



Begleitevaluation des „Bildungs- und Entwicklungsprojekt Kinästhetik“

Carola Maurer¹ · Rouven Brenner¹ · Hildegund Wulfgramm² · Heidrun Gattinger¹

Eingegangen: 28. März 2023 / Angenommen: 1. Februar 2024 / Online publiziert: 7. März 2024
© The Author(s) 2024

Zusammenfassung

Kinästhetik hat sich mittlerweile v. a. im deutschsprachigen Raum etabliert. Die Samariterstiftung, ein großer Träger von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland, hat sich zum Ziel gesetzt, die Kinästhetikkompetenz aller Pflege- und Betreuungspersonen in ihren Einrichtungen zu fördern. Dazu startete sie 2019 das „Bildungs- und Entwicklungsprojekt Kinästhetik“. Der vorliegende Artikel zielt darauf ab, den Prozess des Projekts (Prozessevaluation) sowie die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz (summative Evaluation) zu beschreiben. Die Kinästhetikkompetenz der Mitarbeitenden wurde zu 2 Zeitpunkten (T1 und T2) mittels eines Fragebogens und anhand von Videodaten beurteilt. Für die Prozessevaluation erfolgten zu beiden Erhebungszeitpunkten Interviews mit Leitungspersonen, um die Fragebogenerhebung anhand strukturierter und offener Fragen zum Bildungsprojekt zu ergänzen. Bei der T2-Erhebung fanden Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeitenden in den Einrichtungen statt.

Die Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, dass die Umsetzung dieses Pilotprojekts erfolgreich war. Sowohl die Leitungspersonen als auch die Mitarbeitenden möchten, dass die Kinästhetikkompetenz weiterhin in ihrer Einrichtung gefördert wird. Sie sehen jedoch die nachhaltige Umsetzung als Herausforderung an und machen sich vielfältige Gedanken, wie sie die Thematik weiterverfolgen können. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass bei zukünftigen Durchführungen des Programms beispielsweise eine stärkere Einbindung der Betreuungsassistentinnen und -assistenten hilfreich wäre, ebenso ein frühzeitiges, praxisnahes „Vertrautmachen“ mit Kinästhetik (vor dem Grundkurs) oder das explizite Darlegen der einzelnen Kursziele.

Schlüsselwörter Bewegungsförderung · Praxisentwicklung · Prozessevaluation · Summative Evaluation · Langzeitpflege

Evaluation of the “Education and development project kinesthetics”

Abstract

Meanwhile, kinesthetics has become established, especially in German-speaking countries. The Samaritan Foundation, a large provider of inpatient long-term care facilities in Germany has set itself the objective of developing the kinesthetics competence of all nursing and care staff in its facilities. For this purpose, the provider launched the kinesthetics education and development project in 2019. This article aims to describe the process of the project (process evaluation) as well as the development of kinesthetics competence (summative evaluation). The staff’s kinesthetics competence was assessed at two points in time (T1 and T2) by means of a questionnaire and video data. For the process evaluation, interviews with management staff took place at both survey points in order to supplement the questionnaire survey with structured and open-ended questions about the educational project. During the T2 survey, focus group interviews with staff were carried out in the facilities.

✉ Carola Maurer
carola.maurer@ost.ch

¹ Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW-OST), OST – Ostschweizer Fachhochschule, Rosenbergstr. 59, 9001 St. Gallen, Schweiz

² Hauptverwaltung, Samariterstiftung, Schlossweg 1, 72622 Nürtingen, Deutschland

Overall, the results indicate that the implementation of this pilot project was successful. Both managers and staff would like to further enhance kinesthetics competence in their facility; however, they consider the sustainable implementation to be a challenge and they reflect in many ways about possibilities to pursue these issues. The results suggest that in the future it would be helpful, for example, to enhance the involvement of care assistants as well as to “familiarize” with kinesthetics at an early stage and in a practical way (before the basic course) or to explicitly explain individual course objectives.

Keywords Promotion of physical activity · Practice development · Process evaluation · Summative evaluation · Long-term care

Hintergrund

Bewegung wahrzunehmen, ist eine Kompetenz, die Pflegenden benötigen. Kinästhetik als Lehre der Bewegungsempfindung und als Wissenschaft der Bewegungswahrnehmung ist daher eng mit der Pflegetätigkeit verbunden. Kinästhetik dient dazu, menschliche Aktivitäten zu beschreiben und zu beobachten. Sie unterstützt Pflegepersonen dabei, motorische Funktionsabläufe zu verstehen (Hatch und Maietta 2003). Kinästhetik befähigt die Pflegenden, unterstützungsbedürftige Menschen in ihren Aktivitäten individuell und gemäß ihren Ressourcen zu unterstützen. Diese Fähigkeit wird auch als „Kinästhetikkompetenz“ bezeichnet. Sie besteht aus 4 Dimensionen: Wissen, Fertigkeiten, Haltung und Bereitschaft zur Weiterentwicklung von Bewegungsförderung und Bewegungswahrnehmung (Gattinger et al. 2016b). Dabei ist Kinästhetikkompetenz immer untrennbar mit der Situationswahrnehmung verbunden. Auf diese Weise können Pflegenden erreichen, dass die zu unterstützende Person die Möglichkeit hat, am Interaktionsprozess zu partizipieren und neue Bewegungsmöglichkeiten zu erlernen. Pflegepersonen können dies beispielsweise dadurch fördern, dass sie ihr Tempo anpassen oder die betroffene Person so unterstützen, dass sie verschiedene Bewegungsrichtungen erleben kann. In der Interaktion geschehen Wahrnehmung und Handlung in einem zirkulären und somit fortlaufenden Prozess (Hatch und Maietta 2003; Marty-Teuber und Knobel 2018).

Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz betrifft alle Ebenen einer Organisation (Ebene der Pflege- und Betreuungspersonen, Team- und Leitungsebene) (Maurer et al. 2021). Sie erfordert somit auch auf allen Ebenen die Bereitschaft zur (Weiter-)Entwicklung. Nur eine ganzheitliche Organisationsentwicklung fördert den Aufbau entsprechender Kompetenzen (Aarons et al. 2018; Harvey und Kitson 2016). Der Prozess der Entwicklung von Kinästhetikkompetenz besteht im Wesentlichen aus 3 zentralen Strategien: (1) Entwicklung einer lernförderlichen Organisationskultur- und -struktur, bestehend aus informellen und formellen Lernangeboten, (2) Gestaltung lernförderlicher Rahmenbedingungen, beispielsweise Bereitstellung interner und externer Expertise und anderer lernförderlicher Ressourcen (z. B. Hilfsmittel) und (3) Entwicklung einer gemeinsamen

Vision – mit dem Ziel, dass alle Pflege- und Betreuungspersonen mittels einer gut ausgeprägten Kinästhetikkompetenz die betroffenen Personen bewegungsfördernd unterstützen (Maurer et al. 2022).

Kinästhetik hat sich mittlerweile vor allem im deutschsprachigen Raum etabliert. Die Samariterstiftung – ein großer Träger von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (sLZPE) in Deutschland – ist sich der Relevanz und des Nutzens von Kinästhetik bewusst. Die Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, die Kinästhetikkompetenz aller Pflege- und Betreuungspersonen in ihren Einrichtungen zu fördern. Dazu startete die Samariterstiftung 2019 das „Bildungs- und Entwicklungsprojekt Kinästhetik“ (BuEKin). Die Förderung der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz von Mitarbeitenden aus den Bereichen Pflege und Betreuung fand in der Pilotphase in 6 sLZPE mittels formeller und informeller Angebote statt (s. Abschnitt „Intervention“).

