



Die Problematik der Implementierung von Kinästhetik in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege

Eine Multiple Case-Study

Carola Maurer^{1,2} , Heidrun Gattinger², Hanna Mayer¹

¹Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

²Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-OST, OST – Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Einrichtungen der stationären Langzeitpflege investieren seit Jahren Ressourcen in die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz der Pflegenden. Aus aktuellen Studien geht hervor, dass die Implementierung, bzw. die nachhaltige Förderung der Kinästhetikkompetenz problematisch ist, vertiefte Erkenntnisse zu den Ursachen fehlen jedoch. *Fragestellung:* Welche Hemmnisse verhindern eine nachhaltige Implementierung von Kinästhetik in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege? *Methode:* Es wurde eine Multiple Case-Study in drei Einrichtungen der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt. Aus leitfadengestützten Interviews und (fallbezogener) Literatur zum externen Kontext wurden in den Within-Case-Analysen die Daten induktiv verdichtet und diese Ergebnisse in der Cross-Case-Synthese miteinander verglichen und abstrahierend zusammengeführt. *Ergebnisse:* Die Synthese zeigt, dass die Implementierung von Kinästhetik innerhalb der Einrichtung auf drei verschiedenen Ebenen – der Leitungs-, Pflgeteam- und Pflegeperson-Ebene – als auch durch externe Faktoren negativ beeinflusst werden kann. *Schlussfolgerungen:* In der Pflegepraxis und -wissenschaft sowie im Gesundheitswesen benötigt es ein grundlegendes Verständnis von Kinästhetik und wie dieses im Kontext des professionellen Pflegehandelns einzuordnen ist. Insbesondere Leitungs- und implementierungsverantwortliche Personen müssen mögliche Hemmnisse kennen, um entsprechende Strategien entwickeln zu können.

Schlüsselwörter: Implementierung, Langzeitpflege, Kinästhetik, Multiple Case-Study, Kompetenzentwicklung

Difficulty of implementing kinaesthetics in long-term care institutions – A multiple case-study

Abstract: *Background:* Resources have been invested from long-term care institutions for the development of nursing staffs' kinaesthetics competence for years. Recent studies have shown that implementing or sustainably promoting the kinaesthetics competence is problematic, but in-depth knowledge of the causes thereof is lacking. *Aim:* Which barriers impede a sustainable implementation of kinaesthetics in long-term care institutions? *Method:* A "multiple case-study" was carried out in three institutions located in the German-speaking part of Switzerland. The data from guide-based interviews and (case-related) literature on the external context was inductively condensed in the within-case analysis. The results were then compared in the cross-case synthesis and summarized in an abstract way. *Results:* The synthesis showed that the implementation of kinaesthetics can be influenced negatively at three different institutional levels – management, nursing team and individual nursing staff – as well as by external factors. *Conclusions:* In nursing practice and nursing science, as well as in the health care sector, a basic understanding of kinaesthetics in the context of professional nursing care is required. Especially those responsible for management and implementation must be aware of possible barriers in order to develop appropriate strategies.

Keywords: Implementation, long-term care, kinaesthetics, multiple case-study, development of competences

Hintergrund

Bis zu 75% der Bewohnenden in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (sLZPE) weisen eine eingeschränkte Bewegungsfähigkeit (Wingenfeld, 2014) auf, wodurch sie oftmals auf Unterstützung bei der Verrichtung täglicher Aktivitäten angewiesen sind. Um (weiteren) Einschränkungen vorzubeugen, ist es relevant die vorhandene Beweglichkeit zu erhalten bzw. zu verbessern (Lahmann et

al., 2015). Dazu benötigen Pflegenden die Kompetenz, pflegebedürftige Menschen in der jeweiligen Situation wahrzunehmen, diese zu reflektieren und passende Maßnahmen zu ergreifen, um Bewohnende in und mit ihren Fähigkeiten zu unterstützen. Ziel ist, dass Pflegenden das Entwicklungspotenzial der Bewohnenden erkennen und ihnen ein lernförderndes Angebot machen.

Kinästhetik vereint diese Anforderungen. Es beschreibt die Fähigkeit, Bewegung bewusst wahrzunehmen, zu ver-

Was ist schon bekannt?

Kinästhetik ist in vielen Pflegeausbildungen Teil des Curriculums. Die Implementierung in die Praxis gestaltet sich trotzdem schwierig.

Was ist neu?

Hemmnisse zeigen sich nicht nur auf der Ebene der Pflegenden, sondern ebenso auf Team- und Leitungsebene.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Implementierungsverantwortliche müssen in der Praxis informelle lernförderliche Angebote initiieren, um die Kinästhetikkompetenz nachhaltig zu entwickeln.

stehen und darauf aufbauend in alltäglichen Aktivitäten Handlungsalternativen zu entwickeln. Um Kinästhetik in der Praxis anwenden zu können, benötigen Pflegenden Kinästhetikkompetenz, welche die vier Dimensionen „Wissen“, „Fähigkeit“, „Haltung“ und „Weiterentwicklung“ umfasst (Gattinger et al., 2016). Ziel ist, die Bewegungskompetenz der Bewohnenden und der Pflegenden zu erhalten bzw. zu verbessern (Hantikainen, Riesen-Uru, Raemy-Röthl & Hirsbrunner, 2006; Jensen, Rasmussen, Breier & Frederiksen, 2019).

Bisher durchgeführte Interventionsstudien deuten darauf hin, dass Kinästhetik sowohl auf die Gesundheit der Pflegenden als auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der betroffenen Menschen einen Einfluss haben kann. Bspw. konnten Imhof, Suter-Riederer und Kesselring (2015) einen positiven Effekt auf die körperliche Funktionalität der eingeschlossenen Patient_innen nachweisen. Zwar ist die derzeitige Studienlage zur Wirkung von Kinästhetik noch gering, auch bedingt durch fehlende adäquate Methoden in der Pflegeforschung, mit denen diese komplexe Intervention qualitativ hochwertig erforscht werden könnte (Gattinger & Hantikainen, 2018), jedoch wird die Evidenz durch die Expertise der Pflegenden und der Erfahrungen der Patient_innen und Familien gestützt, welche den positiven Nutzen von Kinästhetik beschreiben. Besonders in deutschsprachigen Ländern spielt Kinästhetik eine große Rolle. Seit den 1990er Jahren wird dort mit zunehmender Anstrengung versucht, Kinästhetik in die Pflegepraxis zu implementieren. Trotz dieses Bestrebens gestaltet sich die nachhaltige Implementierung schwierig. In der Literatur werden diesbezüglich vorwiegend Hemmnisse beschrieben, die bei den Pflegenden zu verorten sind, wie z. B. der Vorstellung, dass Kinästhetik eine Technik zur Mobilisation vermittelt oder dass sie schnell wieder in alte Muster zurückfallen (Fringer, Huth & Hantikainen, 2014; Jensen et al., 2019). Eine umfassende Untersuchung, die aufzeigt, welche Faktoren unter Einbezug des Kontextes die Implementierung von Kinästhetik erschweren, erfolgte bislang nicht. Kenntnisse über mögliche Einflussfaktoren sind jedoch relevant, um eine nachhaltige Einführung der Intervention zu ermöglichen (Balzer, 2019; Damschroder et al., 2009). Implementierung meint in diesem Artikel den aktiven, systematischen Prozess, mit dem eine Innovation in eine Organisation integriert wird (Hoben et al.,

