3 besonders erwähnt und gefördert. In den anderen beiden Einrichtungen werden sie als positiv für die Implementierung benannt. Die Trainerin als wiederkehrende, externe Expertin, zur Unterstützung im praktischen Umgang wird auch in allen drei Einrichtungen erwähnt.

14.4.4. Beeinflussende Faktoren

Zu den förderlichen Faktoren werden in allen drei Einrichtungen die motivierten Mitarbeiter genannt (☞ Tab. 14). Diese Motivation ist überwiegend auf die positiven Erlebnisse der Schulung zurückzuführen. Neben den pflegerischen Mitarbeitern werden in der Einrichtung 2 Schüler und in den Einrichtungen 1 und 3 die leitenden Mitarbeiter als Motivatoren genannt. Die Rolle von vorbildlichen leitenden Mitarbeitern wird in der Einrichtung 3 mehrfach benannt und als zentraler Punkt hervorgehoben. Darüber hinaus wird das Schaffen von förderlichen Rahmenbedingungen durch Materialanschaffungen in den Einrichtungen 1 und 3 auch als förderlich angesehen.

	Einrichtung 1	Einrichtung 2	Einrichtung 3
Förderliche Faktoren	Motivierte Mitarbeiter, welche andere mitziehen Schulungserlebnisse Theorie und Praxis wird verbunden Rückenschonendes Arbeiten erlernen Materialien wurden angeschafft	Motivierte Mitarbeiter Motivierte Schüler, welche Lagerung bereits kennen Schulung aller Pflegenden	Überzeugte Mitarbeiter Motivation der Leitungskraft Erfahrung aus anderen Häusern Kostengünstiges/ pflegeleichtes Material
Hinderliche Faktoren	Material kann nicht untergebracht werden Lagerung gefällt optisch nicht Lagerung dauert anfangs länger Multiple Anforderungen	Widerstände durch einige Mitarbeiter Skepsis gegenüber dem vielen Material Unmut/Unzufriedenheit bei nicht geschulten Mitarbeitern	hoher Materialaufwand Skepsis gegenüber Neuem Mitarbeiter lassen sich nicht überzeugen Viele Themen in der Pflege

Tab. 14: Beeinflussende Faktoren der Implementierung

Die hinderlichen Faktoren liegen bei allen Einrichtungen zum einen in der Einstellung der Mitarbeiter und zu anderen in der Art und Weise, wie gelagert wird. Das Material wird in allen Einrichtungen als viel bezeichnet, wobei sich die meisten damit arrangieren können. Die Skepsis bei ungeschultem und in Einzelfällen bei geschultem Personal wird bei allen Einrichtungen als Herausforderung gesehen.

In der Einrichtung 1 werden die vielen Anforderungen im Alltag der Pflegenden als größtes Hindernis in der Umsetzung gesehen. Das wird als Hauptgrund für das Nicht-Umsetzen angegeben.

Die von den Einrichtungen genannten förderlichen Faktoren zählen zu den in der Forschung nachgewiesenen begünstigenden Faktoren (☞ Kapitel 6.3.3.). Die Ausbildung einer hausinternen Trainerin ist in dem Zusammenhang für alle Einrichtungen eine anzustrebende Maßnahme, da die Nachschulung mit Supervision von allen Einrichtungen gewollt ist. Diese Maßnahme kann durch eine eigene Trainerin im Arbeitsalltag abgedeckt werden.

15. Zusammenfassung

In der Zielsetzung der Evaluation wurde eine Beurteilung der Lagerung in Neutralstellung anhand ihrer Anwendung und Wirkung genannt. Darüber hinaus sollte die Implementierung mit den Strategien und den beeinflussenden Faktoren beurteilt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Lagerung in Neutralstellung als eine wirksame Lagerung beurteilt wird. Die Wirksamkeit bezieht sich dabei auf die Ziele, die durch den LiN-ArGe Verein (vgl. Hartnick 2009: 65) angegeben werden. LiN wird in den untersuchten Pflegeheimen umgesetzt und, bezogen auf die Zielgruppe, auch als mögliches Konzept für die Altenpflege beurteilt. Zwar werden die Intensität und der Schwerpunkt der Umsetzung von jeder Einrichtung unterschiedlich bewertet, jedoch wird eine Umsetzung von allen Teilnehmern befürwortet.