Ziel des Beitrags

Der vorliegende Beitrag zielt darauf ab, sowohl die Wirkung des Programms auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz (summative Evaluation) als auch die Prozessevaluation der Pilotphase in den 6 Modelleinrichtungen darzulegen. Die Fragestellung in Bezug auf die summative Evaluation lautet: Welche Auswirkung hat das BuEKin auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz bei den Mitarbeitenden aus der Pflege und Betreuung? Die Prozessevaluation wurde von folgenden Fragestellungen geleitet: (1) Wurde das Bildungs- und Entwicklungsprojekt wie geplant durchgeführt? (2) Welche Anpassungen wurden vorgenommen, und weshalb? (3) Welche Barrieren bzw. Herausforderungen und welche fördernden Faktoren wurden wahrgenommen? (4) Welche Wirkungen schreiben die Teilnehmenden der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz zu?

Intervention

Das BuEKin umfasst die formale Schulung der Mitarbeitenden und Leitungspersonen des Pflegebereichs. In diesem Rahmen besuchten Leitungspersonen und Mitarbeiten-

de der Pflege und Betreuung in den Modelleinrichtungen Kinästhetikgrundkurse und -aufbaukurse. Geplant war, dass neue Mitarbeitende ebenfalls zeitnah die Kurse besuchen können. Zudem beinhaltete das Projekt, dass Mitarbeitende und/oder Leitungspersonen sich zu Peer-Tutorinnen/-Tutoren sowie zu Trainerinnen/Trainern ausbilden lassen können. „Kinaesthetics Deutschland“ führte das Kurs- und Ausbildungsangebot durch. Jeweils nach dem Grundkurs und dem Aufbaukurs nahmen die Mitarbeitenden an Praxisbegleitungen, die direkt an ihrem Arbeitsort stattfanden, teil. Die Leitungspersonen trafen sich institutionsübergreifend in regelmäßigen Abständen, um sich beispielsweise über die geplanten bzw. durchgeführten Maßnahmen und die erlebten Erfolge bzw. Herausforderungen auszutauschen.

Methodik

Die Prozessevaluation wurde auf der Basis des vom Medical Research Council vorgeschlagenen Modells der Prozessevaluation komplexer Interventionen durchgeführt (Moore et al. 2015). Die Erkenntnisse sind relevant, um das Programm für zukünftige Implementierungen zu optimieren und um Maßnahmen für eine nachhaltige Umsetzung abzuleiten (Lewallen 2015). Zudem tragen sie dazu bei, die Ergebnisse der summativen Evaluation zu interpretieren (Craig et al. 2013; Limbani et al. 2019). Die summative Evaluation konzentrierte sich auf die Ausprägung der Entwicklung von Kinästhetikkompetenz zu 2 Zeitpunkten.

Datenerhebung und Stichprobe

Das BuEKin fand in 6 sLZPE in Süddeutschland statt. Inkludiert waren Leitungspersonen und etwa 240 Mitarbeitende aus dem Bereich Pflege und Betreuung. Die Kinästhetikkompetenz der Mitarbeitenden wurde an 2 Messzeitpunkten erhoben. Die erste Messung (T1) fand statt, nachdem die Mitarbeitenden den Grundkurs und die anschließenden Praxisbegleitungen absolviert hatten. Die zweite Messung (T2) erfolgte nach Abschluss der Aufbaukurspraxisbegleitungen.

Die Mitarbeitenden selbst schätzten die Kinästhetikkompetenz anhand der „Kinaesthetics Competence Self-Evaluation (KCSE) Scale“ (Gattinger et al. 2017) ein. Die KCSE-Skala enthält 28 Items und gliedert sich in 4 Teilskalen (Haltung, Entwicklung, Wissen, Fertigkeiten). Die Teilskalen fließen gleichgewichtet in einen Gesamtwert ein, wobei eine höhere Punktzahl eine höhere selbsteingeschätzte Kinästhetikkompetenz (Gesamtwert von 4 bis 16) impliziert (Gattinger et al. 2017). Die Fragebogenerhebung (Vollerhebung) fand klassisch in Papierform statt.

Ergänzend zur Selbsteinschätzung erfolgte bei einer Gelegenheitsstichprobe eine Fremdbeurteilung mit dem Beobachtungsinstrument „Kinaesthetics Competence Obser-

vation“ (KCO; Gattinger et al. 2016a). Diese Beurteilung basierte auf Videosequenzen von Mobilisationssituationen, welche die Mitarbeitenden vorgängig aufzeichneten. Das KCO-Instrument besteht aus 12 Beobachtungskriterien, die sich auf die Teilbereiche „Interaktion“, „Bewegungsunterstützung der Person“, „Bewegung der Pflegeperson“ und „Umgebungsgestaltung“ beziehen. Die Teilskalen fließen gleichgewichtet in einen Gesamtwert ein, wobei eine höhere Punktzahl eine höhere beobachtete Kinästhetikkompetenz (Gesamtwert von 4 bis 16) impliziert (Gattinger et al. 2016a).

Der Fragebogen (T1 und T2) wurde für die Prozessevaluation durch 4 offene projektbezogene Fragen ergänzt, beispielsweise bezüglich erlebter Herausforderungen oder unterstützender Maßnahmen. Die Antworten dieser offenen Fragen wurden mit den Mitarbeitenden jeder Einrichtung im Rahmen von Fokusgruppeninterviews aufgegriffen und diskutiert (T2-Erhebung). Zudem fanden Interviews mit den Leitungspersonen der 6 Einrichtungen statt (T1 und T2). Die Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

Die Durchführung der Studie erfolgte gemäß den ethischen Richtlinien der Deklaration von Helsinki (1964). Die Studienteilnehmenden gaben ihre informierte Einwilligung. Die Bewohnenden und Pflegenden gaben vor den Videoaufzeichnungen ihre informierte schriftliche Einwilligung.

Analyse

Die Analysen der summativen Evaluation und der Prozessevaluation liefen parallel. Die Daten der Prozessevaluation (Interviews und offene Fragen der Fragebogenerhebung) wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) analysiert. Die Entwicklung des Kategoriensystems fand deduktiv (anhand der Interviewleitfäden) und induktiv statt. Die Aufbereitung der Daten und die Analyse erfolgten mithilfe der Software MAXQDA 2020 (VERBI Software, Berlin, Deutschland). Die entwickelten Kategorien und Subkategorien wurden im Forschungsteam diskutiert.

In die summative Evaluation flossen die Daten aus der Selbsteinschätzung (KCSE) und aus der Fremdeinschätzung (KCO) ein. Basierend auf den Items der KCSE-Skala und den Kriterien des KCO-Instruments wurden die Mittelwerte der Subskalen bestimmt (Werte von 1–4; 1–1,74 = schlecht, 1,75–2,49 = mittelmäßig, 2,5–3,24 = gut, 3,25–4 = sehr gut). Die Berechnung der Gesamtpunktzahl für die KCSE-Skala bzw. das KCO-Instrument erfolgte durch die Summierung der Mittelwerte aus den 4 Teilskalen (Werte von 4–16; 4–6,9 = schlecht, 7–9,9 = mittelmäßig, 10–12,9 = gut, 13–16 = sehr gut). Die summative Evaluation geschah deskriptiv. Die Erfassung der Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeiträumen erfolgte bei der Selbstein-

schätzung mittels parametrischer Tests (*t*-Test bei gepaarten und unabhängigen Stichproben) und bei der Fremdbeurteilung mittels nichtparametrischer Testung (Mann-Whitney-U-Test). Die Analyse der quantitativen Daten fand in SPSS, Version 27, 2021 (IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY) statt. Die Daten wurden vor der Auswertung mittels Häufigkeitstabellen auf Plausibilität geprüft (Lück und Landrock 2014, S. 407).