2016). Zu unterscheiden ist dabei die Implementierung von der Kompetenzentwicklung: Kinästhetik wird mittels unterschiedlicher Strategien implementiert, mit dem Ziel die Kinästhetikkompetenz zu entwickeln.

Ziel

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit einer Teilfrage eines größeren Projektes. Dieses zielt darauf ab, ein Modell zur Implementierung von Kinästhetik zu entwickeln. Im Projekt werden Einflussfaktoren und Strategien ermittelt. Der vorliegende Beitrag fokussiert die Frage, welche Hemmnisse die nachhaltige Implementierung von Kinästhetik in sLZPE verhindern. Die Resultate sollten Aufschluss über Problematiken geben, die bei der Implementierung aufkommen können und liefern Ansatzpunkte, um diesen zu begegnen.

Methodik

Als Studiendesign kam eine Multiple Case-Study zur Anwendung. Case-Studies eignen sich dazu ein aktuelles Phänomen in seiner realen Umgebung, vorliegend die Implementierung von Kinästhetik in sLZPE, aus der Perspektive der involvierten Personen zu beleuchten (Stake, 2006). Mittels diesem Forschungsdesign werden komplexe Strukturzusammenhänge und Prozessverläufe analysiert. Dadurch können explorativ multiple beeinflussende Faktoren im Implementierungsprozess multiperspektivisch ermittelt und somit ganzheitlich dargestellt werden (Lamnek & Krell, 2010; Pflüger, Pongratz & Trinczek, 2017). Die Multiple Case-Study ermöglicht, das zu erforschende Phänomen im Kontext der einzelnen Fälle zu analysieren und diese Ergebnisse unter Berücksichtigung des je eigenen Wesens der Fälle zu synthetisieren. Dazu ist es erforderlich, das Phänomen aus mehreren Perspektiven zu beleuchten (z. B. mehrere Personen pro Fall, verschiedene Erhebungsmethoden) (Stake, 2006).

Fälle

Als Fälle wurden drei sLZPE der deutschsprachigen Schweiz deklariert, welche sich zwischen 10 und 18 Jahren mit der Implementierung von Kinästhetik beschäftigen. Um eine möglichst große Heterogenität der Fälle zu erreichen, wurden Einrichtungen ausgewählt, die einen starken Kontrast im Hinblick auf ihre Größe, Trägerschaft und Anzahl der angestellten Kinästhetiktrainer_innen bieten.

Datenerhebung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden vorherrschende Denkmuster, Einstellungen und Erfahrungen der

in den Implementierungsprozess involvierten Akteure bezüglich der Förderung der Kinästhetikkompetenz unter Berücksichtigung situationsspezifischer Kontextbedingungen erfasst. Um der Komplexität gerecht zu werden, wurden Daten aus unterschiedlichen Quellen erhoben und verschiedene Methoden kombiniert (Lamnek & Krell, 2010) (siehe Tab. 1).

In jeder sLZPE wurden die Pflegedienstleitung, ein/-e Pflegeexpert_in und mehrere Pflegende interviewt. Die Pflegenden wurden durch Pflegeexpert_innen bzw. durch eine Kinästhetiktrainerin anhand vorgegebener Kriterien (Bildungsabschluss, Kinästhetikexpertise, Leitungsfunktion) ausgewählt. Die Leitungspersonen, Pflegeexpert_innen, sowie die Kinästhetiktrainerin wurden direkt von der Erstautorin angefragt. Die Einzelinterviews fanden in den jeweiligen Einrichtungen statt. Die Leitfäden für die Interviews basierten auf dem Consolidated Framework for Implementation Research (Damschroder et al., 2009) und Experteninterviews (Maurer, Mayer & Gattinger, 2019). Ein Pretest wurde durchgeführt, relevante Anpassungen mussten nicht vorgenommen werden. In einem Zeitraum von März – Dezember 2018 konnten insgesamt 39 Interviews durchgeführt werden. Diese dauerten zwischen 19 und 69 Minuten (im Durchschnitt 42 Minuten). Die Eigenschaften der interviewten Personen sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Transkription erfolgte wörtlich und wurde dem Schriftdeutsch angenähert. Die Leitungen stellten zusätzlich hausinterne Dokumente, z.B. Leitbilder zur Verfügung, die ebenfalls in die Analyse einfließen. Des Weiteren wurden unklare Textpassagen zum externen Kontext mittels Literaturrecherche geklärt und zur Integrierung der Bewohnendenperspektive ein Review hinzugezogen (Maurer, Draganescu, Mayer & Gattinger, 2019).

Datenanalyse

Um institutionelle Strukturen und Abläufe besser verstehen zu können und Differenzen innerhalb der Fälle heraus-

