

**Begleitforschung zum aktualisierten
Expertenstandard-Entwurf nach § 113a SGB XI
„Erhaltung und Förderung der Mobilität in der
Pflege“ (ExMo)**

Abschlussbericht

M. A. Greta Kaldinski, M. Sc. Cassandra A. Omane, B. Sc. Sina Ebert und
Dr. Christof Veit

Hamburg, den 23. Mai 2024



INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	_____	V
Abbildungsverzeichnis	_____	IX
Abkürzungsverzeichnis	_____	XIV
Zusammenfassung	_____	XV
1	Einleitung	1
2	Hintergrund	3
2.1	Evaluationsgegenstand	3
2.2	Umfeld der Evaluation	5
3	Ziele der Evaluation	9
3.1	Wirkungs- und Effektivitätsanalyse des ExMo	9
3.1.1	Zentrale Fragestellungen	9
3.1.2	Erläuterungen zu den zentralen Fragestellungen	10
3.2	Effizienzanalyse des ExMo	14
3.3	Förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung des ExMo	16
3.4	Umsetzung der Evaluationsfragestellungen	16
4	Methodik	19
4.1	Online-Befragungen der Einrichtungen	19
4.1.1	Stuserhebung (t_{ST} und t_{0-MOB})	19
4.1.2	Zweiterhebung der mobilitätsbezogenen Aktivitäten (t_{1-MOB})	21
4.1.3	Abschlusserhebung der mobilitätsbezogenen Aktivitäten (t_{2-MOB})	22
4.2	Erhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen	22
4.2.1	Auswahl teilnehmender Einrichtungen	23
4.2.2	Datenerhebung	24
4.2.3	Auswahl der pflegebedürftigen Personen für die Erhebung der Ergebnisqualität	26
4.2.4	Ersterhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})	29
4.2.5	Zweiterhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})	39
4.3	Validierung der Angaben der Einrichtungen (t_{VAL})	40

4.4	Einstufung der Einrichtungen und Dienste in Performance-Kategorien _____	41
4.4.1	Erst-Einstufung der Einrichtungen und Dienste _____	41
4.4.2	Revision der Einstufung der Einrichtungen und Dienste _____	44
4.5	Mobilitätsbezogene Indikatorendaten _____	45
4.6	Statistische Analyse _____	47
4.7	Expertenworkshop _____	53
5	Ergebnisse der Evaluation _____	55
5.1	Ausgangssituation _____	55
5.1.1	Strukturen und Prozesse bei den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	55
5.1.2	Strukturen und Prozesse bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	72
5.1.3	Status der pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	87
5.2	Veränderungen und Abschlussituation _____	99
5.2.1	Strukturen und Prozesse bei den stationären Einrichtungen (t_{1-MOB} und t_{2-MOB}) _____	99
5.2.2	Strukturen und Prozesse bei den ambulanten Diensten (t_{1-MOB} und t_{2-MOB}) _____	115
5.2.3	Revision der Einstufung der Einrichtungen und Dienste _____	133
5.2.4	Relevante Veränderungen im Status der pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	134
5.3	Hinderliche und Förderliche Faktoren zur Umsetzung des ExMo _____	149
5.4	Analysen zur Wirksamkeit des ExMo _____	151
5.4.1	Einfluss des ExMo auf die Mobilität der pflegebedürftigen Personen _____	152
5.4.2	Wirksamkeit der Mobilitätsförderung auf die Mobilität _____	153
5.4.3	Korrelation zwischen Mobilitätsförderung und Umsetzung des ExMo _____	154
5.4.4	Korrelation der Mobilitätsförderung mit der Performanz _____	155
5.4.5	Korrelation der Umsetzung des ExMo mit der Performanz _____	156
5.4.6	Korrelation der Umsetzung des ExMo mit der Teilhabe _____	157
5.4.7	Einfluss der Umsetzung des ExMo auf den Gesamtstatus _____	158
5.4.8	Einfluss der Umsetzung des ExMo auf die Lebensqualität _____	159

5.4.9	Korrelation der Mobilitätsveränderung mit der Performanz der Praxiseinrichtungen _____	160
5.4.10	Korrelation der EBoMo Mobilitätseinstufung mit der Performanz der Praxiseinrichtungen _____	162
5.4.11	Korrelation der Teilhabe mit der Performanz der Praxiseinrichtungen _____	163
5.4.12	Kurzversion der Ergebnisse der Analysen zur Wirksamkeit des ExMo _____	164
5.5	Befragungsergebnisse mit Bezug zur Effizienz des ExMo _____	166
5.6	Indikatorendaten der Gesamtstichprobe und der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen _____	168
5.6.1	Vergleich der Daten des BI-Moduls I der bundesweiten Stichprobe und der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen _____	170
5.6.2	Korrelation zwischen den Indikatorendaten und der per Assessment gemessenen Mobilität _____	174
5.6.3	Korrelation der Indikatorendaten mit den Messwerten des EBoMo _____	175
6	Diskussion _____	176
6.1	Diskussion der Ergebnisse auf die zentralen Evaluationsfragen _____	176
6.1.1	Auswirkungen des ExMo auf das Outcome _____	176
6.1.2	Auswirkungen der Einführung des ExMo auf die Umsetzung der Mobilitätsförderung _____	176
6.2	Diskussion der Ausgangssituation _____	177
6.3	Diskussion der Veränderungen und Abschlusssituation _____	179
6.4	Diskussion der Indikatorendaten _____	181
6.5	Diskussionspunkte aus dem Expertenworkshop _____	183
6.6	Wirksamkeit des ExMo und der Mobilitätsförderung _____	184
7	Limitationen _____	186
8	Fazit _____	188
9	Literatur _____	191
Anhang	195	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aspekte und Merkmale von Lebensqualität. _____	13
Tabelle 2: Primäre Fragestellungen der Evaluation _____	17
Tabelle 3: Weitere Fragestellungen der Evaluation _____	18
Tabelle 4: Konkretisierung der Frage zur Umsetzung des ExMo zum Zeitpunkt t_{1-MOB} _____	21
Tabelle 5: Ausschlusskriterien zur Auswahl von Einrichtungen zur Teilnahme _____	23
Tabelle 6: Übersicht über die Schulungen zu den Messinstrumenten _____	24
Tabelle 7: Ratio von Pflegeexpert:innen und betreuten Einrichtungen _____	25
Tabelle 8: Kriterien für die Auswahl der pflegebedürftigen Personen in stationären Einrichtungen _____	27
Tabelle 9: Kriterien für die Auswahl der pflegebedürftigen Personen in ambulanten Diensten _____	28
Tabelle 10: Abgrenzung der Demenzstadien mittels MMST _____	31
Tabelle 11: Zuordnung der Items des WHOQOL-BREF zu den Auswertungsdomänen _____	33
Tabelle 12: Subskalen und korrespondierende Wertebereiche des QUALIDEM _____	35
Tabelle 13: Beispiele für Fragen zur Validierung der Angaben der Einrichtungen _____	40
Tabelle 14: Definition der Performance-Kategorien _____	42
Tabelle 15: Kompetenz- und Umsetzungsgrade zur Bewertung der Freitexte _____	44
Tabelle 16: Definition der Performance-Kategorien inkl. der vierten Performance-Kategorie _____	45
Tabelle 17: Interpretation von Cramer's V nach Cohen (1988), zitiert nach Ellis (2010) _____	50
Tabelle 18: Interpretation des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman. _____	50
Tabelle 19: Bundesländer und Trägerschaften der stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	56
Tabelle 20: Einwohnenden- und Mitarbeitenden-Anzahl der stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	57
Tabelle 21: Anzahl pflegebedürftiger Personen in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	57
Tabelle 22: Kompetenzen der Pflegefachkräfte in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	58
Tabelle 23: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	60
Tabelle 24: Frage nach der Sinnhaftigkeit von Mobilitätsförderung bei den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	60
Tabelle 25: Kapazität der stationären Einrichtungen zur Mobilitätsförderung (t_{0-MOB}) _____	62
Tabelle 26: Wirkung und Dokumentation der Maßnahmen in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	65

Tabelle 27: Validierungsergebnisse für die stationären Einrichtungen (t_{VAL}) _____	71
Tabelle 28: Zusammenfassung der Ausgangssituation der stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	72
Tabelle 29: Bundesländer und Trägerschaften der ambulanten Dienste (t_{0-MOB}) _____	72
Tabelle 30: Einwohnenden- und Mitarbeitenden-Anzahl der ambulanten Dienste (t_{0-MOB}) _____	73
Tabelle 31: Anzahl der versorgten pflegebedürftigen Personen bei den ambulanten Diensten nach Pflegergrad (t_{0-MOB}) _____	74
Tabelle 32: Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	74
Tabelle 33: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	75
Tabelle 34: Frage nach der Sinnhaftigkeit von Mobilitätsförderung bei den amb. Diensten (t_{0-MOB}) _____	76
Tabelle 35: Personalausstattung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	77
Tabelle 36: Wirkung und Dokumentation der Maßnahmen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	80
Tabelle 37: Validierungsergebnisse für die ambulanten Dienste (t_{VAL}) _____	86
Tabelle 38: Zusammenfassung der Ausgangssituation der ambulanten Pflegedienste (t_{0-MOB}) _____	87
Tabelle 39: Wertebereiche zur Schweregradeinteilung der Demenz nach MMST _____	88
Tabelle 40: MMST-Ergebnisse beider Versorgungsformen (t_{0-EQ}) _____	88
Tabelle 41: Häufigkeit pro EBoMo-Item der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	91
Tabelle 42: Häufigkeit pro EBoMo-Item der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	93
Tabelle 43: EBoMo-Häufigkeiten pro Kategorie beider Versorgungsformen (t_{0-EQ}) _____	94
Tabelle 44: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der stationären pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	95
Tabelle 45: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	95
Tabelle 46: QUALIDEM-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	96
Tabelle 47: QUALIDEM-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	96
Tabelle 48: Ziele und Motivationsgrad der pflegebedürftigen Personen bzgl. der Mobilitätsförderung (t_{0-EQ}) _____	98
Tabelle 49: Zusammenfassung der Ausgangssituation der pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}) _____	98
Tabelle 50: Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei den stationären Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB}) _____	99
Tabelle 51: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo in den stationären Einrichtungen _____	100

Tabelle 52: Personalausstattung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB}) _____	103
Tabelle 53: Wirksamkeit der Maßnahmen bei den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} und t_{2-MOB}) _____	105
Tabelle 54: Veränderungen u. Abschlussituation der stationären Einrichtungen (t_{1-MOB} und t_{2-MOB}) _____	114
Tabelle 55: Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB}) _____	115
Tabelle 56: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB}) _____	116
Tabelle 57: Einschätzung der Sinnhaftigkeit von Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB}) _____	117
Tabelle 58: Personalausstattung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB}) _____	120
Tabelle 59: Wirksamkeit der Maßnahmen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB}) _____	122
Tabelle 60: Zusammenfassung der Veränderungen sowie Abschlussituation der ambulanten Pflegedienste (t_{1-MOB} und t_{2-MOB}) _____	132
Tabelle 61: Revision der Performanzgruppe nach der zweiten Erhebung (t_1 ; Stationäre Pflegeeinrichtungen). _____	134
Tabelle 62: Revision der Performanzgruppen nach der 2. Erhebung (t_1 ; Ambulante Pflegedienste). _____	134
Tabelle 63: MMST-Mittelwerte beider Versorgungsformen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) _____	135
Tabelle 64: MMST-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) _____	135
Tabelle 65: MMST-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) _____	136
Tabelle 66: Häufigkeit pro EBoMo-Item der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	138
Tabelle 67: Häufigkeit pro EBoMo-Item der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	139
Tabelle 68: EBoMo-Häufigkeiten pro Mobilitätskategorie der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) _____	140
Tabelle 69: EBoMo-Häufigkeiten pro Mobilitätskategorie der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) _____	140
Tabelle 70: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	141
Tabelle 71: Vergleich des WHOQOL-BREF bei stationär versorgten pflegebedürftigen Personen zu t_{0-EQ} und t_{1-EQ} _____	141
Tabelle 72: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	142

Tabelle 73: Vergleich WHOQOL-BREF bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen zu t_{0-EQ} und t_{1-EQ} _____	143
Tabelle 74: QUALIDEM-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	144
Tabelle 75: Vergleich des QUALIDEM bei stationär versorgten pflegebedürftigen Personen zu t_{0-EQ} und t_{1-EQ} _____	144
Tabelle 76: QUALIDEM-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	145
Tabelle 77: Vergleich beider Erhebungszeitpunkte des QUALIDEM bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) _____	146
Tabelle 78: Ziele und Motivationsgrad der pflegebedürftigen Personen bzgl. der Mobilitätsförderung (t_{1-EQ}) _____	147
Tabelle 79: Zusammenfassung der Veränderungen und Abschlussituation der pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) _____	148
Tabelle 80: Hinderliche Faktoren für die ExMo-Einführung in den Einrichtungen (t_{1-MOB}) _____	149
Tabelle 81: Förderliche Faktoren für die ExMo-Einführung in den Einrichtungen (t_{1-MOB}) _____	150
Tabelle 82: Unterschiede in der Entwicklung der WHOQoL Aspekte bei den Performanzgruppen _____	159
Tabelle 83: Differenzen in den EBoMo Ergebnissen zwischen t_0 und t_1 _____	163

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang von ExMo, Mobilität und Outcome _____	4
Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung _____	19
Abbildung 3: Ablauf der Erstassessments (t_{0-EQ}) _____	29
Abbildung 4: Auswahl der Befragungsinstrumente in Abhängigkeit des erreichten MMST Score _____	30
Abbildung 5: Ablauf der Zweitassessments (t_{1-EQ}) _____	39
Abbildung 6: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden in der Mobilitätsförderung bei den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	59
Abbildung 7: Umsetzungsgrad des ExMo in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	61
Abbildung 8: Mobilitätsförderung und aktueller Forschungsstand in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	63
Abbildung 9: Individuelle Maßnahmenplanung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	64
Abbildung 10: Erfassung von Stürzen und Dekubitalulzera in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	66
Abbildung 11: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen in den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	67
Abbildung 12: Einzel- und Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung in den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	68
Abbildung 13: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzel- und Gruppenangeboten in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	68
Abbildung 14: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für die Mobilitätsförderung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB}) _____	69
Abbildung 15: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	75
Abbildung 16: Mobilitätsförderung und aktueller Forschungsstand bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	78
Abbildung 17: Individuelle Maßnahmenplanung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	79
Abbildung 18: Erfassung von Stürzen und Dekubitalulzera bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	81
Abbildung 19: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB}) _____	81

Abbildung 20: Einzel- und Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB}) _____	82
Abbildung 21: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzel- und Gruppenangeboten bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB}) _____	83
Abbildung 22: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für die Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB}) _____	84
Abbildung 23: Häufigkeit nach Schweregrad der Demenz bei stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t _{0-EQ}) _____	89
Abbildung 24: Häufigkeit nach Schweregrad der Demenz bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t _{0-EQ}) _____	89
Abbildung 25: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	100
Abbildung 26: Umsetzungsgrad des ExMo in den stationären Einrichtungen (t _{1-MOB} und t _{2-MOB}) _____	101
Abbildung 27: Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo in den stationären Einrichtungen (t _{1-MOB} und t _{2-MOB}) _____	102
Abbildung 28: ExMo-Umsetzung und Veränderung der Mobilitätsförderung (t _{2-MOB}) _____	102
Abbildung 29: Individuelle Maßnahmenplanung in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	104
Abbildung 30: Einbezug der Präferenzen in die Maßnahmenplanung (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	105
Abbildung 31: Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	106
Abbildung 32: Erfassung von Stürzen in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	107
Abbildung 33: Erfassung von Dekubitalulzera in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	107
Abbildung 34: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	108
Abbildung 35: Einzelangebote zur Mobilitätsförderung in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	109
Abbildung 36: Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	109
Abbildung 37: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzelangeboten in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	110

Abbildung 38: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Gruppenangeboten in den stationären Einrichtungen (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	111
Abbildung 39: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Einzelangebote zur Mobilitätsförderung in den stat. Einrichtungen (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	112
Abbildung 40: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung in den stat. Einrichtungen (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	112
Abbildung 41: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	116
Abbildung 42: Umsetzungsgrad des ExMo bei den ambulanten Diensten (t _{1-MOB} und t _{2-MOB}) _____	118
Abbildung 43: Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo bei den ambulanten Diensten (t _{1-MOB}) _____	119
Abbildung 44: ExMo-Umsetzung und Veränderung der Mobilitätsförderung (t _{2-MOB}) _____	119
Abbildung 45: Individuelle Maßnahmenplanung bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	121
Abbildung 46: Einbezug der Präferenzen in die Maßnahmenplanung bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	122
Abbildung 47: Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	123
Abbildung 48: Erfassung von Stürzen bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	124
Abbildung 49: Erfassung von Dekubitalulzera bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	124
Abbildung 50: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	125
Abbildung 51: Einzelangebote zur Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	126
Abbildung 52: Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	127
Abbildung 53: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzelangeboten bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	128
Abbildung 54: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Gruppenangeboten bei den ambulanten Diensten (t _{0-MOB} und t _{2-MOB}) _____	129
Abbildung 55: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Einzelangebote zur Mobilitätsförderung bei den amb. Diensten (t _{0-MOB} bis t _{2-MOB}) _____	129

Abbildung 56: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung bei den amb. Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})	130
Abbildung 57: Test auf Zusammenhang zwischen ExMo und Mobilität	152
Abbildung 58: Einfluss der Mobilitätsförderung auf die Mobilität	153
Abbildung 59: Test auf Zusammenhang zwischen ExMo und Mobilitätsförderung	154
Abbildung 60: Zusammenhang zwischen den Performanzgruppen und der Mobilitätsförderung	155
Abbildung 61: Zusammenhang zwischen den Performanzgruppen und der Umsetzung des ExMo	156
Abbildung 62: ExMo und Gesamtstatus	159
Abbildung 63: Mobilitätsentwicklung zwischen t_0 und t_1 bei den Performanzgruppen (Assessmentdaten)	161
Abbildung 64: Mobilitätsentwicklung zwischen t_0 und t_1 bei den Performanzgruppen (Indikatorendaten)	161
Abbildung 65: Mobilitätsentwicklung anhand des EBoMo zwischen t_0 und t_1 bei den Performanzgruppen	162
Abbildung 66: Teilhabeentwicklung zwischen t_0 und t_1 bei den Performanzgruppen	164
Abbildung 67: Vergleich der Indikatorendaten der bundesweiten Stichprobe ($n = 400$) sowie der teilnehmenden Einrichtungen ($n = 27$). Darstellung exklusive der fehlenden Werte (n (Stichprobe) fehlend: 2991 Indikatorendaten; n (teilnehmende Einrichtungen) fehlend: 164)	169
Abbildung 68: Vergleich der mobilitätsbezogenen Indikatorendaten der bundesweiten Stichprobe ($n = 400$) sowie der teilnehmenden Einrichtungen ($n = 27$). Darstellung exklusive der fehlenden Werte (n (Stichprobe) fehlend: 519 Indikatorendaten; n (teilnehmende Einrichtungen) fehlend: 21).	170
Abbildung 69: Angaben des BI-Moduls I von der bundesweiten Stichprobe (gesammelt von den Stichtagen des 2. Halbjahres 2023 und 1. Halbjahres 2023; $n = 55036$).	171
Abbildung 70: Angaben des BI-Moduls I von den teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen (gesammelt von den Stichtagen des 2. Halbjahres 2022 und 1. Halbjahres 2023, $n = 4346$).	172

Abbildung 71: Angaben des BI-Moduls I aller pflegebedürftiger Personen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen (gesammelt von den Stichtagen des 1. Halbjahres 2023, n = 2109).	173
Abbildung 72: Angaben des BI-Moduls I der in die Begleitforschung einbezogenen stationär versorgten pflegebedürftigen Personen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen(t _{0-EQ} ; n = 250)	173
Abbildung 73: Korrelation der Indikatorendaten mit den Mobilitätsdaten der Assessments	174
Abbildung 74: Korrelation zwischen dem Gesamtscore der Indikatorendaten und den EBoMo Ergebnissen	175
Abbildung 75 Angebote zu Mobilitätsförderung/-erhalt	178

Abkürzungsverzeichnis

Im Text verwendete Abkürzungen (alphabetisch):

Amb	ambulant
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS Institut	BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
DAS Pflege	Datenauswertungsstelle Pflege
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EBoMo	Erfassungsbogen Mobilität
EMindBauVO	Einrichtungenmindestbauverordnung
ExMo	Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege“
HmbWBG	Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz
LHeimBauVO	Landesheimbauverordnung
IK-Nummer	Institutionskennzeichen
MMST	Mini-Mental-Status-Test
PfleWogG	Pflege- und Wohnqualitätsgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
QAP	Qualitätsausschuss Pflege
SbStG-DVO	Selbstbestimmungsstärkungsgesetz - Durchführungsverordnung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch
SQV	Strukturqualitätsverordnung
Stat	Stationär
ThürWTG	Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – BREF Fragebogen
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz
WTG-BauV	Wohnteilhabe-Bauverordnung
WTG DVO	Wohn- und Teilhabegesetz - Durchführungsverordnung

Zusammenfassung

Hintergrund: Die vorliegende Begleitforschung behandelt den aktualisierten Entwurf des Expertenstandards Mobilität (ExMo) des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) aus dem Jahr 2020. In einer vorherigen Studie wurde die prinzipielle Wirksamkeit des ExMo belegt. Fraglich ist, ob die Umsetzung des ExMo im Routinebetrieb wirksam, effektiv und effizient ist. Es wurde daher unter Einbeziehung von 32 stationären Pflegeeinrichtungen, 8 ambulanten Pflegediensten und insgesamt 325 pflegebedürftige Personen untersucht, ob zwischen der Intervention zur Förderung der Mobilität einerseits (Mobilitätsförderung und ExMo) und dem Mobilitäts-, dem Teilhabe- und Lebensqualitäts-Outcome der pflegebedürftigen Personen andererseits eine Korrelation besteht.

Methodik: Es wurden unterschiedliche Methoden zu drei Messzeitpunkten eingesetzt. Dies umfasst Online-Befragungen, Assessments bei den pflegebedürftigen Menschen (zur Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe) sowie den Einbezug mobilitätsbezogener Indikatoren-Daten. Um eine aggregierte Analyse zu ermöglichen, wurden die Einrichtungen in Performanzgruppen eingeordnet. Die generierten Daten wurden deskriptiv ausgewertet und zusätzlich wurden tiefergehende, statistische Analysen durchgeführt. Um die Ergebnisse einzuordnen und kritisch zu diskutieren, fand ein Expertenworkshop statt.

Ergebnisse: Die Umsetzung des ExMo und der Mobilitätsförderung korreliert signifikant mit der Mobilität der pflegebedürftigen Personen sowie deren Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe. Eine etwas schwächere Korrelation besteht mit der Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen. Zwischen Mobilitätsförderung und Umsetzung des ExMo besteht in der praktischen Durchführung ein intensiver Zusammenhang. Eine Einteilung der Pflegeeinrichtungen in Low-, Medium-, High Performer und Improver scheint eine geeignete Einteilung zur Bildung von Gruppen ähnlicher Performanz und Outcome darzustellen.

Limitationen: Eine Übertragung der Ergebnisse aus dem stationären Bereich auf den ambulanten Pflegebereich ist derzeit nur im Analogschluss, jedoch nicht aufgrund statistischer Daten möglich, da lediglich Daten von 27 ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen verglichen werden können. Von größerer Unsicherheit begleitet ist außerdem die Validität von Einschätzungen Dritter, wie bspw. die Einschätzung der Lebensqualität bei nicht auskunftsfähigen Personen.