Ergebnisse

Teilnehmende

Insgesamt wurden 18 Interviews ($n=44$) durchgeführt. Alle Teilnehmenden hatten im Rahmen des Projekts den Kinästhetikgrundkurs und den -aufbaukurs besucht. Die 6 Fokusgruppen bestanden aus 2 bis 7 Mitarbeitenden. Vier von ihnen hatten einen Peer-Tutoren-Kurs absolviert und eine Person die Trainerstufe 1. Bei der T1-Befragung betrug die Rücklaufquote 47,2% ($n=111$), bei der T2-Befragung 60,4% ($n=146$). Von den 146 eingeschlossenen Pflege- und Betreuungspersonen der T2-Erhebung konnten 39,1% ($n=57$) der T1-Erhebung zugeordnet werden (gepaarte Stichprobe). Tabelle 1 zeigt die Charakteristika der Teilnehmenden (Stichproben der T1- und der T2-Erhebung sowie gepaarte Stichprobe).

Zur Fremdeinschätzung der Kinästhetikkompetenz wurden bei der T1-Erhebung 26 Videos von insgesamt 13 Personen und bei der T2-Erhebung 79 Videos von insgesamt 26 Personen analysiert. Die Anzahl der für die Analyse verwendbaren Videos war in Bezug auf die einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich. Allerdings erlaubt die Anzahl der Videos keine Rückschlüsse darauf, wie viele Situationen insgesamt aufgezeichnet wurden. Manchmal stand in einzelnen Videosequenzen eine Bewegungssituation zur Verfügung, die mitunter nur wenige Sekunden dauerte. Andere Sequenzen umfassten mehrere Minuten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluationen beschrieben. Dabei folgt die Ergebnisdarstellung der Logik der Prozessevaluation. Die Ergebnisse der summativen Evaluation sind im Rahmen des Unterkapitels „Output und Outcomes“ beschrieben. Die Prozessevaluation zielte darauf ab, das BuEKin hinsichtlich seiner Implementierung, der aufgetretenen Mechanismen, der kontextuellen Einflüsse sowie der erlebten Outcomes zu untersuchen (Moore et al. 2015). In Abb. 1 sind die Hauptkategorien und die wesentlichsten Aspekte der Prozessevaluation grafisch dargestellt.

Implementierung

Das BuEKin richtete sich an alle Mitarbeitenden und Auszubildenden in der Pflege und Betreuung der 6 teilnehmenden Einrichtungen. Die Durchführung des Projekts erfolgte weitgehend wie geplant. Fast alle Leitungspersonen und Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung besuchten die Kinästhetikgrundkurse und -aufbaukurse. Neue Mitarbeitende wurden zeitnah geschult. Vereinzelt haben Betreuungspersonen nur den Grundkurs besucht. Auch konnte nicht allen Auszubildenden bis zum Abschluss des Projekts die Teilnahme an den Kinästhetikkursen ermöglicht werden:

„Wir haben auch zwei Schüler nicht in den Grundkurs bekommen, weil die entweder Urlaub oder Schule hatten“ (I: 2b, Pos. 50)

Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten in allen Einrichtungen kleinere oder größere zeitliche Anpassungen erfolgen, insbesondere in Bezug auf die Kursangebote und die Praxisbegleitungen. Zudem wurden in den meisten Einrichtungen Peer-Tutorinnen/-Tutoren und teilweise sogar Trainerinnen/Trainern ausgebildet. Nur in einer Einrichtung fand bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung keine Ausbildung zur Peer-Tutorin/zum Peer-Tutor statt, da sich keine geeignete Person fand.

Jeweils nach dem Grundkurs bzw. Aufbaukurs erhielten die Mitarbeitenden in ihren Einrichtungen Praxisbegleitungen. Zwar traten aufgrund der Pandemie Verzögerungen auf, doch die Begleitungen konnten trotzdem überall stattfinden. Zudem förderten die Leitungspersonen die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auf vielfältige Weise, beispielsweise durch die Bereitstellung eines Lernbettes oder durch regelmäßige Übungs- und Austauschsequenzen. Das Ausmaß dieses informellen Lernangebots war in den Modelleinrichtungen jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt. Für die Leitungspersonen fanden Arbeitstreffen, in denen sie sich beispielsweise über Maßnahmen zur nachhaltigen Kompetenzentwicklung austauschten, statt.

Einflussmechanismen

Die Analyse der Daten ergab unterschiedliche förderliche und hemmende Einflussmechanismen, hervorgerufen durch die in das Projekt involvierten Personen. Im Großen und Ganzen nahmen die interviewten Personen das BuEKin positiv wahr. Die Leitungspersonen und die Pflegepersonen äußerten, dass sie sich im Vorfeld gut über das Projekt informiert fühlten. Im Gegensatz dazu berichteten die Betreuungspersonen eher ein Informationsdefizit. Das Projektmanagement erlebten die Leitungspersonen als konsequent und an die jeweils vorherrschende Situation angepasst – ob-

Tab. 1 Soziodemografische und berufliche Charakteristika der Mitarbeitenden (T1- und T2-Erhebung sowie gepaarte Stichprobe)

	T1 (n = 111)			T2 (n = 146)			Gepaarte Stichprobe (n = 57)					
	n	%	M (SD)	Range	n	%	M (SD)	Range	n	%	M (SD)	Range
Alter (Jahre)	109	-	44,7 (13,32)	18-66	136	-	42,7 (13,84)	20-68	50	-	47,8 (12,85)	20-68
Erfahrung LZP (in Jahre)	98	-	11,2 (9,9)	0-42	131	-	10,5 (9,65)	0-40	52	-	14,5 (10,86)	2-40
Erfahrung Institution	110	-	7,1 (6,8)	0-30	142	-	7,2 (6,44)	0-31	56	-	9,5 (6,50)	2-30
<i>Geschlecht</i>												
Weiblich	93	84,5	-	-	110	75	-	-	44	77	-	-
<i>Pflegeausbildung</i>												
Altenpfleger/in	31	27,9	-	-	46	32	-	-	19	33	-	-
Gesundheits-/	11	9,9	-	-	11	8	-	-	8	14	-	-
Krankenpfleger/in												
Pflegehilfen	8	7,2	-	-	6	4	-	-	2	4	-	-
Ungelernte Pflegehilfen	8	7,2	-	-	12	8	-	-	4	7	-	-
Alltagsbegleiter/in	20	18,0	-	-	25	17	-	-	11	18	-	-
Betreuungsassistent/in	14	12,6	-	-	12	8	-	-	5	9	-	-
Auszubildende/r	15	13,5	-	-	10	7	-	-	2	4	-	-
Freiwilliges soziales Jahr	2	1,8	-	-	2	1	-	-	0	0	-	-
Andere	1	0,9	-	-	3	2	-	-	2	4	-	-