Tabelle 1. Methoden der Datenerhebung und Datenquellen

Methode	Datenquelle
Leitfadengestützte Interviews	Leitungspersonen (n = 4)
	Pflegepersonen (n = 32)
	Pflege- / Kinästhetik-Expert_innen (n = 3)
Dokumente und Literatur	<ul style="list-style-type: none"> • Hausinterne Dokumente (z. B. hausinternes Kinästhetikkonzept, Leitbild) • Dokumente bzgl. des externen Kontextes (z. B. Bildungspläne, gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der Institutionen, Review)

arbeiten zu können, folgte die Analyse im Sinne eines übergeordneten Paradigmas der konstant komparativen Methode (Boeije, 2002; Glaser, 1965). Dabei wurden in der Within-Case-Analyse alle Daten (Interviews, Dokumente und Literatur) und in der Cross-Case-Synthese die Ergebnisse der einzelnen Fälle miteinander verglichen und Unterschiede, sowie Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Auf der Ebene des Kodierens (Within-Case-Analyse) orientierte sich das Vorgehen an dem first- und second-cycle coding (Saldaña, 2016). Beim first-cycle coding wurden gleichzeitig folgende Kodierarten eingesetzt: Attribute Coding, Magnitude Coding, In Vivo Codes, Versus Coding, Values Coding, Causation Coding und Initial Coding. Beim second-cycle coding wurde das Focused Coding angewandt (Saldaña, 2016). Die Codes wurden induktiv in einem iterativen Prozess aus dem Datenmaterial gewonnen, klassifiziert und die entstandenen Kategorien thematisch verknüpft. Kontextbezogene Aussagen aus den Interviews wurden aufgegriffen und relevante Dokumente zur Verdeutlichung des Sachverhaltes in die Analyse einbezogen (siehe Tab. 1). In Abbildung 1 wird der Kodierprozess innerhalb der Within-Case-Analyse am Beispiel der Entwicklung der Kategorie „Kinästhetik wird als Technik verstanden“ dargestellt. Wo die Wahrung der Anonymität gewährleistet werden konnte, wurden Zitate eingefügt.

Bei der Cross-Case-Synthese wurden die Ergebnisse der Within-Case-Analysen (Fallberichte) durch die erneute Ver-

Tabelle 2. Charakteristika der interviewten Personen

Charakteristika aller interviewten Personen (n = 39)		insgesamt
Alter (Spannweite in Jahren; Durchschnitt in Jahren)		18 – 63; 46
Arbeitsjahre sLZP (Spannweite; Durchschnitt)		1 – 35; 11
Kinästhetik-Bildung	Keine formale Kinästhetikbildung	5
	Grundkurs	5
	Aufbaukurs	20
	Peer-Tutoren_innen-Kurs	4
	Trainer_innenstufe 1	2
	Trainer_innenstufe 2	1
	Trainer_innenstufe 3	2
Bildungsabschluss (nur Pflegepersonen)	Tertiärniveau A und B	10
	Sekundärniveau	9
	Assistenzpersonal	13

Anmerkung: sLZP = stationäre Langzeitpflege.

gabe von Codes (first-cycle coding) miteinander verglichen, unter Beachtung des kontextuellen Bezuges Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet und dadurch die Ergebnisse weiter abstrahiert (Stake, 2006). Auch diese Codes wurden anschließend wieder klassifiziert anhand des Focused Coding (Saldaña, 2016). Abbildung 2 verdeutlicht den gesamten Analyseprozess. Zugleich wird das Beispiel der Within-Case-Analyse aus Abbildung 1 exemplarisch aufgegriffen und bezugnehmend auf die Cross-Case-Synthese verkürzt weiterverfolgt. Die Kategorie „Kinästhetik wird als Technik verstanden“ wurde während dieser Synthese gemeinsam mit weiteren Kategorien unter dem Thema „Potenzielles Missverständnis des Inhalts und Wesens von Kinästhetik“ zusammengeführt (siehe Abb. 2 und 3).

Analysiert wurde mit Hilfe der Software MAXQDA 2018. Im Zuge der Analyse erfolgten regelmäßige Interpretationssitzungen im Forscherteam, in Dissertationsskolloquien und mit einer Kinästhetik-Expertin. Während allen Analysesessions wurden kontinuierlich theoretische und inhaltliche Memos verfasst.

Ethische Überlegungen

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und konnte zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Ein informed Consent wurde von den Interviewten eingeholt. Die kantonale Ethikkommission erteilte

für das Projekt eine Unbedenklichkeitserklärung (Req-2017-00962).

Ergebnisse

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Cross-Case-Synthese beschrieben. Die durch diese Syntheseleistung gewonnenen Erkenntnisse entstanden durch den Vergleich der drei Within-Case-Analysen und sind dadurch auf einer höheren Abstraktionsebene angesiedelt als die der einzelnen Fälle.

Die Cross-Case-Synthese ergab organisationsinterne und -externe Themen, welche die Implementierung hemmen können. Organisationsinterne Hemmnisse können wiederum drei Ebenen zugeordnet werden: der Leitungs- und Pflegeebene und der Ebene der einzelnen Pflegeperson. Neben Hemmnissen, die spezifisch auf einer Organisationsebene auftauchen, gibt es Hemmnisse, die auf allen Ebenen vorkommen (siehe Abb. 1).

Organisationsinterne Hemmnisse

Auf allen Ebenen vorkommende Hemmnisse

Aus der Analyse kristallisierte sich als ein maßgebliches Hemmnis das „potenzielle Missverständnis des Inhalts