Implikationen für die gesundheitswissenschaftliche Praxis: Die Wirksamkeit von Mobilitätsförderung und der Umsetzung des ExMo ist durch die Begleitforschung nachgewiesen. Auf Basis der Begleitforschung ist keine Aussage zur Wirksamkeit der Umsetzung des ExMo im ambulanten Setting möglich.

1 Einleitung

Die nationalen Expertenstandards sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege beitragen sollen (Büscher et al., 2019). Sie zeichnen sich durch eine gleichrangige Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und praxisbezogener Erfahrungen aus. Vor diesem Hintergrund definieren sie klare Ziele und geeignete Maßnahmen, insbesondere in relevanten Themenfeldern der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat bislang eigenständig und unabhängig von einer Beauftragung nach § 113a SGB XI insgesamt zehn Expertenstandards in der Pflege entwickelt. Diese Standards repräsentieren ein breites Spektrum von Themen in der Pflegepraxis und umfassen die Dekubitusprophylaxe, das Entlassungsmanagement, das Schmerzmanagement, die Sturzprophylaxe, die Förderung der Harnkontinenz, die Versorgung chronischer Wunden, das Ernährungsmanagement, die Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz, die Mundgesundheit sowie die Förderung und Erhaltung der Hautintegrität (DNQP, 2023).

Die Erstentwicklung des Expertenstandards Erhaltung und Förderung der Mobilität (ExMo) wurde im Jahr 2014 durch das DNQP abgeschlossen. Eine modellhafte Implementierung sowie dazugehörige Evaluation erfolgten von 2015 bis 2016 durch das Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM) der Universität Bremen unter Einbezug von 55 Pflegeeinrichtungen/Pflegediensten. Dabei konnte keine eindeutige Wirksamkeit nachgewiesen werden (Medizinischer Dienst Bund, 2023; Görres et al., 2016). Eine Aktualisierung des ExMo erfolgte im Jahr 2019 ebenfalls durch das DNQP. Die geringfügigen Aktualisierungen wurden im Oktober 2020 veröffentlicht (Büscher et al., 2020).

Die BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH (BQS Institut) wurde am 5. Juli 2022 mit der Begleitforschung zur Wirkung des ExMo von der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege (QAP) beauftragt.

Ziel des ExMo ist es, die Mobilitätsförderung für pflegebedürftige Personen besonders in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten durch flankierende steuernde und involvierende Maßnahmen noch effektiver und effizienter zu gestalten (Büscher et al., 2020).

Im Zentrum der Untersuchung steht die Frage, inwiefern die Umsetzung des ExMo eine positive Wirkung auf die Versorgungsqualität, insbesondere aus der Nutzerperspektive, entfalten kann. Berücksichtigt werden dabei folgende Outcomes bei den pflegebedürftigen Personen:

- Mobilität
- Lebensqualität
- Soziale Teilhabe

Um die Ziele der Evaluation und die damit verbundenen Fragestellungen beantworten zu können, wurden schlussendlich 27 vollstationäre, 5 teilstationäre und 8 ambulante Einrichtungen in die Begleitforschung eingeschlossen. Mittels verschiedener Erhebungsinstrumente, wurden Daten von insgesamt 325 pflegebedürftigen Personen generiert.

Im vorliegenden Abschlussbericht werden sämtliche Phasen der Begleitforschung zum ExMo von der Methodik, über die Ergebnisse bis hin zur Diskussion der Ergebnisse dargelegt. Im Kapitel 2 werden die Hintergründe der Evaluation beschrieben. Dazu zählen der Evaluationsgegenstand sowie Aspekte, die im Umfeld der Evaluation beachtet werden müssen. Es folgt die Darlegung der Ziele der Evaluation inklusive einer Beschreibung der Fragestellungen in Kapitel 3. Kapitel 4 beschreibt und begründet die gewählte Methodik. Kapitel 5 präsentiert die Ergebnisse im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen der Begleitforschung. Schlussendlich werden die Ergebnisse diskutiert (Kapitel 6) und Limitationen der Begleitforschung (Kapitel 7) aufgezeigt. Den Abschluss bildet ein Fazit (Kapitel 8).

2 Hintergrund

Im folgenden Unterkapitel (Kapitel 2.1) wird der Evaluationsgegenstand, explizit der ExMo sowie die Evaluationsaspekte von diesem erläutert. Anschließend wird in Unterkapitel 2.2 das Umfeld der Evaluation beschrieben. Das Umfeld der Evaluation beschreibt Aspekte, die aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen bei der Begleitforschung beachtet werden sollten.

2.1 Evaluationsgegenstand

Gegenstand der Evaluation ist der aktualisierte ExMo-Entwurf des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) aus dem Jahr 2020.

ExMo

Ziel des ExMo ist es, dass „jeder pflegebedürftige [...] Mensch pflegerische Unterstützung erhält, die zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beiträgt“. Mobilität wird im ExMo folgendermaßen definiert: „Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen“. Dies umfasst Lagewechsel im Liegen, das Hinsetzen, das Umsetzen, das Aufstehen sowie das Gehen mit oder ohne Hilfen (Büscher et al., 2020).

Der ExMo richtet sich an stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste (im Folgenden: „Einrichtungen“) und die dort tätigen Pflegefachkräfte und schreibt fünf Maßnahmen vor:

- Wiederholte Einschätzung der pflegebedürftigen Personen (Mobilität, Probleme, Wünsche, Ressourcen)
- Planung und Koordination der Maßnahmen (mit pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen unter Berücksichtigung von deren Präferenzen)
- Information, Beratung, Anleitung der pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen
- Angebote und Durchführung der mobilitätsfördernden Maßnahmen
- Überprüfung (des Erfolgs, der Angemessenheit) und ggf. Anpassungen des Vorgehens

Damit umfasst der ExMo ausschließlich Aktivitäten zur Lenkung von Maßnahmen zur Mobilitätsförderung. Darin unterscheidet sich der ExMo essentiell von anderen medizinisch-pflegerischen Leitlinien, die überwiegend die direkten Maßnahmen der Diagnostik, Behandlung und Pflege von Menschen als Standard vorgeben und deswegen eine direkte Wirksamkeit auf die Pflege- oder Behandlungsbedürftigen haben. Im Gegensatz dazu kann der ExMo nur indirekte, aber durchaus relevante Wirkung entfalten (s. Abbildung 1).

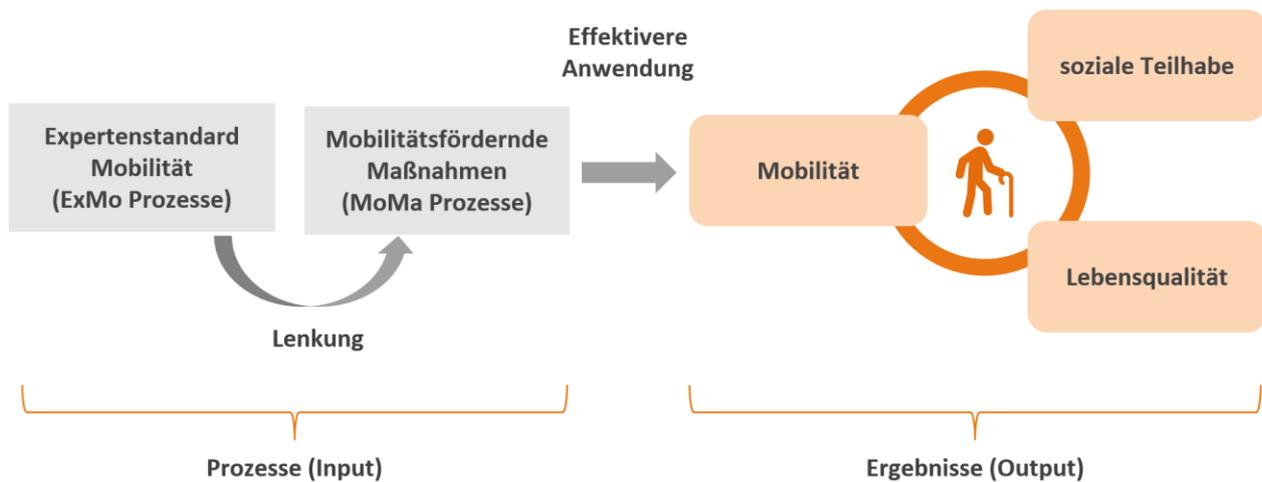


Abbildung 1: Zusammenhang von ExMo, Mobilität und Outcome

Die Wirksamkeit des ExMo setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

- Das Potential des Expertenstandards, die Maßnahmen der Mobilitätsförderung durch zielgerichtete Maßnahmen wirksamer und effizienter zu machen.
- Die adäquate Umsetzung des ExMo durch die Pflegeeinrichtungen, d. h. die Realisierung des Potentials des ExMo in der Praxis.
- Der durch die Anwendung des ExMo verbesserte Einsatz wirksamer Maßnahmen zur Mobilitätsförderung, die auf die Bedarfe der pflegebedürftigen Menschen zugeschnitten sind.

Evaluationsaspekte des ExMo

Die Wirkungsanalysen dieser Begleitforschung befassen sich damit, ob die Umsetzung der Standards des ExMo die gewünschten Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, insbesondere aus der Nutzerperspektive, haben. Daraus ergeben sich folgende Evaluationsaspekte:

- **Strukturqualität:** Grad der Kompetenz in den Einrichtungen zur Umsetzung von Mobilitätsförderung und des ExMo, z. B.
 - Kompetenz der Mitarbeitenden hinsichtlich Mobilitätsförderung und hinsichtlich des ExMo,
 - etablierte Verfahrens- und Pflegestandards zur Mobilitätsförderung sowie
 - geeignete Ausstattung der Einrichtungen.
- **Prozessqualität:**
 - Umsetzungsgrad der Prozesse der Mobilitätsförderung,
 - Umsetzungsgrad der Managementprozesse des ExMo zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz der Mobilitätsförderung.

- **Ergebnisqualität/Effektivitätsauswirkungen:**
 - Verbesserung der Prozesse zur Förderung der Mobilität der pflegebedürftigen Personen durch die Maßnahmen ExMo in den Einrichtungen
 - Verbesserung oder der Erhalt von Mobilität, sozialer Teilhabe und Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen durch das verbesserte Management der Mobilitätsförderung

Weiterhin werden

- Auswirkungen durch die Umsetzung des ExMo in den Einrichtungen sowie
- hinderliche und förderliche Faktoren zur Umsetzung des ExMo

untersucht.

Die Evaluationsergebnisse sollen die Grundlage für die Entscheidung zur verpflichtenden Einführung des ExMo bilden.

Zielgruppe des ExMo

Zu den zu berücksichtigenden Beteiligten in der Begleitforschung zählen die pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst als Mitwirkende berücksichtigt werden sollen, die sie versorgenden stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, repräsentiert durch die verantwortlichen Leitungskräfte sowie examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und dreijährig ausgebildete Altenpfleger:innen.

2.2 Umfeld der Evaluation

Im Folgenden wird das Umfeld der Pflege von pflegebedürftigen Menschen dargestellt, das natürlich mit seinen vielen unterschiedlichen Faktoren einen komplexen Einfluss auf die Umsetzung des ExMo hat, sowohl in fördernder als auch in hemmender Weise. Bei der Analyse der Wirksamkeit des ExMo können diese einzelnen Faktoren nicht einzeln berücksichtigt werden. Für ein so komplexes Analysemodell müsste man eine extrem viel größere Teilnahmequote erreichen, als sie derzeit realistisch ist. Den anzunehmend größten Einfluss haben sicherlich die Faktoren, die die Verfügbarkeit von Personalressourcen positiv oder negativ beeinflussen. Das lässt sich schon aus der Kenntnis der Situation in den Pflegeeinrichtungen sicher sagen.

Durch eine möglichst breite Streuung der einbezogenen Praxiseinrichtungen nach Größe, Region, Pflegeangebot, bereits bestehender oder noch fehlender Erfahrungen mit dem ExMo etc. soll eine Analysesituation geschaffen werden, in der die Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen so gemischt ist, dass ihre Zusammensetzung der Gruppe aller Pflegeeinrichtungen ähnelt. Nur so können Aussagen gemacht werden, die allgemein übertragbar sind.

Auch wenn in den folgenden Analysen und Schlussfolgerungen die hier genannten Einflussfaktoren nicht einzelnen berücksichtigt werden können, weil dazu die Anzahl der teilnehmenden Praxiseinrichtungen nicht reichen würde, sollten dennoch die einzelnen Aspekte genannt werden.

Weitere Expertenstandards

Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nach dem entsprechenden Expertenstandard können die Sicherheit von pflegebedürftigen Personen bei ihren Bewegungen erhöhen, ihr Sicherheitsgefühl verbessern und den Mut zur Mobilität vergrößern (Büscher et al., 2022).

Umgekehrt ist eine verbesserte Mobilität stets ein wichtiger Teil der Dekubitusprophylaxe. Auch hierfür hat das DNQP einen Expertenstandard entworfen, der inzwischen von vielen Pflegeeinrichtungen genutzt wird (Büscher et al., 2017). Auf diese Weise stehen die Expertenstandards ExMo, Sturzprophylaxe und Dekubitusprophylaxe miteinander in wechselseitigen Beziehungen.

Aktivierende Pflege

Es ist zwischen der aktivierenden Pflege und der Mobilitätsförderung zu differenzieren. Gemäß dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist das Ziel der aktivierenden Pflege, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der pflegebedürftigen Menschen zu fördern. Die pflegebedürftigen Personen sind beim Erhalt bzw. der Reaktivierung ihrer Fähigkeiten zur selbstständigen Versorgung zu unterstützen (BMG, 2016). Gem. § 11 Sozialgesetzbuch (SGB XI) gehört die Gewährleistung einer aktivierenden Pflege zu den Pflichten aller Pflegeeinrichtungen. Für den Erhalt oder die Reaktivierung der Selbstständigkeit ist u.a. die Motivation zur und die Durchführung von Mobilitätsförderungsmaßnahmen ein wichtiger Bestandteil. Die aktivierende Pflege hat zum Ziel, den eigenen Willen zur Selbstbestimmung zu stärken und die Möglichkeiten, diese Selbstbestimmung leben zu können und zu erweitern (Gerdemann, 2009). Die aktivierende Pflege unterscheidet sich dabei grundlegend von der kompensatorischen, versorgenden Pflege, die der pflegebedürftigen Person Aufgaben abnimmt, die sie selbst nicht mehr tragen kann (Schwarz, 2024). Die Mobilitätsförderung trainiert dahingegen die Kraft, Koordination und das Gleichgewicht, um den Willen zur Bewegung sicher und umfassend realisieren zu können (Büscher et al., 2022).

In der Begleitforschung des ExMo ist die Umsetzung der aktivierenden Pflege als eigener, wichtiger Bereich zu berücksichtigen, der Auswirkung auf die Mobilität der pflegebedürftigen Personen hat, der aber gleichzeitig von der Mobilitätsförderung abzugrenzen ist. Insbesondere sollten Formen der alltäglichen Aktivierung, wie z. B. täglich selbst zum Speisesaal zu kommen, von Mobilitätsförderung unterschieden werden.

Covid-19-Pandemie

Seit Anfang 2020 hat die Covid-19-Pandemie weitreichende Auswirkungen auf das soziale Leben der Gesellschaften insgesamt. Dazu zählen für Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege u.a. Ausgeh- und Besuchsverbote für Angehörige, die Isolation von Covid-19 betroffenen pflegebedürftigen Personen und der Verzicht auf Gemeinschaftsaktivitäten, wie z. B. auch Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung. Diese Einschränkungen sind bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen, da sich diese ggf. negativ auf die Mobilität, Lebensqualität und soziale Teilhabe ausgewirkt haben und weiterhin auswirken können.

Pflegenotstand

Seit Jahren besteht ein akuter Fachkräftemangel in der Pflege, welcher sich zu einem Pflegenotstand entwickelt hat. Eine Untersuchung des Instituts der deutschen Wirtschaft zeigte, dass in den Jahren 2020 und 2021 durchschnittlich über 17.000 Fachkräfte der Altenpflege und mehr als 14.000 Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege fehlten (Seyda et al., 2021). Ländliche Gebiete sind tendenziell stärker von einem Fachkräftemangel betroffen als städtische Gebiete (Hackmann & Sulzer, 2018). Der Fachkräftemangel wirkt sich in den Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege negativ auf die Pflege pflegebedürftiger Menschen und damit auf die möglichen Angebote und die Umsetzung der Mobilitätsförderung aus. Durch die bekannten divergierenden Entwicklungen von Pflegebedarf und Pflegeressourcen sind mehr pflegebedürftige Personen durch weniger Pflegepersonal zu betreuen, was in einer geringen Betreuungszeit je pflegebedürftiger Person resultiert (Rothgang et al., 2012). Der Fachkräftemangel erschwert die Umsetzung des ExMo und anderer Expertenstandards und ist in der Begleitforschung zu berücksichtigen.

Heimgesetze der Länder

Seit der Föderalismusreform von 2007 übernehmen die Bundesländer Deutschlands die Regelung des ordnungsrechtlichen Teils der Heimgesetzgebung. Hiermit werden Fragen zur Genehmigung der Einrichtung, zu personeller oder baulicher Ausstattung und auch Aspekte betreffend der Mobilität der bewohnenden pflegebedürftigen Personen sowie dem Erhalt und der Förderung dieser beschrieben. So können diese Regelungen bereits ohne die Einführung eines Expertenstandards erste Maßnahmen oder Bestrebungen von Einrichtungen in Richtung des Erhalts und der Förderung der Mobilität bedeuten. Im Bundesheimgesetz gibt es keinen Hinweis zur Mobilitätsförderung. Einige der Länder haben jedoch in ihren Landesheimgesetzen Anforderungen hinsichtlich der Mobilität der pflegebedürftigen Menschen festgelegt. Diese sind nachfolgend aufgeführt:

- In den Wohn- und Teilhabegesetzen aus Thüringen (§ 13 Absatz 1 ThürWTG) und Sachsen-Anhalt (§ 16 Absatz 1 WTG LSA) sowie dem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz aus Bayern (Art. 19 PflWoqG)

wird erwähnt, dass in nicht selbstorganisierten ambulant betreuten Wohnformen sicherzustellen ist, dass die Leistungen unter anderem im Bereich der Mobilisierung dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechen.

- In der Durchführungsverordnung des Heimgesetzes von Schleswig-Holstein (SbStG-DVO) sowie in der Mindestbauverordnung von Mecklenburg-Vorpommern (EMindBauVO M-V) ist jeweils in § 2 Absatz 1 beschrieben, dass die räumliche und bauliche Gestaltung der stationären Einrichtungen sich danach richten sollte, dass ein Höchstmaß an Mobilität der Bewohnende gefördert und erhalten werden soll. So richten sich beispielsweise die Anzahl und die Größe der Gemeinschaftsräume in den Einrichtungen unter anderem danach wie viel Bewegungsfläche für die Nutzung von Mobilitätshilfen benötigt wird.
- Im Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Nordrhein-Westfalen wird beschrieben, dass unter sozialer Betreuung auch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von körperlicher Mobilität und Arbeitsfähigkeit verstanden wird (§ 3 Absatz 1 WTG). In der Durchführungsverordnung Nordrhein-Westfalens (§ 8 Absatz 7 WTG DVO) und der Heimbauverordnung Baden-Württembergs (§ 4 Absatz 5 LHeimBauVO) wird dazu aufgeführt, dass für mobile Bewohnende ein selbstständig nutzbarer ausreichend großer Außenbereich zur Verfügung gestellt werden soll.
- Im hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (§ 1 Absatz 2 HmbWBG) wird als ein Zweck des Gesetzes beschrieben, geeignete Rahmenbedingungen für die Erhaltung und Förderung der Mobilität zu schaffen.
- In der Strukturqualitätsverordnung Brandenburgs sind verschiedene bauliche Anforderungen für die Gewährleistung der Bewegungsfreiheit der Bewohnende beschrieben (§ 10 SQV). Hierzu zählen bspw. barrierefreie Wohnflächen, Handläufen an Fluren und Treppen und angemessene Orientierungshilfen. Hiervon könne jedoch abgewichen werden, wenn bei dem jeweiligen Personenkreis keine Einschränkungen hinsichtlich der Mobilität zu erwarten seien und diese Abweichungen mit den Personen vereinbart worden sind.
- Im Berliner Heimgesetz wird definiert, dass die Bewohnerzimmer ausreichend Fläche insbesondere für die Nutzung von Mobilitätshilfen vorhalten müssen (§ 4 Abs. 3 WTG-BauV). Auch bei weiteren auftretenden Mobilitätseinschränkungen muss eine angemessene Unterbringung in der Einrichtung weiterhin möglich sein. Auch eine gute Erreichbarkeit der Therapieräume sei notwendig, da lange Wege oder ein Verlassen der Einrichtung für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nicht zumutbar sei.

3 Ziele der Evaluation

Der Expertenstandard ExMo wird generell als sinnvoll angesehen, aber der wissenschaftliche Nachweis seiner Wirksamkeit steht noch aus. Die Instrumente der Mobilitätsförderung, die der ExMo steuern soll, wie z. B. Kraft-, Koordinations- und Gleichgewichtstraining, sind evaluiert. Diesen fügt der ExMo zusätzlich Elemente wirksamen Prozessmanagements hinzu: die gezielte Indikationsstellung, die Involvierung der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen, die Motivation zur aktiven Teilnahme, die kritische Betrachtung und Bewertung der Ergebnisse und ggf. die Korrektur der Maßnahmen in einem klassischen PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act-Zyklus). Die zentrale Fragestellung ist, ob wissenschaftlich nachgewiesen werden kann, dass die Anwendung des ExMo im Routinebetrieb der Pflege – also außerhalb standardisierter Studienbedingungen – wirksam, effektiv und effizient ist.

3.1 Wirkungs- und Effektivitätsanalyse des ExMo

3.1.1 Zentrale Fragestellungen

Es ergeben sich in dieser Situation folgende zentrale Fragestellungen für die Begleitforschung:

- Welche Auswirkungen hat der ExMo auf das Outcome der Mobilitätsförderung?
Hierzu zählen besonders Aspekte der pflegebedürftigen Personen im Hinblick auf ihre
 - Mobilität der pflegebedürftigen Menschen
 - Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen
 - Sozialen Teilhabe

Aber auch nicht intendierte Veränderungen sind zu nennen, falls solche beobachtet werden.

- Welche Auswirkungen hat der ExMo auf die Strukturen und Prozesse der Mobilitätsförderung?
Dies betrifft insbesondere
 - die Kompetenzen der Pflegekräfte
 - eine hilfreiche Unterstützung der Mobilitätsförderung
 - eine verbesserte organisatorische Lenkung der Mobilitätsförderung

3.1.2 Erläuterungen zu den zentralen Fragestellungen

Struktur- und Prozessqualität

Da es sich bei dem ExMo um einen Lenkungsstandard handelt, werden zunächst dessen Auswirkungen auf die Organisation der Mobilitätsförderung in den Einrichtungen erfasst.

Es ist die Frage zu stellen, inwiefern die Umsetzung des ExMo zu einer Optimierung der strukturellen Grundlagen der Mobilitätsförderung (z. B. Personalressourcen, räumliche Ressourcen, Ausstattung) und zu einer Steigerung der Kompetenzen von Mitarbeitenden in der Mobilitätsförderung führt.

Neben den strukturellen Veränderungen durch den ExMo werden auch prozessuale Veränderungen in den teilnehmenden Einrichtungen erfragt. Untersucht wird bspw., ob der ExMo konsequent umgesetzt wird und ob es eine Weiterentwicklung in der Umsetzung während des Evaluationszeitraums gab.

Ergebnisqualität

Die Folgefrage ist dann, ob die strukturellen und prozessualen Veränderungen auch Veränderungen in der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen bewirken. Diese wird primär definiert als die Qualität der Outcomes bei den pflegebedürftigen Personen im Hinblick auf ihre

- Mobilität
- Lebensqualität
- Soziale Teilhabe.

