

Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung: Eine qualitative Studie zu förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementation eines Mobilitätsprogramms

Benjamin Marent*, Christina C. Wieczorek, Hermann Schmied, Annett Horn, Thomas Kleina,
Doris Schaeffer, Wolfgang Dür

*School of Applied Social Science, University of Brighton
b.marent@brighton.ac.uk

Published in: Prävention und Gesundheitsförderung (2014) 9, 4, 298–304.

DOI 10.1007/s11553-014-0463-0

Published online: 17. Juli 2014

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11553-014-0463-0>

Zusammenfassung

Hintergrund: Implementationsforschung rückt immer stärker in den Fokus der Gesundheitsförderungsforschung. Sie zielt darauf, innovative und wirksame Gesundheitsprogramme der Praxis zugänglich zu machen und deren effektive Umsetzung sicherzustellen. Für das Setting der stationären Altenbetreuung wurden bislang kaum Studien durchgeführt, die aufzeigen, welche Faktoren den Implementationsprozess von Gesundheitsförderungsprogrammen begünstigen oder behindern.

Methode: Durch eine qualitative Studie wurde der Implementationsprozess eines Programms zur Mobilitätsförderung für alte Menschen in drei Wiener Pensionisten-Wohnhäusern untersucht. Dabei wurden 12 teilstrukturierte Interviews mit Personen geführt, die bei der Implementation in einer leitenden oder operativen Verantwortung standen.

Ergebnisse: Die strategische Verankerung des Programms und die damit verbundene starke Wahrnehmung der Führungsrolle der leitenden Mitarbeiter/innen haben sich als förderliche Faktoren erwiesen. Des Weiteren war das Programm anschlussfähig an das Rollenverständnis und die Expertise der für die Umsetzung verantwortlichen Berufsgruppe und bot dieser Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung sowie Spielräume für Autonomie. Hinderlich war ein zeitgleicher organisationaler Umstrukturierungsprozess, im Zuge dessen die Implementation des Programms von allen befragten Personen als zusätzliche Belastung wahrgenommen wurde. Außerdem fehlten Strukturen für Austausch und Kooperationen.

Schlussfolgerung: Neben der strategischen Verankerung benötigt eine erfolgreiche Implementierung eines Mobilitätsprogramms ein operatives Management, das Koordinationsaufgaben wahrnimmt und notwendige Unterstützungsstrukturen (für Austausch und Kooperation) schafft.

Schlüsselwörter: Langzeitversorgung, Gesundheitsförderung, alte Menschen, Implementation, Pflegeheim

Health promotion in residential aged care: a qualitative study on facilitating and hindering factors for implementing a mobility program

Abstract

Background: Implementation research is an emerging topic in the field of health promotion research. It aims to translate innovative and efficacious health programs into practices and to ensure their effective implementation. In the setting of residential aged care, to date, there has been little research on factors which enable or hinder the implementation of health promotion programs.

Methods: By a qualitative study, the implementation of a physical activity program for the elderly in three Viennese residential care homes has been investigated. 12 semi-structured interviews with persons responsible for program implementation (executives and adopters) have been conducted.

Results: The strategic anchoring of the program and therewith the strong adoption of leadership roles by executive staff proved as facilitating factors. The program was compatible with the role identity and expertise of the occupational group responsible for implementation. Furthermore, it offered opportunities for professional development and autonomy. As hindering proved the ongoing redeployment process in course of which the program implementation was perceived as an additional burden. Moreover, structures for exchange and cooperation were missing.

Conclusion: Beside strategic commitment, successful implementation of a mobility program relies on an operative management that adopts coordinating tasks and creates supporting structures (for collaboration and exchange).

Keywords: Long-term care, health promotion, elderly, implementation, nursing home

Hintergrund

Die Fragestellung, wie Programme *implementiert* werden, rückt immer stärker in den Fokus von Public Health und Gesundheitsförderungsforschung [12, 17]. Diese Entwicklung geht aus der Erkenntnis hervor, dass evidenzbasierte Gesundheitsprogramme in der Praxis erst gar nicht aufgegriffen werden oder an der Umsetzung scheitern. Es wird daher gefordert, neben der Erforschung der Wirksamkeit (*efficacy*) von Gesundheitsprogrammen, der Implementationsforschung mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen [12, 17]. Die Implementationsforschung zielt darauf, innovative und wirksame Gesundheitsprogramme der *Praxis* zugänglich zu machen und deren effektive Umsetzung sicherzustellen.¹ Dadurch soll ein umfassender Nutzen für Public Health realisiert werden [12, 17].

Implementation wird durch die US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH) definiert als: „the use of strategies to adopt and integrate evidence-based health interventions and change practice patterns within specific settings“ [27]. Ausgehend von diesem Verständnis richtet die Implementationsforschung ihren Blick auf das komplexe Wechselverhältnis zwischen dem zu implementierenden Programm und dem Setting, dessen spezifischen organisationalen Strukturen und professionellen Handlungspraktiken. Dabei werden Faktoren, die die Umsetzung beeinflussen, rekonstruiert, und Modelle entwickelt, die eine erfolgreiche Implementation anleiten können [9, 11, 13, 18].