M Mittelwert, SD Standardabweichung

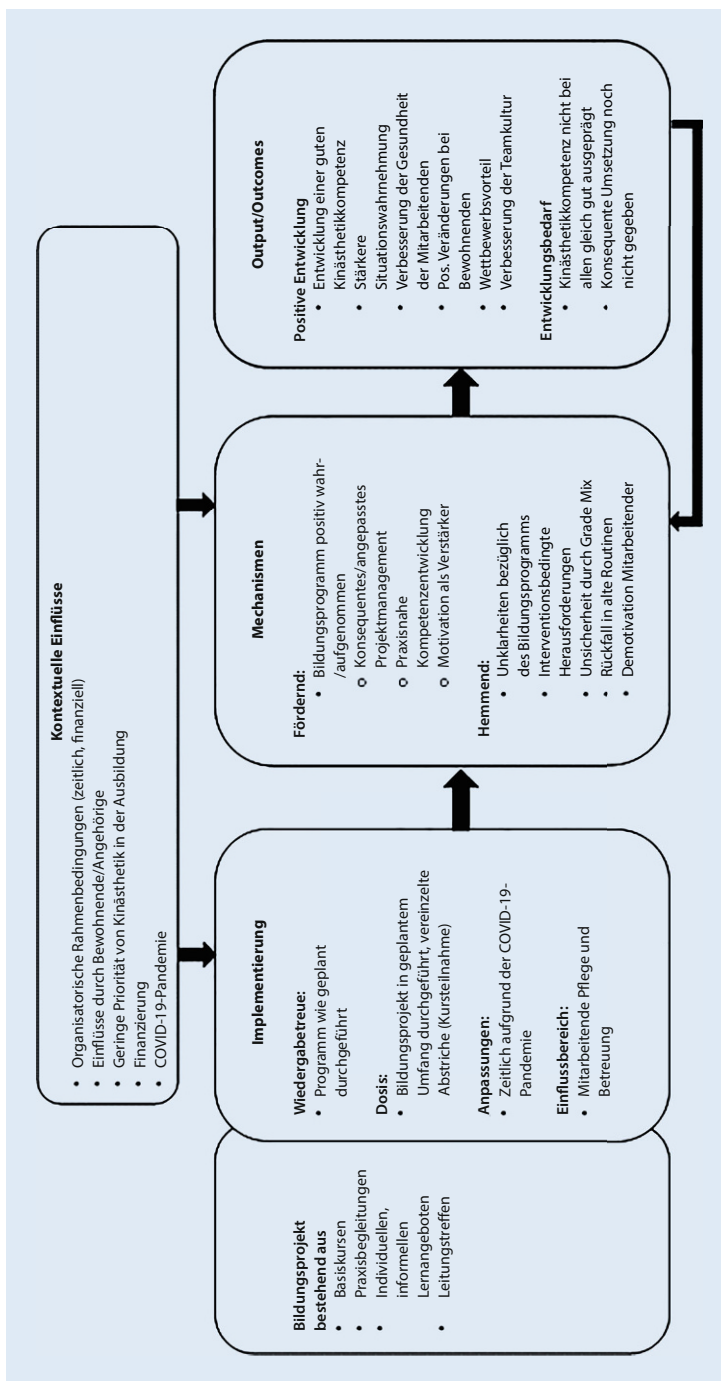


Abb. 1 Ergebnisse der Prozessevaluation

wohl die Situation v. a. aufgrund der Pandemie nicht immer einfach zu bewerkstelligen war:

„Und das war auch eine riesige Herausforderung für die Hauptverwaltung, wo ich dann auch sage: Hut ab, dass sie das so hingekriegt haben, das wieder so zu ändern, dass die Dozenten dann einzeln zu uns gekommen sind in die Häuser“ (I: 3a, Pos. 2)

Die Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung schätzten außerdem die praxisnahe Kompetenzentwicklung durch Pra-

xisbegleitungen und Inhouse-Schulungen. Die Mitarbeitenden lernten direkt im ihnen vertrauten Umfeld und konnten an konkreten Situationen Lösungen erarbeiten. Als zusätzlich fördernder Mechanismus zeigte sich die Eigen- und Fremdmotivation, die sich jeweils durch positive Erfahrungen im Praxisalltag verstärkte. Die Mitarbeitenden tauschten sich über ihre positiven Erfahrungen im Team aus und erlebten dies als motivierend:

„Also, meine zwei Kollegen haben mir mal gesagt: Uns ist noch gar nicht aufgefallen, dass sie das kann. Und ich habe gesagt: Nein, lass sie einfach machen. Die kann das selber. Und dann haben die beiden gesagt: Das wollen wir auch mal probieren“ (I: 1c, Pos. 786–787).

Zudem war es motivierend, dass die Leitungspersonen ebenfalls ihre Kinästhetikkompetenz förderten und die Kinästhetikkurse besuchten. Dies gab den Mitarbeitenden das Gefühl, dass die Leitungspersonen hinter diesem Projekt stehen und sich daran beteiligen.

Es bereitete den befragten Personen Probleme, wenn Unklarheiten bezüglich des Projekts auftraten. Dies beschrieben vorrangig die Leitungspersonen, beispielsweise in Bezug auf die Anschaffung von Hilfsmitteln. Gerade zu Beginn des Projekts konnten sie nicht abschätzen, was alles auf sie zukommt. Sie erlebten das Projekt als große Herausforderung, insbesondere die Planung der Kurse und Praxisanleitungen. Dennoch würden sie das Projekt auf jeden Fall wieder durchführen. Die beteiligten Personen nahmen die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz als zeitintensiven Prozess wahr. Die Mitarbeitenden kritisierten, dass im Alltag die Kontinuität fehlt, um Gelerntes zu festigen. Sie sahen die Gefahr, dass sie in alte Routinen zurückfallen und die Kompetenzentwicklung „im Sande verläuft“. Als weitere Herausforderung beschrieben die Mitarbeitenden das Verstehen und Aneignen der „Kinästhetiksprache“. Sie meinten,

„dass die kinästhetische Sprache schon sehr kompliziert ist. Auch wenn man es dann dokumentieren muss. (...) Also das finden wir alle so ein bisschen kompliziert“ (I: 3c, Pos. 76)

Als hinderlich beschrieben die Mitarbeitenden zudem, dass der Nutzen einer höher entwickelten Kinästhetikkompetenz nicht immer unmittelbar erlebbar ist und manche Kolleginnen/Kollegen die Vorteile von Kinästhetik nicht erkennen. Fehlende Motivation erlebten sie als Hemmnis:

„Das Kinästhetik-Projekt wurde ja initiiert, um die Situation für uns und die Bewohner zu verbessern (...) Deshalb macht es mich einfach traurig, wenn Mitarbeiter sich vom Kinästhetik-Projekt einzig genervt fühlen“ (I: 5c, Pos. 337–344)

Durch dieses Verhalten sahen die engagierten Mitarbeitenden die nachhaltige Entwicklung der Kinästhetikkompetenz gefährdet:

„Wir haben Kinästhetik hier im Haus und ein paar wenige, welche (...) weiterhin so arbeiten, wie sie es möchten, ruinieren dann das Ganze. Das ist schwierig“ (I: 5c, Pos. 119)

Ein weiterer hemmender Mechanismus zeigte sich aufgrund von Unsicherheiten bei den Betreuungspersonen. Zum einen war für sie zu Beginn des Projekts nicht nachvollziehbar, warum sie in ihrer Rolle Kinästhetikkompetenz benötigen. Sie haben Kinästhetik als Pflege Thema verstanden und fühlten sich selbst jedoch dem „Pflegeteam“ nicht zugehörig. In den Interviews zeigte sich, dass sie sehr stark beobachten, wie (unterschiedlich) die Pflegenden agieren. Aufgrund des Grade-Mix und den damit (inoffiziell) vorherrschenden Hierarchien trauten sie sich nicht, mit allen Pflegepersonen in einen konstruktiven Austausch zu gehen:

„Wir [Betreuungsassistentinnen/-assistenten] sind ein bisschen in der Zwickmühle. Wir sehen viel mehr, (...) wir sehen es bei den Fachkräften und den Pflegehelfern. Und dann muss man aufpassen, wie man es sagt, und ob man es sagt. Das ist ein bisschen schwierig. (...) Bei manchen kann man es machen, und manche lehnen es komplett ab“ (I: 1c, Pos. 408–424)

Kontextuelle Einflüsse

Neben den Mechanismen, welche die involvierten Personen auslösten, beeinflussten auch organisationale Rahmenbedingungen die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz. Die interviewten Mitarbeitenden berichteten, dass sie das in Kursen und Praxisanleitungen Gelernte gut im Alltag umsetzen und ausprobieren können, wenn sie keinen zeitlichen Druck verspüren. Sobald sie sich gestresst fühlten, fiel es ihnen schwer, das Gelernte anzuwenden. Dann fielen sie in alte Routinen zurück:

„Aber ja, wenn Zeitdruck da ist, vergisst man Kinästhetik ganz schnell“ (I: 1c, Pos. 496)