Dabei ist zu beachten, dass oft bereits der Erhalt und die Stabilisierung des Status Quo für viele pflegebedürftige Personen als positiv eingestuft werden kann. Veränderungen sind daher insbesondere hinsichtlich ihrer Relevanz für die pflegebedürftigen Personen zu bewerten (Kapitel 5.4).

Mobilität, Lebensqualität und soziale Teilhabe sind keine voneinander unabhängigen Aspekte. Mobilität hat einen großen Einfluss darauf, wie weit ein Mensch am sozialen Leben teilhaben kann, wofür in vielen Aspekten eine angemessene Mobilität Voraussetzung ist. Soziale Teilhabe wiederum ist ein zentraler Aspekt menschlichen Lebens, das immer auch soziales Leben ist. Daher hat die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe einen ganz erheblichen Einfluss darauf, wie ein Mensch sein Leben empfindet, welche Lebensqualität er hat.

Mobilität ist am ehesten nach bestimmten Leistungskriterien messbar. Soziale Teilhabe wird anhand funktionaler Kriterien gemessen und Lebensqualität ist ein Konstrukt, das sich aus sehr unterschiedlichen Dimensionen zusammensetzt. Der im zweiten Assessment der Evaluation zu erhebende „Gesamtstatus“ ist eine auf fachlicher Erfahrung beruhende Gesamteinschätzung, ob und wie sich die Lebenssituation einer/s Pflegebedürftigen während der zurückliegenden Monate verändert hat.

Auswirkungen des ExMo auf die Mobilität

Ziel des ExMo ist es, dass jeder pflegebedürftige Mensch pflegerische Unterstützung zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in effektiver und effizienter Weise erhält. Mobilität wird im ExMo definiert durch „[...] die Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen.“ (vgl. Büscher et al., 2020).

Vor dem Hintergrund der Festlegung einer Mobilitätsdefinition folgte eine Sichtung der Literatur. Basierend darauf wird Mobilität im Rahmen der Begleitforschung anhand folgender Aspekte definiert (Cirkel & Juchelka, 2007; Kleina, 2014; Voelcker-Rehage, 2006):

- Möglichkeit der Fortbewegung
- Positionswechsel
- Koordination
- Transfer (bspw. aus einer sitzenden in eine liegende Position)

Evaluiert wird u.a., ob eine Korrelation zwischen der Mobilitätsförderung (Intervention) und der Mobilität (Outcome) der pflegebedürftigen Menschen besteht (Qualität der Mobilitätsförderung) und ob eine Korrelation zwischen der Umsetzung des ExMo (Intervention) und der Mobilität (Outcome) der pflegebedürftigen Menschen vorliegt (Wirksamkeit des ExMo auf das Outcome) sowie der Mobilitätsförderung (Wirksamkeit des ExMo auf die Mobilitätsförderung) vorliegt.

Da die Motivation der pflegebedürftigen Personen zum Erhalt und zur Verbesserung ihrer Mobilität eine wichtige Rolle für die Wirksamkeit der Mobilitätsförderung spielt, soll auch diese erfasst werden. Diese Motivation ist sowohl ein Faktor, den die pflegebedürftigen Menschen per se mitbringen, als auch ein Ergebnis von Mobilitätsförderung, die immer auch Motivationsförderung bedeutet.

Auswirkungen des ExMo auf die Lebensqualität

Ein weiteres Outcome der Mobilitätsförderung ist die Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen. Es existiert keine einheitliche Definition der Lebensqualität, vielmehr ist die Lebensqualität ein ganzheitliches, multidimensionales Konstrukt, welches verschiedene Facetten menschlichen Lebens berücksichtigt. Das Konstrukt wird durch die Interaktion verschiedener subjektiver und objektiver Einflüsse geprägt (Oppikofer & Mayorova, 2016). Dabei variieren je nach Messinstrument die Aspekte, die für das Konstrukt berücksichtigt werden. Die Konstrukte häufig genutzter Messinstrumente sind daher Setzungen, die inhaltlich als auch methodisch einen breiten Konsens gefunden haben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Lebensqualität 1997 als die subjektive Wahrnehmung der Lebenssituation einer Person im Kontext der Kultur und des Wertesystems, in dem diese Person lebt, in Bezug auf die individuellen Erwartungen, Ziele, Anliegen und Normen. Die Lebensqualität ist dabei ein multidimensionales Konzept, welches in komplexer Weise durch die **Umwelt**, die **psychische Verfassung**, die **körperliche Gesundheit**, den **Grad der Unabhängigkeit** und durch die **sozialen Beziehungen** beeinflusst wird. Dabei wird deutlich, dass subjektive Komponenten bei der Beurteilung der Lebensqualität eine hohe Relevanz haben (World Health Organization, 1997; Oppikofer & Mayorova, 2016).

Sowohl Radoschewski (2000) als auch Conrad und Riedel-Heller (2016) haben verschiedene Merkmale übergeordneten Aspekten zugeordnet. In Anlehnung an diese Definitionen wurde die Definition der Lebensqualität für die Evaluation des ExMo hergeleitet (s. Tabelle 1). Aspekte wie Angst vor dem Tod und Sterben wurden im Rahmen dieser Evaluation nicht aufgenommen, da angenommen wird, dass diese Aspekte nur einen marginalen Einfluss auf die mit der Mobilität verbundenen Lebensqualität vorweisen.

Diese Aspekte und Merkmale wurden für die Auswahl eines geeigneten Assessment-Instrumentes zur Erfassung von Lebensqualität (s. Kapitel 4.2.4) berücksichtigt.

Aspekt	Merkmale
Physische Lebensqualität	Schmerz
	Energie
	Schlaf
	Mobilität
	Aktivitäten des täglichen Lebens
	Abhängigkeit von medizinischer Versorgung
Umwelt	Sicherheit
	Wohnbedingungen
	Finanzielle Mittel
	Gesundheits-/Sozialversorgung
	Information/Weiterbildung
	Erholung/Freizeit
	Umfeld
	Verkehrsmittel
Psychische Lebensqualität	Stimmung
	Lernen, Gedächtnis, Konzentration
	Selbstachtung
	Körperbild
Soziale Beziehungen	Persönliche Beziehungen
	Soziale Unterstützung
	Sexualität
	Soziale Partizipation

Tabelle 1: Aspekte und Merkmale von Lebensqualität.

Eigene Darstellung, in Anlehnung an Conrad und Riedel-Heller (2016) und Radoschewski (2000)

Am Ende des zweiten Assessments sind die Pflegefachexpert:innen aufgefordert, einzuschätzen, ob sich die Lebenssituation der/des jeweiligen Pflegebedürftigen verbessert oder verschlechtert hat oder gleichgeblieben ist. Dieser Prüfparameter wurde ursprünglich „Lebenssituation“ genannt. Wegen

begrifflicher Überschneidung wurde der Prüfparameter nun „Gesamtstatus“ genannt. Die Lebenssituation ist also die Konstellation, in der Patient:innen sich befinden. Der Gesamtstatus ist das Beschreibungskonstrukt für diese Lebenssituation.

Auswirkungen des ExMo auf die soziale Teilhabe

Ein weiteres Outcome der Mobilitätsförderung ist die soziale Teilhabe der pflegebedürftigen Personen. Unter sozialer Teilhabe wird eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben verstanden. Die WHO schließt die Möglichkeit der sozialen Teilhabe bzw. von sozialen Beziehungen in ihre Definition der Lebensqualität ein (Saxena et al., 1997). Wichtige Aspekte der sozialen Teilhabe sind (United Nations Economic Commission for Europe, 2010; Simonson et al., 2013; Kolland et al., 2019):

- Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit (insbesondere in Bezug auf die eigene Mobilität)
- Bildung
- soziale Interaktionen (sowohl mit Personen des direkten Umfelds, als auch mit Personen außerhalb des Umfelds)

Im Rahmen der Begleitforschung soll geprüft werden, ob durch die Maßnahmen des ExMo die Mobilität so verbessert wird, dass dies auch die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe für die pflegebedürftigen Menschen erweitert.

3.2 Effizienzanalyse des ExMo

Bei Interventionen stellt sich die Frage, ob sie effizient eingeführt und umgesetzt werden können, d.h. ob der Aufwand für die Maßnahmen angemessen ist oder ob Optimierungsbedarf besteht.

Allerdings wurde bereits am Anfang der Begleitforschung offensichtlich, dass es schwer werden könnte, genügend Praxiseinrichtungen zur Teilnahme bewegen zu können, da viele von ihnen einen so großen Personal- und Ressourcenmangel haben, dass sie selbst bisweilen angeben, dass sie ihrer Hauptaufgabe, der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, schon kaum noch im erforderlichen Maße erfüllen können.

Eine quantitative Analyse des Aufwands für die Umsetzung des ExMo hätte selbst in einer ersten Annäherung einen erheblichen Dokumentationsaufwand bei den teilnehmenden Praxiseinrichtungen erfordert. Da der Aufwand in den einzelnen Einrichtungen davon abhängt, wie sie sich organisiert haben, hätten sie zunächst ihre internen Verfahren zur Umsetzung des ExMo skizzieren müssen. Weiterhin hätten sie dann die Aufwände vergleichbar quantitativ dokumentieren müssen – und zwar genau abgegrenzt zwischen Aufwänden für den ExMo und Aufwänden für die Mobilitätsförderung.

Aus der Varianz der Aufwände im Rahmen der jeweiligen Organisationsform des ExMo hätte man dann auf die Angemessenheit der Aufwände und ggf. vorhandene Optimierungsmöglichkeiten schließen können. Allerdings war zu befürchten, dass die Ankündigung einer zusätzlichen Aufwandsdokumentation bei den Praxiseinrichtungen wegen der Ressourcenknappheit den Willen zur Teilnahme noch relevant verringert hätte. Dabei wäre es verständlich gewesen, dass zusätzliche Aktivitäten, die nicht unverzichtbar sind, nicht übernommen werden können.

Aus diesem Grund wurde auf eine quantitative Effizienzanalyse verzichtet. Die Akquise teilnehmender Praxiseinrichtungen war ohne diesen Dokumentationsaufwand bereits schwer genug. Der Nachweis der Wirksamkeit des ExMo mit einer möglichst großen Anzahl an Praxiseinrichtungen hatten oberste Priorität.

Stattdessen wurde der Frage nach der Effizienz indirekt über die Befragung der Einrichtungen nachgegangen (s. Kapitel 4.1). Sie haben es selbst in der Hand, welche Teile des ExMo sie auf welche Weise umsetzen, und welche sie erst stufenweise einführen. Der ExMo schreibt vor, welche prozeduralen Ziele zu erreichen sind (u.a. Mobilitätsförderung bei allen pflegebedürftigen Menschen, Planung der individuellen Mobilitätsförderung zusammen mit den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, Überprüfung der Wirksamkeit und ggf. Anpassung der Maßnahmen etc.). Die Effizienz ist in Situationen mit Ressourcenmangel ein wichtiges Kriterium für die Machbarkeit: es werden nicht zu viele Ressourcen zum Erreichen der Ziele benötigt.

Daher wurde die Frage nach der Effizienz auf folgende Fragenabschnitte aufgeteilt:

- a. Bewertung der Maßnahmen des ExMo
- b. Tatsächliche Umsetzung des ExMo
- c. Fördernde und hemmende Faktoren

zu a: Die Bewertung der Maßnahmen des ExMo unabhängig davon, ob eine Praxiseinrichtung sie umsetzt, stellt dar, wie Pflegekräfte aus ihrer praxisnahen Sicht den ExMo bewerten. Nur wenn er praxistauglich erscheint, er also effizient umgesetzt werden kann, wird er Akzeptanz finden

zu b: Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Praxiseinrichtungen nur dann den ExMo umsetzen, wenn dies innerhalb ihrer Routine mit akzeptablem Aufwand zu bewerkstelligen ist.

zu c: Wäre der ExMo nicht effizient umzusetzen, weil z. B. die administrativen Erfordernisse zu hoch wären, wäre zu erwarten, dass die befragten Praxiseinrichtungen und Pflegekräfte dies bei der Abfrage der hemmenden Faktoren beklagen.

Die Ergebnisse und ihre Bewertung finden sich in Abschnitt 5.5.

3.3 Förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung des ExMo

Es wird angenommen, dass es Einrichtungen gibt, in denen der ExMo (noch) nicht vollständig umgesetzt wurde respektive die Umsetzung sehr viel länger dauert als in anderen Einrichtungen. Die Identifikation von förderlichen und hinderlichen Umsetzungsfaktoren kann wichtige Impulse für die Anpassung des ExMo sowie für die erforderliche Unterstützung der Praxiseinrichtungen zur Umsetzung des ExMo geben.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Inwieweit bestehen hinderliche Faktoren, welche die Einrichtungen bei der erfolgreichen Umsetzung des ExMo hemmen?
- Inwieweit bestehen förderliche Faktoren, welche die Einrichtungen bei der erfolgreichen Umsetzung des ExMo unterstützen?

3.4 Umsetzung der Evaluationsfragestellungen

In der nachfolgenden Tabelle werden die Bearbeitung der Ziele und der dazugehörigen Fragestellungen dargestellt. Neben den Messinstrumenten werden auch die zugehörigen Datengrundlagen zur Beantwortung der Fragestellungen der Begleitforschung aufgezählt. Diese werden je nach Fragestellung und Ziel festgelegt und sind in Tabelle 2 dargestellt. In Tabelle 3 werden weitere sekundäre Fragestellungen dargelegt, welche im Rahmen der Evaluation behandelt werden.

Primäre Fragestellungen		
Fragestellungen	Messinstrument	Datenquelle
Besteht eine Korrelation zwischen der Mobilitätsförderung (Intervention) und der Mobilität (Outcome) der pflegebedürftigen Personen?	I. Assessment II. Online-Befragung III. Sekundärdatenanalyse	I. pflegebedürftige Personen (ggfs. pflegende Personen) II. Teilnehmende Einrichtungen III. Indikatordaten
Besteht eine Korrelation zwischen der Umsetzung des ExMo (Intervention) und der Mobilität (Outcome) der pflegebedürftigen Personen?		
Besteht eine Korrelation zwischen der Umsetzung des ExMo (Intervention) und der Mobilitätsförderung (Outcome)?		
Welche Unterschiede bestehen zwischen Low-, High- Performern und Improvern (Intervention) hinsichtlich Mobilitätsförderung (Outcome), ExMo (Outcome), der Mobilität (Outcome), der Teilhabe (Outcome) und der Lebensqualität (Outcome) der pflegebedürftigen Personen im Verlaufe des Projekts?		

Tabelle 2: Primäre Fragestellungen der Evaluation

Weitere Fragestellungen		
Fragestellungen	Fragestellungen	Fragestellungen
Welche Auswirkungen hat der ExMo (Intervention) auf strukturellen und prozessualen Gegebenheiten der Einrichtungen (Outcome)?	I. Online-Befragung II. Assessments II. Expertenworkshop	I. pflegebedürftige Personen (ggfs. pflegende Personen) II. Teilnehmende Einrichtungen III. Expert:innen
Inwieweit fördert die Umsetzung des ExMo strukturelle Prozesse in den Einrichtungen?	I. Online-Befragung	I. Teilnehmende Einrichtungen
Inwieweit bestehen hinderliche Faktoren, welche die Einrichtungen bei der erfolgreichen Umsetzung des ExMo behindern?	I. Online-Befragung	I. Teilnehmende Einrichtungen
Inwieweit bestehen förderliche Faktoren, welche die Einrichtungen bei der erfolgreichen Umsetzung des ExMo unterstützen?	I. Online-Befragung	I. Teilnehmende Einrichtungen

Tabelle 3: Weitere Fragestellungen der Evaluation

4 Methodik

In den folgenden Kapiteln wird das methodische Vorgehen im Rahmen der Evaluation des ExMo beschrieben. Abbildung 2 zeigt die Zeitpunkte und Thematiken der verschiedenen Datenerhebungen, die in den jeweiligen Absätzen näher erläutert werden.

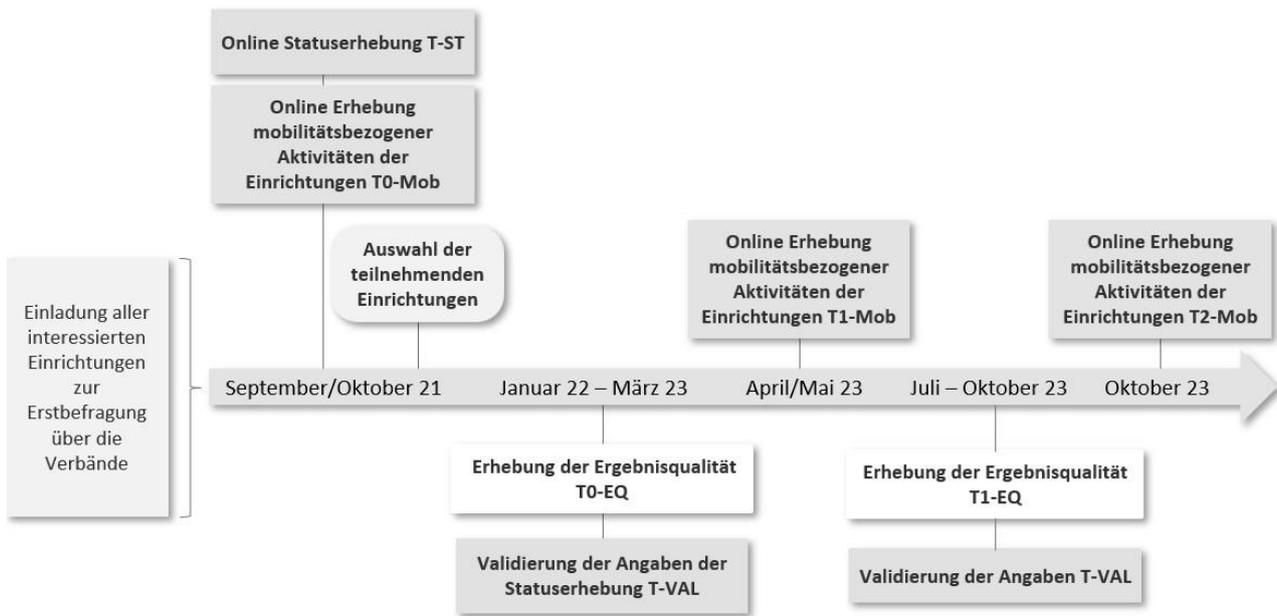


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung

4.1 Online-Befragungen der Einrichtungen

Zu drei Zeitpunkten wurden die mobilitätsbezogenen Aktivitäten der Einrichtungen mittels Online-Befragungen erhoben. Das jeweilige Vorgehen und die Inhalte werden nachfolgend gesondert dargestellt.

Vor dem Einsatz neuer Befragungsinstrumente wurde stets ein Pretest mit einer Pflegeexpertin durchgeführt, um mögliche Verständnisschwierigkeiten o. ä. auszuschließen.

4.1.1 Stuserhebung (t_{ST} und t_{0-MOB})

Die Antworten zur Stuserhebung zum ersten Befragungszeitpunkt (t_{ST} und t_{0-MOB}) wurden von den teilnehmenden Einrichtungen im Zeitraum September 2022 bis März 2023 abgegeben. Die Befragungseinladung wurde über die beteiligten Verbände per E-Mail an Pflegeeinrichtungen und -dienste weitergegeben. Einrichtungen, welche sich auf Grundlage eines ersten Informationsschreibens direkt an das BQS Institut gewandt hatten, wurde das Einladungsschreiben durch das BQS Institut übermittelt.

Zusätzlich konnten durch einen Pflegeexperten weitere Einrichtungen zur Teilnahme an der Statusbefragung motiviert werden.

Für die Befragung der Einrichtungen wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher folgende Themenbereiche umfasst:

- Strukturmerkmale der Einrichtungen,
- Pflegeprofil der Einrichtungen,
- Kompetenz, Umsetzung und Motivation bezüglich Mobilitätsförderung sowie
- Kompetenz, Umsetzung und Motivation bezüglich des ExMo.

Ziel der Befragung war zum einen die Erhebung des Sachstandes bei den Einrichtungen und Pflegediensten, zum anderen sollte sie Aufschluss darüber geben, welche Einrichtungen und Dienste sich für eine weitere Projektteilnahme eignen.

Der Fragebogen beinhaltete insgesamt 77 Fragen zur Erhebung der o.g. Dimensionen. Von diesen wurden 16 nur vertiefend mit Hilfe bestimmter Filtersetzungen angezeigt. Mit 53 Fragen war die Mehrheit als geschlossene Frage, in Form von Single oder Multiple Choice Fragen, gestaltet. Bei 19 offen gestalteten Fragepositionen bestand die Möglichkeit zur freien Beantwortung mittels Freitext-Antworten. Fünf weitere Fragen wurden halboffen gestellt, d.h. es werden Antwortkategorien vorgegeben, die eine offen zu beantwortende Option zulassen. Beispielsweise „Sonstiges“ mit der Möglichkeit diese Antwort in einem Freitextfeld näher zu erläutern. Der Fragebogen kann in Anhang 1: t_{ST} und t₀-MOB-Fragebogen eingesehen werden.

Durch entsprechende Filtersetzungen bei der Programmierung des Fragebogens bestand sowohl für stationäre Einrichtungen als auch ambulante Pflegedienste die Möglichkeit zur Beteiligung über denselben Teilnahmelink.

Nach Abschluss der Befragung erfolgte die systematische Auswertung der Befragungsergebnisse mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS. In einer ersten Auswertung wurden die Daten aller Einrichtungen und Dienste analysiert, welche an der Befragung teilgenommen haben. In einer separaten Auswertung wurden die Daten der Einrichtungen und Dienste analysiert, welche eine weitere Projektteilnahme in Aussicht stellten.

Die deskriptive Auswertung erfolgte entsprechend der folgenden festgelegten Dimensionen:

- Kompetenz, Umsetzung und Motivation bezüglich Mobilitätsförderung
- Kompetenz, Umsetzung und Motivation bezüglich des ExMo

Allen Einrichtungen und Diensten, die in der Befragung Interesse an einer weiteren Projektteilnahme äußerten, wurden durch das BQS Institut Einrichtungs-IDs zugeordnet.

Zusätzlich wurde eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt, welche sich auf die Strukturdaten (z. B. Trägerschaft, Versorgungsart, etc.) sowie das Pflegeprofil (z. B. Anzahl betreuter pflegebedürftiger Personen nach Pflegegrad, Altersstruktur betreuter pflegebedürftiger Personen, etc.) der befragten Einrichtungen und Dienste konzentrierte.

4.1.2 Zweiterhebung der mobilitätsbezogenen Aktivitäten (t_{1-MOB})

Die Zweiterhebung der mobilitätsbezogenen Aktivitäten der Pflegeeinrichtungen und -dienste (t_{1-MOB}) wurde als kurze Statusabfrage mit 28 Fragen konzipiert. Das Ziel war, bei möglichst geringem Ressourceneinsatz der Einrichtungen, dennoch möglichst valide Informationen zu generieren. Zu diesem Zweck wurden ausgewählte Fragen der Statusbefragung (t_{0-MOB}) erneut aufgegriffen, um dem longitudinalen Befragungsdesign gerecht zu werden. Zusätzlich wurden Fragen zu Hindernissen und förderlichen Faktoren im Rahmen der Umsetzung des ExMo ergänzt (s. Anhang 2: t_{1-MOB} -Fragebogen).

Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 04.04.2023 bis 16.05.2023. 41 ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen wurden per E-Mail zur Teilnahme eingeladen. Eine Einrichtung, die erst im März 2023 an der Statusbefragung (t_{ST} und t_{0-MOB}) teilgenommen hat, wurde bei dieser Befragung exkludiert, da die Fragen im Sinne des longitudinalen Designs sehr ähnlich zur ersten Befragung waren.