Die Strategie der Implementierung sowie die in diesem Zusammenhang genannten Einflussfaktoren haben Auswirkung auf die Anwendung und somit auch auf die Wirkung von LiN. Die Evaluation der drei Einrichtungen lässt darauf schließen, dass die Schulung, mit ihren Besonderheiten, als Implementierungsstrategie die Umsetzung maßgeblich fördern kann. Unterstützend dazu sind weitere Maßnahmen zur Implementierung erforderlich. Auch die Einstellung der Pflegepersonen zum LiN-Konzept wirkt sich entscheidend auf den Erfolg der Implementierung aus. Motivierte Mitarbeiter fördern und skeptische, ablehnende Mitarbeiter hindern die Implementierung.

Jede Einrichtung weist eigene Rahmenbedingungen und Unterschiede in der Implementierung auf. Daher wurden die Ergebnisse je Einrichtung in Form von Thesen zusammengefasst, die Aussagen zu den intendierten Zielen der Evaluation treffen. Im Vergleich der Ergebnisse zeigt sich, dass Anwendung und Wirksamkeit der Lagerung durchaus ähnlich beurteilt wird. Aber

auch bei der Implementierung und den beeinflussenden Faktoren gibt es ähnliche Sichtweisen.

Die Einrichtung 3, die die Rolle von motivierten Mitarbeitern in besonderer Weise betont, stellt sich als diejenige Einrichtung heraus, in der LiN am stärksten zum Einsatz kommt. Interessanterweise wurde in dieser Einrichtung vom Umfang her am wenigsten geschult. Demnach hängt die Umsetzung von LiN nicht mit der Quantität der Schulung zusammen, sondern eher mit motivierten Leitungskräften und Mitarbeitern, was auch die Literatur bestätigt (☞ Kapitel 6.3.3) (vgl. DCZ 2013: 31 f.).

16. Diskussion der Ergebnisse und kritischer Rückblick

Die generierten Thesen aus den Interviews mit den einzelnen Einrichtungsverantwortlichen sind in erster Linie für die Einrichtung selbst nützlich. Wie in dem Zweck der Evaluation angegeben, können die Ergebnisse als Entscheidungsgrundlage dienen, ob LiN weiterhin umgesetzt werden soll. Darüber hinaus liefern die Ergebnisse Hinweise dafür, welche Teile der Implementierung als erfolgreich zu bewerten sind und welche Faktoren dafür begünstigend oder auch hinderlich waren. Im Vergleich der Einrichtungen (☞ Kapitel 14.4.) und in Bezug auf die Erkenntnisse der Implementierungsforschung (☞ Kapitel 6.3.) empfiehlt es sich, weitere Implementierungsmaßnahmen zu übernehmen, um eine intensivere Anwendung zu erreichen. Dazu gehört z.B. die Einführung von Fallbesprechungen bezogen auf Bewohner, bei denen die Anwendung des LiN-Konzepts in Frage kommt. Darüber hinaus erscheint die Ausbildung einer hausinternen Trainerin/eines hausinternen Trainers sinnvoll. Nicht zuletzt spielt die Unterstützung von motivierten Mitarbeitern und Leitungskräften eine zentrale Rolle.

Für Einrichtungen, welche die Einführung von LiN planen, lassen sich die Ergebnisse zum Teil nutzen. So ist die Wirksamkeit der Lagerung in allen Einrichtungen zu beobachten. Die Beurteilung der Schulungen durch die LiN-Trainer fällt durchweg positiv aus und weitere Maßnahmen zur Implementierung, die als einrichtungsunabhängig angesehen werden können, sollten von vornherein geplant werden. Die hinderlichen und förderlichen Faktoren werden idealerweise im Vorfeld berücksichtigt und bspw. in der Schulung thematisiert.