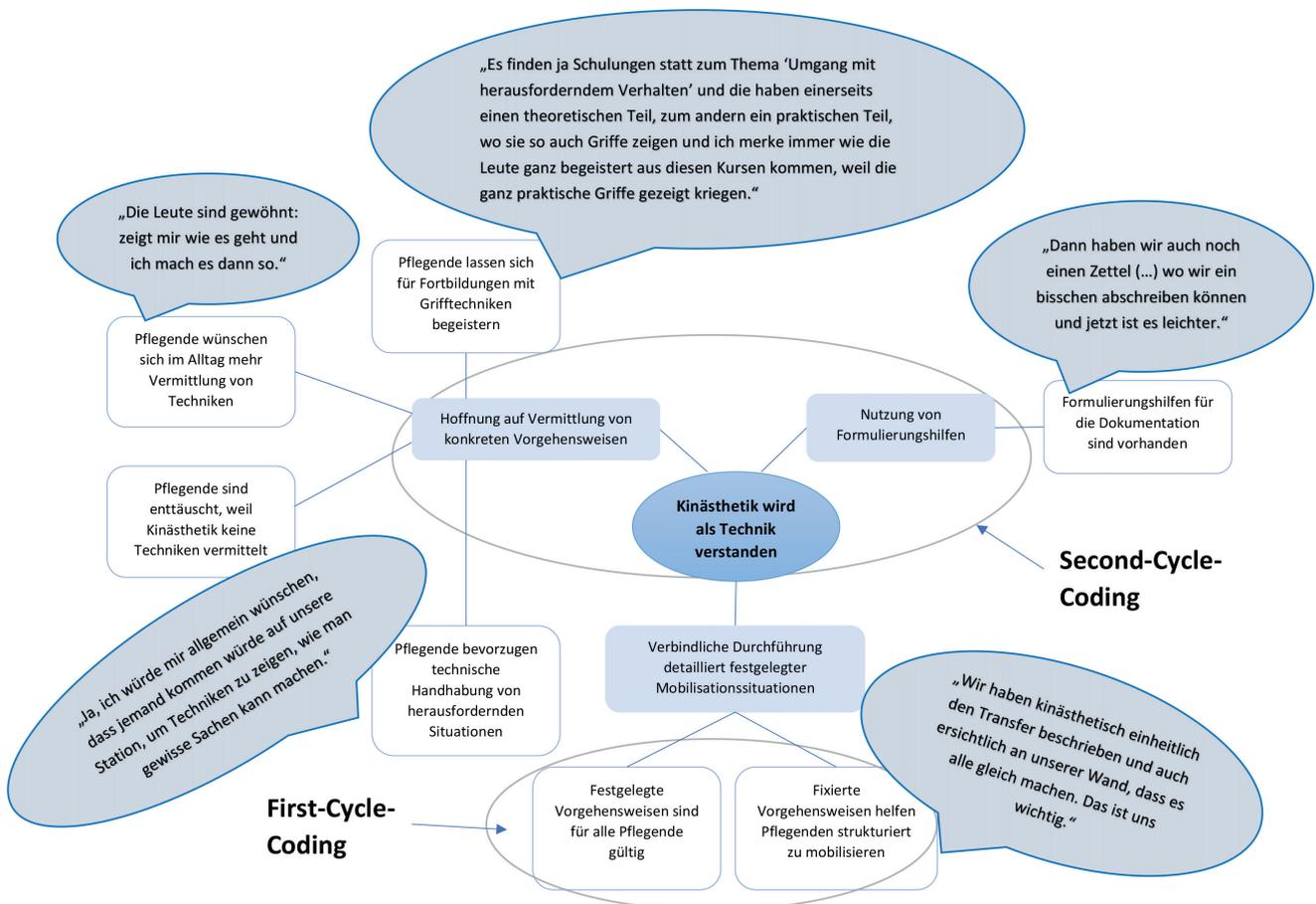


Abbildung 1. Exemplarischer Auszug einer Within-Case-Analyse am Beispiel der Kategorie „Kinästhetik wird als Technik verstanden“.

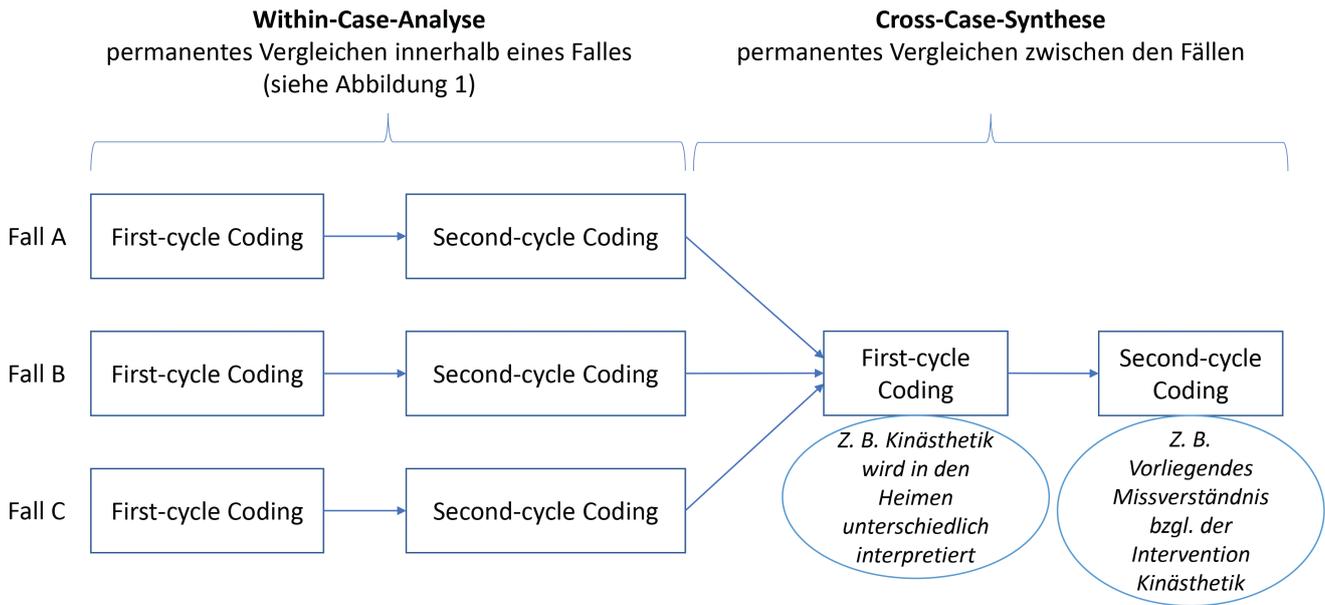


Abbildung 2. Vereinfachte Darstellung der Analyseschritte.

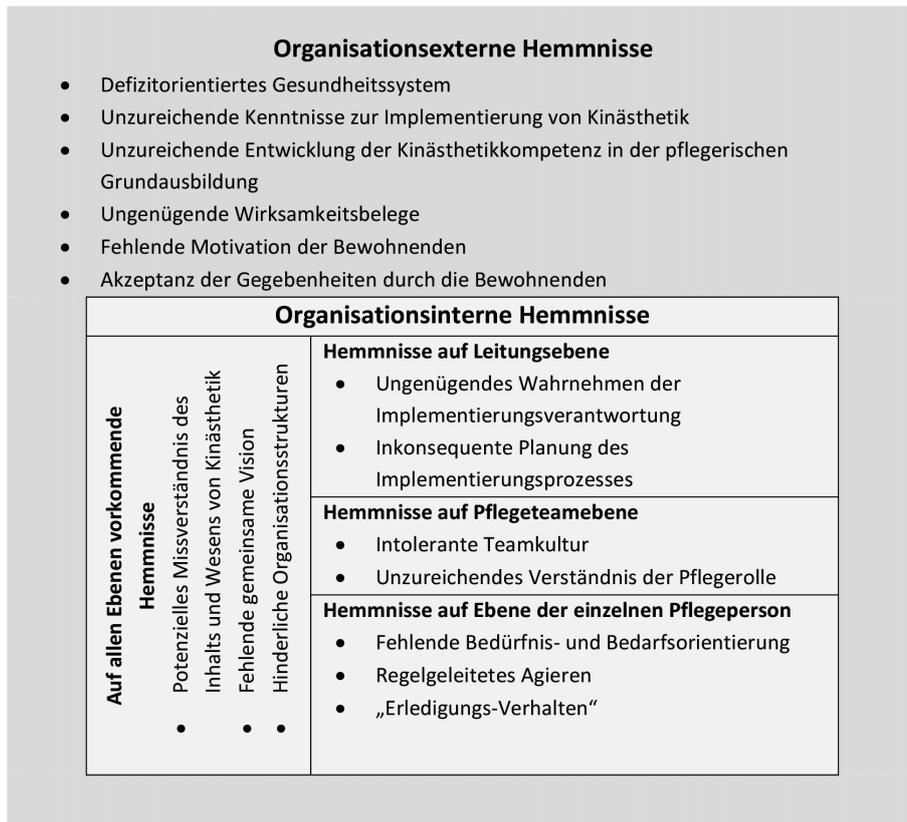


Abbildung 3. Thematisch zusammengefasste Hemmnisse.