Eine selektive Erinnerung der Einrichtungen erfolgte am 18.04.2023, nach einer ersten Rücklaufkontrolle, per E-Mail. Einrichtungen, die bis 25.04.2023 nicht teilgenommen haben, wurden zwischen dem 25.04. und 12.05.2023 telefonisch kontaktiert ($n = 7$). Die stationäre Pflegeeinrichtung sowie der ambulante Pflegedienst, die ressourcenbedingt nicht an der Erhebung der Ergebnisqualität (t_{0-EQ}) teilnehmen konnten, wurden nicht erneut an die Befragung erinnert.

Auch in der Zweiterhebung wurden folgende Dimensionen abgebildet:

- Kompetenz, Umsetzung und Motivation bezüglich Mobilitätsförderung
- Kompetenz, Umsetzung und Motivation bezüglich des ExMo

Wenige Fragen wurden für diese und die folgende Befragung konkretisiert, insbesondere die Frage nach der Umsetzung des ExMo:

t_{0-MOB}	t_{1-MOB}
Wird der Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" in Ihrer Einrichtung umgesetzt?	Wird der ExMo in Ihrer Einrichtung konsequent umgesetzt?

Tabelle 4: Konkretisierung der Frage zur Umsetzung des ExMo zum Zeitpunkt t_{1-MOB}

Der Fragebogen setzte sich aus 28 Fragen zusammen, von denen fünf vertiefend bei entsprechender vorheriger Auswahl angezeigt wurden. 21 der Fragen waren geschlossen gestaltet, eine halboffen und sechs offen.

Wie schon bei der Stuserhebung, erfolgte bei der Zweiterhebung nach Abschluss der Befragung eine deskriptive Auswertung der Befragungsergebnisse mithilfe der Statistiksoftware SPSS.

4.1.3 Abschlusserhebung der mobilitätsbezogenen Aktivitäten (t_{2-MOB})

Die Abschlusserhebung der mobilitätsbezogenen Aktivitäten (t_{2-MOB}) der Pflegeeinrichtungen und -dienste fand im Zeitraum vom 04.10.2023 bis 27.10.2023 in Form einer Online-Befragung statt. Die Einladung zur Teilnahme erhielten 41 Einrichtungen per E-Mail. Am 12.10.2023 wurde eine erste Erinnerung versendet, ab 17.10.2023 fand eine selektive Erinnerung per E-Mail statt. Einrichtungen, die bis 19.10.2023 noch nicht an der Befragung teilgenommen haben, wurden telefonisch zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten, kontaktiert.

Im Vergleich zu den beiden vorherigen Online-Befragungen wurden folgende Inhalte ergänzt:

- Veränderung des Personalstands im Vergleich zu vorherigen Befragungen
- Veränderungen der Sturzanzahl/Anzahl der Dekubitalulzera
- Einschätzung der Veränderungen in der Projektlaufzeit
- Abfrage des Institutionskennzeichens (IK-Nummer) und der Einrichtungs-ID der DAS Pflege

Insgesamt setzte sich der Fragebogen aus 53 Fragen zusammen, wovon 11 Fragen offen gestellt wurden, mit der Möglichkeit zur freien Beantwortung (s. Anhang 3: t_{2-MOB} -Fragebogen).

Wie bei den vorherigen Befragungen, fand im Anschluss zunächst eine deskriptive Auswertung der Befragungsergebnisse mittels SPSS statt. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden alle Erhebungsergebnisse der Evaluation des ExMo aggregiert statistisch analysiert. Das entsprechende Vorgehen wird in Kapitel 4.6 beschrieben.

4.2 Erhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen

Bei der Erhebung der Ergebnisqualität werden primär folgende Outcomes bei den stationär und ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen erhoben:

- Mobilität, inkl. Motivation zur Mobilitätsförderung,
- Lebensqualität und
- Soziale Teilhabe.

Diese Outcomes wurden festgelegt, um die indirekte Wirkung des ExMo auf die pflegebedürftigen Personen zu untersuchen. Die Messmethoden für diese multidimensionalen Konstrukte wurden zu Beginn ausgewählt und werden in Kapitel 4.2.4 beschrieben.

Weder die Pflegeeinrichtung noch die Pflegeexpertinnen und -experten wussten beim Assessment, in welche Umsetzungskategorie (s. Kapitel 0) die jeweilige Pflegeeinrichtung eingestuft wurde. Die durchführenden Akteure der Studie sind in dieser wichtigen Hinsicht verblindet, so dass es keinen Bias geben kann.

4.2.1 Auswahl teilnehmender Einrichtungen

Für die Auswahl der Einrichtungen, in denen die Erhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen stattfinden sollte, wurden die Angaben aus der Stuserhebung herangezogen und vorab bestimmte Ausschlusskriterien definiert (s. Tabelle 5). Bei allen Einrichtungen, die in der Stuserhebung eine Teilnahmebereitschaft für das weitere Projekt signalisiert haben, liegen die erforderlichen Kompetenzen für die Teilnahme vor. Allen Einrichtungen, die eine Teilnahmebereitschaft äußerten, wurde eine Teilnahmevereinbarung übermittelt (s. Anhang 4: Letter of Intent (stationär) und Anhang 5: Letter of Intent (ambulant)).

Ausschlusskriterien	• Betreuung von weniger als 7 pflegebedürftigen Personen
	• Ausschließliche Betreuung von palliativ versorgten pflegebedürftigen Personen
	• Ablehnung einer weiteren Projektteilnahme
	• Nicht-Erfüllung der Minimalvalidität (keine Einordnung als Improver, Low Performer oder High Performer möglich, s. Kapitel 0)

Tabelle 5: Ausschlusskriterien zur Auswahl von Einrichtungen zur Teilnahme

Im Anschluss an die Auswahl der potentiell teilnehmenden Einrichtungen wurden diese auf Basis der Angaben aus der Stuserhebung in die drei Kategorien High Performer, Low Performer sowie Improver eingestuft. Diese erste Einstufung wird in Kapitel 4.4.1 erläutert.

4.2.2 Datenerhebung

Pflegeexpert:innen zur Datenerhebung

Die Messung der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe von ausgewählten pflegebedürftigen Personen wurde für den stationären und teilstationären Bereich durch externe Pflegeexpert:innen durchgeführt. Das BQS Institut verfügt über einen Pool an deutschlandweit verteilten Pflegefachkräften aus dem ambulanten und stationären Bereich. Diese haben ein mehrstufiges Auswahlprinzip durchlaufen und wurden für eine Coaching-Tätigkeit für Pflegeeinrichtungen und -dienste geschult. Ihre fachlichen und sozialen Kompetenzen wurden im Auswahl- und Schulungsprozess mehrfach überprüft.

Ausgewählte Pflegefachkräfte aus diesem Pool stellen die externen Pflegeexpert:innen dar. Alle Ausgewählten verfügen über eine dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft und über eine mindestens zehn jährige Pflegepraxis in der stationären Langzeitpflege. Als weiteres Auswahlkriterium diente die regionale Nähe zu den eingebundenen Pflegeeinrichtungen im Projekt.

Zusätzlich wurden alle Pflegeexpert:innen im Rahmen von Online-Schulungen mit dem Umgang der Messinstrumente und den Dokumentationsanforderungen geschult. Insgesamt nahmen die Pflegeexpert:innen an jeweils einem Schulungstermin für das spezifische Thema teil. In Tabelle 6 sind die Schulungsthemen, -termine und -dauer dargestellt. Alle Pflegeexpert:innen nahmen an den Schulungen teil. Der Termin für Rückfragen zu den Assessments wurde ebenfalls von einigen der Pflegeexpert:innen wahrgenommen.

Schulungstermin	Schulungsthema	angesetzte Schulungsdauer
23.11.2022	MMST, EboMo & Allgemeine Dokumentationspflichten	90 Minuten
24.11.2022	MMST, EboMo & Allgemeine Dokumentationspflichten	90 Minuten
30.11.2022	WHOQOL-BREF & QUALIDEM	90 Minuten
01.12.2022	WHOQOL-BREF & QUALIDEM	90 Minuten
05.12.2022	Rückfragen zu den Assessments	90 Minuten

Tabelle 6: Übersicht über die Schulungen zu den Messinstrumenten

Als Ergänzung und Erweiterung zu den Schulungen erhielten die Pflegeexpert:innen ein anwenderbezogenes FAQ-Dokument, in dem Fragen aus den Schulungen und dem Rückfragen-Termin aufgegriffen und beantwortet wurden.

Nach Beendigung der Statusbefragung wurden den Einrichtungen, die einer weiteren Projektteilnahme zugestimmt hatten, Pflegeexpert:innen zugeordnet. Hierzu wurde dem Pool an Pflegeexpert:innen, die im Vorfeld alle über die notwendigen Qualifikationen und Aufgaben für die Begleitforschung ExMo informiert wurden, per E-Mail im Oktober 2022 eine Liste mit den Postleitzahlen, Orten und Bundesländern der teilnahmebereiten Einrichtungen zugesendet. Die Pflegeexpert:innen meldeten innerhalb einer Woche zurück, bei welchen und bei wie vielen Einrichtungen ihnen eine Durchführung der Assessments möglich sei. Anschließend erfolgte das Matching von Einrichtungen und Pflegeexpert:innen durch das ExMo Projektteam. Hierbei wurde darauf geachtet, möglichst viele Pflegeexpert:innen in die Begleitforschung ExMo einzubeziehen, um systematische Messfehler durch wenige Datenerhebende zu verhindern. Es wurde zudem auf eine regionale Nähe von Einrichtung und Pflegeexpert:in geachtet. Nachdem das Matching abgeschlossen war, wurden alle Pflegeexpert:innen über die von ihnen zu betreuenden Einrichtungen informiert (Postleitzahl, Ort und Bundesland).

Für die Assessments wurden 14 Pflegeexpert:innen eingesetzt, die die Erhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen durchgeführt haben. Das numerische Verhältnis von Pflegeexpert:innen und jeweils betreuten Einrichtungen kann Tabelle 7 entnommen werden.

Anzahl der Pflegeexpert:innen	Anzahl der durch Pflegeexpert:innen betreuter Einrichtungen
9	Jeweils 1
2	Jeweils 2
3	Jeweils 5-7

Tabelle 7: Ratio von Pflegeexpert:innen und betreuten Einrichtungen

Mit den Pflegeexpert:innen wurden projektbezogene Verträge und Vertraulichkeitserklärungen abgeschlossen. Nach Erfüllung der Formalien (Vertrags- und Vertraulichkeitsunterzeichnung) wurden die Kontaktdaten der Einrichtungen und Ansprechpersonen übermittelt. Die Pflegeexpert:innen wurden daraufhin gebeten mit den Einrichtungen zur Terminvereinbarung für das Assessment Kontakt aufzunehmen und die Assessments soweit möglich bis Ende Februar 2023 zu beenden.

Im Juli 2023 fanden Auffrischungsschulungen für die Zweitassessments (t_{1-EQ}) statt. In diesen Schulungsterminen wurde die Ergänzung der Zweitassessments um die Einschätzung der Lebenssituation,

als Gesamtstatus bezeichnet (s. Kapitel 4.2.5), besprochen. Des Weiteren wurden der Einsatz der Messinstrumente und die Abläufe der Erhebungen wiederholt und offene Fragen geklärt.

Pflegefachkräfte zur Erhebung

In den ambulanten Pflegediensten wurde die Erhebung der Ergebnisqualität durch dort tätige Pflegefachkräfte durchgeführt. Pläne, auch im ambulanten Bereich Pflegeexpert:innen einzusetzen, scheiterten an verschiedenen praktischen Hürden. Das Aufsuchen von ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen in ihrer häuslichen Umgebung ist sehr zeitintensiv. Gleichzeitig muss der Pflegedienst während des ca. 30 minütigen Assessments warten, bis der nächste Haushalt angefahren kann. Dies ist aber mit einer zeitgerechten Pflege – insbesondere in ländlichen Gebieten – nicht zu vereinbaren. Schließlich ist es aus verständlichen Gründen schwieriger, das Einverständnis der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu erhalten, für ein Assessment deren Privatwohnungen aufsuchen zu dürfen. Es wurde als eher realisierbar erachtet, dass die ambulant Pflegenden selbst das Assessment im Rahmen ihrer Routinebetreuung durchführen. Durch ihre Vertrautheit mit den pflegebedürftigen Personen und ihrer Gesamtsituation sind viele der Tests und Einstufungen schneller und valider durchzuführen und daher eher realisierbar.

Die Pflegefachkräfte erhielten ebenfalls Schulungen an zwei Terminen zu den Messinstrumenten sowie zum organisatorischen Ablauf. Die Schulungstermine umfassten jeweils eine Dauer von 60 Minuten. Fünf Einrichtungen nahmen an beiden Schulungsterminen teil und 8 der insgesamt 9 Einrichtungen an nutzten mindestens einen der beiden Termine. Der Einrichtung, der es nicht möglich war, einen der Termine wahrzunehmen, wurden die Schulungsunterlagen zur Verfügung gestellt sowie ein Termin für Nachfragen angeboten. Allen Pflegediensten wurde ein anwenderbezogenes FAQ-Dokument zur Verfügung gestellt. Auch die Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste wurden gebeten, die Assessments (t_{0-EQ}) möglichst bis Ende Februar 2023 abgeschlossen zu haben. Auch für die Zweitassessments (t_{1-EQ}) fanden Schulungstermine statt, die aber mehr der Auffrischung dienen sollten, um die Messinstrumente und Abläufe bei den durchführenden Teilnehmer:innen in Erinnerung zu rufen. Des Weiteren wurde im Rahmen dieser Schulungen die Einschätzung der Lebenssituation als Gesamtstatus (s. Kapitel 4.2.5) erläutert, die nur beim zweiten Assessment durchgeführt wird.

4.2.3 Auswahl der pflegebedürftigen Personen für die Erhebung der Ergebnisqualität

Für die Assessments wurden die stationären Pflegeeinrichtungen gebeten, sieben pflegebedürftige Personen auszuwählen, die für ein Assessment (nach den in Tabelle 8 genannten Kriterien) geeignet erschienen und die für eine solche Erfassung ihr Einverständnis (s. Anhang 6: Auswahlkriterien

Pflegebedürftige (stationär) und Anhang 7: Auswahlkriterien Pflegebedürftige (ambulant) gaben, ggf. auch durch eine(n) Angehörige(n).

Das ursprünglich vorgesehene Mengengerüst sah den Einbezug von 7 pflegebedürftigen Personen je stationärer Pflegeeinrichtung und 4 pflegebedürftigen Personen je ambulanten Pflegedienst vor. Da weniger Einrichtungen und Dienste Interesse am Projekt bekundeten als ursprünglich erwartet, wurde bei allen stationären Einrichtungen angefragt, ob bei ihnen noch mehr als 7 pflegebedürftige Personen einbezogen werden könnten mit einer Höchstzahl von 14.

Kriterien	Stationäre Einrichtungen (pflegebedürftige Personen ursprünglich: n = mindestens 7; später: n = 14)
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - ab Pflegegrad 2 bis 4 <ul style="list-style-type: none"> ➔ nach Möglichkeit sollten pro Pflegegrad zwei pflegebedürftige Personen ausgewählt werden (ansonsten auffüllen aus anderen Pflegegraden) - es sollten mind. 5 auskunftsfähige pflegebedürftige Personen eingeschlossen werden (mindestens einfache Auskunftsfähigkeit) - Deutsch-Kenntnisse (Verständnis Befragungsinhalte)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegebedürftige Personen mit ausschließlich SGB V Leistungen - Fehlende Deutsch-Kenntnisse der pflegebedürftigen Personen - Einverständniserklärung der pflegebedürftigen Personen oder der Angehörigen kann nicht erlangt werden - Voraussichtlich kein Zweit-Assessment möglich - Ethisch oder aus anderen Gründen der Machbarkeit nicht zumutbar (z.B. präfinale Patient:innen, palliativ behandelte Patient:innen)

Tabelle 8: Kriterien für die Auswahl der pflegebedürftigen Personen in stationären Einrichtungen

Anfänglich sollten pro ambulanten Pflegedienst vier pflegebedürftige Personen einbezogen werden. Da das ursprünglich anvisierte Mengengerüst, wie oben beschrieben, nicht erreicht werden konnte, wurden auch die ambulanten Dienste gebeten, wenn möglich bis zu acht pflegebedürftigen Personen pro Dienst einzubeziehen. Für die Überprüfung der Eignung der pflegebedürftigen Personen galten für die Pflegedienste die Kriterien in Tabelle 9. Des Weiteren musste, wie bei den stationären Einrichtungen, ein schriftliches Einverständnis (s. Anhang 11: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Assessments pro pflegebedürftiger Person (stationär) und Anhang 12: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den

Assessments pro Pflegebedürftiger Person (ambulant)) der pflegebedürftigen Personen, oder Angehörigen, für die Erfassung vorliegen.

Letztendlich nahmen durchschnittlich

- 8,9 pflegebedürftige Personen pro stationärer Einrichtung sowie
- 4,8 pflegebedürftige Personen pro ambulanten Dienst teil.

Insgesamt wurden 285 pflegebedürftige Personen aus 32 stationären Pflegeeinrichtungen und 41 pflegebedürftige Personen aus 8 ambulanten Pflegediensten involviert.

Kriterien	Ambulante Einrichtungen (pflegebedürftige Personen ursprünglich: n = 4; später: n = 4-8)
Einschlusskriterien	- Pflegegrad 1 bis 4 → nach Möglichkeit sollte pro Pflegegrad eine pflegebedürftige Person ausgewählt werden. (ansonsten auffüllen aus den anderen Pflegegraden)
	- es sollten mind. 3 auskunftsfähige pflegebedürftige Personen eingeschlossen werden (mindestens einfache Auskunftsfähigkeit)
	- Deutsch-Kenntnisse (Verständnis Befragungsinhalte)
Ausschlusskriterien	s. Ausschlusskriterien für stationäre Einrichtungen (Tabelle 8)

Tabelle 9: Kriterien für die Auswahl der pflegebedürftigen Personen in ambulanten Diensten

Sowohl die stationären Pflegeeinrichtungen als auch die ambulanten Dienste wurden auf die zu beachtenden Kriterien bei der Auswahl der pflegebedürftigen Personen hingewiesen. Die Einholung der Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Begleitforschung ExMo der pflegebedürftigen Personen bzw. deren Angehörigen oblag den Einrichtungen. Informationen zur Datenverarbeitung und -nutzung (s. Anhang 8: Informationsschreiben Assessment (stationär) und Anhang 9: Informationsschreiben Assessment (ambulant)) sowie eine Vorlage zur Einholung der Einverständniserklärung wurden den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten im Vorfeld der Assessments übersendet (s. Anhang 11: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Assessments pro pflegebedürftiger Person (stationär) und Anhang 12: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Assessments pro Pflegebedürftiger Person (ambulant)). Die pflegebedürftigen Personen wurden datenschutzrechtlich aufgeklärt und um ihre Zustimmung gebeten.

Es wurde jeweils mit einer pflegebedürftigen Person ein Assessment zu Beginn (s. Kapitel 4.2.4) und eines zum Ende des Projekts (s. Kapitel 4.2.5) durchgeführt. Es wurde angestrebt, dass beide Untersuchungen

durch die gleichen Pflegeexpert:innen bzw. Pflegefachkräfte erfolgen, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu beiden Zeitpunkten zu gewährleisten.

In der Begleitforschung ExMo wird mit pseudonymisierten Daten gearbeitet. Die Pseudonyme für die pflegebedürftigen Personen waren seitens der Einrichtungen zu vergeben. Eine Vorlage mit Pseudonymen und der Dokumentation der Pseudonyme wurde den Einrichtungen ebenfalls im Vorfeld der Assessments übersendet. Dem BQS Institut wurden lediglich die Pseudonyme und zu keinem Zeitpunkt der Begleitforschung Namen oder personenbezogene Daten der pflegebedürftigen Personen übermittelt werden.

4.2.4 Ersterhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Der Ablauf des Erstassessments ist Abbildung 3 zu entnehmen. Die Erhebung startete mit einem orientierenden Erstgespräch, in welchem die Pflegeexpert:innen die pflegebedürftigen Personen begrüßen und sich vorstellen sollten. Der Part der eigenen Vorstellung entfiel bei den Pflegefachkräften, da diese das Assessment bei ihnen bereits bekannten pflegebedürftigen Personen durchführten.

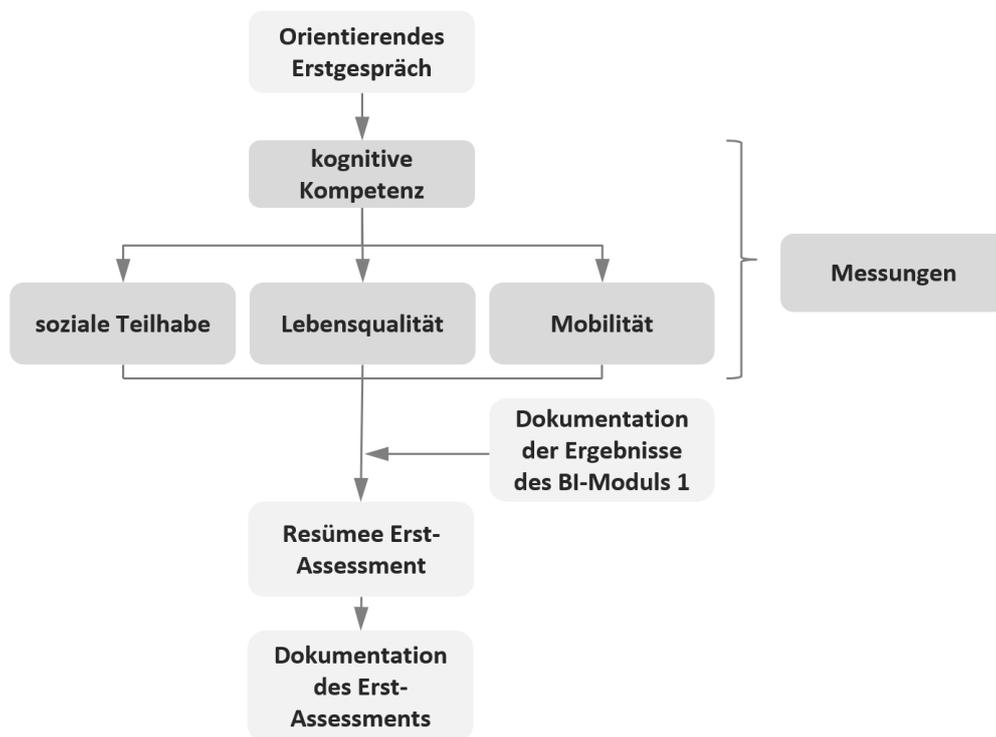


Abbildung 3: Ablauf der Erstassessments (t_{0-EQ})

Daran anschließend wurde die kognitive Kompetenz der pflegebedürftigen Personen mithilfe des MMST bestimmt. Hiervon ausgehend wurde über die Verwendung der weiteren Erhebungsinstrumente, entsprechend des erreichten Scores (s. Abbildung 4) entschieden:

- WHOQOL-BREF (zur Eigeneinschätzung der Lebensqualität)
- QUALIDEM (zur Fremdeinschätzung der Lebensqualität)
- EBoMo (zur Bestimmung der Mobilität)

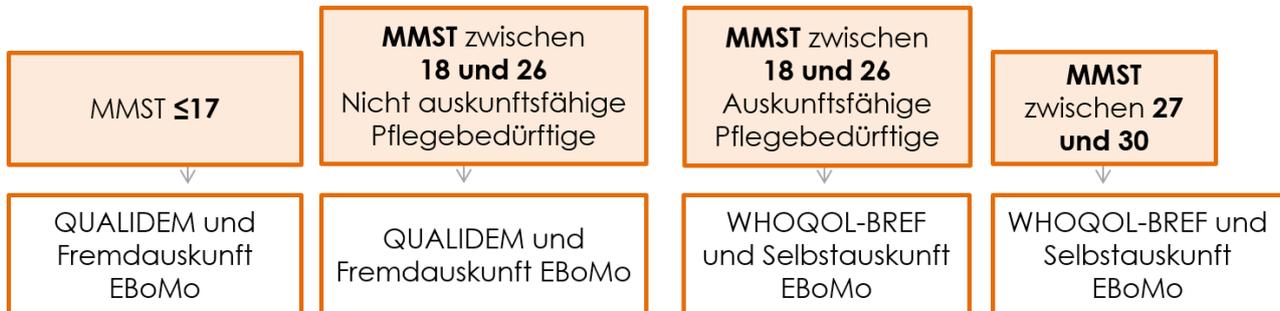


Abbildung 4: Auswahl der Befragungsinstrumente in Abhängigkeit des erreichten MMST Score

Im Folgenden werden die Messinstrumente separat vorgestellt, welche bei der Erhebung der Ergebnisqualität zu beiden Erhebungszeitpunkten (t_{0-EQ} & t_{1-EQ}) eingesetzt wurden. Bei der Auswahl der Messinstrumente wurde zuvor geprüft, ob alle Aspekte der zu untersuchenden Outcomes (s. Kapitel 3.1) erhoben werden können.