Limitierung

Anhand der Gütekriterien zur qualitativen Sozialforschung nach MAYRING (2002: 144 ff.) kann festgestellt werden, dass die Befragten eine Nähe zum Gegenstand haben. Die befragten Einrichtungsverantwortlichen sind bzw. waren alle Beteiligte und Initiatoren des

Implementierungsprozesses. Jedoch bilden diese nur einen Teil der Beteiligten des Prozesses, wodurch die Ergebnisse nur eine eingeschränkte Aussagekraft haben. Darüber hinaus wurde das Gütekriterium der kommunikativen Validierung (ebd.) nicht angewandt. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung der vorliegenden Arbeit war es dem Autor nicht möglich, die Ergebnisse, hier in Form der Thesen zu den einzelnen Interviews, mit den Befragten nochmals zu diskutieren. Eine alternative Diskussion, bspw. zur Kategorienbildung mit einem weiteren Forscher, konnte im Rahmen der Arbeit nicht gewährleistet werden. Auf der andern Seite wurden die Gütekriterien der Verfahrensdokumentation, der argumentativen Interpretationsabsicherung und der Regelgeleitetheit durchgeführt, was zu einer erhöhten Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse führt. Durch die Beschreibung der Durchführung der Datensammlung, der Analyse und der Interpretation wurde diese dokumentiert. Eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit der einzelnen Schritte sollte dadurch gewährleistet sein. (vgl. ebd.)

Kritischer Rückblick

Um eine Vergleichbarkeit der Implementierungsbemühungen der einzelnen Einrichtungen insgesamt zu verbessern und in der Aussagekraft zu erhöhen, hätten mehr Interviews durchgeführt werden müssen. Denn die drei Interviews wiesen teilweise starke Unterschiede in den Bereichen der Implementierungsstrategie und der Anwendung von LiN auf. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist somit nicht möglich, wobei die Ergebnisse in vergleichbaren Bedingungen jedoch nützlich sein können.

Bezogen auf die Befragung ist zu kritisieren, dass teilweise vertiefende Fragen, welche diese Bedingungen ggf. noch deutlicher herausgehoben hätten, nicht gestellt wurden. So zum Beispiel:

„Was ich zu wenig anwende, dann lass ich es irgendwann bleiben, weil ich es nicht kann oder nicht mehr weiß wie es richtig geht.“ (B2/41)

An dieser Stelle hätte die Frage danach gestellt werden können, warum diese Maßnahme zu wenig angewendet wird. Auch auf die folgende Aussage zur Wirksamkeit der Lagerung hätten Rückfragen gestellt werden sollen:

„Da war eine Bewohnerin, die zwei Jahre nicht gesprochen hat und plötzlich fängt sie an zu sprechen. Gut, die Mitarbeiter sagen, das gibt es doch gar nicht. Nur dadurch, dass sie entspannter lag.“ (B1/51)

Hier wäre bspw. die Frage angebracht gewesen, ob ähnliche Beobachtungen außerhalb der Schulung gemacht wurden, um den Effekt außerhalb der Schulung zu beschreiben. Dies sind zwei Beispiele für mehrere Aussagen, die nicht genauer durch den Interviewer durch Nachfragen beleuchtet wurden. Dies ist im Zusammenhang mit der eingeschränkten Erfahrung des Autors zu sehen, der sich manchmal zu stark am Leitfaden orientiert hat und somit zu wenig auf das Gesagte eingegangen ist.

Eine weitere mögliche Frage hätte die Flexibilität des LiN-Konzepts aufgreifen können. So hätte es ggf. weitere Hinweise darüber gegeben, inwieweit das Konzept sich auf den jeweiligen Kontext anpassen lässt. Im LiN-Konzept selber wird von individueller Anpassung auf den Bewohner gesprochen (vgl. Neander und Meyer 2005: 16). Auch in der Implementierungsforschung wird die Flexibilität der Implementierungsgegenstands als förderlich für eine Einführung angesehen (vgl. Müller-Hergl 2010: 7 ff.). Mit den Ergebnissen könnten Rückschlüsse darüber gezogen werden, inwieweit sich der Bewohner und die Pflegeperson anpassen müssen und was auf der Leitungsebene unternommen werden muss, um das Konzept anzupassen.