und Wesens von Kinästhetik“ heraus. Wenn involvierten Personen und insbesondere den Entscheidungstragenden die genaue Bedeutung von Kinästhetik nicht bewusst ist und sie ihre Erwartungen, Zielsetzungen und Maßnahmenplanungen auf einem Missverständnis aufbauen, kommt es zu einer Kompetenzentwicklung, die nicht oder nur teilweise im Sinne von Kinästhetik ist. Sehen sie bspw. in Kinästhetik eine Mobilisationstechnik, verhalten sie sich entsprechend, suchen nach Techniken und sind mitunter enttäuscht, wenn sie diese nicht fin-

den. Häufig kommen Pflegende mit der Erwartung in Kinästhetik-Grundkurse, dass sie Techniken vermittelt bekommen, wie sie im Alltag z. B. einfacher mobilisieren können. Für sie ist es zunächst unverständlich, weshalb sie sich im Grundkurs mit der eigenen Bewegung auseinandersetzen sollen.

Ebenso kann sich eine „fehlende gemeinsame Vision“ der beteiligten Personen hemmend auf die Implementierung auswirken und somit die nachhaltige Entwicklung der Kinästhetikkompetenz beeinträchtigen. Es ist wesent-

lich, dass alle am Prozess beteiligten Personen den kollektiven Weg der Kompetenzentwicklung gehen.

Auch „Organisationsstrukturen“ können hinderlich sein. Einerseits können machtdemonstrierende Hierarchien zwischen Leitungen und Pflegenden bzw. den Pflegenden untereinander den Prozess hemmen, da diese zu Ängsten und Zurückhaltung führen und negative Auswirkungen auf eine lernfördernde Kultur haben können. Andererseits auch in Form von eingeschränkten finanziellen, räumlichen oder auch zeitlichen Ressourcen, sowie unruhestiftende betriebliche und personelle Veränderungen.

Hemmnisse auf Leitungsebene

Diese Ebene bezieht sich auf Pflegedienst- und Abteilungsleitungen. Schwierigkeiten können bei der Implementierung entstehen, wenn der Leitung nicht bewusst ist, welche tragende Rolle sie bei der Implementierung von Kinästhetik innehat und welche Aufgaben mit dieser Rolle verbunden sind. Das kann eng mit dem vorher beschriebenen Missverständnis zusammenhängen bzw. daraus resultieren. Im Verhalten der Leitung kann sich das dadurch zeigen, dass sie zum einen ihre „Implementierungsverantwortung ungenügend wahrnimmt“, z.B. durch mangelnde Kommunikation oder unzureichendes Ausführen von Implementierungsaufgaben. Zum anderen kann auch eine „inkonsequente Planung den Implementierungsprozess“ negativ beeinflussen. Das gilt insbesondere, wenn Ziele der Implementierung nicht konkret formuliert sind oder Kinästhetik nur fragmentiert implementiert wird. Die inkonsequente Planung kann sich u.a. auch in einem nicht ausreichend evaluiertem und viabel gestaltetem Implementierungsprozess äußern.

Hemmnisse auf Pflorgeteamebene

Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz erfordert eine lerner ermöglichende Arbeitsumgebung. Eine „intolerante Teamkultur“ kann sich negativ auf den Implementierungsprozess auswirken. Fehlende Toleranz kann sich in einem gegenseitigen Nichtzugestehen einer bewegungsfördernden Arbeitsweise zeigen. Auch ein sich und die Kolleg_innen unter Zeitdruck setzen oder mangelndes Vertrauen und Sicherheitsgefühl im Team, können ein lernförderndes Arbeitsklima verhindern. Daraus kann resultieren, dass Pflegenden sich nicht trauen Schwierigkeiten in Unterstützungssituationen anzusprechen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Ebenso erschwert ein „unzureichendes Verständnis der Pflegerolle“ im Team die Implementierung, besonders wenn Pflegenden nicht bewusst ist, dass sie immer Lernende, im Sinne der Kompetenzentwicklung sein werden, oder sie sich nicht für die Bewegungsförderung verantwortlich fühlen. Wie die Synthese zeigt, unterscheiden manche Pflegenden zwischen grundlegenden Pflegetätigkeiten wie der Körperpflege und therapeutischen Pflegehandlungen, z.B. Gehtraining. Schwierig wird es, wenn Pflegenden oder Pflgeteams keinen Auftrag sehen, die Bewegungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Personen

im Alltag zu fördern und ihnen das Bewusstsein für die Notwendigkeit der eigenen Kompetenzentwicklung fehlt. Auch ein falsch verstandener „Sorge-Begriff“, der zwischen einer fürsorglichen und einer bewegungsfördernden Pflege differenziert, kann sich hemmend auswirken. Unter fürsorglicher Pflege verstehen Pflegenden teilweise, dass sie etwas für den Bewohnenden tun und trennen dies von einer bewegungsfördernden Pflege, bei der sie die Ressourcen der Bewohnenden einbeziehen. Letzteres fällt ihnen dann eher schwer, da sie den Anspruch haben, den Bewohnenden etwas Gutes zu tun.