Mini-Mental-Status-Test

Die kognitiven Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen wirken sich auf die Wahl weiterer passender Befragungsinstrumente aus, dementsprechend wurden die Assessments der Erhebung der Ergebnisqualität mit dem Mini-Mental-Status-Test (MMST) begonnen (s. Anhang 13: Mini-Mental-Status-Test (MMST)). Mit diesem Instrument wird anhand von 30 Fragen bzw. Items und einer Erhebungsdauer von ca. 15 Minuten die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen mittels 5 verschiedener Dimensionen erfasst. (Folstein et al., 1975)

Zu diesen Dimensionen zählen:

- Orientierung,
- Merkfähigkeit,
- Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit,
- Erinnerungsfähigkeit sowie
- Sprache

Beim MMST kann eine maximale Punktzahl von 30 Punkten erreicht werden, wobei jede korrekt bearbeitete Frage einem Punkt entspricht (Flöer, 2017). Anhand des Gesamtscores können unterschiedliche Stadien einer Demenz bestimmt werden (s. Tabelle 10) (Bühler, 2014).

Gesamtscore MMST	Demenzstadium
30 – 27	Keine Demenz
26 – 20	Leichte Demenz
19 – 10	Mittelschwere Demenz
≤ 9	Schwere Demenz

Tabelle 10: Abgrenzung der Demenzstadien mittels MMST

(Eigene Darstellung, in Anlehnung an Bühler 2014)

Ausgehend vom erreichten MMST-Score wurden die weiteren Befragungsinstrumente im Rahmen der Assessments durch die Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräfte je nach kognitiver Kompetenz der pflegebedürftigen Personen ausgewählt. Aus Abbildung 4 lässt sich entnehmen, welcher MMST-Score auf welches anschließende Instrument hindeutet. Noch bedeutender als der MMST-Wert stellte sich in der Realisierung die Fähigkeit zur Selbstauskunft bei den pflegebedürftigen Personen dar. Ohne diese Kompetenz wurden die Assessments, z. B. zur Lebensqualität, aufgrund externer Beobachtung durchgeführt (QUALIDEM statt WHOQOL).

Alle Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräfte wurden im Vorfeld der Assessments darauf hingewiesen, dass bei den Assessments die Fürsorgepflicht für die pflegebedürftigen Personen stets im Vordergrund steht und immer darauf geachtet werden muss, dass die Assessments für diese gut durchführbar sind. Für den Fall, dass der MMST zur Verunsicherung der Befragten führt oder bereits klar ersichtlich ist, dass die pflegebedürftige Person nicht auskunftsfähig ist, soll der MMST Test abgebrochen bzw. nicht angewandt werden. In einem solchen Fall wurde dann der QUALIDEM zum Assessment der Lebensqualität verwendet. Weiterhin wurden die Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräfte darauf hingewiesen, dass von einer Durchführung des MMST abzusehen sei, sofern dieser bereits innerhalb der letzten acht Wochen angewendet wurde. Sollte in diesen Wochen ein Ereignis eingetreten sein (z. B. Schlaganfall), das das Ergebnis des Tests stark beeinflusst haben könnte, muss der MMST wiederholt werden. Die Entscheidung diesbezüglich war von den Pflegeexpert:innen zusammen mit den betreuenden Pflegefachkräften vor Ort zu treffen.

WHOQOL-BREF

Der WHOQOL-BREF umfasst 26 Items, welche verschiedene Domänen der Lebensqualität einschließen (s. Anhang 16: WHOQOL-BREF).

Folgende Bereiche werden hierbei betrachtet:

- physische Lebensqualität,
- psychische Lebensqualität,
- soziale Beziehungen und
- Umwelt.

Tabelle 11 ist die Zuordnung der einzelnen Items zu den genannten Bereichen zu entnehmen.

Domäne	Beinhaltete Items
Physische Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?“ (F3)</i> • <i>„Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlungen angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?“ (F4)</i> • <i>„Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?“ (F10)</i> • <i>„Wie gut können Sie sich fortbewegen?“ (F15)</i> • <i>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?“ (F16)</i> • <i>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?“ (F17)</i> • <i>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?“ (F18)</i>
Psychische Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„Wie gut können Sie ihr Leben genießen?“ (F5)</i> • <i>„Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?“ (F6)</i> • <i>„Wie gut können Sie sich konzentrieren?“ (F7)</i> • <i>„Können Sie ihr Aussehen akzeptieren?“ (F11)</i> • <i>„Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?“ (F19)</i> • <i>„Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depressionen?“ (F26)</i>
Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?“ (F20)</i> • <i>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?“ (F21)</i> • <i>„Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?“ (F22)</i>
Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?“ (F8)</i> • <i>„Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?“ (F9)</i> • <i>„Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?“ (F12)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • „Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?“ (F13) • „Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?“ (F14) • „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?“ (F23) • „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?“ (F24) • „Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?“ (F25)
--	--

Tabelle 11: Zuordnung der Items des WHOQOL-BREF zu den Auswertungsdomänen

Die Fragen werden auf einer fünfstufigen Skala von 1 bis 5, bezogen auf die vergangenen zwei Wochen beantwortet. Zunächst ordnet man den Antworten der pflegebedürftigen Personen ihre zugehörigen vordefinierten Punktwerte zu. Für fast alle Fragen entspricht der am schlechtesten mögliche Gesundheitszustand 1 Punkt, während der bestmögliche 5 Punkten entspricht. Ausnahmen hierbei sind die Fragen 3, 4 und 26, bei denen man die Punktwerte invertieren muss.

Anschließend wird für jede der Gesundheitsdomänen ein eigener Subscore berechnet, indem die durchschnittlichen Antwortpunkte der jeweiligen Domänen summiert und das Ergebnis anschließend durch die Anzahl der Fragen dividiert wird. Abschließend wird das Ergebnis mit der Zahl 4 multipliziert.

- Physische Gesundheit = $4 \times ((6 - F3)^1 + (6 - F4) + F10 + F15 + F16 + F17 + F18) / 7$
- Psychologische Gesundheit = $4 \times (F5 + F6 + F7 + F11 + F19 + (6 - F26)) / 6$
- Soziale Beziehungen = $4 \times (F20 + F21 + F22) / 3$
- Umwelt = $4 \times (F8 + F9 + F12 + F13 + F14 + F23 + F24 + F25) / 8$

Schlussendlich werden die 4 Domänenscores jeweils in eine Skala von 0 bis 100 umgewandelt. Dazu subtrahiert man von den Domänenscores jeweils die Zahl 4 und multipliziert die Differenz mit 100/16 bzw. der Zahl 6,25.

0 Punkte bedeuten dabei den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand, während 100 Punkte den bestmöglichen Gesundheitszustand darstellen. Man beurteilt also den physischen, psychologischen, sozialen und umweltbedingten Gesundheitszustand des Patienten jeweils separat.

Sollten insgesamt mehr als 20 % der Fragen fehlen, ist eine Auswertung des WHOQOL-BREF nicht durchzuführen. Pro Domäne dürfen maximal 2 Fragen fehlen. In solch einem Fall wird der Durchschnitt der Punkte der restlichen Fragen der Domäne ermittelt und die fehlenden Fragen werden jeweils mit dem

¹ F=Frage inklusive der Nummer im Fragebogen

Durchschnittspunktwert ersetzt, sodass eine Auswertung, wie oben, durchgeführt werden kann. Eine Ausnahme ist die Domäne „Soziale Beziehungen“, in der maximal 1 Frage fehlen darf (Conrad et al., 2016).

QUALIDEM

Beim QUALIDEM handelt es sich um ein Messinstrument zur Erhebung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz und basiert auf einer Fremdeinschätzung (s. Anhang 17: QUALIDEM (stationär) und Anhang 18: QUALIDEM (ambulant)). Der Fragebogen kann sowohl bei pflegebedürftigen Personen mit leichter als auch schwerer Demenz eingesetzt werden. Die Fragen sollen bezogen auf die vergangenen 7 Tage beantwortet werden.

Das Instrument für Menschen mit leichter bis schwerer Demenz besteht aus 37 Items, welche folgende Bereiche inkludieren:

- Pflegebeziehung,
- Verhaltensweisen und
- Soziale Beziehungen.

Für Menschen mit sehr schwerer Demenz gibt es eine kürzere Version, welche nur 18 Items umfasst, aber dennoch alle Bereiche ausreichend inkludiert und im Rahmen der Begleitforschung verwendet wurde. Die Befragungssitems sollen grundsätzlich durch Pflegekräfte beantwortet werden, welche eine enge Bindung zu den pflegebedürftigen Personen haben (Dichter et al., 2011; Dichter et al., 2016). Im stationären Setting wurde diese Erhebung durch die Pflegeexpert:innen durchgeführt, in den ambulanten Pflegediensten durch die dort tätigen Pflegefachkräfte.

Der QUALIDEM ist grundsätzlich für den Einsatz in stationären Pflegeeinrichtungen gedacht. Für den Einsatz im ambulanten Bereich wurden zwei Änderungen im Wording vorgenommen (Frage 3 sowie Frage 16), welche telefonisch mit dem Hauptautor des Erhebungsinstruments, Dr. Martin Dichter, abgestimmt wurden.

Für die Auswertung des QUALIDEM werden die einzelnen Item-Werte zu Subskalenwerten aufaddiert. Hierbei deutet ein höherer Subskalenwert auf eine höhere Lebensqualität des Menschen im entsprechenden Bereich hin (Dichter et al., 2016). Die genaue Zusammensetzung der Subskalen aus den einzelnen Items und die entsprechenden Wertebereiche sind Tabelle 12 zu entnehmen. Die Items mit der entsprechenden Nummerierung sind in den Anhängen 17 und 18 zu finden.

QUALIDEM		
Subskala	Nr. beinhalteneter Items	Wertebereich
Pflegebeziehung	5, 9, 19	0 -18
Positiver Affekt	3, 6, 14, 21	0 -24
Negativer Affekt	4, 16	0 -12
Ruheloses, angespanntes Verhalten	1, 12, 15	0 -18
Soziale Beziehungen	2, 8, 17	0 -18
Soziale Isolation	11, 13, 20	0 -18

Tabelle 12: Subskalen und korrespondierende Wertebereiche des QUALIDEM

Zusätzlich wurde ein, entsprechend der Itemanzahl pro Subskala, gewichteter Gesamtscore gebildet.

Erfassungsbogen Mobilität

Der Erfassungsbogen Mobilität (EBoMo) gibt Auskunft über den mobilitätsbezogenen Status der pflegebedürftigen Personen und erfasst anhand der zugrundeliegenden Skala differenziert den Unterstützungsbedarf der befragten Person (s. Anhang 14: EBoMo (stationär) Anhang 15: EBoMo (ambulant)).

Der Erfassungsbogen umfasst insgesamt 14 Items aus fünf Mobilitätskategorien. Diese fünf Mobilitätskategorien sind folgende:

- Positionswechsel im Bett,
- Transfer,
- Sitzen im Stuhl,
- Stehen / Gehen / Treppe steigen und
- Bewegung innerhalb / außerhalb der Einrichtung.

Dabei wird zwischen vier Abstufungen der Selbstständigkeit differenziert:

- selbstständig,
- mit Hilfsmittel,
- mit Personalhilfe und
- komplett unselbstständig. (Büscher et al., 2020; Zegelin & Reuter, o.D.)

Die externen Pflegeexpert:innen baten die pflegebedürftige Person, eine Einschätzung zu dem jeweiligen Item vorzunehmen. Im Fall von nicht auskunftsfähigen Personen, wurde eine weitere Person hinzugezogen (z. B. Bezugspflegekraft).

Außerdem wurden die Pflegeexpert:innen angewiesen, die geforderten Bewegungen stichprobenartig zu überprüfen, indem die pflegebedürftige Person aufgefordert wurde, die Bewegung tatsächlich durchzuführen. Dies sollte der Minimierung eines möglichen Overconfidence Bias dienen. Um einen Bias durch unterschiedliche Validierungen zu vermeiden, wurde die Erhebung zu beiden Assessment-Zeitpunkten jeweils von derselben Person durchgeführt.

Für die Beurteilung von Veränderungen des Mobilitätsstatus werden bei jeder Erhebung jeweils Zwischensummen für die einzelnen Mobilitätskategorien berechnet. Am Ende wird ein Gesamtscore über die Einzelkategorien hinweg gebildet. Dies ermöglicht einen Vergleich des Mobilitätsstatus zu verschiedenen Zeitpunkten und ein individueller Handlungsbedarf wird ableitbar (Universität Witten/Herdecke, o.D.). Im Rahmen dieser Evaluation wurde ein gewichteter Gesamtscore, entsprechend der Anzahl der Items pro einzelner Kategorie, gebildet. Des Weiteren wurde im Rahmen der Auswertung die Berechnung des Medians durchgeführt, da die Antwortkategorien der Items beim EBoMo ordinalskaliert sind und somit eine aggregierte Darstellung der Ergebnisse ermöglicht werden konnte.

Da es sich auch beim EBoMo um ein Messinstrument für den stationären Bereich handelt, musste dieser für die Anwendung im ambulanten Bereich an einer Stelle angepasst werden. Diese Änderung wurde der Autorin des Messinstruments, Prof. Dr. Angelika Zegelin, mitgeteilt. Es erfolgte mit einer externen Pflegeexpertin ein Pretest, um die Verständlichkeit des Messinstruments zu prüfen. Aus dem Pretest ergaben sich keine Änderungen an dem geplanten Vorgehen.

Weiterhin galt es zu beachten, dass sich individuelle Mobilitätsziele der pflegebedürftigen Personen auf den Erhalt sowie die Förderung der Mobilität auswirken können. Dementsprechend wurde ergänzend zum EBoMo, die Ziele sowie Motivation hinsichtlich der Mobilitätsförderung durch die Pflegeexpert:innen erhoben.

Hierbei handelte es sich um zwei kurze Fragen:

- A) *Welches Ziel haben Sie in Bezug auf Ihre Mobilität? Möchten Sie Ihre Mobilität erhalten oder möchten Sie diese fördern?*
- a. Mobilitätserhalt
 - b. Mobilitätsförderung
- B) *Machen Ihnen die Übungen zur Beweglichkeit Spaß oder möchten Sie eher in Ruhe gelassen werden?*
- a. Sehr motiviert
 - b. Teils/Teils
 - c. Nicht motiviert

Die Dokumentation der erhobenen Daten erfolgte papierbasiert. Hierzu erhielten die Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräfte ein Paket mit Unterlagen vom BQS Institut, welches einerseits die zuvor beschriebenen Erhebungsinstrumente für jede teilnehmende pflegebedürftige Person enthielt. Andererseits waren ein Dokumentationsbogen und ein Kurzfresümee pro pflegebedürftiger Person und ein Gesamtresümee pro Einrichtung enthalten. Diese Dokumente werden nachfolgend kurz beschrieben.

Dokumentationsbogen

Dieser Bogen dient den Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräften einerseits als allgemeine Übersicht über die durchzuführenden Assessments und zu erhebenden Daten je pflegebedürftiger Person. Andererseits wurde die Durchführung des gesamten Assessments dokumentiert.

Bei den stationären Pflegeeinrichtungen wurden im Rahmen des Dokumentationsbogens zusätzlich die Daten des BI-Moduls 1 Mobilität dokumentiert. Die Erhebung der Mobilität orientiert sich dabei an den fünf Mobilitätsfragen aus dem Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit:

- Positionswechsel im Bett
- Stabile Sitzposition halten
- Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Die o.g. Items sind auf einer vierstufigen Skala („selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“, „unselbstständig“) einzuschätzen (Wingefeld et al., 2011).

Diese Daten wurden von allen teilnehmenden Einrichtungen über alle pflegebedürftigen Personen als ergänzende bzw. validierende Datenquelle in die Begleitforschung einbezogen.

Um den Zugriff auf die mobilitätsbezogenen Indikatorendaten sowie die Angaben des BI-Moduls I in den stationären Einrichtungen einzuschätzen, erfolgte mit zwei Einrichtungen ein telefonischer Austausch. Aufgrund des teils restriktiven Datenzugriffs, haben die teilnehmenden stationären Einrichtungen am 25.11.2022 per E-Mail eine Vorlage zur Dokumentation der mobilitätsbezogenen Indikatorendaten (BI Modul 1) bei den ausgewählten pflegebedürftigen Personen erhalten. Die jeweiligen Einrichtungen konnten somit bereits vor dem Assessmenttag die mobilitätsbezogenen Daten herausuchen, dokumentieren und dem/der Pflegeexpert:in am Assessmenttag ausgefüllt mitgeben, sodass diese dem Dokumentationsbogen beigelegt werden konnten.

Die Ergebnisse des EBoMo der Pflegeexpert:innen wurden außerdem mit den Daten des BI Modul I (Mobilität) der einzelnen pflegebedürftigen Personen verglichen, um die Reliabilität und Vergleichbarkeit dieser Messinstrumente bewerten zu können.

Die Dokumentationsbögen für die Ersterhebung der Ergebnisqualität (t_{1-EQ}) sind in den Anhängen 20 für die Pflegeexpert:innen und 29 für die Pflegefachkräfte zu finden. Für die Zweiterhebung (t_{1-EQ}) ist der Dokumentationsbogen für die Pflegeexpert:innen Anhang 24: Dokumentationsbogen (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen) und für Pflegefachkräfte Anhang 33: Dokumentationsbogen (2. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte) zu entnehmen.

Kurzresümee

Nach dem Abschluss der Erhebungsinstrumente wurde das Kurzresümee pro pflegebedürftiger Person durch die Pflegeexpert:innen bzw. Pflegefachkräfte ausgefüllt (s. Anhang 30: Kurzresümee (1. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte) und Anhang 34: Kurzresümee (2. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)). Hier sollten sie ihre Einschätzung zum Assessment der pflegebedürftigen Person zusammenfassen.

Das erste Kurzresümee wurde von den Datenerhebenden bis zum Zweitassessment (t_{1-EQ}) in einem verschlossenen Umschlag einbehalten.

Gesamtresümee

Nach Abschluss der Assessments in der Einrichtung erstellten die Pflegeexpert:innen ein Gesamtresümee für die jeweilige Einrichtung. In den ambulanten Pflegediensten verfertigten die Pflegefachkräfte ein entsprechendes Eigenresümee (s. Anhang 22: Gesamtresümee (1. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen) und Anhang 26: Gesamtresümee (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)). Dieses enthält den Gesamteindruck zur Durchführung und Organisation der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und deren Erhalt in der jeweiligen Einrichtung.

Von Januar bis Mai 2023 gingen von 40 verschiedenen Einrichtungen und Diensten Assessmentunterlagen beim BQS Institut ein. Aufgrund von Covid-19 Ausbrüchen sowie personellen Engpässen verzögerte sich die Übermittlung der Unterlagen an das BQS Institut seitens einiger Einrichtungen. Die Dokumente wurden zunächst auf Vollständigkeit sowie die Wahrung der Anonymität der Teilnehmenden geprüft. In zwei Fällen akzidenteller Weiterleitung personenbezogener Daten wurde dies durch sofortige Tilgung der Informationen ohne weitere Einsichtnahme wieder behoben und den Absendern eine entsprechende Meldung zugesandt.

Um die strukturierte Auswertung zu erleichtern, wurden alle Unterlagen digitalisiert und anschließend deskriptiv ausgewertet.

4.2.5 Zweiterhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})

Die Erhebung der Ergebnisqualität zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t_{1-EQ}), erfolgte so wie beim ersten Erhebungszeitpunkt (t_{0-EQ}). Lediglich die Frage nach der Umsetzung wurde konkretisiert, ob diese Umsetzung „konsequent“ erfolge (s. Tabelle 4). Der bereits in Kapitel 4.2.4 beschriebene Ablauf wurde für das Zweitassessment außerdem um den Punkt „Einschätzung der Lebenssituation“ (Gesamtstatus) (s. Abbildung 5) ergänzt. Damit soll die Relevanz des ExMo für die gesamte Lebenssituation der pflegebedürftigen Personen eingeschätzt werden. Hierbei war es auch wichtig zu erheben, ob während der Beobachtungszeit bestimmte adverse Ereignisse die Mobilität, Lebensqualität oder soziale Teilhabe kritisch beeinflusst haben könnten, wie z. B. ein Sturz mit Fraktur oder ein Schlaganfall. Solche Fälle sollen in ihrer Häufigkeit dargestellt und von der Wirksamkeitsanalyse ausgenommen werden.

Zunächst haben die Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräfte ein Resümee des von durchgeführten Folgeassessments erstellt. Im Anschluss wurde das Resümee des Erstassessments wieder geöffnet, um die Messergebnisse und Resümees der beiden Zeitpunkte miteinander zu vergleichen. Auf dieser Basis wurde durch die Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräfte ein Veränderungsprofil erstellt und dieses unter dem Aspekt der Relevanz bewertet.

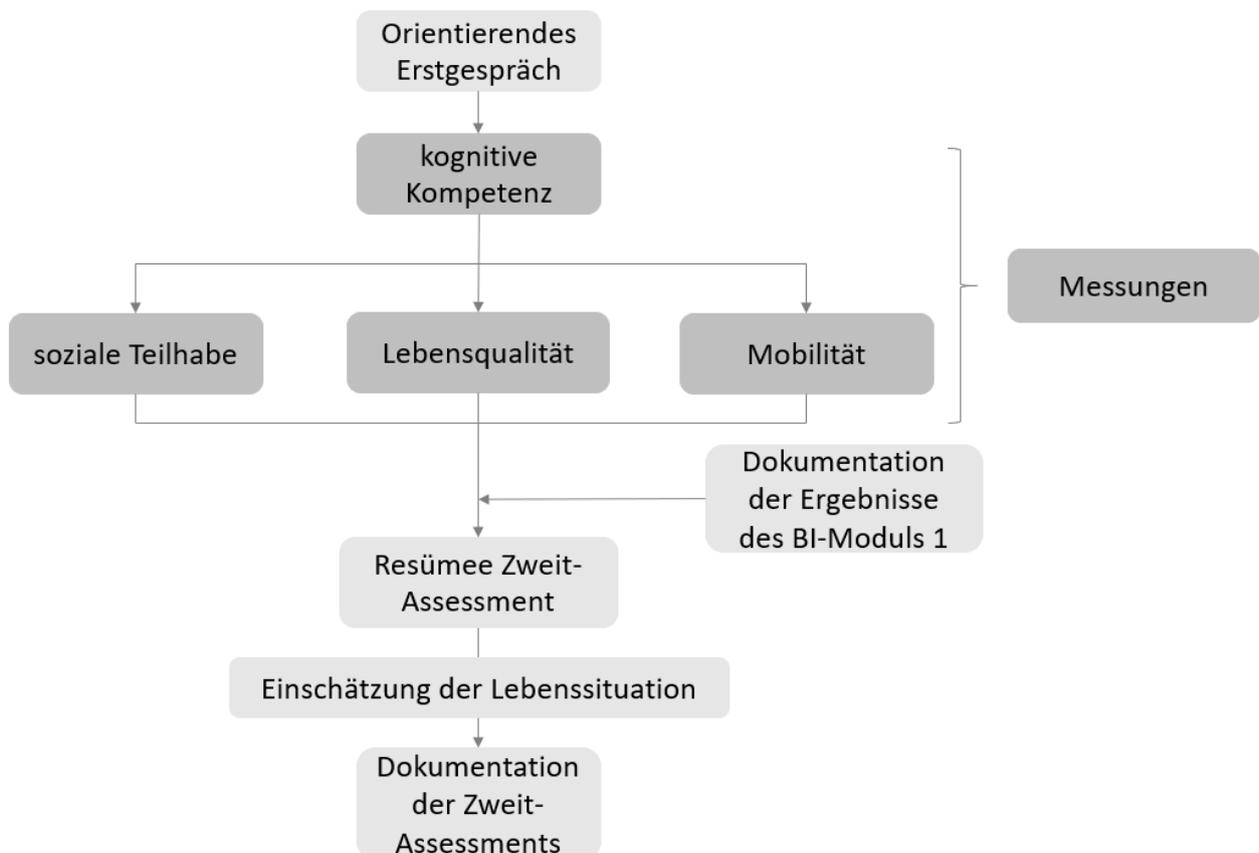


Abbildung 5: Ablauf der Zweitassessments (t_{1-EQ})

Die Unterlagen der Zweiterhebung der Ergebnisqualität (t_{1-EQ}) lagen dem BQS Institut Ende Oktober 2023 vor. Wie schon bei der Ersterhebung wurden die Unterlagen digitalisiert und anschließend deskriptiv ausgewertet.