Das ressourcenfördernde und situationsangepasste Agieren, gefördert durch eine höher entwickelte Kinästhetikkompetenz, wurde auch durch die Bewohnenden selbst und durch die Angehörigen beeinflusst. Die Äußerungen und/oder das Verhalten der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen kann sich dabei sowohl positiv als auch negativ auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auswirken. Sind die Bewohnenden motiviert, am Geschehen zu partizipieren und sich über ihre Erfolge zu freuen, kann dies auch die Mitarbeitenden motivieren. Es wurde aber auch beschrieben, dass die Bewohnenden irritiert darüber waren, plötzlich zu mehr Aktivität aufgefordert zu werden. Auch die Angehörigen kritisierten teilweise das veränderte Agieren der Pflegepersonen:

„Und dann kommen die Angehörigen und sagen: Sie sehen ja, wie der sich verkleckert. Dem müssen sie doch das Essen eingeben. (...) Dazu müsste sich auch noch in der Gesellschaft ein Bewusstsein da-

für entwickeln. Dass man sich eigentlich ganz viel Mühe macht, und die Angehörigen kommen und denken: Dass sind aber faule Mitarbeitende“ (I: 1a, Pos. 168–171)

Leitungspersonen und auch Pflegende bemängelten außerdem, dass Kinästhetik in der Pflegeausbildung einen zu geringen Stellenwert einnimmt. Sie gaben an, dass es einfacher wäre, wenn sie schon während der Ausbildung damit beginnen würden, ihre Kinästhetikkompetenz zu entwickeln. Die geringe Priorität in der Ausbildung führt auch dazu, dass die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz den Institutionen überlassen bleibt. Diese müssen dann die zeitlichen und finanziellen Ressourcen dafür aufbringen.

Ein finanzieller Einfluss zeigte sich durch das derzeitige Finanzierungssystem. Durch das BuEKin wurden die Bewohnenden in ihrer Selbstständigkeit gefördert. Teilweise führte dies zu einer Einstufung in eine niedrigere Pflegekennziffer und daraus resultierend zu einer veränderten finanziellen Lage. Die Leitungspersonen sahen diesbezüglich Gesprächs- und Diskussionsbedarf:

„Wollen wir hohe Pflagetage und hohe Pflegekennziffern, damit wir mehr Personal vor Ort haben? Oder wollen wir mehr Kinästhetik, mehr selbstständige Bewohner? Und gehen auch das Risiko ein, dass sie wieder ausziehen und heimgehen können“ (I: 1a, Pos. 64)

Die COVID-19-Pandemie beeinflusste die Einrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß. Manche Leitungspersonen beschrieben, dass sie zwar zeitliche und örtliche Anpassungen bezüglich der Kurse und Praxisbegleitungen vornahmen. Ansonsten hatte das Projekt jedoch weiterhin große Bedeutung. Andere gaben an, dass in dieser Ausnahmesituation das BuEKin nicht mehr oberste Priorität hatte:

„Und wenn es nur das vom Liegen ins Sitzen ist, an die Bettkante. Einfach solche Dinge. Da fehlt jetzt gerade die Zeit. (...) Die Priorität hat es bei uns gerade nicht“ (I: 3b, Pos. 62–70)

Output und Outcomes

In den Interviews berichteten die Mitarbeitenden und die Leitungspersonen von positiven Veränderungen, die sie auf das BuEKin bzw. auf ihre Entwicklung der Kinästhetikkompetenz zurückführten. Die Interviewteilnehmenden beschrieben, dass sie Situationen differenzierter wahrnehmen und entsprechend angepasster in Situationen agieren. Das situationsbewusstere Agieren äußerte sich sogar in Situationen ohne Bewohnendenkontakt:

„Mir ist aufgefallen, dass, wenn ich mit dem Essen auf dem Wagen in die Zimmer gehe, dass ich schaue,

dass ich alles obendrauf stelle. Dass meine Kollegen in der Küche einfach nicht so schwer tragen müssen“ (I: 2c, Pos. 117)

Die Mitarbeitenden bemerkten zudem, dass die Umsetzung von Kinästhetik – auch langfristig betrachtet – nicht mehr Zeit in Anspruch nimmt als ihr bisheriges Agieren:

„Wenn ich sie [Bewohnerin] darin unterstütze, mit kleinen Schritten, kleinen Impulse ihr ermögliche, dass Gewicht über die Beine zu geben, sie den Boden erspürt und dann die Beine einsetzen kann, dann muss ich sie irgendwann nicht mehr zum Essen holen. Sondern sie kommt dann irgendwann alleine zum Essen. Ich sehe es eher so, dass man zuerst Zeit investieren muss, um später diese Zeit einzusparen“ (I: 5c, Pos. 159–160)

Diesen Zusammenhang nahmen die Befragten insbesondere dann wahr, wenn sich ihre Kinästhetikkompetenz in der Entwicklung schon etwas gefestigt hatte und die Umsetzung routinierter erfolgte.

Die Analyse der qualitativen Daten zeigte deutlich, dass alle in das Projekt involvierten Personen eine Verbesserung der Gesundheit bei den Mitarbeitenden wahrnahmen. Die Mitarbeitenden selbst beschrieben, dass sie in Interaktionssituationen achtsamer gegenüber sich selbst waren und dadurch stärker auf die eigene Bewegung achteten. Resultierend daraus beschrieben sie geringere muskuloskeletale Beschwerden und eine Erleichterung bei mobilisationsunterstützenden Maßnahmen:

„Man achtet schon extrem drauf, dass man einfach seinen eigenen Körper mehr schützt“ (I: 1c, Pos. 349–359)

Auch bei den Bewohnenden erlebten die Teilnehmenden positive Veränderungen. Sie setzten die Ressourcen der Bewohnenden in den Interaktionen vermehrt ein. Zahlreiche Beispiele aus den Interviews belegen, dass die Bewohnenden wieder mehr Selbstständigkeit erreichten:

„Oder bei einem anderen Bewohner: Der saß für drei, vier Monate nur im Rollstuhl. Dann haben wir ihn hingestellt, und er war gar nicht mehr zu bremsen und ist gleich losgelaufen“ (I: 1a, Pos. 269)

Die Leitungspersonen und die Mitarbeitenden beschrieben außerdem, dass sich das BuEKin positiv auf die Teamkultur und das Arbeitsklima auswirkte. Es fand ein stärkerer Austausch statt, und ein gemeinsames Lernen etablierte sich. Teilweise wurden sogar Hierarchien überwunden:

„Ich habe jetzt keine Hemmungen mehr, zu einem Kollegen zu gehen und ihm zu sagen: Versuch es doch mal so, vielleicht klappt es ja dann besser. Früher hätte

Tab. 2 Mittelwerte KCSE-Dimensionen T1 und T2, $n = 257$

Dimension der KCSE-Skala	T1-Erhebung ($n = 111$)			T2-Erhebung ($n = 146$)		
	n	M	SD	n	M	SD
Haltung	107	3,5	0,47	145	3,5	0,41
Entwicklung	106	3,1	0,46	136	3,2	0,50
Wissen	104	3,0	0,61	140	2,9	0,64
Fertigkeiten	106	2,9	0,57	140	2,8	0,58
Gesamtergebnis	93	12,6	1,62	128	12,5	1,77

M Mittelwert, SD Standardabweichung

Tab. 3 Mittelwerte KCSE-Dimensionen T1 und T2, $n = 57$ (gepaarte Stichprobe)

Dimension der KCSE-Skala	T1-Erhebung			T2-Erhebung		
	n	M	SD	n	M	SD
Haltung	55	3,5	0,51	55	3,6	0,42
Entwicklung	52	3,0	0,52	52	3,1	0,50
Wissen	54	2,9	0,61	54	3,1	0,58
Fertigkeiten	54	2,9	0,60	54	2,9	0,59
Gesamtergebnis	46	12,4	1,84	46	12,6	1,72

M Mittelwert, SD Standardabweichung

Tab. 4 t -Test für unabhängige Stichproben T1-/T2-Vergleich (T1: $n = 111$; T2: $n = 146$)