Hemmnisse auf Ebene der einzelnen Pflegeperson

Auf der Ebene der Pflegeperson als Individuum kann eine „fehlende Bedürfnis- und Bedarfsorientierung“ den Prozess hemmen. Die Analyse ergab, dass es für Pflegenden schwierig ist, sich auf (ungewohnte) Situationen einzulassen und situationsangepasst zu agieren. Dies gilt besonders, wenn der Bewohnende nicht so reagiert, wie die Pflegeperson es erwartet und bspw. Abwehrreaktionen aufgrund von Angst zeigt. Auch kontroverse Bedürfnisse zwischen der Pflege- und der pflegebedürftigen Person – möglicherweise hervorgerufen durch ein Ekelgefühl auf Seiten der Pflegenden – können das Unterstützungsangebot negativ beeinflussen, ebenso wie fehlende kreative Ideen zur Förderung der Bewegungskompetenz der Bewohnenden. Zudem fällt es manchen Pflegenden eher schwer, adäquate interaktionsunterstützende Maßnahmen, wie z.B. das Kommunizieren über Bewegung und Berührung, anzuwenden.

Auch ein „regelgeleitetes Agieren“, welches Pflegenden laut der Analyse als „einfacher“ empfinden, kann die Implementierung hemmen. Im Rahmen eines geplanten Vorgehens fühlen sie sich als Expert_innen und können die Situation „managen“. Die Bedürfnisse und Erwartungen der Bewohnenden fließen mehr oder weniger gezielt in die Handlung ein, jedoch nicht aufgrund einer bewussten und situationsangepassten Entscheidung. Das Verfolgen des Plans kann dazu führen, dass Bewohnende bewegt werden, obwohl diese die Bewegung noch selbständig durchführen könnten. Bewohnende nehmen diesen Aktionismus hin und widersprechen nicht, wodurch sich das geplante Handeln verfestigt. Diese Verfestigung zeigt sich vor allem beim Assistenzpersonal. Aber auch Pflegenden auf Sekundar-/Tertiärniveau fällt es schwer Kinästhetik umzusetzen. Obwohl sie die Vorzüge von Kinästhetik erleben, scheinen sie ohne stetige Inputs immer wieder in das „alte Fahrwasser“ zu rutschen. Besonders komplexe Situationen können Verunsicherungen hervorrufen, die ein gewohntes, regelgeleitetes Agieren fördern.

Eng im Zusammenhang mit dem regelgeleiteten Agieren steht das „Erledigungs-Verhalten“, welches sich ebenfalls negativ auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auswirkt. Der Erledigungsanspruch kann Pflegenden so in ihrer Routine verhaften, dass es ihnen schwerfällt, die Situation umfassend wahrzunehmen. Insbesondere der subjektiv empfundene Zeitdruck verstärkt diesen Erledigungsanspruch. Diese aufgeführten

Aspekte im pflegerischen Agieren deuten auf ein unreflektiertes Handeln hin, welches der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz entgegenwirkt.

Externe Hemmnisse

Die Implementierung von Kinästhetik findet, wie andere Implementierungsprozesse auch, in einem Kontext statt. Das Gesundheitssystem und die Politik hemmen die Prozesse durch eine wenig bedürfnisorientierte Gesinnung ebenso, wie auch der Aspekt, dass es bislang nur wenig Erkenntnisse bzgl. der Implementierung von Kinästhetik gibt. Auch die ungenügende Förderung der Kinästhetikkompetenz in der pflegerischen Grundausbildung, sowie fehlende beweiskräftige Studien zur Wirksamkeit von Kinästhetik erschweren den Prozess. Zudem kann eine fehlende Motivation bzw. das Akzeptieren der Gegebenheiten von Bewohnenden dazu führen, dass Pflegende Aktivitäten übernehmen, statt lernfördernd zu unterstützen.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Hemmnisse bei der Implementierung von Kinästhetik in sLZPE zu ermitteln. Es zeigte sich, dass hemmende Einflüsse auf allen Ebenen einer Einrichtung sowie durch externe Bedingungen auftreten können.

Ein wesentliches Hemmnis ist dem Missverständnis von Kinästhetik zuzuschreiben, welches zu fortwährenden Problemen bei der Implementierung von Kinästhetik führen kann. Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz der Pflegenden wird gehemmt, wenn Leitungen in ihrer Vorbild- und Verantwortungsposition nicht zumindest über ein grundlegendes Verständnis der zu implementierenden Intervention verfügen. Aarons, Moullin und Ehrhart (2018) bestätigen, dass die Art und Weise, wie die Leitung im Prozess agiert, einen wesentlichen Einfluss auf die Implementierung hat. Zudem benötigt sie ausreichende Kenntnisse über die zu integrierende Intervention (Aarons, Ehrhart & Farahnak, 2014). Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen diese Relevanz. Die Annahme, dass die Implementierung von Kinästhetik ausschließlich bei den Pflegenden Veränderungen benötigt, kann dazu führen, dass Leitungen kein Modell zur strukturierten Umsetzung des Implementierungsprozesses heranziehen. Auf die zu geringe Anwendung von Modellen zur Planung des Implementierungsprozesses weisen auch andere Untersuchungen hin (Davidoff, Dixon-Woods, Leviton & Michie, 2015; Maurer, Mayer & Gatteringer, 2019). Dabei ist die Betrachtung der organisationalen Prozesse für eine nachhaltige Verhaltensänderung der Mitarbeitenden mindestens genauso relevant (Aarons et al., 2018).

Das Versäumnis, die Implementierung holistisch zu betrachten kann wiederum dazu führen, dass sich die Kinästhetikkompetenz aufgrund einer wenig toleranten und

lernbehindernden Kultur nicht ausreichend entfalten kann. Senge (2017) betont die Relevanz, Interaktionsstrukturen ausfindig zu machen, die das Lernen im Team verhindern. Nur so kann es zu einer gemeinsamen Kompetenzentwicklung im Team kommen. Die vorherrschende Kultur hat nicht nur auf das Lernen, sondern auch auf das Handeln einen wesentlichen Einfluss, welches wiederum durch die subjektiven Theorien (vorhandene Denkmuster) der Pflegenden geleitet wird (Schwarz-Govaers, 2005). Ist die Kultur von einem selbstverantwortlichen Handeln geprägt, lässt sich die Kinästhetikkompetenz leichter entwickeln, als wenn Pflegende versuchen, die Verantwortung für die Förderung der Bewegungskompetenz auf andere Berufsgruppen oder Teammitglieder abzuschieben. Dieses Abschieben von „bettnahen“ Tätigkeiten von Pflegenden auf Tertiärstufe an Assistenzpersonal scheint in der Pflegepraxis ein gängiges Vorgehen zu sein (Friesacher, 2015). Dies führt zu dem Paradoxon, dass die Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe mit dem eigentlichen Wesen und dem Kern der Pflege nur noch randständig in Berührung kommen. Wenn Pflegefachpersonen nun z. B. die Mobilisation an Assistenzpersonal abgeben, welches gar nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügt, die Konsequenzen ihrer Handlungen umfassend zu reflektieren, wird zwangsläufig die Qualität leiden (Friesacher, 2015).