4.3 Validierung der Angaben der Einrichtungen (t_{VAL})

Die Validierung der Angaben der Einrichtungen (t_{VAL}) erfolgte im Rahmen der Erhebung der Ergebnisqualität (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) mittels der Gesamtresümees. Im Zuge des Gesamtresümees sollten die Pflegeexpert:innen ihren Gesamteindruck zur Durchführung und Organisation von Maßnahmen zu Mobilitätsförderung und -erhalt in der stationären Pflegeeinrichtung darlegen. Im Hinblick auf die ambulanten Pflegedienste wurden Mitarbeitende des Pflegedienstes gebeten, das Gesamtresümee für ihren Pflegedienst auszufüllen. Dem gegenüber stehen die eigens gemachten Angaben der Pflegeeinrichtungen und -dienste im Rahmen der Onlinebefragungen (t_{ST} , t_{0-MOB} und t_{1-MOB}), welche einer Eigeneinschätzung entsprechen.

Die Angaben der Einrichtungen wurden durch das Projektteam des BQS validiert. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Fragestellungen der Online-Erhebung (t_{0-MOB}) sowie der Gesamtresümees (t_{0-EQ}) herangezogen, um die Eigeneinschätzung der Einrichtungen mit der Fremdeinschätzung der Pflegeexpert:innen bzw. Pflegefachkräfte zu vergleichen. Da im Rahmen beider Erhebungen Schulnoten für die Organisation und Durchführung der Mobilitätsförderung vergeben wurden, wurden diese auch für die Validierung herangezogen, wie in Tabelle 13 dargestellt ist. Aus den jeweiligen Ergebnissen wurden die Mittelwerte für t_{0-MOB} und für t_{0-EQ} gebildet und miteinander verglichen. Im identischen Ablauf wurde diese Berechnung für stationäre Einrichtungen und ambulante Pflegedienste durchgeführt.

Erhebungszeitpunkt	Frage 1	Frage 2
t_{0-MOB}	Welche Gesamtnote würden Sie Ihrer Einrichtung für die Mobilitätserhaltung geben?	Welche Gesamtnote würden Sie in Ihrer Einrichtung der „Organisation der Mobilitätserhaltung und -förderung“ geben?
t_{0-EQ}	Welche Schulnote würden Sie der Pflegeeinrichtung für die Qualität der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und zum Mobilitätserhalt geben?	Welche Schulnote würden Sie für die Organisation der Mobilitätsförderung geben?

Tabelle 13: Beispiele für Fragen zur Validierung der Angaben der Einrichtungen

Für die Abschlusserhebung der mobilitätsbezogenen Aktivitäten (t_{2-MOB}) und die Zweiterhebung der Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ}) wurde diese Gegenüberstellung ebenso verwirklicht.

4.4 Einstufung der Einrichtungen und Dienste in Performance-Kategorien

Beim Entwurf des Studiendesigns wurde angenommen, dass der ExMo bei unterschiedlichen Praxiseinrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß wirken kann. Aufgrund der unterschiedlichen Konstellationen erschien es sinnvoll, bei der Analyse der erreichten Veränderungen im Laufe der Evaluationszeit zwischen den drei Gruppen

- Low Performer
- Improver
- High Performer

zu unterscheiden.

Das Vorgehen bei der ersten Einstufung der Einrichtungen und Dienste in die drei Performance-Kategorien wird in Kapitel 4.4.1 beschrieben. Zum Ende der Evaluation wurde die Einstufung wiederholt, wobei die weitere Kategorie der „Medium-Performer“ gebildet wurde (s. Kapitel 4.4.2).

Die Einstufungen fanden zunächst getrennt durch Mitarbeitende des BQS Instituts statt, die anschließend ihre Ergebnisse verglichen. In ca. 10 % der Praxiseinrichtungen gab es Diskrepanzen, die dann nach einheitlichen Regeln erneut besprochen und konsentiert wurden.

Die Einstufung der Praxiseinrichtungen in die Performanzgruppen wurde streng vertraulich gehalten. Weder die Einrichtungen noch die externen Pflegeexpert:innen wussten etwas davon, so dass durch die Verblindung kein Bias entstehen konnte.

4.4.1 Erst-Einstufung der Einrichtungen und Dienste

Im Anschluss an die Stuserhebung (t_{St} , t_{0-MOB}) wurden die, an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen, welche Interesse an einer weiteren Projektteilnahme äußerten, in drei Kategorien eingeteilt (s. Tabelle 14). Für diese Einteilung wurden die Informationen aus der Stuserhebung herangezogen, die die Kompetenz zur Umsetzung des ExMo sowie den Stand der Mobilitätsförderung und die entsprechende Motivationslage der Praxiseinrichtungen beschreiben. Bei der Auswahl der Einrichtungen für die Evaluation wurde darauf geachtet, dass jede der Performanzgruppen möglichst ausreichend vertreten war.

Am meisten werden vom ExMo die Einrichtungen profitieren, die Mobilitätsförderung gut beherrschen, aber sie noch nicht systematisch gelenkt einsetzen (Improver). Bei ihnen entfaltet sich das Verbesserungspotenzial und damit die Wirksamkeit am meisten. Einrichtungen, die bereits eine gut organisierte und gut durchgeführte Mobilitätsförderung durchführen (High Performer), werden in Bezug auf die Mobilitätsförderung und den ExMo bereits sehr gute Ergebnisse erzielen. Einrichtungen, die die Maßnahmen der Mobilitätsförderung nur schlecht durchführen, werden häufiger schlechte Ergebnisse haben, egal, ob sie diese gut oder schlecht organisieren (Low Performer).

Kategorie	Definition
<i>Low Performer</i>	Pflegeeinrichtungen, die bei der Umsetzung des ExMo und bei der Mobilitätsförderung unterdurchschnittlich engagiert sind, z. B. wegen fehlender Ressourcen oder fehlender Kenntnisse. Es wird erwartet, dass sie ein unterdurchschnittliches Outcome ohne wesentliche Verbesserung während es Projektverlaufs zeigen.
<i>Improver</i>	Pflegeeinrichtungen, die die Studie zum Anlass nehmen, der Mobilitätsförderung und dem ExMo besondere Bedeutung beizumessen, und die mit der Umsetzung des ExMo neu beginnen oder diese intensivieren. Es wird erwartet, dass dort versorgte pflegebedürftige Personen während der Evaluationslaufzeit die größten Verbesserungen erreichen werden.
<i>High Performer</i>	Pflegeeinrichtungen, die bei der Umsetzung des ExMo und bei der Mobilitätsförderung überdurchschnittlich engagiert sind. Während der Projektlaufzeit wird vermutlich kein so großer Zugewinn an Outcomequalität zu beobachten sein, da diese Praxiseinrichtungen ohnehin schon zu Beginn der Beobachtung sehr vieles umsetzen, und somit keine sehr großen Prozessverbesserungen möglich sind.

Tabelle 14: Definition der Performance-Kategorien

Die Einstufung in eine der drei Gruppen erfolgte mit Hilfe eines Bewertungsschemas, welches nachfolgend skizziert wird. Zu jeder Dimension (Kompetenz, Umsetzung, Motivation) der Mobilitätsförderung und des ExMo wurden in der Stuserhebung Fragen gestellt. Den Ausprägungen der einzelnen Antworten auf diese Fragen wurden wiederum Punktwerte zugeordnet, die meist einer Fünferskala oder einer Zweierskala entsprachen. Generell gilt, dass die höchsten Ausprägungen beste Performanz beschreiben und dass ihnen daher die höchste Punktzahl (100 Punkte) zugeordnet wurde. Bei inversen Items wurde

entsprechend die niedrigste Ausprägung (z. B. das Fehlen von Mängeln) mit den höchsten Punkten versehen. In einigen Fällen wurden mehrere Ausprägungen mit den gleichen Punktwerten versehen, wenn die Wertigkeit der entsprechenden Antworten als äquivalent einzustufen ist. Das war zum Beispiel bei der Frage nach der zeitlichen Länge von einzelnen Maßnahmen der Mobilitätsförderung der Fall. Alle Antwortausprägungen ≥ 30 Minuten haben die gleich hohe Punktzahl erhalten.

Für jede Dimension wurde eine Anzahl an Antworten festgelegt, die mindestens erreicht sein musste, damit für eine Einrichtung ein Wert berechnet wird. Diese Mindestanzahl erforderlicher Antworten beträgt

- 6 von 12 bei der Dimension Kompetenz (Mobilitätsförderung)
- 4 von 8 bei der Dimension Umsetzung (Mobilitätsförderung)
- 5 von 10 bei der Dimension Motivation (Mobilitätsförderung)
- 1 von 3 bei der Dimension Kompetenz (ExMo)
- 4 von 9 bei der Dimension Umsetzung (ExMo)
- 1 von 2 bei der Dimension Motivation (ExMo).

Bei ambulanten Einrichtungen liegt in der Dimension Umsetzung der Mobilitätsförderung diese Mindestanzahl abweichend bei „3 von 6“ statt „4 von 8“, weil ambulanten Pflegediensten in diesem Bereich zwei Fragen weniger gestellt wurden.

Wurde für eine Dimension die Mindestanzahl an Antworten erreicht, wurde für sie der Mittelwert der Antwortpunkte berechnet, bezogen auf die Anzahl der gegebenen Antworten. Wenn die Mindestanzahl nicht erreicht wurde, wurde der Wert 0 zugeordnet.

Des Weiteren wurden die Antworten aus den Freitextfeldern, zur Einstufung der Einrichtungen in die Performance-Kategorien (s. Tabelle 14), berücksichtigt. Diese wurden anhand eines dreistufigen Systems bewertet: **guter, mittlerer, geringer Kompetenz- und Umsetzungsgrad** (s. Tabelle 15). Die Beurteilung der Freitextantworten erfolgte dabei anhand der Differenziertheit und inhaltlichen Qualität der Antworttexte. Die Einstufung in die Gruppen wurde von drei Mitgliedern des Projektteams unabhängig voneinander vorgenommen und anschließend gemeinsam diskutiert und konsentiert.

Kompetenz- und Umsetzungsgrad	Definition
<i>gut</i>	Die Inhalte und die Differenziertheit der Antworten lassen ein gutes bis sehr gutes Maß an Kompetenz und/oder an Umsetzung und/oder an Motivation erkennen.
<i>mittel</i>	Die Inhalte und die Differenziertheit der Antworten lassen Ansätze oder Einzelaspekte an Kompetenz und/oder an Umsetzung und/oder an Motivation erkennen.

gering	Die Inhalte und die Differenziertheit der Antworten lassen nur unterdurchschnittliche oder gar keine Ansätze oder Einzelaspekte an Kompetenz oder an Umsetzungen erkennen.
--------	--

Tabelle 15: Kompetenz- und Umsetzungsgrade zur Bewertung der Freitexte

4.4.2 Revision der Einstufung der Einrichtungen und Dienste

Das in Kapitel 4.4.1 erläuterte Vorgehen wurde im Anschluss an die Abschlusserhebung bei den Einrichtungen (t_{2-MOB}) zum Ende der Evaluation anhand der dann verfügbaren Performanzdaten wiederholt. Die Performanz zeigte sich dann nicht nur anhand der eigenen Einschätzung der Einrichtungen, sondern auch an den Beschreibungen durch die Pflegeexpert:innen

Die finale Einordnung erfolgte, mittels einer nochmaligen Bewertung verschiedener Angaben und der Differenzen zwischen t_0 und t_1 :

- Vergleich der Angaben zur Mobilitätsförderung zu beiden Messzeitpunkten, sowie der Angaben zur Umsetzung des ExMo,
- Berücksichtigung der Einschätzung der Pflegeexpert:innen der Mobilitätsförderung je pflegebedürftiger Person - auf Einrichtungsebene aggregiert (nur bei stationären Pflegeeinrichtungen möglich, da die ambulanten Pflegedienste eine Selbsteinschätzung vorgenommen haben und deshalb die Validität eingeschränkt ist),
- Vergleich der Indikatorendaten „Mobilität“ der Risikogruppe 1 aus dem 2. Halbjahr 2022 und 1. Halbjahr 2023 und
- Vergleich der Indikatorendaten „Mobilität“ der Risikogruppe 2 aus dem 2. Halbjahr 2022 und 1. Halbjahr 2023.

Anhand dieser Vergleiche konnten insgesamt vier Veränderungen im Verlauf der Evaluation abgebildet werden. So konnte abgeleitet werden, ob in den genannten vier Bereichen zwischen dem Anfang und dem Ende der Begleitforschung eine relevante Verschlechterung (-1), eine relevante Verbesserung (+1) oder keine relevante Veränderung (0) stattgefunden hat.

Im Rahmen der Revision stellte sich heraus, dass im Modell eine Gruppe von Praxiseinrichtungen noch nicht berücksichtigt wurde: nämlich jene, die von ihrer Performanz hinsichtlich des ExMo und der Mobilitätsförderung in einem mittleren Bereich angesiedelt sind, ohne eine nennenswerte Dynamik während des Evaluationszeitraums. Sie wurden zu einer vierten Performance-Gruppe zusammengefasst. Neben der Einordnung als High Performer, Low Performer sowie Improver war auch die Einschätzung der Einrichtung als Medium Performer möglich (s. Tabelle 16).

Die zweite Einstufung wurde umgesetzt, als die endgültigen Zusammenhangsanalysen noch nicht durchgeführt waren, so dass auch ein solcher Einfluss in die Einstufung ausgeschlossen werden kann.

Kategorie	Definition
<i>Low Performer</i>	Pflegeeinrichtungen, die bei der Umsetzung des ExMo und bei der Mobilitätsförderung unterdurchschnittlich engagiert sind, z. B. wegen fehlender Ressourcen oder fehlender Kenntnisse. Es wird erwartet, dass sie ein unterdurchschnittliches Outcome ohne wesentliche Verbesserung während es Projektverlaufs zeigen.
<i>Improver</i>	Pflegeeinrichtungen, die die Studie zum Anlass nehmen, der Mobilitätsförderung und dem ExMo besondere Bedeutung beizumessen, und die mit der Umsetzung des ExMo neu beginnen oder diese intensivieren. Es wird erwartet, dass dort versorgte pflegebedürftige Personen während der Evaluationslaufzeit die größten Verbesserungen erreichen werden.
<i>High Performer</i>	Pflegeeinrichtungen, die bei der Umsetzung des ExMo und bei der Mobilitätsförderung überdurchschnittlich engagiert sind. Während der Projektlaufzeit wird vermutlich kein so große Zugewinn an Outcomequalität zu beobachten sein, da diese Praxiseinrichtungen ohnehin schon zu Beginn der Beobachtung sehr vieles umsetzen, und somit keine sehr großen Prozessverbesserungen möglich sind.
<i>Medium Performer</i>	Pflegeeinrichtungen, die während der Studie eine mittelgute Kompetenz und Motivation zu ExMo und Mobilitätsförderung gezeigt haben, jedoch ohne nennenswerte Steigerung der Umsetzung dieser beiden Maßnahmenbündel – oder sogar eine Stagnation.

Tabelle 16: Definition der Performance-Kategorien inkl. der vierten Performance-Kategorie

4.5 Mobilitätsbezogene Indikatorendaten

Die nach § 114b SGB XI verpflichtende indikatorenbezogene Datenerhebung aller nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen umfasst unter anderem die Errechnung zweier mobilitätsbezogener Indikatoren. Die Daten hierfür sind zweimal jährlich durch die Pflegeeinrichtungen zu erheben und an die Datenauswertungsstelle (DAS) Pflege zu übermitteln, die die Indikatoren aus den Daten errechnet (aQua, 2022).

Die Indikatorendaten stellen eine Punktprävalenzmessung des Gesundheitszustands und der seelischen Verfassung der pflegebedürftigen Personen dar. Sie können daher etwas zu Unterschieden der geclusterten Pflegeeinrichtungen und zur Repräsentativität der ausgewählten Stichproben an pflegebedürftigen Personen aussagen, die durch ein externes Assessment untersucht wurden.

In die Begleitforschung fließen einerseits die mobilitätsbezogenen Indikatorendaten und andererseits Einzelangaben aus dem BI-Modul I (Mobilität) ein. Die mobilitätsbezogenen Indikatorendaten bestehen aus zwei Indikatoren:

- **Indikator 1.1.1 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1)** beschreibt den Anteil der pflegebedürftigen Personen der Einrichtung, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nicht verschlechtert oder verbessert hat und setzt diesen Anteil in Relation zu allen pflegebedürftigen Personen der Einrichtung, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen ausweisen und für die kein Ausschlussgrund (bspw. ein Apoplex) vorliegt.
- **Indikator 1.1.2 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)** beinhaltet im Zähler ebenso alle Personen, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nicht verschlechtert oder verbessert hat. Es werden jedoch nur Personen der Einrichtung berücksichtigt, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen und bei denen kein Ausschlussgrund vorliegt.

Die Einzeldaten des BI Moduls I bestehen aus Daten zu fünf Aspekten:

- Positionswechsel im Bett
- Stabile Sitzposition Halten
- Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Mit der DAS Pflege wurden im März 2023 die verfügbaren mobilitätsbezogenen Indikatorendaten und eine mögliche Datenbereitstellung eruiert. Um eine vergleichende Analyse der teilnehmenden Einrichtungen und der gesamten bundesweiten Einrichtungen anhand der Indikatorendaten durchführen zu können, wurden die mobilitätsbezogenen Indikatorendaten des 2. Halbjahrs 2022 und des 1. Halbjahrs 2023 importiert.

Die DAS Pflege stellte einerseits die Indikatorendaten der teilnehmenden Einrichtungen sowie die Angaben der BI-Module aller Bewohnenden der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine Zuordnung zu einzelnen pflegebedürftigen

Personen nicht möglich, weshalb die Daten des BI-Modul I zusätzlich im Rahmen der Assessments vor Ort durch die Fachexpert:innen dokumentiert wurden (s. Kapitel 4.2.4).

Durch die DAS Pflege wurde eine Stichprobe bundesweiter Einrichtungen von aQua in Abstimmung mit dem BQS Institut zur Verfügung gestellt, die für diese Grundgesamtheit repräsentativ ist. Kriterien hierfür waren die regionale Verteilung, die Art der angebotenen Pflege (ambulant, teilstationär, stationär) sowie die Größe der Einrichtungen. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Prüfung, ob die Stichprobe der Begleitforschung mit der Grundgesamtheit in relevanten Aspekten übereinstimmt, so dass von einer Übertragbarkeit der Ergebnisse ausgegangen werden kann. Die durch die Fachexpert:innen dokumentierten Angaben zum BI-Modul I können mit den Daten aller pflegebedürftigen Personen der Einrichtung verglichen werden, sodass geprüft werden konnte, ob die von den Einrichtungen ausgewählte Stichprobe der pflegebedürftigen Personen auf Ebene der einzelnen Einrichtungen repräsentativ ist. Weiterhin konnten die mobilitätsbezogenen Indikatordaten der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen mit weiteren Einrichtungen aus dem Bundesgebiet verglichen werden. Dies war insbesondere wichtig, um eine Verzerrung durch eine Positivauswahl der teilnehmenden Einrichtungen einschätzen zu können, da durch das Studiendesign angenommen werden muss, dass sich tendenziell Einrichtungen beteiligen, die ein höheres Interesse an der Mobilitätsförderung und ggf. eine bessere Versorgungsqualität aufweisen.

4.6 Statistische Analyse

Wie zuvor beschrieben, fand zunächst eine deskriptive Auswertung der einzelnen Erhebungen statt. Nach dem Abschluss aller Erhebungen wurden zusätzlich verschiedene statistische Analysen durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden explorative Analysen durchgeführt und Verteilungen der erhobenen Merkmale untersucht. Neben Histogrammen für die einzelnen Variablen wurden Zusammenhänge zwischen möglichen Einflussfaktoren, Interventions- und Outcome-Variablen untersucht.

Für die Überprüfung von Zusammenhängen zwischen zwei kategoriellen Größen wurden Kontingenztafeln verwendet und Chi-Quadrat-, G-, Cramer's-V- und Rangkorrelationstests durchgeführt, die nachfolgend je kurz beschrieben werden. Die genannten Tests wurden für folgende Fragestellungen angewendet:

- Besteht eine Korrelation zwischen der Mobilitätsförderung (Intervention) und der Mobilität (Outcome) der pflegebedürftigen Personen?
 - o Hintergrund: Dieser Zusammenhang wird angenommen und ist für die Wirksamkeit des ExMo unerlässlich, denn der ExMo als Managementinstrument kann nur über die

Mobilitätsförderung auf das Outcome der pflegebedürftigen Personen wirken. Dennoch ist es für das Studiensetting wichtig, zu prüfen, ob diese Grundannahme tatsächlich vorliegt.