¹ Implementationsforschung ist eng verwoben mit *effectiveness research*. Letztere testet die Effektivität von Programmen in der Praxis (*real-world settings*), evaluiert dabei deren Ergebnisse (*outcomes*) und rekonstruiert nicht den Implementationsprozess [12].

Es liegen bereits einige Studien zu Implementationsprozessen im Gesundheitswesen vor [13, 24]. Das Setting der stationären Altenbetreuung² blieb bisher jedoch weitgehend unbeachtet [5], wird in Folge des demografischen Wandels jedoch zunehmende Relevanz gewinnen. In den kommenden Jahren ist in den Ländern der Europäischen Union mit einem enormen Anstieg der Zahl der älteren Bevölkerung und damit auch der Anzahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen zu rechnen [7]. Vor diesem Hintergrund wird der Gesundheitsförderung in diesem Setting ein immer wichtigerer Stellenwert beigemessen. Sie kann einen Beitrag dazu leisten, vorhandene Gesundheitspotentiale alter und hochaltriger Menschen zu stärken, deren fortschreitenden Abbau zu verlangsamen und damit ein weitgehend selbstbestimmtes Leben längerfristig zu ermöglichen [3, 14, 19, 21, 25].

In Österreich sind Gesundheitsförderungsprogramme für alte und hochaltrige Menschen noch kaum entwickelt und erprobt [15]. Zwischen November 2011 und Mai 2012 wurde daher auf Grundlage einer Bedarfserhebung [16] in drei Altenbetreuungseinrichtungen eines großen Wiener Trägers ein alltagsnahes Mobilitätsprogramm für Bewohner/innen eingeführt, wobei die Umsetzung des Programms durch Fördergelder, ein externes Projektmanagement und die Expertise von Ergotherapeutinnen unterstützt wurde. Mittels einer randomisierten Kontrollgruppenstudie konnte eine Verbesserung des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands sowie eine Verbesserung der Performanz von Alltagsproblemen bei der Interventionsgruppe nachgewiesen werden [8, 16]. Außerdem konnte eine hohe Akzeptanz des Programms bei den Bewohner/innen gezeigt werden [8, 16]. Ausgehend von diesen positiven Ergebnissen entschied der Wiener Träger das Mobilitätsprogramm auch nach Auslaufen der externen Unterstützungsstrukturen auf weitere Einrichtungen auszuweiten (*scaling up*). Hierfür wurde es unter dem Titel *Bewegung ins Leben!* so weiterentwickelt, dass es in den Routineablauf bereits bestehender Bewegungsgruppen integriert werden kann. Diese Bewegungsgruppen werden von Betreuungskräften durchgeführt, die über eine Diplom-Ausbildung zum/zur Seniorenanimateur/in verfügen. Diese wird in der Regel berufsbegleitend angeboten (Dauer: sieben Monate) und vermittelt Kenntnisse zur fachlich kompetenten Mobilisation und Animation älterer Menschen. Das Programm *Bewegung ins Leben!* [26] wurde von Expertinnen mit ergo- und physiotherapeutischen Hintergrund der Medizinischen Universität Wien entwickelt, mit dem Ziel die Mobilität und Autonomie von Bewohner/innen (auch jener mit funktionalen und leicht kognitiven Beeinträchtigungen) zu fördern. *Bewegung ins Leben!* leitet die Betreuungskräfte an, bei der Gestaltung der Bewegungsgruppen folgende Prinzipien verstärkt zu berücksichtigen [26]:

1. *Wiederholung*: Lerneffekte bei den Bewohner/innen sollen durch Wiederholung von Übungssequenzen verstärkt werden.
2. *Individualisierung und Steigerung*: Übungen sollen auf die unterschiedlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohner/innen individuell abgestimmt sein und nach Möglichkeit gesteigert werden.
3. *Dual Task*: Übungen sollen von den Bewohner/innen erfordern, mehrere Tätigkeiten gleichzeitig und unter unterschiedlichen Bedingungen durchzuführen.
4. *Training von Alltagsfunktionen*: Übungen sollen einen Bezug zu (schwierigen) Situationen im Alltag herstellen und aufzeigen, wie diese bewältigt werden können.
5. *Empowerment und Selbsteffizienz*: Bewohner/innen sollen motiviert werden, Übungen selbständig, außerhalb der Bewegungsgruppe durchzuführen.

Um die Betreuungskräfte mit den Prinzipien vertraut zu machen, wurden sie vor der Umsetzung durch Expertinnen der Medizinischen Universität Wien im Rahmen einer halbtägigen Fortbildung in das Programm eingeführt.

² In diesem Beitrag wird der Begriff „Altenbetreuung“ für die Bezeichnung eines spezifischen Bereichs innerhalb der stationären Langzeitversorgung [14], zu der unterschiedliche Versorgungsbereiche gehören, verwendet.