Die Implementierung von Kinästhetik zielt auf die Kompetenzentwicklung, im jeweiligen Situationsmoment adäquat und reflektiert das Entwicklungspotenzial der betroffenen Menschen zu erkennen und daraus resultierend lernfördernd zu handeln. Pflegende beschreiben, dass sie wissen, wie sie sich eigentlich in den einzelnen Situationen verhalten sollten. Trotzdem fallen sie immer wieder in alte Verhaltensweisen zurück, insbesondere in stressigen und ungewohnten Situationen. Sie suchen die Sicherheit im regelgeleiteten Agieren, die Kinästhetik aufgrund des Strebens nach einem situativ angepassten Agieren nicht bieten kann und daher von Pflegenden als „unbequem“ erlebt wird. Dieses regelgeleitete Agieren steht jedoch nicht nur im Widerspruch zu Kinästhetik sondern auch zum professionellen Agieren, welches ein adäquates Handeln in unvorhersehbaren, individuellen Situationen erfordert (Kolland & Fibich, 2014; Schrems, 2018), denn professionelles Pflegehandeln „... lässt sich nicht standardisieren, da das Arbeiten stets von der jeweiligen Situation abhängig ist ...“ (Friesacher, 2015, S. 8). Diese Anforderung geht einher mit der Definition von Oevermann (2005) zum professionellen (Pflege-)Handeln. Er beschreibt es als das stellvertretende Eintreten für Personen, die auftretende Probleme nicht selbständig lösen können. Er bezieht dabei u. a. die individuelle Situation ein, sowie das Verstehen derselben im Kontext des aktuellen Wissens und unter Beachtung von Autonomie und Lebensgewohnheiten der betroffenen Person. Folglich ist professionelles Handeln kein Arbeiten nach Standards. Diese würden eher dazu führen, die hilfeschuchende Person abhängig zu machen und ihre Autonomie zu vernachlässigen (Oevermann, 2005). Die professionelle Pflege benötigt Ansätze, die darauf abzielen das Besondere einer Situation auf-

zugreifen und individuelle Lösungswege anzubieten. Das regelgeleitete Agieren verhindert allerdings die Bedürfnis- und Bedarfsorientierung. Nach Olbrich (2018) drückt sich die Regelgeleitetheit darin aus, dass das erlernte Wissen in bestimmten Kontexten und unter vorgegebenen Bedingungen angewendet werden kann. Diese feste Struktur bietet Pflegenden eine vermeintliche Handlungssicherheit im komplexen Alltagsgeschehen.

Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz verlangt von den Pflegenden eine Veränderung ihres bisherigen Handelns. Sie müssen Kinästhetik in einem ersten Schritt als sinnvoll anerkennen (intrinsische Motivation). Anschließend benötigen sie Möglichkeiten, in denen sie positive Erfahrungen mit Kinästhetik machen können, denn das Handeln im Alltag der Pflegenden wird durch ihre Einstellungen und ihre Motive geleitet (Olbrich, 2018). Das „Erledigungsverhalten“ von Pflegenden, welches häufig durch eine ökonomisch ausgerichtete Organisationskultur entsteht bzw. durch die Forcierung einer möglichst standardisierten Arbeitsweise, verhindert das achtsame Wahrnehmen des individuellen Interaktionsmomentes und wirkt somit dem professionellen Pflegehandeln entgegen (Kolland & Fibich, 2014). Dieser Aspekt zeigt, dass Hemmnisse zwar auf der Ebene der Pflegenden beobachtet werden können, die Ursachen für das jeweilige Hemmnis aber nicht zwangsläufig den Pflegenden zuzuschreiben ist. Oftmals legen die Strukturen in den Einrichtungen die Basis für unreflektiertes und routiniertes Agieren (Olbrich, 2018), welches letztendlich zu einem reinen Erledigungsverhalten führen kann.

Aber auch organisationsexterne Faktoren können sich als ursächlich herausstellen (Damschroder et al., 2009). Das Gesundheitssystem, die -politik und das Bildungswesen sind derzeit (noch) nicht ausreichend darauf ausgerichtet, die Pflegenden in Bezug auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auszubilden, zu fördern und die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Insbesondere in Bildungseinrichtungen (Ausbildung, Studium und Weiterbildung) darf Kinästhetik nicht als ein weiteres Konzept, sondern muss als das vermittelt werden, was es wirklich darstellt: eine Kompetenz, die Pflegenden benötigen, um eine qualitativ hochwertige Pflege anbieten zu können.

Stärken und Limitationen

Durch die multiperspektivische Betrachtungsweise dreier Fälle im Rahmen der Multiple Case-Study konnten mögliche Hemmnisse ermittelt werden, die die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz negativ beeinflussen können. Durch die gezielt gewählte Heterogenität der Fälle konnten vor allem in der Cross-Case-Synthese aufgrund des konstanten Vergleichens der einzelnen Fälle wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden, z.B. in Bezug auf das hierarchische Führungsverhalten. Interessant wäre noch gewesen, die Einstellungen und Motive der Befragten in Bezug auf ihr Handeln vertiefter zu hinterfragen. Dies

hätte durch die Rekonstruktion der subjektiven Theorien der Teilnehmenden, möglicherweise unter Einbezug von Beobachtungen ergänzende Ergebnisse hervorbringen können. Zur Wahrung der Anonymität angesichts des hohen Wiedererkennungswertes bei drei Fällen, wurde auf eine Beschreibung auf Ebene der Within-Case-Analyse verzichtet. Stattdessen wurden die Ergebnisse auf Ebene der Cross-Case-Synthese dargestellt. Aufgrund dieser Darstellung und des gewählten Forschungsdesigns muss auch die Übertragung der Ergebnisse in die Praxis immer unter Beachtung des jeweiligen Kontextes erfolgen.