- Besteht eine Korrelation zwischen der Umsetzung des ExMo (Intervention) und der Mobilität (Outcome) der pflegebedürftigen Personen?
 - Hintergrund: Dies ist die Hauptfrage der Studie: führt ein besseres Management der Mobilitätsförderung durch Umsetzung des ExMo zu einer besseren Mobilität?
- Besteht eine Korrelation zwischen der Umsetzung des ExMo (Intervention) und der Mobilitätsförderung (Intervention)?
 - Hintergrund: Man muss annehmen, dass die Umsetzung des ExMo nicht unabhängig von der Umsetzung der Mobilitätsförderung ist. Einerseits soll durch den ExMo die Mobilitätsförderung systemcheatisch verbessert werden, d.h. die Intervention soll die Korrelation zwischen beiden verstärken. Andererseits werden vor allem diejenigen, die von der Wichtigkeit der Mobilitätsförderung überzeugt sind, auch die Umsetzung des ExMo unterstützen. Es gibt also schon zum Ausgangspunkt der Studie ein Bias. Es wird nur wenige geben, für die Mobilitätsförderung nachrangig ist, die sich aber stark für die Umsetzung des ExMo einsetzen. Umgekehrt werden die, die die Mobilitätsförderung für wichtig erachten, diese selten schlecht organisiert haben. Um diesem Bias entgegenzuwirken, wurden die Einrichtungen zum Studienbeginn in Low-Performer, Improver und High-Performer eingeteilt und so zur Studie eingeladen, dass aus jeder Gruppe eine ähnliche Anzahl einbezogen wurde. Zur Interpretation der Ergebnisse ist es von Bedeutung zu wissen, wie groß die Korrelation zwischen beiden Interventionen ist. Diesem Zweck dient die genannte Analyse.
- Welche Unterschiede bestehen zwischen Low-, High Performern und Improvern hinsichtlich der Umsetzung des ExMo (Intervention), Mobilitätsförderung (Outcome), der Mobilität (Outcome), der Teilhabe (Outcome) und der Lebensqualität (Outcome) der pflegebedürftigen Personen im Verlaufe des Projekts?
 - Hintergrund: Die Einteilung in die drei Performanz-Gruppen zu Beginn der Begleitforschung sollte sicherstellen, dass Einrichtungen mit unterschiedlicher Ausgangskonstellation hinsichtlich ihrer bereits erreichten oder noch angestrebter Mobilitätsförderung und Umsetzung des ExMo in der Grundgesamtheit anteilig gleich berücksichtigt werden. Die Arbeitshypothese war die, dass der ExMo bei motivierten Improvern mit noch ungenutzter Kompetenz am wirksamsten sein müsste (s. 4.4.1). Daher erschien es am sinnvollsten, dass nicht alle Einrichtungen zusammen auf den Zusammenhang von ExMo und Outcome bei den pflegebedürftigen Personen analysiert werden, sondern getrennt nach den genannten

Ausgangskonstellationen. Würde man die erwartete höhere Verbesserungsrate bei den Improvern nachweisen können, dann würde das zeigen, dass bei vorliegender Kompetenz und noch nicht ausgeschöpftem Umsetzungspotential der ExMo am wirksamsten ist. Dieser angenommene Zusammenhang soll falsifiziert werden.

- Besteht ein Zusammenhang zwischen den Indikatordaten und der Einschätzung der Mobilität durch die Fachexpert:innen (t_1)
 - o Hintergrund: auch hier handelt es sich um einen Vergleich von Datenquellen, die die Mobilität messen. Das Assessment durch die Fachexpert:innen gilt als valider, weil es von externen Expert:innen nach einem festen Schema durchgeführt wird. Die Indikatordaten werden durch die Einrichtungen selbst erhoben. Wenn sie jedoch für einfache Fragestellungen des Qualitätsmonitoring geeignet sind, dann würde sie sich für künftige Verfahren zu diesem Zweck als ressourcenschonende Alternative anbieten. Daher soll untersucht werden, ob die Indikatordaten mit den Assessments der Fachexpert:innen ausreichend korrelieren.

Die Zusammenhänge wurden nicht nur statistisch berechnet, sondern durch grafische Darstellung der standardisierten Residuen der Kontingenztafeln und anderen Grafiken vermittelt. Bei allen Hypothesentests wurde ein Signifikanzniveau von 5% zugrunde gelegt.

Chi-Quadrat-Test

Der Chi-Quadrat-Test prüft, ob zwei oder mehr nominalskalierte Variablen abhängig voneinander sind. Hierbei werden Häufigkeiten untersucht. Die Ergebnisse werden üblicherweise in Kontingenztafeln dargestellt (Bortz & Schuster, 2010). In der vorliegenden Analyse wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson gewählt. Da das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests nur Aufschluss darüber gibt, ob ein Zusammenhang besteht, nicht aber wie stark dieser ist, wird im Anschluss die Effektstärke, mittels Cramer's V, berechnet (Bortz & Schuster, 2010).

Cramer's V

Cramer's V ist eine Maßzahl für den Zusammenhang zwischen zwei nominalskalierten Variablen und misst die Effektstärke des Zusammenhangs zwischen diesen. Im Anschluss an den Chi-Quadrat-Test wurde Cramer's V berechnet und nimmt Werte zwischen 0 und 1 an, wobei höhere Werte auf einen stärkeren Zusammenhang hindeuten (Cohen, 1988). Die Interpretation von Cramer's V nach Cohen (1988) ist in Tabelle 17 dargestellt.

Wert von Cramer's V	Effektstärke
V = 0.1	kleiner Effekt
V = 0.3	mittlerer Effekt
V = 0.5	großer Effekt

Tabelle 17: Interpretation von Cramer's V nach Cohen (1988), zitiert nach Ellis (2010)

G-Test

Mithilfe des G-Tests wird geprüft, ob Häufigkeiten in einer Kontingenztafel zufällig zustande gekommen sind oder nicht. Dieser wurde ergänzend zum Chi-Quadrat-Test durchgeführt, da er bei geringen Fallzahlen robuster ist (Hoey, 2012).

Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman

Der Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman r_s wird für die Untersuchung zweier mindestens ordinalskaliertes Merkmale berechnet und nimmt Werte zwischen -1 und +1 an. Bei positiven Werten spricht man von einem gleichgerichteten bzw. monoton wachsendem Zusammenhang zwischen den Variablen. Bei negativen Werten von einem monoton fallendem bzw. entgegengesetztem Zusammenhang. Bei $r_s = 0$ liegt kein monotoner Zusammenhang vor, es ist jedoch möglich, dass eine andere Form des Zusammenhangs existiert (Bortz & Schuster, 2010). Die Interpretation der Werte von r_s ist Tabelle 18 zu entnehmen.

Wert von r_s	Interpretation
$0 \leq r_s \leq 0,2$	kein monotoner Zusammenhang
$0,2 < r_s \leq 0,4$	schwacher monoton fallender/wachsender Zusammenhang
$0,4 < r_s \leq 0,6$	mittlerer monoton fallender/wachsender Zusammenhang
$0,6 < r_s \leq 0,8$	starker monoton fallender/wachsender Zusammenhang
$0,8 < r_s \leq 1$	sehr starker monoton fallender/wachsender Zusammenhang

Tabelle 18: Interpretation des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman.

Eigene Darstellung, in Anlehnung an Bortz und Schuster (2010)

Einfaktorielle Varianzanalysen

Des Weiteren wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein statistisches Verfahren bei dem mehr als zwei unabhängige Gruppen miteinander verglichen werden. Durch die Prüfung der Mittelwerte der abhängigen Variablen in den Vergleichsgruppen auf signifikante Unterschiede, wird die Wirkung einer unabhängigen nominal oder ordinal skalierten Variable auf eine metrisch skalierte Variable gemessen (Völkl & Korb, 2017; Bortz & Schuster, 2010).

Einfaktorielle Varianzanalysen wurden zur Untersuchung z. B. folgender Fragestellung herangezogen:

- Gibt es eine Korrelation zwischen dem EBoMo, den Angaben zur Mobilität der pflegebedürftigen Personen (eingeschätzt durch die Pflegeexpert:innen) und den Indikatorendaten der verschiedenen Risikogruppen?
 - o Hintergrund: alle drei Datenquellen bilden die Mobilität der pflegebedürftigen Personen ab – mit den jeweiligen Limitationen. Für die Angaben der Assessments wird höchste Validität vermutet, da sie durch externe Pflegeexpert:innen auf Basis des validierten Instruments EBoMo erhoben wurden. Dies wird für ein künftiges Monitoring zu aufwendig sein. Daher wurden die Ergebnisse der unterschiedlichen Datenquellen verglichen mit der Frage, welche Unterschiede es zwischen den Ergebnissen dieser Erfassungen gibt und welches Messinstrument künftig bei Verfahren verwendet werden könnte, wenn ein Fremdasessment zu aufwändig wäre.

Regressionsanalyse

Zur Überprüfung der Beziehung zwischen zwei intervallskalierten Variablen wurden einfache lineare Regressionen angewendet.

Bei einer Regressionsanalyse berechnet man eine Regression in Form einer Regressionsgeraden. Die Regression gibt dabei die Art des gerichteten linearen Zusammenhangs zwischen zwei oder mehr Variablen an. Ob die Regressionsgerade den Zusammenhang zwischen unabhängiger und abhängiger Variable gut beschreibt, zeigt das Bestimmtheitsmaß (R^2). Der Wertebereich von R^2 erstreckt sich von 0 bis 1, wobei ein Wert von 1 signalisiert, dass alle beobachteten Datenpunkte exakt auf der Regressionsgeraden liegen (Bortz & Schuster, 2010; Völkl & Korb, 2017). Eine Signifikanzprüfung der ermittelten Regressionsfunktion erfolgte mithilfe eines F-Tests.

Die Regressionsanalyse wurde für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem EBoMo zu den Zeitpunkten t_{0-EQ} und t_{1-EQ} , und dem Gesamtscore der Indikatorendaten durchgeführt.

- Hintergrund: Primär interessiert, ob die Mobilität, gemessen mit dem EBoMo, im Zeitraum zwischen den Assessments t_0 und t_1 stabil blieb oder - noch besser – sich positiv verändert hat. Gleichzeitig soll analysiert werden, ob die Indikatorendaten diese Veränderungen auch abbilden im Hinblick auf eine mögliche spätere Nutzung zu Zwecken des Qualitätsmonitoring.

Modellierung von Zusammenhängen

Für die Modellierung der Zusammenhänge zwischen den erhobenen Zielgrößen Mobilität und Teilhabe zu den beiden Erhebungszeitpunkten, Interventionsfaktoren und weiteren unabhängigen Faktoren wurde ein lineares gemischtes Modell zur Berücksichtigung der Messwiederholungsstruktur, die durch die beiden Erhebungszeitpunkte gegeben ist, verwendet.

Die Zielgrößen sind ordinalskaliert und verletzen daher die Normalverteilungsannahme, die dem verwendeten Modellierungsansatz zugrunde liegt. Daher wurde eine Rangtransformation angewendet, wodurch sich näherungsweise eine Normalverteilung der Zielgrößen erzielen ließ. Lineare Modelle sind grundsätzlich robust gegen die Verletzung der Normalverteilungsannahme, insbesondere mit größeren Stichproben, was hier der Fall ist. Für die Durchführung von Hypothesentests ist es wichtig, dass die Residuen normalverteilt und homoskedastisch sind. Beides konnte durch die Rangtransformation erreicht werden.

Mit Q-Q-Diagrammen wurden extreme Ausreißer visualisiert und aus dem Datensatz entfernt.

Für die Modellbildung sind wir von folgenden Null-Hypothesen ausgegangen, die zu falsifizieren sind:

1. Hypothese: Geschlecht und Alter korrelieren nicht mit der Mobilität oder Teilhabe (Prüfung auf Bias in der Stichprobe)
 - Hintergrund: Den Einrichtungen wurden nur wenige Vorgaben gemacht zur Auswahl der pflegebedürftigen Personen (s. 4.2.3). Für die Grundgesamtheit muss sichergestellt werden, dass es bei der Auswahl der pflegebedürftigen Personen zu keinem Bias gekommen ist, der für das Ergebnis von Relevanz sein könnte. Daher wurde untersucht, ob die Verteilung zwischen Alter und Geschlecht einerseits und der Mobilität oder Teilhabe andererseits zufällig ist. Eine Korrelation zwischen den genannten Parametern würde auf einen möglichen Selektionsbias hinweisen. Die Hypothese ist zu falsifizieren.
2. Hypothese: Die Performanzgruppen unterscheiden sich nicht in den Outcomes (Indirekte Prüfung auf Wirksamkeit).
 - Hintergrund: Die Performanzgruppen wurden eingeteilt nach ihrem Status der Umsetzung des ExMo und der Mobilitätsförderung (s. 4.2.1). Die zu falsifizierende Hypothese beschreibt den Zustand, der zu erwarten wäre, wenn die Umsetzung des ExMo keinen Einfluss auf die

Mobilität, die Teilhabe und die Lebensqualität hätte. Wird diese Hypothese falsifiziert, beweist dies die Annahme, dass es einen bestehenden Einfluss der Umsetzung des ExMo auf das Outcome bei den pflegebedürftigen Personen gibt.

3. Hypothese: Die ExMo-Prozessumsetzung führt bei den pflegebedürftigen Personen zu keiner Verbesserung der Zielgrößen des Outcomes, messbar als Differenz zwischen t_0 zu t_1 . Die Hypothese ist zu falsifizieren. (Indirekte Prüfung auf Wirksamkeit im Zeitverlauf).
 - Hintergrund: Wenn der ExMo wirksam ist, dann führt seine Umsetzung nachweislich zu Verbesserungen. Also ist die gegenteilige Hypothese zu falsifizieren.

Bei der Modellierung der Wirkzusammenhänge zur Überprüfung der Hypothesen wurden die ExMo-Prozessumsetzung als Intervention und die drei Aspekte Mobilität, Lebensqualität und Teilhabe als Zieloutcomes eingesetzt.

Mithilfe eines hierarchischen Modellierungsansatzes wurden in einem ersten Schritt die Hypothesen überprüft und die feste Effektstruktur festgelegt. Als Entscheidungskriterium wurde der Likelihood-Ratio-Test verwendet. Nicht alle Interaktionen zwischen ExMo-Prozessumsetzung und Erhebungszeitpunkt konnten mit den vorhandenen Beobachtungszahlen überprüft werden.

In einem zweiten Schritt wurden mit der gewählten festen Effektstruktur Tests bezüglich der Kovarianzstruktur durchgeführt (Compound Symmetry vs. unstrukturierte Kovarianzmatrix). Die Modelle wurden mit dem REML-Ansatz geschätzt und auf Basis des AIC-Kriteriums miteinander verglichen.

4.7 Expertenworkshop

Die Reflexion von Vorgehensweise, Ergebnissen und Handlungsempfehlungen erfolgt sinnvollerweise auch mit externen Expert:innen, die nochmal andere Sichtweisen in die Diskussion einbringen können. Dies rundet die Interpretation der Ergebnisse auf sinnvolle Weise ab.

Die Einladung von Personen zum Expertenworkshop fand anhand folgender Kriterien statt. Zu diesen zählen:

- Akademische Expertise auf dem Feld der Pflegeversorgung,
- Expertise im Bereich der Mobilitätsförderung,
- Praktische Erfahrung in der pflegerischen Arbeit,
- Spezifische Expertise, auf die der Auftraggeber hinwies.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien wurden 14 Expert:innen eingeladen. Zusätzlich gab es Personen, denen eine persönliche Teilnahme nicht möglich war, die eine Vertretung benannten, sowie Personen, die proaktiv Interesse am Workshop geäußert hatten, da sie von Kolleg:innen vom Workshop erfuhren und

selbst ebenfalls in dem Gebiet der Mobilitätsförderung forschen. Diese Personen wurden zur Teilnahme am Workshop zugelassen. Der Workshop wurde letztendlich mit 7 Expert:innen sowie vier Personen vom BQS Institut durchgeführt. Die Teilnehmer:innen-Liste findet sich in Anhang 37: Teilnehmerinnenliste Expertenworkshop.

Der Workshop sollte dazu dienen, die bisherigen Ergebnisse der Begleitforschung aus den verschiedenen Erhebungen zu präsentieren und diese kritisch zu diskutieren. Deshalb folgte der Workshop folgendem inhaltlichen Aufbau:

- Vorstellungsrunde,
- Präsentation des Projekthintergrunds sowie ausgewählter Ergebnisse,
- Diskussion und
- Fazit.

Zur besseren Dokumentation wurde der Workshop sowohl mit einer Tonaufnahme festgehalten als auch mithilfe von schriftlichen digitalen Notizen. Die Einwilligung zur Tonaufnahme wurde am Anfang des Termins von allen Teilnehmer:innen eingeholt und über Zoom durchgeführt, da diese Software genutzt wurde, um den Workshop digital durchzuführen.

Die Diskussionsfragen wurden den Teilnehmer:innen mittels der vorbereiteten PowerPoint-Präsentation gezeigt. Gleichzeitig waren diese aber zuvor in MIRO durch das BQS Institut für die interne Dokumentation des Workshops vorbereitet worden. Dementsprechend wurde die Diskussion durch eine Person vom Projektteam geleitet, während zwei weitere Personen die Dokumentation der Redebeiträge in MIRO übernahmen.

Den inhaltlichen Abschluss des Workshops stellte eine Umfrage via Zoom dar. Hier wurden die Teilnehmer:innen dazu befragt, ob sie eine verpflichtende Einführung des ExMo für stationäre Pflegeeinrichtungen und/oder ambulante Pflegedienste befürworten.

Die Ergebnisse des Expertenworkshops flossen in die jeweiligen relevanten Ergebniskapitel ein.

5 Ergebnisse der Evaluation

Die Ziele und Fragestellungen der Evaluation (s. Kapitel 3) sind der Ausgangspunkt der Begleitforschung. Darauf aufbauend wurde das methodische Vorgehen geplant, mit dessen Hilfe die Fragestellungen beantwortet werden sollen (s. Kapitel 4).

Die Vorstellung der Ergebnisse beginnt mit der Beschreibung der Ausgangssituation zu Beginn der Begleitforschung (5.1.1, 5.1.2, 5.1.3). Daran anschließend werden die Veränderungen während des Forschungszeitraumes sowie die Ergebnisse der Abschlusserhebungen vorgestellt (5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4). Dabei wird immer wieder referiert auf die Ausgangsfragestellungen, deren Beantwortung anhand der Einzelinformationen dann im Diskussionskapitel (s. Kapitel 6) abgerundet wird.

5.1 Ausgangssituation

An der Statusbefragung (t_{ST} und t_{0-MOB}) haben sich 130 ambulante Pflegedienste und (teil-)stationäre Einrichtungen beteiligt, wovon 61 Einrichtungen und Dienste Interesse an einer weiteren Projektteilnahme äußerten. Letztendlich konnten von diesen **40 stationäre Einrichtungen und ambulante Pflegedienste** für eine weitere Projektteilnahme gewonnen werden.

Die Ausgangssituation der teilnehmenden Einrichtungen und Dienste wurde mithilfe der ersten Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste (t_{ST} und t_{0-MOB}) erhoben.

5.1.1 Strukturen und Prozesse bei den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Strukturen

Tabelle 19 und Tabelle 20 listen strukturelle Informationen zu den teilnehmenden stationären Einrichtungen auf (Bundesland, Trägerschaft, Kommunengröße, Mitarbeitenden-Anzahl). Dabei werden die teilstationären Einrichtungen den stationären zugerechnet, da sie in der gegebenen Fragestellung des ExMo funktional einander gleichen. Die Mobilitätsförderung und ihre Organisation durch den ExMo geschehen in den aktiven Tagesstunden und nicht in der Nacht. Daher ist es für die Analyse der Wirksamkeit des ExMo von geringem Einfluss, wo die pflegebedürftige Person schläft.

Auf folgende Aspekte sei besonders hingewiesen:

- fast ein Drittel (31,3 %) der stationären Einrichtungen befinden sich in Nordrhein-Westfalen,
- ca. ein weiteres Fünftel der Einrichtungen (21,9 %) befindet sich in Niedersachsen,
- ca. zwei Drittel (62,5 %) der Einrichtungen befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft,

die Streuung der teilnehmenden stationären Einrichtungen über einwohnerstarke und -schwache Kommunen ist relativ gleichmäßig.

Bundesland	n (%)
Nordrhein-Westfalen	10 (31,3 %)
Rheinland-Pfalz	4 (12,5 %)
Sachsen	2 (6,3 %)
Sachsen-Anhalt	1 (3,1 %)
Schleswig-Holstein	1 (3,1 %)
Thüringen	1 (3,1 %)
Bayern	3 (9,4 %)
Brandenburg	1 (3,1 %)
Hamburg	1 (3,1 %)
Hessen	1 (3,1 %)
Niedersachsen	7 (21,9 %)
Gesamt	32 (100 %)

Trägerschaft	n (%)
Privat	10 (31,3 %)
Freigemeinnützig	20 (62,5 %)
Öffentlich	2 (6,3 %)
Gesamt	32 (100 %)

Tabelle 19: Bundesländer und Trägerschaften der stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Darüber hinaus waren die stationären Einrichtungen aufgefordert, zu benennen, wie viele Pflegebedürftige pro Pflegegrad von ihnen versorgt werden (s. Tabelle 21). Auffällig ist hierbei, dass die höchsten Anzahlen für betreute pflegebedürftige Personen bei den Pflegegraden 3 (Minimum: 9, Maximum: 71) und 4 (Minimum: 4, Maximum: 89) genannt wurden.

Einwohnenden-Anzahl	n (%)
Landgemeinde (<5.000 Einwohner:innen)	8 (25,0 %)
Kleinstadt (5.000 - 20.000 Einwohner:innen)	7 (21,9 %)
Mittelstadt (20.001 - 100.000 Einwohner:innen)	9 (28,1 %)
Großstadt (>100.000 Einwohner:innen)	8 (25,0 %)
Gesamt	32 (100%)

Mitarbeitenden-Anzahl	n (%)
bis 24	5 (15,6 %)
25-59	12 (37,5 %)
60-89	11 (34,4 %)
> 90	4 (12,5 %)
Gesamt	32 (100 %)

Tabelle 20: Einwohnenden- und Mitarbeitenden-Anzahl der stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Wie hoch ist in etwa die aktuelle Anzahl der von Ihrer Einrichtung versorgten pflegebedürftigen Personen nach Pflegegrad? Bitte nennen Sie jeweils die entsprechende Anzahl.					
Pflegegrad	Antwortende Einrichtungen (n)	Anzahl pflegebedürftige Personen pro Pflegegrad			Standardabweichung
		Minimum	Maximum	Mittelwert	
Ohne Pflegegrad/ Privatzahler	23	0	2	0,17	0,576
Pflegegrad 1	23	0	8	0,87	1,817
Pflegegrad 2	30	1	59	16,87	11,328
Pflegegrad 3	30	9	71	30,30	15,313
Pflegegrad 4	30	4	89	25,23	17,905
Pflegegrad 5	30	0	49	12,83	11,498

Tabelle 21: Anzahl pflegebedürftiger Personen in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Tabelle 22 zeigt zwei Aussagen zur Kompetenz der Pflegefachkräfte im Bereich der Mobilitätsförderung. Die leitenden Verantwortlichen der stationären Einrichtungen waren aufgefordert, ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zur Aussage anzugeben. Hier wird deutlich, dass 27 von 32 teilnehmenden stationären Einrichtungen ihren Pflegefachkräften zutrauen, Mobilitätseinschränkungen zu identifizieren (n = 15 für „Stimme zu“ und n = 12 für „Stimme voll und ganz zu“). Zur darauf aufbauenden Kompetenz befragt, Mitarbeitende auch bei der Durchführung von mobilitätsfördernden Maßnahmen anzuweisen, zeigt sich jedoch ein uneinheitlicheres Bild. Hier entfällt jeweils ca. ein Drittel der antwortenden Vertreter der stationären Einrichtungen auf die Antwort-Optionen „Stimme zu“ (n = 11) und „Stimme weder zu noch lehne ab“ (n = 9).

Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Mobilitätseinschränkungen der Pflegebedürftigen zu identifizieren.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme nicht zu	2 (6,3 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	3 (9,4 %)
Stimme zu	15 (46,9 %)
Stimme voll und ganz zu	12 (37,5 %)
Gesamtanzahl der Antworten	32 (100 %)

Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz Kolleg:innen zur Durchführung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen anzuleiten.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme nicht zu	6 (18,8 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	9 (28,1 %)
Stimme zu	11 (34,4 %)
Stimme voll und ganz zu	6 (18,8 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)

Tabelle 22: Kompetenzen der Pflegefachkräfte in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Zusätzlich wurden die leitenden Verantwortlichen der stationären Einrichtungen dazu befragt, inwiefern sie über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung verfügen (s. Abbildung 6).