Zielsetzung

In der vorliegenden Studie wird untersucht, wie ein Mobilitätsprogramm das als zeitlich befristetes Projekt mit zusätzlichen Unterstützungsstrukturen (externe Fördergelder und Expertise sowie ein externes Projektmanagement) erfolgreich war, in bestehende Arbeitsabläufe von Altenbetreuungseinrichtungen implementiert wird. Der Fokus richtet sich dabei auf die Einstellungen und Erfahrungen, die Führungskräfte sowie die für die Umsetzung verantwortlichen Mitarbeiter/innen mit dem Programm gemacht haben. Die Studie soll dabei einen explorativen Einblick generieren, welche Faktoren sich in der stationären Altenbetreuung förderlich oder hinderlich auf die Implementation von Mobilitätsprogrammen für Bewohner/innen auswirken können.

Methodisches Vorgehen

Die Implementation des Programms *Bewegung ins Leben!* erfolgte als Pilotprojekt in drei Einrichtungen des Wiener Trägers und wurde durch eine qualitative Studie begleitet. Diese Einrichtungen verfügen durchschnittlich über 215 Plätze für betreutes Wohnen und 47 Plätze auf Pflegestationen. Je Einrichtung werden wöchentlich zwei bis drei Bewegungsgruppen angeboten, an welchen durchschnittlich 10-15 Bewohner/innen (Alter: 75-100 Jahre; die meisten weiblich) teilnehmen. Wichtig ist hier noch festzuhalten, dass auch der Wiener Träger mit den demographischen Veränderungen seiner Klientel konfrontiert ist und sich daher in einem umfassenden organisationalen Umstrukturierungsprozess befindet. Aufgrund neuer Finanzierungsgrundlagen und veränderter Klientenbedürfnisse, sind in etlichen Organisationsbereichen neue Ablauforganisationen, Computer-, Personal- und Ausbildungsprogramme etc. erforderlich.

Um den Implementationsprozess bei der Einführung von *Bewegung ins Leben!* zu rekonstruieren, wurden zwischen August und Oktober 2013 zwölf teilstrukturierte Interviews mit allen Personen geführt, die bei der Implementation des Programms in einer leitenden oder operativen Verantwortung standen (2 Personen der Organisationsleitung des Trägers, 3 Direktor/innen, 3 Teamleitungen und 4 Betreuungskräfte). Der Leitfaden wurde vor dem Hintergrund bestehender Modelle zur Programmimplementation in Organisationen entwickelt [9, 11] und sollte die Interviewpartner/innen anregen, (a) den Implementationsvorgang zu beschreiben, (b) darzustellen, wie das Programm mit organisationalen Abläufen und Praktiken kompatibel ist und (c) welche Erfahrungen mit der Umsetzung gemacht wurden.

Die Interviews dauerten im Schnitt 50 Minuten, wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung der Daten wurde durch die Analysesoftware Atlas.ti unterstützt und erfolgte in Anlehnung an die Themenanalyse nach Ritchie und Lewis [22]. Dabei wurden die Textpassagen jenen Themenbereichen zugeordnet, die der Interviewleitfaden umfasste. Im Anschluss wurden innerhalb der Themenbereiche relevante Kategorien und deren Charakteristika herausgearbeitet. Abschließend erfolgte die Strukturierung der Kategorien entlang ihrer Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfrage, hinsichtlich förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Implementation des Mobilitätsprogramms. Eine Genehmigung durch die Ethikkommission wurde vor Studienbeginn bei der Ethikkommission der Stadt Wien eingeholt [EK 13-188-VK_NZ].

Ergebnisse

Es wurde rekonstruiert, wie (1) die Implementation durch den Träger als auch in den einzelnen Einrichtungen forciert wird, (2) welche Einstellungen die Betreuungskräfte, die maßgeblich für die Umsetzung verantwortlich sind, gegenüber dem Programm haben und (3) wie diese die Umsetzung in den Bewegungsgruppen erleben.

(1) Implementation des Programms

Ein Thema, das alle befragten Personen beschäftigt, ist der noch *unabgeschlossene Umstrukturierungsprozess* (s.o.), in dem sich der Träger befindet. Aufgrund dieses Umstrukturierungsprozesses gibt es in vielen Organisationsbereichen noch keinen Routinebetrieb und die Implementation von *Bewegung ins Leben!* wird daher als große Herausforderung bzw. gar als Belastung wahrgenommen: „(...) *es ist der schlechteste Zeitpunkt, so ein Projekt einzuführen (...) weil viele Abläufe verändert wurden*“ (Direktion³). Die Mitarbeiter/innen in den einzelnen Einrichtungen sind derzeit noch damit beschäftigt, sich mit den veränderten organisationalen Abläufen vertraut zu machen und erleben diesbezüglich viele Unsicherheiten. Dies wird ohnehin als erhöhte Belastung empfunden zu der jetzt auch noch ein neues Bewegungsprogramm umgesetzt werden muss. Dass die Implementation des Projekts zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Herausforderung darstellt, wird nicht nur von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den einzelnen Einrichtungen (von der Direktion, Teamleitung und Betreuungskräften), sondern auch von der Organisationsleitung des Trägers wahrgenommen: „...und dazu [dem Umstrukturierungsprozess] *jetzt noch diese Gesundheitsförderung. Es ist viel und wir muten den Leuten viel zu*“ (Organisationsleitung). Dass vor diesem Hintergrund trotzdem die Entscheidung getroffen wurde, das Programm umzusetzen, wird von der Organisationsleitung damit erklärt, dass die Ziele des Programms (die Autonomie und Mobilität der Bewohner/innen zu fördern) unmittelbar zu den Bestrebungen des Unternehmens passen, den veränderten Klientenbedürfnissen gerecht zu werden. Um die Implementation des Programms sicherzustellen, wurde es in einer Leitlinie *strategisch verankert*. Dazu äußert sich die Organisationsleitung: „Also *Gesundheitsförderung muss schon strategisch verankert sein, muss gewollt sein, braucht unbedingt eine (...) Entscheidung der Geschäftsführung, dass wir das machen*.“ Aus Sicht der Organisationsleitung soll so das Programm Sichtbarkeit und Priorität erlangen. Dies soll es erleichtern, Mitarbeiter/innen von den Zielen des Programms zu überzeugen und zur Umsetzung zu motivieren. In den einzelnen Einrichtungen übernehmen die Direktorinnen und Direktoren und Teamleitungen diese Aufgaben:

Man sollte sie [die Mitarbeiter/innen] aber auch dazu, also Motivationshilfe leisten, dass sie es halt auch akzeptieren und sagen, ja, ich mache das jetzt; ich habe keine Angst davor, einen Fehler zu machen (...) was Neues zu tun. (Direktion)

Wie aus dem Zitat hervorgeht wird die Führungsaufgabe darin gesehen, Mitarbeiter/innen zu motivieren, ihnen Sicherheit zu geben und Freiräume für eigene Initiativen bereitzustellen und damit die kreativen Potentiale der Mitarbeiter/innen nutzbar zu machen. Neben der (symbolischen) Unterstützung durch die Führungskräfte und der strategischen Verankerung in der Leitlinie wird das Programm kaum durch konkrete, operative Maßnahmen komplementiert. So legen die befragten Personen dar, dass das Programm in den Teamsitzungen (die wöchentlich zwischen Teamleitung und Betreuungskräften stattfinden) selten thematisiert wird und zur Umsetzung keine zusätzlichen Ressourcen (z.B. Zeit oder Unterstützungspersonal) bereitgestellt werden. Aus Sicht der Betreuungskräfte sollte v.a. der gegenseitige *Austausch innerhalb der Betreuungskräfte* ermöglicht werden: „Das ist generell in unserem Beruf extrem wichtig, der Austausch, weil wir

³ Die befragten Personen sind hauptsächlich weiblich. Um die Anonymisierung vollständig zu gewährleisten, wird bei der Darstellung der Ergebnisse eine geschlechtsneutrale Schreibweise verwendet.

einfach unterschiedlich arbeiten und dadurch auch unterschiedliche Ideen haben und Ansätze haben. Damit es reichhaltig bleibt“ (Betreuungskraft). Neben dem Austausch innerhalb der Betreuungskräfte, wird auch die *Kooperation mit der Ergotherapie* als wichtig erachtet:

Aber ich kann nicht, für Leute bei der Sprossenwand Übungen machen alleine. Deswegen wäre es gut, wenn man das Projekt ein bisschen anders gemacht hätte, dass man Mittel frei nimmt (...) [für] eine Ergotherapeutin, die Zeit dafür hat, (...) und dass wir die Stunde zu zweit machen können. (Betreuungskraft)

In dem Zitat wird deutlich, dass sich die Betreuungskräfte besonders bei der Umsetzung von anspruchsvollen Übungen eine Unterstützung durch die Ergotherapie wünschen, da diese aufgrund ihres therapeutischen Wissens einen wesentlichen Beitrag zur qualitativ hochwertigen Umsetzung der Bewegungsgruppen leisten könnte. Die Kooperation zwischen Betreuungskräften und der Ergotherapie wurde bislang kaum entwickelt und erweist sich als schwierig. Auf Ebene der formalen Organisation musste die Ergotherapie (aufgrund finanzieller Einsparungen) die Gestaltung der Bewegungsgruppen an die Betreuungskräfte abgeben: *„Das wurde ihnen also jetzt weggenommen, wenn ich das so sagen darf“* (Teamleitung). Diese Formulierung deutet ein gespanntes Verhältnis zwischen der Ergotherapie und den Betreuungskräften an. Durch die formale Beschränkung des Aufgabenbereichs der Ergotherapie auf individuelle Therapieleistungen und die Übertragung der Umsetzung von Gruppenangeboten an die Betreuungskräfte, ist zwischen Betreuungskräften und Ergotherapie ein Konkurrenzverhältnis entstanden. Aus Sicht vieler Betreuungskräfte und der Teamleitung müssten auf formaler Ebene einige Schritte unternommen werden, damit die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten dazu bereit sind, die Umsetzung des Programms in den Bewegungsgruppen zu unterstützen.