Fazit

Die durchgeführte Studie zeigt, dass sich die involvierten, insbesondere die leitungs- und implementierungsverantwortlichen Personen, vertieft mit der Implementierung von Kinästhetik und dessen hemmenden Faktoren auseinandersetzen sollten. Kinästhetik kann nicht „nebenher“ implementiert werden. Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz bedarf Veränderungen auf der Ebene der Leitungen, der Teams und den einzelnen Pflegepersonen. Dabei beeinflussen sich die Ebenen gegenseitig. Ursachen für eine mangelnde Entwicklung der Kinästhetikkompetenz als wesentlicher Bestandteil von pflegerischen Interaktionen finden sich zudem auch im externen Kontext. Generell benötigt es in der Pflegepraxis und -wissenschaft sowie im Gesundheitswesen mehr Kenntnisse, was Kinästhetik bedeutet, welche Potenziale dieser Ansatz bietet und wie Kinästhetik im Kontext des professionellen Pflegehandelns einzuordnen ist. Für die Forschung gilt es nun aus den ermittelten hemmenden Faktoren Strategien zu entwickeln und diese in einem auf Kinästhetik angepassten Implementierungsmodell für sLZPE zu vereinigen. Interessant wäre auch, das professionelle Pflegehandeln konzeptionell mit einem auf Kinästhetik basierendem Verständnis abzugleichen.

Literatur

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G. & Fahrenak, L. R. (2014). The Implementation Leadership Scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation science: IS*, 9 (1), 45.
- Aarons, G. A., Moullin, J. C. & Ehrhart, M. G. (2018). The Role of Organizational Processes in Dissemination and Implementation Research. In R. C. Brownson (Hrsg.), *Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice* (S. 121 – 142). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Balzer, K. (2019). Implementierung evidenzbasierter Praxis: viele Theorien, limitiertes Wissen. *Pflege*, 32 (4), 225.
- Boeije, H. (2002). A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews. *Quality and Quantity*, 36 (4), 391 – 409.
- 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: IS*, 4, 50.

- Davidoff, F., Dixon-Woods, M., Leviton, L. & Michie, S. (2015). Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Quality & Safety*, 24 (3), 228 – 238.
- Friesacher, H. (2015). Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. *JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 05 (03), 104 – 110.
- 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.
- Gattinger, H. & Hantikainen, V. (2018). Komplexe Interventionen: Herausforderungen der Kinaesthetics-Forschung, Teil 1. *Lebensqualität*, (1), 7 – 9.
- Gattinger, H., Leino-Kilpi, H., Kopke, S., Marty-Teuber, S., Senn, B. & Hantikainen, V. (2016). Nurses' competence in kinaesthetics: A concept development [Kinästhetik-Kompetenz in der Pflege : Eine Konzeptentwicklung]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. doi:10.1007/s00391-016-1126-x
- Glaser, B. G. (1965). The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. *Social Problems*, 12 (4), 436 – 445.
- Hantikainen, V., Riesen-Uru, S., Raemy-Röthl, B. & Hirsbrunner, T. (2006). Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik® und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. *Pflege*, 19 (1), 11 – 22.
- Imhof, L., Suter-Riederer, S. & Kesselring, J. (2015). Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial. *International scholarly research notices*, 2015, 785497.
- Jensen, H. I., Rasmussen, A. H., Breier, A. & Frederiksen, G. V. (2019). Use of Kinaesthetic in patient mobilization: an evaluation study. *Open Journal of Nursing and Medical Care*, 12 – 20.
- Kolland, F. & Fibich, T. (2014). Professionelle Soziale Arbeit und Pflege zwischen Theorie und Praxis. In S. Becker, H. Brandenburg & S. Bartholomeyczik (Hrsg.), *Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe; – eine interdisziplinäre Aufgabe* (1. Aufl., S.349 – 375). s.l.: Verlag Hans Huber.
- Lahmann, N. A., Tannen, A., Kuntz, S., Raeder, K., Schmitz, G., Dassen, T. et al. (2015). Mobility is the key! Trends and associations of common care problems in German long-term care facilities from 2008 to 2012. *International journal of nursing studies*, 52 (1), 167 – 174.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien* (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Maurer, C., Draganescu, S., Mayer, H. & Gattinger, H. (2019). Attitudes and needs of residents in long-term care facilities regarding physical activity-A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 1 – 15.
- Maurer, C., Mayer, H. & Gattinger, 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.
- Oevermann, U. (2005). Wissenschaft als Beruf. Die Professionalisierung wissenschaftlichen Handelns und die gegenwärtige Universitätsentwicklung. In M. Stock & A. Wernet (Hrsg.), *Die Hochschule: Journal für Wissenschaft und Bildung* (14. Jahrgang, 1 (2005)). Wittenberg: Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Olbrich, C. (2018). *Pflegekompetenz* (3. Aufl.). *Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege*. Bern: Hogrefe.
- Pflüger, J., Pongratz, H. J. & Trinczek, R. (2017). Fallstudien in der Organisationsforschung. In S. Liebig, W. Matiaske & S. Rosenbohm (Hrsg.), *Springer Reference Wirtschaft. Handbuch Empirische Organisationsforschung* (S.389 – 413). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3. Aufl.). Los Angeles, Calif., London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage.
- Schrems, B. (2018). *Verstehende Pflegediagnostik: Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln* (2. Aufl.). Wien, Österreich: facultas.
- 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 Verlag.
- Stake, R. E. (2006). *Multicase research methods: Step by step cross-case analysis*. New York: Guilford Press.
- Wingenfeld, K. (2014). Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern. *Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft*, 19 (2), 113 – 124.

Historie

Manuskripteingang: 22.04.2020
 Manuskript angenommen: 06.12.2020
 Onlineveröffentlichung: 22.12.2020

Autorenschaft

Beitrag zur Konzeption oder zum Design der Arbeit: CM, HG, HM
 Beitrag bei der Erfassung der Daten: CM
 Beitrag bei der Analyse und der Interpretation der Daten: CM, HG, HM
 Manuskripterstellung und kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts: CM, HG, HM
 Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation: CM, HG, HM
 Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen: CM, HG, HM

ORCID

Carola Maurer
 <https://orcid.org/0000-0002-2731-7767>



Carola Maurer, M.A.

Institut für Angewandte Pflege-
 wissenschaft IPW-OST
 OST – Ostschweizer Fachhochschule
 Rosenbergstrasse 59
 9001 St. Gallen
 Schweiz
 carola.maurer@ost.ch

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

In den Interviews herauszufinden, was die interviewten Personen darunter verstehen, wenn sie von Kinästhetik sprechen und das jeweilige Verständnis in der Analyse der einzelnen Interviews zu berücksichtigen.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Dass Kinästhetik in Langzeitpflegeeinrichtungen selbstverständlich gelebt wird.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen / Vertiefen?

Marty-Teuber, S. & Knobel, S. (2018). *Kybernetik und Kinästhetik*. Linz: lebensqualität.