17. Schlussfolgerung und Ausblick

Auch wenn die Stichprobe gering ausfiel und die Güte der Ergebnisse, nach MAYRING, in Teilen nicht nachgewiesen werden kann, besitzen die erzielten Ergebnisse einen Wert für die jeweiligen Einrichtungen. Die Erkenntnisse können zu einer verbesserten Anwendung und für die weitere Implementierung von LiN genutzt werden. Aufgrund der in dieser Arbeit dokumentierten Erfahrungsberichte, könnte in der jeweiligen Einrichtung, eine breitere Implementierung initiiert werden und z.B. unter Berücksichtigung der Ergebnisse die Einarbeitung neuer Mitarbeiter anderes gestaltet werden.

Darüber hinaus ist die Verallgemeinerung der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich. Die Daten jedoch in vergleichbaren Kontexten eingeschränkt hilfreich. Dagegen kann die theoretisch gestützte Vorgehensweise zur Identifikation der beeinflussenden Faktoren bei der Einführung von LiN als allgemeingültig angesehen werden. Gleiches gilt für die erarbeiteten Maßnahmen für die Implementierung von LiN. Eine weitere Evaluation der Einrichtungen wäre sinnvoll, da die eigentlichen Anwender die Pflegefachkräfte und die Pflegehilfskräfte sind. So ist es für eine Verifizierung der aufgestellten Thesen sinnvoll, z.B. eine Befragung der Anwender und ggf. der betroffenen Bewohner durchzuführen. Dadurch könnte auch die Wirksamkeit von LiN verifiziert werden. Unterstützt werden könnte dies durch die

Untersuchung der dokumentierten Pflegeprozesse im Anwendungsverlauf. Die Sicht auf die Implementierungsmaßnahmen könnte auch Teil dieser Befragung sein.

Die Planung von Prozessevaluation bei der Einführung von LiN ist zu empfehlen, da diese, wertvolle Hinweise bringen könnte. Der Vergleich des Implementierungserfolgs, von Einrichtung mit begleitender Evaluation, im Vergleich zu Einrichtungen ohne begleitende Evaluation, könnte Gegenstand weiterer Forschung in diesem Bereich sein.

Über die genannten Möglichkeiten zur vertieften Evaluation der Lagerung in Neutralstellung, besteht darüber hinaus Forschungsbedarf über den Nutzen und der Wirksamkeit von LiN in Altenpflegeeinrichtungen. Wie in Kapitel 4.3. schon erwähnt, berichtet Heidrun PICKENBROCK von einer Studie, im Bereich der Neuro-Rehabilitation, welche eine Zunahme der passiven Beweglichkeit im Zusammenhang mit LiN als angewandte Lagerungsmethode bescheinigt. Mit der Dekubitus- und Kontrakturenprophylaxe gibt es in der Altenpflege zwei Themen, welche wirksame Konzepte zur Verhinderung der Probleme und Förderung der Beweglichkeit benötigen (vgl. Huhn 2011: 1068 ff.).