(2) Einstellungen der Betreuungskräfte gegenüber dem Programm

Den Aussagen der Betreuungskräfte lässt sich entnehmen, dass das Programm gut an deren *Rollenverständnis und Expertise* anschlussfähig ist. So fühlen sich die befragten Personen für die Umsetzung des Programms verantwortlich, teilen die Ziele (hochwertige Bewegungsgruppen anzubieten) und geben an, über die zur Umsetzung notwendige Erfahrung und Kompetenz zu verfügen: *„(...) für mich war es keine Schwierigkeit. Ich komme von diesem Bereich Bewegung her nämlich“* (Betreuungskraft). Außerdem sehen einige Betreuungskräfte in der Umsetzung des Programms eine Möglichkeit, sich *beruflich weiterzuentwickeln*. Dazu gehören Aspekte wie: neue Übungen kennenlernen, mehr Sicherheit bei der Gestaltung der Bewegungsgruppen zu erlangen oder einen konzeptuellen Rahmen zu erhalten, anhand dessen die Bewegungsgruppen reflektiert werden können. Einige Betreuungskräfte geben außerdem an, dass durch das Programm ihre eigene berufliche Tätigkeit aufgewertet wird oder sich Karrierechancen ergeben können: *„(...) aus karrieretechnischen Gründen schaut es nicht schlecht aus, wenn man überall ein bisschen so seine Nase hineinsteckt und man weiß ja nie, was für eine Tür aufgehen kann“* (Betreuungskraft). Außerdem heben die Betreuungskräfte hervor, dass das Programm gut integrierbar ist in bestehende Arbeitspraktiken:

Ich schaue immer, von Mal zu Mal, wie ist die Situation, was können wir heute machen? (...) weil ich so starre Planungen einfach nicht aushalte. Schön zu überlegen, wann ist was sinnvoll, aber zu strenges Korsett geht nicht, weil dann werden die Übungen lustlos. (Betreuungskraft)

Dadurch, dass das Programm Prinzipien, aber keine konkreten Übungen vorgibt, gewährt es den Betreuungskräften *Spielraum für Autonomie*. Dieser Spielraum ermöglicht es ihnen, situationsspezifisch auf die eigenen wie auf die Bedürfnisse der Bewohner/innen einzugehen, was sehr begrüßt wird.

(3) *Spannungsverhältnisse bei der Umsetzung des Programms*

Die Aussagen der Betreuungskräfte lassen große Unterschiede darin vermuten, wieviel Engagement und Kreativität bei der Umsetzung eines Prinzips verwendet wird. Zudem zeigt sich, dass Betreuungskräfte, die ein Prinzip sehr intensiv und anhand großen Einfallsreichtums umsetzen, das Gefühl haben können, das jeweilige Prinzip etwas abzuwandeln und nicht ganz rigide umzusetzen – sie erfahren ein *Spannungsfeld zwischen Konformität und Abweichung*.

Teilweise habe ich aber Turnmaterial entfremdet für Alltagsgegenstände, um die Supermarktübung zum Beispiel. Also es ist nett, wenn man da Packeln nimmt und Keksdosen, ich finde es nicht wirklich notwendig. Wir haben die Tennisringe genommen, wir haben die Sprossenwand als Supermarktregal genommen. (Betreuungskraft)

Wie aus diesem Zitat hervorgeht, führt die Person zur Umsetzung des Prinzips ‚Training von Alltagsfunktionen‘ eine aufwendige Übung aus. Trotzdem hat sie das Gefühl vom Programm abzuweichen, da keine Alltagsgegenstände in der Übung eingebaut wurden. Die Verwendung von Alltagsgegenständen wurde in der Fortbildung zu *Bewegung ins Leben!* empfohlen, doch keineswegs für alle Übungen vorgeschrieben. Demgegenüber kann aus manchen Aussagen der Betreuungskräfte auch abgeleitet werden, dass sie Prinzipien bisweilen nur oberflächlich umsetzen und sie trotzdem das Gefühl haben, dem Programm zu entsprechen. Wenn es bei der Umsetzung zu Schwierigkeiten kommt, dann wird das mitunter auf das Programm bzw. das jeweilige Prinzip, nicht aber auf die eigene Umsetzungspraxis zurückgeführt:

(...) was am Anfang eher so lustig war, wenn ich dann immer gefragt habe, also wo man das jetzt im Alltag braucht und so. (...) Und ich habe dann irgendwann das Gefühl gehabt, eigentlich rede ich die ganze Zeit und ich glaube, das nervt sie [die Bewohner/innen] jetzt. (...) Und dann habe ich halt leider wirklich aufgehört, muss ich sagen. (Betreuungskraft)

Dem Zitat kann man entnehmen, dass über eine gewisse Zeitspanne bei jeder Übung erklärt wurde, wozu man sie im Alltag brauchen kann. Nachdem das mit der Zeit zu Frustration führt, wird das Prinzip ‚Training von Alltagsbezug‘ nicht mehr weiterverfolgt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der angesprochen wird, ist, dass sich innerhalb der Bewegungsgruppen viel parallel abspielt und es zu unruhigen Situationen kommt. Einige Betreuungskräfte berichten, dass es durch das Prinzip ‚Individualisierung und Steigerung‘ zu Wartezeiten kommen kann. Entweder für einzelne Bewohner/innen, die bei einer gewissen Steigerung nicht mehr mitmachen können, oder für die Gruppe, wenn eine Übung individuell für eine/n Bewohner/in gemacht wird. Die Betreuungskräfte sehen sich daher einem *Spannungsverhältnis zwischen der Orientierung an der Gruppe oder an dem Individuum* ausgesetzt. Einige äußern, dass sie in solchen Situationen Unterstützung durch die Ergotherapie bekommen sollten (s.o.), andere berichten, dass die Bewegungsgruppen dadurch „*lebendig*“ werden und sie selbst als auch die Bewohner/innen mit unruhigen Situationen zurechtkommen:

Womit sie erstaunlich gut zurechtgekommen sind, ist dieser, der Unterschied, den ich in den Schwierigkeitsstufen mache (...) Ja, also jetzt spiele ich mich auch, wie weit schaffen sie es? (...) Und wenn einmal jemand zwei Minuten Pause hat, stört das auch nicht. (Betreuungskraft)

Ein weiteres *Spannungsverhältnis*, das sich in den Aussagen der Betreuungskräfte finden lässt, ist jenes zwischen *Risikovermeidung und der Orientierung an Entwicklungspotentialen* der Bewohner/innen. Durch die Prinzipien ‚Individualisierung und Steigerung‘ als auch ‚Dual Task‘ werden die Bewohner/innen, aus Sicht einiger Betreuungskräfte, stark gefördert. ‚Dual Tasks‘ werden u.a. auch im Freien, bei unterschiedlichen Bodenbeschaffenheiten durchgeführt, wo die Bewohner/innen auf sehr unterschiedliche Reize reagieren und unterschiedliche Tätigkeiten simultan ausführen müssen. Während einige Betreuungskräfte hervorheben, dass diese Übungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr gut ankommen und deren Potentiale fördern, sind andere in

deren Umsetzung eher zurückhaltend: „*Wo ich mir schwer tue, ist, zwei Tätigkeiten gleichzeitig ausführen. Um das Sturzrisiko zu reduzieren, ja?*“ (Betreuungskraft). Ohne zusätzliche Unterstützung scheint diesen Betreuungskräften das Sturzrisiko bei ‚Dual Tasks‘ zu hoch und diese Übungen werden daher kaum umgesetzt.

Diskussion

Vor dem Hintergrund des noch unabgeschlossenen organisationalen Umstrukturierungsprozesses, stellte die Einführung eines neuen Mobilitätsprogramms für die Organisation und ihre Mitglieder zunächst eine große Herausforderung dar. Um die damit einhergehende Unwahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Implementation zu kompensieren, setzte die Organisationsleitung auf *strategische Führung*. Führung (*leadership*) bedeutet, organisationssoziologischen Überlegungen folgend, „die Kommunikation des Ja unter der Bedingung, daß im System nichts unwahrscheinlicher ist als das Ja“ [2, S. 281]. Führung wurde im vorliegenden Fall dadurch sichtbar, dass das Programm strategisch bedeutsam gesetzt wurde (Leitlinie), Mitarbeiter/innen zur Umsetzung motiviert wurden und ein Klima des Vertrauens bzw. Freiräume für eigene Initiativen geschaffen wurden. Diese Führungsaufgaben wurden nicht nur von der Organisationsleitung des Trägers, sondern auch von den Direktorinnen und Direktoren und Teamleitungen in den einzelnen Einrichtungen wahrgenommen.

Zu unterscheiden von Führung ist das *operative Management* einer Organisation: die Koordination der Implementation und die damit einhergehenden Vorgänge der Auseinandersetzung, Verhandlung, Moderation und Beratung [2, 9]. Solche begleitenden Maßnahmen wurden bei der Implementation des Programms nur am Rande verfolgt, was mit dem Umstrukturierungsprozess zu tun haben könnte, durch welchen die leitenden Mitarbeiter/innen bereits mit vielen neuen Aufgaben konfrontiert waren. Hinderlich für die Implementation des Mobilitätsprogramms waren die fehlenden Möglichkeiten, sich mit Kolleginnen und Kollegen (in der Betreuung) auszutauschen und Kooperationen mit anderen Berufsgruppen (Ergotherapie) einzugehen. Hierfür könnten, durch operatives Management, formale Strukturen verändert bzw. geschaffen und soziale Beziehungen gefördert bzw. verbessert werden.

Die Unterscheidung von (strategischer) Führung und (operativem) Management ist bereits in der Implementationsforschung eingeführt und lässt sich nicht nur an der Spitze, sondern auf allen leitenden Ebenen einer Organisation beobachten [9, 23]. Eine Balance zwischen Führung und Management auf den unterschiedlichen organisationalen Ebenen, wird als wesentlicher Faktor erkannt, der den Erfolg von Implementationsprozessen sicherstellen kann [9, 23]. Dies geht auch aus einer aktuellen Studie zu Implementation evidenzbasierter Pflege hervor, wo nachgezeichnet wird, dass tragfähige Kooperationsstrukturen und die klare Verteilung von Zuständigkeiten, komplementiert werden sollten, durch das Setzen von Visionen und die Stärkung von Motivation für Veränderungen [6].