KCSE Dimensionen	t -Test-Statistik		
	Mittlere Diff.	t	p
Haltung T1/T2	-0,01697	$t = -0,302$	0,763
Entwicklung T1/T2	-0,07669	$t = -1,230$	0,220
Wissen T1/T2	0,06130	$t = 0,753$	0,452
Fertigkeiten T1/T2	0,06725	$t = 0,912$	0,363
Summenscore T1/T2	0,07792	$t = 0,334$	0,739

Mittlere Diff. Mittlere Differenz, Signifikanzniveau ($p < 0,05$)

Tab. 5 t -Test für abhängige Stichproben T1-/T2-Vergleich ($n = 57$)

KCSE Dimensionen	t -Test-Statistik		
	M	t	p
Haltung T1/T2	-0,08687	$t = -1,081$	0,284
Entwicklung T1/T2	-0,09679	$t = -1,253$	0,216
Wissen T1/T2	-0,14286	$t = -1,938$	0,058
Fertigkeiten T1/T2	0,03175	$t = 0,391$	0,697
Summenscore T1/T2	-0,20259	$t = -0,842$	0,404

M Mittelwert, Signifikanzniveau ($p < 0,05$)

Tab. 6 Mittelwerte der beobachteten Kinästhetikkompetenz (KCO) der T1-/T2-Erhebung

	T1 ($n = 13$)		T2 ($n = 26$)	
	M	SD	M	SD
Interaktion	1,9	0,59	2,6	0,64
Bewegungsunterstützung der Person	1,8	0,49	2,4	0,63
Bewegung der Pflegeperson	1,8	0,55	2,5	0,65
Umgebungsgestaltung	1,8	0,60	2,6	0,75
KCO Gesamtwert	7,3	1,8	10,1	2,0

M Mittelwert, SD Standardabweichung

ich das nicht gemacht. Ich finde schon, dass uns das Kinästhetik-Projekt auf dieser Ebene geholfen hat“ (I: 5c, Pos. 507–510)

Außerdem berichteten die Befragten, dass sie durch die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz eine Verbesserung der Arbeitsqualität erlebten. Leitungspersonen äußerten zudem, dass sie sich durch das BuEKin und die damit verbundenen Außenwirkungen einen Wettbewerbsvorteil in Bezug auf neue Mitarbeitende und die Bindung vorhandener Mitarbeitender erhoffen:

„Das ist auch quasi ein Magnet für neue Mitarbeiter. Wenn die hören: Oh, die arbeiten dort konsequent kinästhetisch!“ (I: 5b, Pos. 119)

Die Analyse der Daten deutet jedoch auch darauf hin, dass die Kinästhetikkompetenz nicht bei allen Mitarbeitenden gleich gut ausgeprägt ist. Teilweise stehen Mitarbeitende Kinästhetik skeptisch gegenüber und halten an ihrem bisherigen Agieren fest:

„Oder man merkt einfach auch, dass der Schüler oder der Kollege es am nächsten Tag einfach wieder so macht wie zuvor. Und man merkt, dass das Interesse nicht so da ist, wie es eigentlich sein sollte“ (I: 2c, Pos. 95)

Die Aussagen in den Interviews passen zu den Ergebnissen der summativen Evaluation. Diese weisen ebenfalls darauf hin, dass die Mitarbeitenden aller Modelleinrichtungen im Durchschnitt eine gute Kinästhetikkompetenz entwickelten. Die Ergebnisse der summativen Evaluation (Selbsteinschätzung und beobachtete Einschätzung) sind im Folgenden detailliert dargestellt.

Der Mittelwert der selbst eingeschätzten Kinästhetikkompetenz bei der T1-Befragung lag bei 12,6 (*SD* 1,62) und bei der T2-Erhebung bei 12,5 (*SD* 1,77). Bei beiden Erhebungen zeigte sich demnach eine gute Kinästhetikkompetenz (Tab. 2).

Die Kinästhetikkompetenz hat sich bei den Teilnehmenden der gepaarten Stichprobe in 3 der 4 Dimensionen des KCSE und im Summscore im Zeitraum zwischen der T1- und der T2-Erhebung gesteigert (Tab. 3).

Der *t*-Test für die unabhängige Stichprobe ($n=257$) (Tab. 4) und für die gepaarte Stichprobe ($n=57$) (Tab. 5) zeigte jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Die beobachtete Einschätzung der Kinästhetikkompetenz (KCO) basiert auf den von den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Videos. Es zeigte sich eine z.T. deutliche Verbesserung der Kinästhetikkompetenz in allen Teilbereichen und infolgedessen im KCO-Gesamtwert (Tab. 6).

Der Mann-Whitney-U-Test zeigte, dass die Mitarbeitenden bei der T1-Erhebung eine geringere Kinästhetikkompetenz aufwiesen als bei der T2-Erhebung (Mann-Whitney-U-Test: $U=297,500$, $p<0,001$ [asymptotische Sig.]). Die Effektstärke nach Cohen (*d*) liegt bei 1,552 und entspricht einem großen Effekt.

Diskussion

Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz hat der Träger als Bildungs- und Entwicklungsprojekt angelegt. Ziel war die schrittweise Durchführung des Programms in allen Pflegeeinrichtungen, die dem Träger angehören. Das Ziel der im vorliegenden Beitrag beschriebenen Evaluationen bestand darin, den Prozess des BuEKin-Projekts umfassend zu beleuchten und daraus resultierend Hinweise auf notwendige Adaptionen des Programms zu eruieren (Lewallen 2015; Moore et al. 2015). Ein weiteres Ziel bestand darin, die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz zu 2 Messzeitpunkten zu evaluieren. Inhaltlich fand das Projekt wie geplant statt. Das angestrebte Ziel, die Kinästhetikkompetenz bei den Leitungspersonen und den Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung zu verbessern, wurde weitgehend erreicht. Die Ergebnisse der summativen Evaluation zeigen v. a. bei der beobachteten Einschätzung eine Steigerung der Kinästhetikkompetenz.

Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand von 4 Aspekten diskutiert, die laut Maurer (2021) im Rahmen der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz in sLZPE eine wesentliche Rolle spielen: (1) entwicklungsorientierte Ausrichtung der Institution, (2) Entwicklung der Kinästhetikkompetenz unabhängig von der beruflichen Qualifikation, (3) Kompetenzentwicklung im beruflichen Alltag und (4) subjektive Theorien.

Damit es zu einer nachhaltigen Veränderung von Verhaltensweisen kommt, ist eine ganzheitliche, entwicklungsorientierte Ausrichtung der gesamten Institution erforderlich (Harvey und Kitson 2016; Aarons et al. 2018). Auch die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz setzt ganzheitliche Veränderungsprozesse auf allen Ebenen einer Institution voraus (Maurer et al. 2021). Der Träger hat dies im BuEKin berücksichtigt, indem er einerseits die Personen aus der mittleren und auch der oberen Leitungsebene in Kinästhetik geschult hat und andererseits einen regelmäßigen Austausch zwischen den Leitungspersonen forciert hat. Dieser Austausch konnte dazu genutzt werden, auf unvorhergesehene Ereignisse adäquat zu reagieren und gemeinsam lern- und entwicklungsfördernde Erfahrungen zu machen. Dies hat beispielsweise auch Haubrich (2009) im Rahmen der Entwicklung von Praxisinstitutionen und deren Evaluation (Cluster-Evaluation) beschrieben. Durch diesen Austausch und durch ein flexibles Agieren des Trägers war es möglich, auf kontextuelle Einflüsse adaptiv zu reagieren, beispielsweise auf die COVID-19-Pandemie. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass auf manche kontextuellen Einflussfaktoren nur bedingt reagiert werden konnte, insbesondere an Schnittstellen mit anderen Institutionen, die nicht aktiv in das Projekt eingebunden waren. Denn Ausbildungsstätten war es aufgrund ihrer eigenen Vorgaben bzw. Rahmenstrukturen nicht möglich, die Auszubildenden für Kinästhetikkurse freizustellen. Dadurch kam es zu ungeplanten Abweichungen im Projekt. An dieser Stelle gilt es darüber nachzudenken, ob die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz nicht generell Einzug in alle Pflegeausbildungen erhalten sollte – und zwar nicht nur mittels eines Grundkurses. Durch Kinästhetik lernen die Pflegenden, die jeweiligen Situationen gemeinsam zu verstehen und situationsangepasst zu performen, sich selbst zu hinterfragen und zu erforschen (Gattinger et al. 2016b). Die entwicklungsorientierte Ausrichtung bezieht sich auch auf die Integrierung und Aufklärung der Angehörigen. Sie sollten frühzeitig über Veränderungen im pflegerischen Agieren informiert werden, damit sie das (neue) pflegerische Vorgehen nachvollziehen können. Dadurch lassen sich Konflikte vermeiden und frühzeitig aus dem Weg räumen (Jacobs et al. 2015). Nur so können Angehörige verstehen, warum beispielsweise die Bewohnenden nun selbstständig essen und dabei möglicherweise ihre Kleidung Flecken bekommt.