Literaturverzeichnis

- Die Bibel (2006). [Ausg.] Schlachter-Version 2000, neue rev. Fassung, mit Parallelstellen und Studienhilfen, 1. Aufl. Bielefeld: Christliche Literatur-Verbreitung.
- Altenpflege heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung (2010). 1. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Abt-Zegelin, Angelika (2011): Mobil im Pflegeheim. Bewegungsförderung. In: *Die Schwester, der Pfleger -Die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe : offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V* 50 (04), S. 322–325.
- BMFSFJ-Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Erster Bericht des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Hg. v. Senioren Frauen und Jugend Bundesministerium für Familie. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimericht/1-Vorbemerkungen-und-kurzzusammenfassung-wesentlicher-ergebnisse-des-heimerichts/1-2/1-2-1-heiminfrastruktur-kapitel-3-.html>, zuletzt aktualisiert am 15.08.2006, zuletzt geprüft am 17.07.2014.
- BMG-Bundesministerium für Gesundheit (2014): Stationäre Pflege. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/stationaere-pflege.html>, zuletzt geprüft am 17.07.2014.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (15.07.2013): Sozialgesetzbuch - Elftes Buch. SGB XI. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG000100307, zuletzt geprüft am 17.07.2014.
- Büscher, Andreas (2014): Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz nach § 113a SGB XI. Thema: Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Osnabrück. Online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de, zuletzt geprüft am 14.07.2014.
- CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Online verfügbar unter <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>, zuletzt aktualisiert am Abschließende Fassung vom 27.11.2013, zuletzt geprüft am 14.07.2014.
- DCZ-Deutsche Cochrane Zentrum (Hg.) (2013): Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen. Unter Mitarbeit von Stemmer R. Behrens J. Horbach A. Ayerle GM 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. Voigt-Radloff S. Deutsches Cochrane Zentrum. 1. Auflage. Online verfügbar unter <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/9003/>, zuletzt geprüft am 05.07.2014.
- Fixsen, Dean L. (2005): Implementation research. A synthesis of the literature. Unter Mitarbeit von S. F. Blase K. A. Friedman R. M. & Wallace F. Naom. Tampa, Florida: National Implementation Research Network.
- Friedhoff, Michaela; Schieberle, Daniela (2007): Praxis des Bobath-Konzepts. Grundlagen, Handlings, Fallbeispiele. Stuttgart [u.a.]: Thieme (Reihe Pflegepraxis).
- Gollwitzer, Mario; Jäger, Reinhold S. (2009): Evaluation kompakt. In: *Evaluation kompakt*. 1.Aufl. Weinheim [u.a.] Beltz-Verlag
- Hartnick, Angela (2006): Lagerung in Neutralstellung (LiN). Halt und Beweglichkeit für neurologische Patienten. In: *Die Schwester, der Pfleger -Die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe : offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V* (9), S. 719–724.
- Hartnick, Angela (2009): Praxisleitfaden für die stationäre Altenpflege. Checklisten - Formblätter - Textbausteine. Remagen: AOK-Verlag.

- Hense, Jan (2014): Online-Wörterbuch Evaluation. München (evaluation.de – Evaluation und Qualitätssicherung im Bildungswesen). Online verfügbar unter <http://www.evaluation.de/glossary>, zuletzt geprüft am 21.06.2014.
- Hucke, Birthe (Hg.) (2011): Update Schlaganfall. Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner (Das Gesundheitsforum, 16).
- Hundenborn, Gertrud (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. 1. Aufl. München, Jena: Elsevier, Urban und Fischer.
- Huhn, Siegfried (2011): Kontrakturprophylaxe-kritisch hinterfragt. In: Die Schwester Der Pfleger 50. (11), S. 1068–1072
- Kaiser, Gudrun (2008): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Köln: KDA (Architektur + Gerontologie, 5).
- Kromrey, Helmut (2001): Evaluation - ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung ; Empfehlungen für die Praxis. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24 (2).
- Kuckartz, Udo (2007): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaft.
- Kuckartz, Udo (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. Aufl. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaft.
- Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. In: *Qualitative Sozialforschung*. 5. Aufl. Weinheim [u.a.] Beltz-Verlag
- LiN[®]-ArGe e. V. Hg. v. <http://lin-arge.de>. Online verfügbar unter <http://lin-arge.de>, zuletzt geprüft am 09.03.2014.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Studium).
- Meyer, Gabriele; Vollmar, Horst Christian (2013): Die Gretchenfrage – Implementierung von Ergebnissen der Gesundheits- und Pflegeforschung. In: *Pflege* 26 (3), S. 161–162.
- MIK- Ministerium für Inneres und Kommunales NRW (01.07.2014): Gesetz über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen. Wohn- und Teilhabegesetz - WTG. Online verfügbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=8&ugl_nr=820&bes_id=12304&aufgehoben=N&menu=1&sg=#det258880, zuletzt geprüft am 17.07.2014.
- Müller, Herbert (2011): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. 4. Aufl. Hannover: Schlütersche Verlagsges. (Pflege).
- Müller-Hergl, Christian (2010): „...und dann klappte die Umsetzung nicht...“. Implementierung neuer Pflegepraxis bei Demenz, Arbeitspapier des Dialog- und Transferzentrums Demenz.
- Neander, Klaus-Dieter; Meyer, Gerhard (2005): Handbuch der Intensivpflege. Pflegerische Praxis und medizinische Grundlagen : ein Lehr- und Arbeitsbuch für Mitarbeiter auf Intensivstationen. Landsberg/Lech: Ecomed.
- Pfaff, Heiko (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Hg. v. Wiesbaden Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter www.destatis.de, zuletzt geprüft am 16.07.2014.
- Pickenbrock, Heidrun (2012): Einfluss zweier verschiedener Lagerungsarten auf die passive Beweglichkeit, die Bequemlichkeit und vegetative Parameter bei auf Hilfe beim Bewegen angewiesenen Menschen mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Online verfügbar unter https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/setLocale_DE.do.
- Pickenbrock, Heidrun (2014a): Basismaßnahmen mit Tücken. In: *Die Schwester, der Pfleger -Die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe : offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V* 53 (2), S. 142–146.