Im vorliegenden Fall zeigte sich, dass das Mobilitätsprogramm besonders gut auf die für die Umsetzung verantwortliche Berufsgruppe (die Betreuungskräfte) abgestimmt war. Insbesondere bei Berufsgruppen, die Gesundheitsförderungsprogramme im direkten Kontakt mit Klientinnen und Klienten erbringen, stellt die Kompatibilität des Programms mit deren Rollenverständnis, Kompetenzen und Arbeitspraktiken einen wesentlichen Faktor für eine erfolgreiche Umsetzung dar. Bei der direkten Arbeit mit Klientinnen und Klienten werden solchen Berufsgruppen gewöhnlich Autonomiespielräume eingeräumt, um (fallspezifisch) auf die Bedürfnisse individueller Klientinnen und Klienten und (situationsspezifisch) auf Gruppendynamiken eingehen zu können. Damit einher geht ein *decoupling*, das darin besteht, dass solche autonomen Arbeitspraktiken durch das Management kaum zu kontrollieren sind und

mitunter von formalen Organisations- und Programmstrukturen abweichen können [28]. Dies bestätigen qualitative Implementationsstudien im Gesundheitswesen, die auf das *organizational behavior* der Berufsgruppen fokussieren, die Gesundheitsprogramme umzusetzen haben (*adopters*) [1, 10, 13, 20]: Wenn neue Gesundheitsprogramme nicht mit dem jeweiligen Rollenverständnis und den Arbeitspraktiken kompatibel sind, werden von den Berufsgruppen unterschiedliche Strategien des Widerstands (*resistance*) entwickelt oder sie werden kleingearbeitet [4]. Dies führt dazu, dass Programme nur unzureichend umgesetzt werden, ohne dass dies aber vom Management beobachtet werden könnte – da formal dem Monitoring und den Evaluationsanforderungen entsprochen wird, Arbeitsabläufe und -praktiken jedoch unverändert bleiben.

Auf Grundlage des Datenmaterials, kann davon ausgegangen werden, dass von den Betreuungskräften versucht wurde, Arbeitspraktiken dem Mobilitätsprogramm entsprechend anzupassen und abzuändern. Dies zeigt sich auch an den Spannungsverhältnissen, die bei der Umsetzung erfahren wurden und die aus der *Ambiguität* des Programms, der *komplexen Gruppeninteraktion* und der Verantwortlichkeit für die *Sicherheit* der Klientinnen und Klienten resultieren. Bei *Bewegung ins Leben!* handelt es sich um ein *kognitives*, nicht um ein *normatives* Programm: es stellt einen Orientierungsrahmen, keine Verordnung dar und es formuliert Empfehlungen und Ziele, keine Leistungsnormen. Die daraus resultierende Ambiguität hat in der Umsetzung durchaus zu Unsicherheiten darüber geführt, inwiefern man in der Praxis programm*konform* handelt oder abweicht. In diesem Punkt gilt es, die Berufsgruppe darin zu bestärken (*empowerment*), dass es ihrer beruflichen Kompetenz entspricht, die Prinzipien (*abstraktes Wissen*) fall- und situationsspezifisch einzusetzen und in gewissen Übungen Ausdruck zu verleihen. Hinsichtlich der komplexen Gruppeninteraktion sowie des Umgangs mit Sturzrisiko sollten Unterstützungsstrukturen aufgebaut werden. Einerseits könnte innerhalb der Berufsgruppe die Möglichkeit geschaffen werden, sich über Erfahrungen, Schwierigkeiten und Lösungsansätze auszutauschen. Andererseits könnten Möglichkeiten zur interdisziplinären Kooperation (v.a. mit der Ergotherapie) geschaffen werden, durch die die Betreuungskräfte bei schwierigen Übungen unterstützt werden und zusätzliches (therapeutisches) Wissen zur Umsetzung des Mobilitätsprogramms erhalten. Weiterhin sind unterstützende Maßnahmen und Möglichkeiten zur beruflichen Fortbildung, auch wenn dies von den Betreuungskräften nicht direkt angesprochen wurde, zu empfehlen, da die Umsetzung des Mobilitätsprogramms mitunter eine große Herausforderung dargestellt hat.

Fazit für die Praxis

In der vorliegenden Studie wurde die Implementation eines Mobilitätsprogramms in der stationären Altenbetreuung im Rahmen eines Pilotprojekts untersucht. Dabei konnte ein erster Einblick darüber gewonnen werden, welche Faktoren sich in diesem Setting förderlich bzw. hinderlich auf die Implementation auswirken können. Auf Ebene der Organisation haben sich die strategische Verankerung und die damit verbundene starke Wahrnehmung der Führungsrolle der leitenden Mitarbeiter/innen als förderliche Faktoren erwiesen, wohingegen der Umstrukturierungsprozess sowie das gering ausgeprägte operative Management (zur Unterstützung des Programms) als hinderliche Faktoren angesehen werden können. Positiv ist festzuhalten, dass das Programm anschlussfähig an das Rollenverständnis und die Expertise der Betreuungskräfte ist und Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung sowie Spielräume für Autonomie bei der Umsetzung bietet. Dennoch bedarf es einer Konkretisierung darüber, wie mit den auftretenden Spannungsverhältnissen umgegangen werden kann. Für die weitere Umsetzung und Verbreitung des Programms in anderen Einrichtungen der stationären Altenbetreuung empfiehlt es sich, zur Unterstützung des Implementationsprozesses, dem operativen Management