Ein zweiter wesentlicher Aspekt bezieht sich auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz unabhängig von der jeweiligen beruflichen Qualifikation. Der Träger hat bei der Konzipierung des Projekts darauf geachtet, bei allen Personen, die in Bewegungssituationen mit den Bewohnenden interagieren, Kinästhetikkompetenz zu entwickeln. So waren neben den Pflegepersonen auch die Betreuungspersonen in das Projekt eingebunden. Die Ergebnisse der Prozessevaluation weisen allerdings darauf hin, dass sich die Be-

treuungspersonen zu Beginn des Projekts nicht ausreichend angesprochen fühlten. Die Infoveranstaltungen zielten aus ihrer Perspektive vorrangig auf die Pflegepersonen ab. Möglicherweise benötigt es für die unterschiedlichen Qualifikationsstufen bzw. Berufsgruppen individuell durchgeführte Informationsveranstaltungen, um der jeweiligen Zielgruppe gerecht zu werden. Auch Implementierungsmodelle, beispielsweise das „Consolidated Framework for Implementation Research“ (CFIR) (Damschroder et al. 2009) weisen darauf hin, dass die involvierten Personen (in diesem Fall die Betreuungspersonen), den Nutzen der Innovation für sich selbst erkennen müssen. Ebenso müssten sie verstehen, warum die Veränderung erforderlich ist (Hoben 2016). Nur so können die Betreuungspersonen auch die für Veränderungsprozesse notwendige Motivation aufbringen. Förderlich in diesem Prozess war mit Sicherheit, dass die meisten Pflegenden und die Leitungspersonen das Bildungsprogramm positiv aufgenommen haben und sich motiviert in den Prozess eingebracht haben (Damschroder et al. 2009; Hoben 2016; Maurer et al. 2019).

Als dritter Aspekt nimmt die Kompetenzentwicklung im beruflichen Alltag eine wichtige Rolle ein. Obwohl der Träger als übergeordnete Instanz das BuEKin entwickelt hat und die Umsetzung unterstützte, wurden die Rahmenbedingungen eher auf einer Mesoebene formuliert. Die Modelleinrichtungen waren gefordert, jeweils passend zu ihrer eigenen Kultur die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz im beruflichen Alltag zu unterstützen. Dieser Freiraum für die einzelnen Institutionen war notwendig, damit die Kompetenzentwicklung passgenau in Bezug auf die jeweilige Organisationskultur erfolgen konnte (Aarons et al. 2018). Senge (2017) betont die Notwendigkeit, in einem ersten Schritt lernhemmende Faktoren in einzelnen Teams ausfindig zu machen, um diese zu minimieren bzw. zu beseitigen und lernförderliche Strategien zu entwerfen. Hier sind die Leitungspersonen gefordert, unterschiedliche Lernangebote in den Einrichtungen anzuregen und zu ermöglichen. Dabei sollten sie sich darauf einstellen, dass die Kompetenzentwicklung ein kontinuierlicher Prozess ist (McCormack 2010) – mit dem Ziel, das gemeinsame Lernen zu fördern und Fehlentscheidungen aktiv als Lernmöglichkeit zu nutzen (Olbrich 2018; North et al. 2018). Die Ergebnisse zeigen, dass die Leitungspersonen in den Modelleinrichtungen dieser Aufgabe mit unterschiedlicher Intensität nachgekommen sind. Teilweise gaben sie die Pandemie als Grund dafür an, dass mitunter weniger lernförderliche Angebote zum Einsatz kamen. Möglicherweise hätte den Einrichtungen eine intensivere Unterstützung beim Etablieren und Durchführen informeller Angebote zur Entwicklung der Kinästhetikkompetenz im Alltag geholfen (Maurer et al. 2022). Eine Rolle bei der Forcierung von lernförderlichen Angeboten im Alltag spielte auch das individuelle Verständnis der Leitungspersonen (Hoben 2016). Es kam darauf an, ob

sie Kinästhetik als (weiteres) Pflegekonzept betrachten, das im Alltag Anwendung finden kann oder ob sie Kinästhetik als eine grundlegende pflegerische Kompetenz ansehen, die in allem Pflegehandeln zum Ausdruck kommen kann. Ihre subjektiven Theorien haben in diesem Zusammenhang ebenso eine Bedeutung wie die Theorien der Pflegenden und der Betreuungspersonen. Dies kam in den Ergebnissen darin zum Ausdruck, dass laut Aussage der Teilnehmenden nicht alle am gleichen Strang ziehen. Es waren nicht alle Pflegenden in gleicher Weise dazu motiviert, lernförderliche Erfahrungen zu machen. Hier könnten Führungspersonen ansetzen und die intrinsische bzw. extrinsische Motivation der Pflegenden fördern (Eckardt 2018). Eine nachhaltige Implementierung setzt voraus, dass Pflegenden motiviert sind, sich auf etwas Neues einzulassen (Hoben 2016; Aarons et al. 2018). Damit sich diese Motivation entwickeln kann, ist es notwendig, die Alltagsannahmen der Pflegenden aufzudecken und mithilfe entsprechender Strategien zu verändern (Schwarz-Govaers 2005). Dadurch kann die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz als das gemeinsame Ziel gefördert werden: Wenn „Menschen tatsächlich eine Vision teilen, fühlen sie sich einander verbunden, vereint durch ein gemeinsames Ziel“ (Senge 2017, S. 226).

Insgesamt zeigte sich, dass das Projekt BuEKin bei den beteiligten Personen überwiegend positiv aufgenommen wurde und sich die Kinästhetikkompetenz bei den Mitarbeitenden (weiter-)entwickelt hat. Die Ergebnisse deuten im Sinne von Gattinger und Hantikainen (2018) einmal mehr darauf hin, dass die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz ein hochkomplexes Unterfangen darstellt und eine hohe Bereitschaft zur Praxisentwicklung von den Institutionen verlangt (Maurer et al. 2022). Die im Ergebnisteil dargestellten Outcomes weisen jedoch darauf hin, dass es sich lohnt. Diese Outcomes decken sich auch mit Beschreibungen in anderer Studien (Freiberg et al. 2016; Fringer et al. 2014). Durch die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz ist es möglich, der Empfehlung des Expertenstandards zu § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ nachzukommen und die Eigenaktivitäten der pflegebedürftigen Personen maximal in allen Alltagshandlungen zu fördern (Wingenfeld et al. 2020).