- Pickenbrock, Heidrun (2014b): Einführung eines Lagerungskonzeptes – LiN®. Beispiel. Hg. v. LiN®-ArGe e. V.
- Reinmann, Gabi (2012): Studententext Evaluaiton. 2. Korrigierte Version. Online verfügbar unter <http://lernen-unibw.de/studententexte>, zuletzt geprüft am 05.06.2014
- Reischmann, Jost (2006): Weiterbildungs-Evaluation. Lernerfolge messbar machen. 2. Aufl. Augsburg: ZIEL (Grundlagen der Weiterbildung).
- Schaeffer, Doris (Hg.) (2006): Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops. Unter Mitarbeit von Dewe B. Heller A. Wegleitner H. Moers M. Schiemann D. Wingenfeld K. Wilkesmann U. Schaeffer D. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Scharf, Susanne: Die Pflegekonzepte Bobath und LIN®- Lagerung in Neutralstellung. Ein Weg zur Rehabilitation durch sich ergänzende Konzepte. Facharbeit. Online verfügbar unter http://lin-arge.de/system/start_www.php?public=p4002&nav=n7, zuletzt geprüft am 09.03.2014.
- Schiemann, Doris (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege 1. Aktual. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Schlesselmann, Elke (2014): Entspannungszeiten fördern Beweglichkeit und Konzentration. In: *Pflegezeitschrift: Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege* 67 (1), S. 14–17.
- Schneeberger, Ruth (2014): Es braucht Ideen gegen die Pflegemafia. Hg. v. sueddeutsche.de. Online verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/leben/gesundheitsystem-es-braucht-ideen-gegen-die-pflegemafia-1.1952620>, zuletzt geprüft am 17.07.2014.
- Schöch, Heidrun (2005): Was ist Qualität? Die Entzauberung eines Mythos. Berlin: Wiss. Verl. Berlin (Wandel und Kontinuität in Organisationen, 6).
- Schröder, Gerhard (2011): Bewegungsförderung bleibt das zentrale Element. In: *Die Schwester, der Pfleger -Die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe : offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V* 50 (10), S. 945–948.
- Siegel, Fabian (2008): Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050. In: *Deutsches Ärzteblatt* (4), S. 467–473.
- Statistische Bundesamt (2013): Bevölkerung und Geburten. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html>, zuletzt aktualisiert am 2013, zuletzt geprüft am 17.07.2014.
- Stockmann, R.; Meyer, W. (2014): Evaluation: Eine Einführung: UTB GmbH. Online verfügbar unter <http://books.google.de/books?id=45T0AgAAQBAJ>.
- Stockmann, Reinhard (2007): Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung. Münster ; München [u.a.]: Waxmann (Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, 6).
- Vollmar, Horst Christian (Hg.) (2011): Was bedeuten Implementierungsforschung und Wissenszirkulation für die Professionalisierung im Gesundheitswesen? Unter Mitarbeit von Riesner C. Quasdorf T. Wilm Kuske S. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). München, 05.-08.10.2011. German Medical Science GMS Publishing House. Düsseldorf. Online verfügbar unter <http://www.egms.de/en/meetings/gma2011/11gma249.shtml>, zuletzt geprüft am 16.07.2014
- Wilm, Stefan (2008): Implementierungsforschung. Implementation Research. Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Witten/Herdecke. Online verfügbar unter https://www.ukb.uni-bonn.de/.../dzne_24_wilm-.../dzne_24_wilm.pdf, zuletzt geprüft am 06.06.2014.