mehr Gewicht zu geben. Dies könnte vor allem dadurch forciert werden, dass die Inhalte des Programms durch einen Implementationsplan komplementiert werden. Dieser könnte festlegen, welche Unterstützungsstrukturen (für Austausch und Kooperation) geschaffen werden sollten. Es empfiehlt sich, bei der Erstellung eines solchen Implementationsplans alle an der Implementation beteiligten Stakeholder (Organisationsleitung, Direktion, Teamleitung, Betreuungskräfte, Ergotherapie) einzubeziehen.

Interessenskonflikt: B. Marent, C. C. Wieczorek, H. Schmied, A. Horn, T. Kleina, D. Schäffer und W. Dür geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung: Wir danken allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern für ihre Bereitschaft zu den Interviews sowie Tanja Stamm und Erika Mosor für die Unterstützung der Programmimplementation. Weiterhin danken wir unseren Kolleginnen und Kollegen Karl Krajic, Martin Cichocki, Viktoria Quehenberger, Fran Osrecki, Enrica Denk und Martina Nitsch für wertvolle Hinweise und Kommentare auf das Manuskript.

Literatur

1. Adler PS, Kwon SW (2013) The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine. *J Manag Stud* 50:930-962
2. Baecker D (2003) *Organisation und Management*. Frankfurt am Main, Suhrkamp
3. Bartholomeyczik S (2006) Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. *Pflege und Gesellschaft* 11:210-223
4. Beck U, Bonß W (1989) *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens*. Frankfurt am Main, Suhrkamp
5. Boström A-M, Slaughter SE, Chojecki D, et al (2012) What Do We Know About Knowledge Translation in the Care of Older Adults? A Scoping Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 13:210-219
6. Cammer A, Morgan D, Stewart N et al (2013) The Hidden Complexity of Long-Term Care: How Context Mediates Knowledge Translation and Use of Best Practices. *The Gerontologist*, (in press). DOI:10.1093/geront/gnt068
7. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*. Paris, OECD Publishing
8. Cichocki M, Quehenberger V, Krajic K (2013) „Gesundheit hat kein Alter“ Wiener Pilotprojekt zur Erprobung Setting-orientierter Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung und Pflege. *Evaluationsbericht*. Wien, LBIHPR
9. Dür W (2013) Applying system theory of organisational change to health promotion interventions in schools. In: Samdal O, Rowling L (eds) *The Implementation of Health Promoting Schools. Exploring the theories of what, why and how*. London: Routledge, p 34-50
10. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M et al (2005) The (Non) Spread Of Innovations: The Mediating Role of Professionals. *Acad Manage J* 48:117-134
11. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, et al (2005) *Implementation research: a synthesis of the literature*. Florida Mental Health Institute Publication No 231, University of South Florida, National Implementation Research Network, Tampa

12. Glasgow RE, Vinson C, Chambers D, et al (2012) National Institutes of Health Approaches to Dissemination and Implementation Science: Current and Future Directions. *Am J Public Health* 102:1274-1281
13. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, et al (2004) Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q* 82:581-629
14. Horn A, Brause M, Schaeffer D (2011) Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Präv Gesundheitsf* 6: 262-269
15. Krajic K, Schmidt C, Christ R (2010) Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: eine Status quo Analyse. *Soziale Sicherheit (März)*:142-148
16. Krajic K, Cichocki M, Quehenberger V (2014) Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promot Int*, (in press). DOI:10.1093/heapro/dau012
17. Madon T, Hofman KJ, Kupfer L, Glass RI (2007) Implementation Science. *Science* 318 (5857) 1728-1729
18. Mayntz R (Hrsg.) (1983) Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen, Westdeutscher Verlag
19. Minkler M, Schauffler H, Clements-Nolle K (2000) Health promotion for older Americans in the 21st century. *Am J Health Promot* 14:371-379
20. Powell E, Davies HTO (2012) The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Soc Sci Med* 75:807-814
21. Resnick B (2003) Health Promotion Practices of Older Adults: Model Testing. *Public Health Nurs* 20:2-12
22. Ritchie J, Lewis J (2009) Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. Los Angeles, London, New York, Sage Publications
23. Samdal O, Rowling L (2011) Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Educ* 111:367-390
24. Schaeffer D (1991) Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. *Neue Praxis* 21 (5+6):392-406
25. Schaeffer D, Büscher A (2009) Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42: 441-451
26. Stamm T, Mosor E (2013) Bewegung ins Leben! Interventionsbeschreibung. Wien
27. US Dept of Health and Human Services. Program announcement number PAR-10-038 Available at: <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-10-038.html>. Accessed: 13.12.2013
28. Weick, K (1985): Der Prozeß des Organisierens. Frankfurt am Main, Suhrkamp