Limitationen

Die Begleitevaluation startete mit der T1-Erhebung, da die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung erst nach dem Start des Projekts zugesichert wurde. Dadurch lag der Status der Kinästhetikkompetenz vor dem Projektstart nicht vor. Die Interviews mit den Leitungspersonen fanden zum Erhebungszeitpunkt T1 teilweise etwas verkürzt statt, da manche Leitungspersonen aufgrund der Pandemie weniger

Zeit für das Interview aufbringen konnten. Bei den Fokusgruppeninterviews war es in den einzelnen Einrichtungen nicht möglich, die angestrebte Teilnehmerzahl von 8 bis 10 Personen zu erreichen. Auch dies war laut Rückmeldung der Leitungspersonen der Pandemie geschuldet. Die Anzahlen der für die Analyse verwendbaren Videos waren in Bezug auf die einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich. Allerdings erlaubt die Anzahl der Videos keine Rückschlüsse darauf, wie viele Situationen insgesamt aufgenommen wurden. Manchmal stand in einzelnen Videosequenzen eine Bewegungssituation zur Verfügung, die mitunter nur wenige Sekunden dauerte. Andere Sequenzen gingen über mehrere Minuten.

Schlussfolgerung

Die meisten teilnehmenden Personen unterstützten die Durchführung des BuEKin und beschrieben die Teilnahme am Pilotprojekt als nutzbringend und wertvoll. Die Mitarbeitenden schätzten das Programm v. a. in Bezug auf die Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und hinsichtlich der Förderung körperlicher Bewegungsmöglichkeiten seitens der Bewohnenden. Ihnen war aber auch bewusst, dass die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz kein Selbstläufer ist und diese Kompetenz auch zukünftig bewusst gefördert werden muss. Nur durch aktives Fördern und zur Verfügung stellen von lernförderlichen Angeboten kann sich die Kinästhetikkompetenz nachhaltig entwickeln. Zur Überprüfung dieser Nachhaltigkeit ist eine wissenschaftliche Evaluation der Verstetigungsphase im Winter 2022/2023 vorgesehen. Derzeit wird das BuEKin in weiteren 8 Einrichtungen des Trägers implementiert und wissenschaftlich evaluiert.

Förderung Die AOK Baden-Württemberg und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege finanzierten die Begleitevaluation, mit welcher die Samariterstiftung das Institut für Angewandte Pflegewissenschaft der OST – Ostschweizer Fachhochschule beauftragte.

Funding Open access funding provided by University of Applied Sciences Eastern Switzerland

Interessenkonflikt C. Maurer, R. Brenner, H. Wulfgramm und H. Gattinger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften

erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Aarons, G. A., Moullin, J. C., & Ehrhart, M. G. (2018). The role of organizational processes in dissemination and implementation research. In R. C. Brownson, G. A. Colditz & E. K. Proctor (Hrsg.), *Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice* (S. 121–142). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International journal of nursing studies*, 50(5), 587–592. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
- Eckardt, T. (2018). Mitarbeiter zum Lernen motivieren – mit Blended Learning. *Pflegezeitschrift*, 71(12), 40–43. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0807-z>.
- Freiberg, A., Girbig, M., Euler, U., Scharfe, J., Nienhaus, A., Freitag, S., & Seidler, A. (2016). Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases—A scoping review. *Journal of occupational medicine and toxicology*, 11, 24. <https://doi.org/10.1186/s12995-016-0113-x>.
- Fringer, A., Huth, M., & Hantikainen, V. (2014). Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(4), 757–766. <https://doi.org/10.1111/scs.12108>.
- Gattinger, H., & Hantikainen, V. (2018). Komplexe Interventionen. Herausforderungen der Kinaesthetics-Forschung, Teil 1. *Lebensqualität*, (1), 7–9.
- Gattinger, H., Leino-Kilpi, H., Hantikainen, V., Köpke, S., Ott, S., & Senn, B. (2016a). Assessing nursing staff's competences in mobility support in nursing-home care: development and psychometric testing of the Kinaesthetics Competence (KC) observation instrument. *BMC nursing*, 15, 65. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0185-z>.
- Gattinger, H., Leino-Kilpi, H., Köpke, S., Marty-Teuber, S., Senn, B., & Hantikainen, V. (2016b). Nurses' competence in kinaesthetics. A concept development. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1126-x>.
- Gattinger, H., Senn, B., Hantikainen, V., Köpke, S., Ott, S., & Leino-Kilpi, H. (2017). Mobility care in nursing homes: development and psychometric evaluation of the kinaesthetics competence self-evaluation (KCSE) scale. *BMC nursing*, 16, 67. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0257-8>.
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>.
- Hatch, F., & Maietta, L. (2003). *Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten* (2. Aufl.). München, Jena: Urban & Fischer.

- Haubrich, K. (2009). Rekonstruktive Programmtheorie: Evaluation multizentrischer Entwicklungsprogramme. *Zeitschrift für Qualitative Forschung (ZQF)*, 10(1), 79–95.
- Hoben, M. (2016). Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen. In H.-W. Wahl, M. Hoben & M. Bär (Hrsg.), *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch* (1. Aufl. S. 150–166). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., & Schwinger, A. (Hrsg.). (2015). *Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Pflege-Report, 2015. Stuttgart: Schattauer.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Grundlagentexte Methoden, Bd. 4. Weinheim: Beltz. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1138552>
- Lewallen, L.P. (2015). Practical strategies for nursing education program evaluation. *Journal of professional nursing*, 31(2), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.09.002>.
- Limbani, F., Goudge, J., Joshi, R., Maar, M. A., Miranda, J.J., Oldenburg, B., et al. (2019). Process evaluation in the field: global learnings from seven implementation research hypertension projects in low-and middle-income countries. *BMC public health*, 19(1), 953. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7261-8>.
- Lück, D., & Landrock, U. (2014). Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der quantitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 397–409). Wiesbaden: Springer VS.
- Marty-Teuber, S., & Knobel, S. (2018). *Kybernetik und Kinästhetik*. Sieben: lebensqualität.
- Maurer, C. (2021). *Kompetent bewegen – voneinander und miteinander lernen: Entwicklung der Kinästhetikkompetenz in der stationären Langzeitpflege. Ein empirisch generiertes Modell auf Basis multiperspektivischer Erkenntnisse einer Multiple Case Study*. Wien: Universität Wien. Dissertation
- Maurer, C., Mayer, H., & Gättinger, H. (2019). Faktoren, die die Implementierung von Kinästhetik in die stationäre Langzeitpflege beeinflussen: eine Konkretisierung des Consolidated Framework for Implementation Research durch Expertenaussagen. *HBScience*, 10(3–4), 56–65. <https://doi.org/10.1007/s16024-019-00333-4>.
- Maurer, C., Gättinger, H., & Mayer, H. (2021). Die Problematik der Implementierung von Kinästhetik in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege – Eine Multiple Case-Study. *Pflege*, 34(1), 13–21. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000780>.
- Maurer, C., Mayer, H., & Gättinger, H. (2022). Kinästhetikkompetenz von Pflegepersonen nachhaltig entwickeln: ein Modell für die stationäre Langzeitpflege. *Pflege & Gesellschaft*. <https://doi.org/10.3262/P&G2202133>.
- McCormack, B. (2010). Clinical practice development. *Journal of Research in Nursing*, 15(2), 189–192. <https://doi.org/10.1177/1744987109357689>.
- Moore, G.F., Audrey, S., Barker, M., Bond, Lyndal, Bonell, C., Hardeman, W., et al. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>.
- North, K., Reinhardt, K., & Sieber-Suter, B. (2018). *Kompetenzmanagement in der Praxis*. Wiesbaden: Springer.
- Olbrich, C. (2018). *Pflegekompetenz* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Schwarz-Govaers, R. (2005). *Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell* (1. Aufl.). Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung, Bern: Huber.
- Senge, P.M. (2017). *Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation* (11. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel. <https://www.schaeffer-poeschel.de/shop>
- Wingenfeld, K., Becker, U., Beckmann, M., Berger, B., Eifert, B., Freiberger, E., et al. (2020). *Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“*. Konsultationsfassung, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Hochschule Osnabrück.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.