Anhang

Anhang 1: Faktoren, die die Implementation beeinflussen können (Deutsche Cochrane Zentrum) :

Intervention	
Evidenz und erwartete Wirkung	Sind die Entscheidungsträger und Anwenderinnen überzeugt, dass die neue Intervention mit großer Wahrscheinlichkeit bessere Behandlungseffekte erzielt als die bisherigen Maßnahmen? Sind die erwarteten Verbesserungen klientenzentriert und können sie auch in der Routineversorgung konkret beobachtet bzw. erfasst werden?
Einführung	Stehen Manual, Einführungsschulungen und Unterstützung vor Ort während der Einarbeitungsphase problemlos zur Verfügung? Wie viel Zeit und welches Budget werden für Einführung und Einarbeitung benötigt?
Anwendbarkeit	Sind die Manualvorgaben flexibel genug, um die Anwendungsmodalitäten an die Gegebenheiten vor Ort anzupassen? Lässt sich die neue Intervention in kleinerem Umfang ausprobieren ohne etablierte Arbeitsprozesse radikal umstellen zu müssen? Sind Veränderungen in den Arbeitsprozessen wieder rückgängig zu machen, wenn der Implementationsversuch nicht den gewünschten Erfolg erzielt?
Aufwand	Wie hoch ist der Ressourcenverbrauch für die Routineanwendung der neuen Intervention (Zeit, Personal, geforderte Weiterqualifikationen, Räumlichkeiten, Geräte u. ä.)? Wird die Anwendung der neuen Intervention einen eher großen oder eher kleinen Teil der Routinearbeitszeit bestimmen?
Anwenderinnen	
Berufliche Eigenschaften	Welche beruflichen Eigenschaften der Fachpraktikerinnen werden die Implementation voraussichtlich erschweren oder erleichtern: Berufserfahrung, einrichtungsübergreifende Vernetzung in der Fachwelt, spezifische Qualifikationen, Expertise hinsichtlich der neuen Intervention, Unzufriedenheit über bisherige Behandlungsmöglichkeiten, Engagement und Vorgehensweise bei der Bewältigung beruflicher Aufgaben, Stellung im Team, aktueller Belastungsgrad (Unterforderung, Stress, Burnout), berufliche Wertvorstellungen, Interessen oder Prioritäten, die der Implementation entgegenstehen?

**Persönliche
Eigenschaften**

Welche persönlichen Eigenschaften der Fachpraktikerinnen werden die Implementation voraussichtlich erschweren oder erleichtern: intellektuelles Leistungsniveau, Motivation und die Bereitschaft, Fertigkeiten zu erwerben und Wissen mit anderen zu teilen, Innovationsfreude, Vertrauen in die eigene Kompetenz (Selbstwirksamkeit)?

Kontext

Klienten

Für welche und wie viele Klienten der Einrichtung ist die neue Intervention indiziert? Sehen die Klienten für sich Bedarf für diese Intervention? Passt die neue Intervention zu den Bedürfnissen und Wertvorstellungen von vielen Klienten der Einrichtung?

**Rahmenbedingun-
gen**

Ist die Implementation der neuen Intervention gesetzlich vorgeschrieben oder in Richtlinien von Kostenträgern gefordert? Wird sie in Leitlinien empfohlen? Wird die Durchführung der neuen Intervention gesondert vergütet? Besteht Konkurrenzdruck, weil andere Anbieter sie bereits eingeführt haben?

Einrichtung

Besteht in der Einrichtung ein hoher Bedarf an Veränderung? Welche Bereitschaft, Erfahrung und Expertise liegen in der Einrichtung vor, zum einen für Innovationen generell, zum anderen für die Einführung der ausgewählten neuen Intervention? Kann die Einrichtung die notwendigen Ressourcen für die Einführung der neuen Intervention und für deren Anwendung in der Routine aufbringen (siehe auch Intervention, Einführung und Aufwand)? Ist die Unterstützung von Vorgesetzten bzw. Entscheidungsträgern gesichert? Ist mit Widerständen bestimmter Gruppen oder formeller oder informeller Meinungsführer zu rechnen?