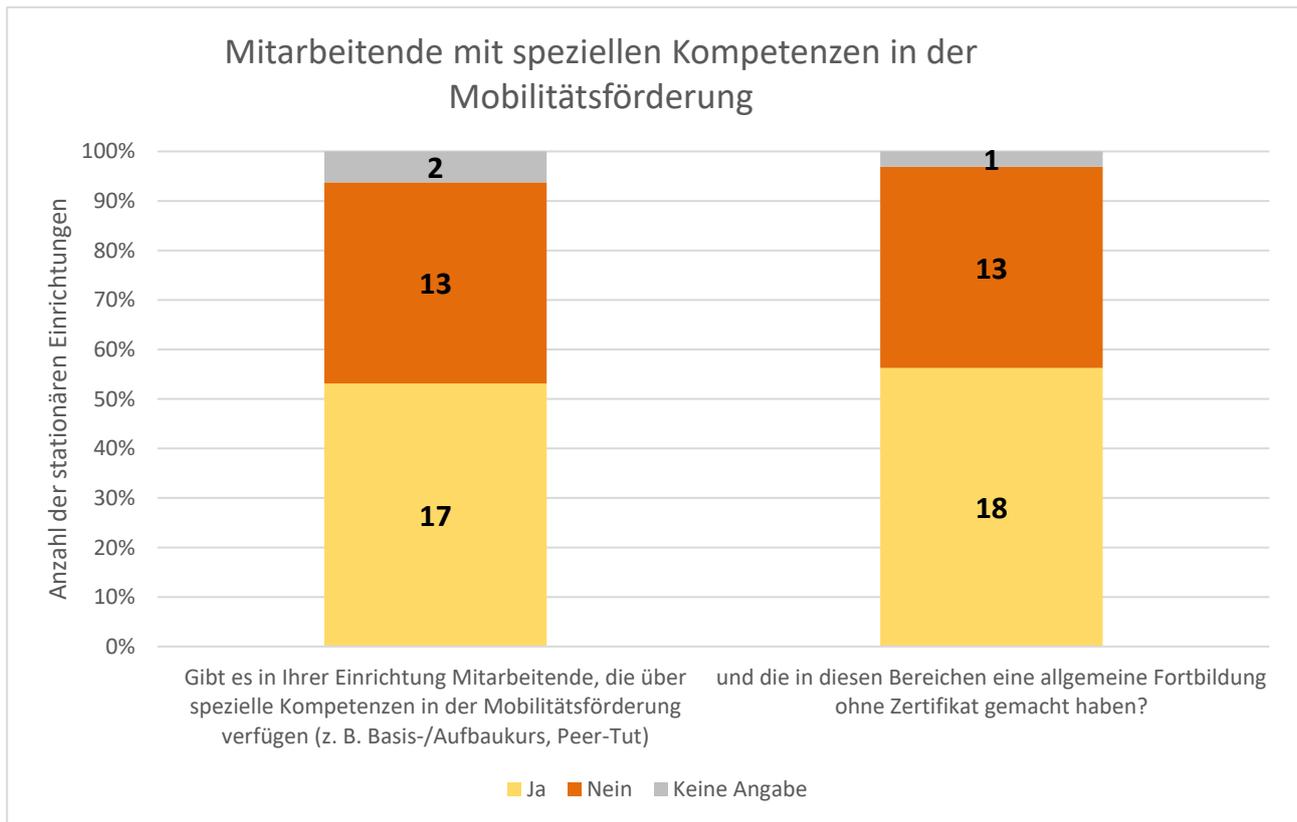


Abbildung 6: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden in der Mobilitätsförderung bei den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Hierbei geben 17 bzw. 18 von 32 Vertretern der Einrichtungen an, über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen in der Mobilitätsförderung zu verfügen. Konkret auf den ExMo bezogen waren die leitenden Verantwortlichen der Einrichtungen aufgefordert, anzugeben, ob allen Pflegefachkräften die ExMo-Anforderungen bekannt seien (s. Tabelle 23).

Hierbei sind folgende Punkte erwähnenswert:

- mehr als ein Drittel gibt eine indifferente Antwort: „Stimme weder zu noch lehne ab“ (n = 13),
- ca. ein Drittel stimmt der Aussage zu (n = 10).

Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des Expertenstandards "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege".	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	2 (6,3 %)
Stimme nicht zu	4 (12,5 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	13 (40,6 %)
Stimme zu	10 (31,3 %)
Stimme voll und ganz zu	3 (9,4 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)

Tabelle 23: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Zusätzlich wurden die leitenden Verantwortlichen der Einrichtungen gebeten, anzugeben, inwiefern eine Dokumentation sowie das strukturierte Vorgehen bei der Mobilitätsförderung sinnvoll seien (s. Tabelle 24).

Die Dokumentation der Mobilitätsmaßnahmen je Pflegebedürftigen erachte ich als sinnvoll.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	1 (3,1 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	3 (9,4 %)
Stimme zu	6 (18,8 %)
Stimme voll und ganz zu	22 (68,8 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)

Ein strukturiertes Vorgehen zur Auswahl und Durchführung von Mobilitätsmaßnahmen ist sinnvoll.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme weder zu noch lehne ab	1 (3,1 %)
Stimme zu	10 (31,3 %)
Stimme voll und ganz zu	21 (65,6 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)

Tabelle 24: Frage nach der Sinnhaftigkeit von Mobilitätsförderung bei den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB})

Hierbei zeigt sich, dass

- 28 von 32 befragten Personen aus den stationären Einrichtungen (also 87,5 %) zustimmen, dass Mobilitätsförderung grundsätzlich sinnvoll sei,
- 31 von 32 befragte Personen aus den Einrichtungen (also 96,9 %) zustimmen, dass ein strukturiertes Vorgehen bezüglich der Mobilitätsförderung sinnvoll sei.

Prozesse

Abbildung 7 zeigt den Umsetzungsgrad des ExMo zu Beginn der Begleitforschung in den stationären Einrichtungen. Hier zeigen sich vier nahezu ausgeglichene Gruppen mit jeweils 8 bis 9 Einrichtungen pro Gruppe. Die kleinste Gruppe wird hierbei von denjenigen Einrichtungen ausgemacht, welche die Einführung des ExMo zum Befragungszeitpunkt noch planen (n = 6).

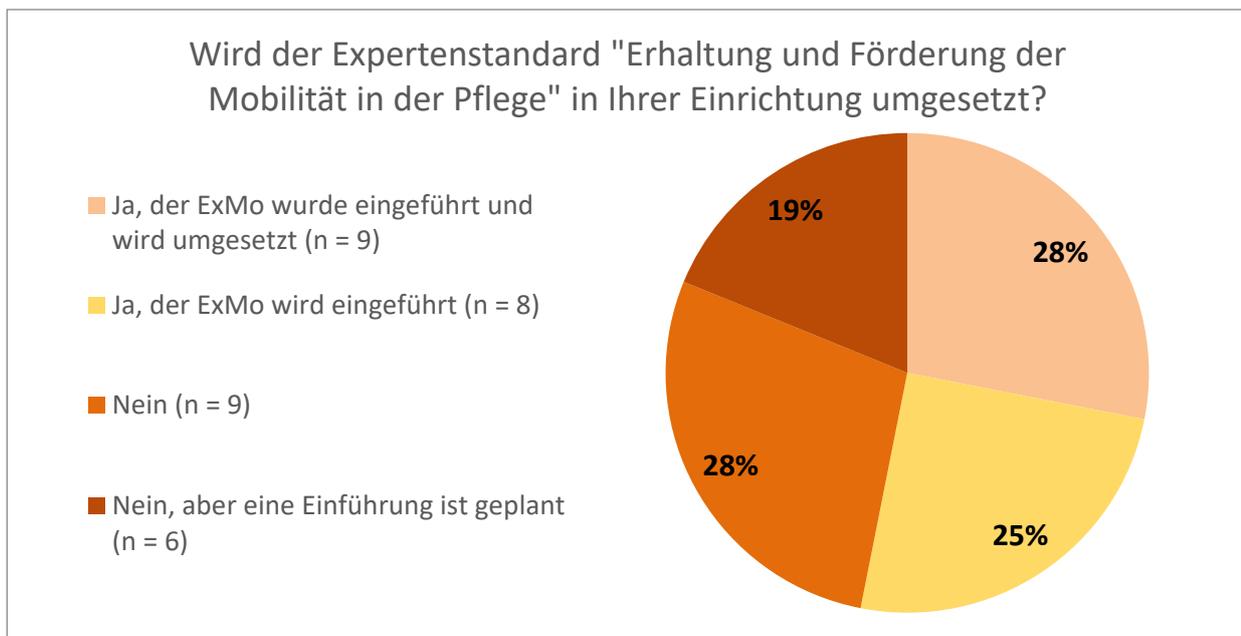


Abbildung 7: Umsetzungsgrad des ExMo in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Außerdem waren die leitenden Verantwortlichen der Einrichtungen dazu aufgefordert, einzuschätzen, ob sie mit ihrem Personal mobilitätsfördernde Maßnahmen anbieten können (s. Tabelle 25).

Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen anzubieten.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	4 (12,5 %)
Stimme nicht zu	4 (12,5 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	8 (25 %)
Stimme zu	12 (37,5 %)
Stimme voll und ganz zu	4 (12,5 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)

Tabelle 25: Kapazität der stationären Einrichtungen zur Mobilitätsförderung (t_{0-MOB})

Hierbei wird Folgendes klar:

- 50 % der befragten Verantwortlichen der stationären Einrichtungen geben an, dass ihr Personal in der Lage sei, mobilitätsfördernde Maßnahmen anzubieten,
- ein Viertel der befragten Personen konnte der Aussage weder zustimmen noch sie ablehnen (n = 8),
- ein weiteres Viertel sieht die Möglichkeit zur umfassenden Mobilitätsförderung bei sich nicht gegeben (n=8).

Abbildung 8 gibt einen Überblick zur Orientierung der mobilitätsfördernden Maßnahmen der Einrichtungen am aktuellen Forschungsstand².

56,3 % der leitenden Verantwortlichen der Einrichtungen stimmten der Aussage zu, dass sich ihre mobilitätsfördernden Maßnahmen am aktuellen Forschungsstand orientieren würden (n = 15 für „Stimme zu“ und n = 3 für „Stimme voll und ganz zu“). 31,3 % der befragten Personen scheinen sich in dieser Frage allerdings nicht sicher zu sein (n = 10 für „Stimme weder zu noch lehne ab“).

² Aufgrund der Rundung von Prozentangaben innerhalb der Abbildungen kann es bei dieser und den folgenden Abbildungen zu Prozentangaben kommen, welche summiert zwischen 99 und 102 % liegen.

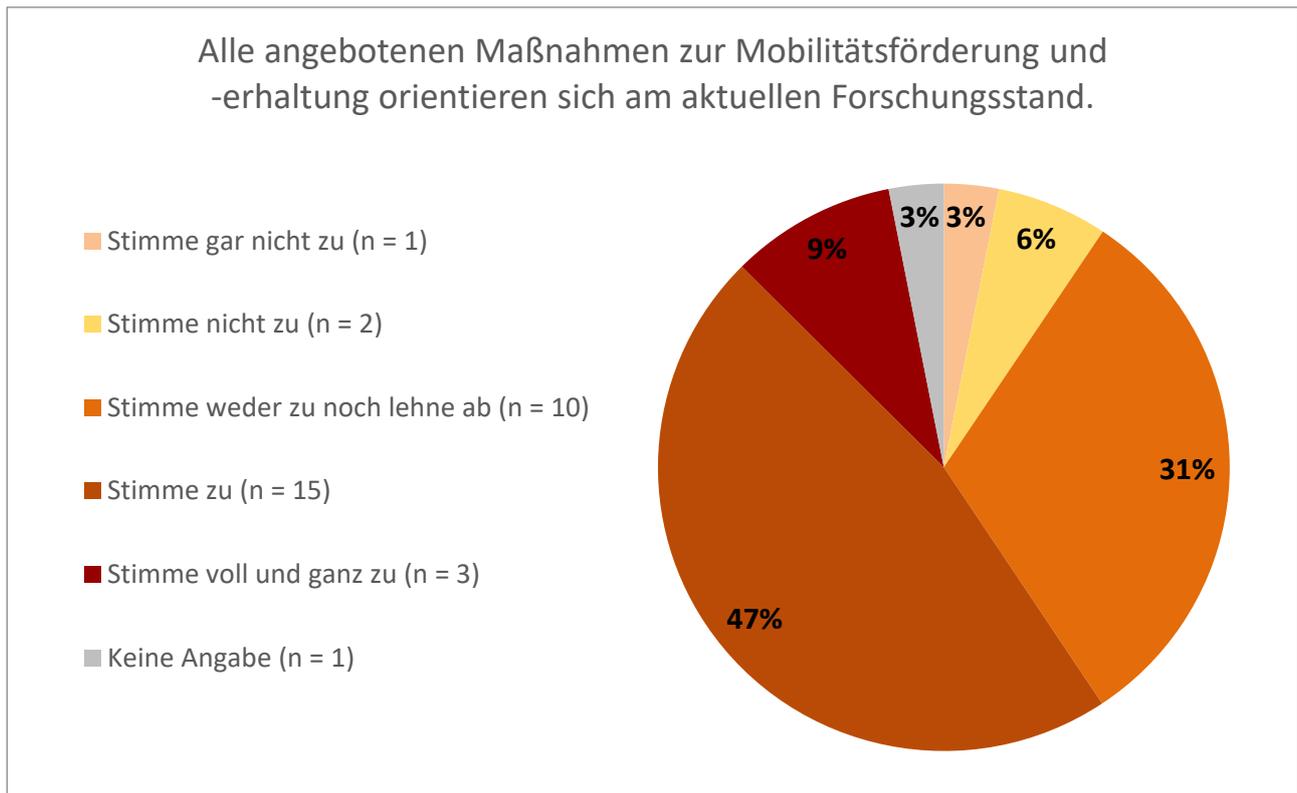


Abbildung 8: Mobilitätsförderung und aktueller Forschungsstand in den stationären Einrichtungen (t₀-MOB)

Abbildung 9 veranschaulicht die Planung von individuellen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung in den stationären Einrichtungen. Fast alle teilnehmenden Einrichtungen (n = 30) fertigen eine individuelle Maßnahmenplanung an. 81,3 % der leitenden Verantwortlichen der Einrichtungen geben an hierbei auch die pflegebedürftigen Personen selbst (oder ihre Angehörigen) in die Planung einzubeziehen (n = 26).

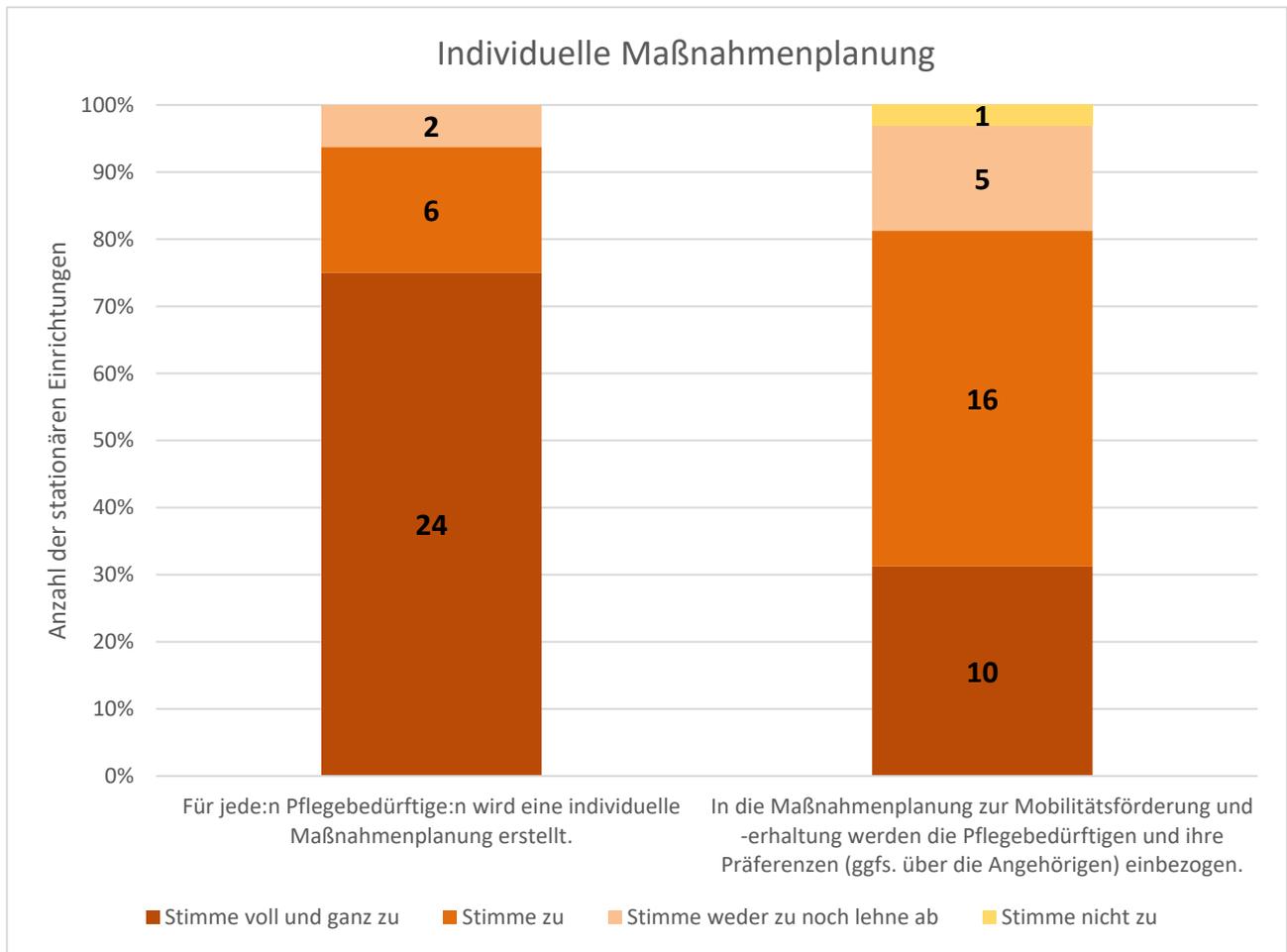


Abbildung 9: Individuelle Maßnahmenplanung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Die folgende Tabelle 26 zielt zum einen auf die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen in den stationären Einrichtungen und gibt Aufschluss darüber, inwiefern etwaige Maßnahmen von den Pflegefachkräften dokumentiert werden.

Die angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sind wirksam.	
Antwortmöglichkeit	t ₀ -MOB Häufigkeit n (%)
Stimme weder zu noch lehne ab	9 (28,1 %)
Stimme zu	18 (56,3 %)
Stimme voll und ganz zu	5 (15,6 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)

Die Wirkung der durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen wird dokumentiert.	
Antwortmöglichkeit	t ₀ -MOB Häufigkeit n (%)
Ja, selten	3 (9,4 %)
Ja, gelegentlich	9 (28,1 %)
Ja, oft	11 (34,4 %)
Ja, immer (5)	9 (28,1 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)

Tabelle 26: Wirkung und Dokumentation der Maßnahmen in den stationären Einrichtungen (t₀-MOB)

Hierbei erscheint Folgendes erwähnenswert:

- 71,9 % der befragten Personen aus stationären Einrichtungen waren davon überzeugt, dass ihre Maßnahmen die Mobilität der pflegebedürftigen Personen fördern würden (n = 18 für „Stimme zu“ und n = 5 für „Stimme voll und ganz zu“),
- 62,5 % der befragten Personen dokumentieren die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen (n = 11 für „Ja, oft“ und n = 9 für „Ja, immer“),
- 28,1 % der befragten Personen können keine eindeutige Aussage zur Häufigkeit der Dokumentation treffen (n = 9 für „Ja, gelegentlich“).

Mit der geförderten Mobilität sollen auch Stürze seltener werden, sei es durch Krafttraining, durch Gleichgewichtsübungen und Koordinationstraining. Dennoch werden diese Kompetenzen erst aufgebaut, so dass mit der Mobilitätsförderung immer auch eine gewisse und nicht völlig vermeidbare Sturzgefahr verbunden ist. Daher ist es wichtig, dass die Einrichtungen die Häufigkeit von Stürzen dokumentieren, um ggf. ihre Sturzprävention weiter zu verbessern.

Andererseits ist die Gefahr von Dekubitalulzera bei noch nicht ausreichend mobilisierten Menschen erhöht, so dass auch hier ein kontinuierliches Monitoring helfen soll, um eine bestmögliche Dekubitusprävention durchführen zu können, ohne dass Dekubitalulzera völlig vermeidbar wären.

Abbildung 10 veranschaulicht die Häufigkeit der Dokumentation von Stürzen und Dekubitalulzera zu Beginn der Begleitforschung.

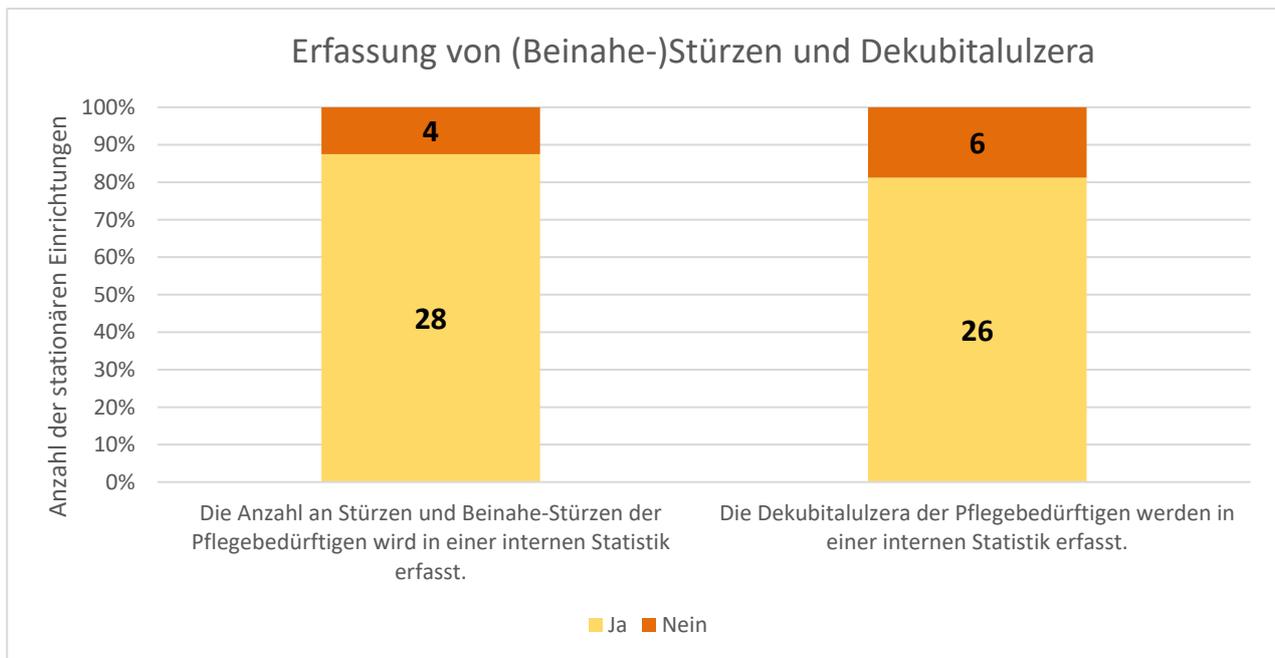


Abbildung 10: Erfassung von Stürzen und Dekubitalulzera in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Sowohl (Beinahe-)Stürze als auch Dekubitalulzera wurden im Großteil der teilnehmenden Einrichtungen bereits zu Beginn der Begleitforschung erfasst (n = 28 und n = 26).

Hinzu kommt, dass die befragten Personen der Einrichtungen eine Einschätzung vornehmen sollten, ob es den von ihnen versorgten pflegebedürftigen Personen körperlich und kognitiv möglich sei, an mobilitätsfördernden Maßnahmen teilzunehmen (s. Abbildung 11).

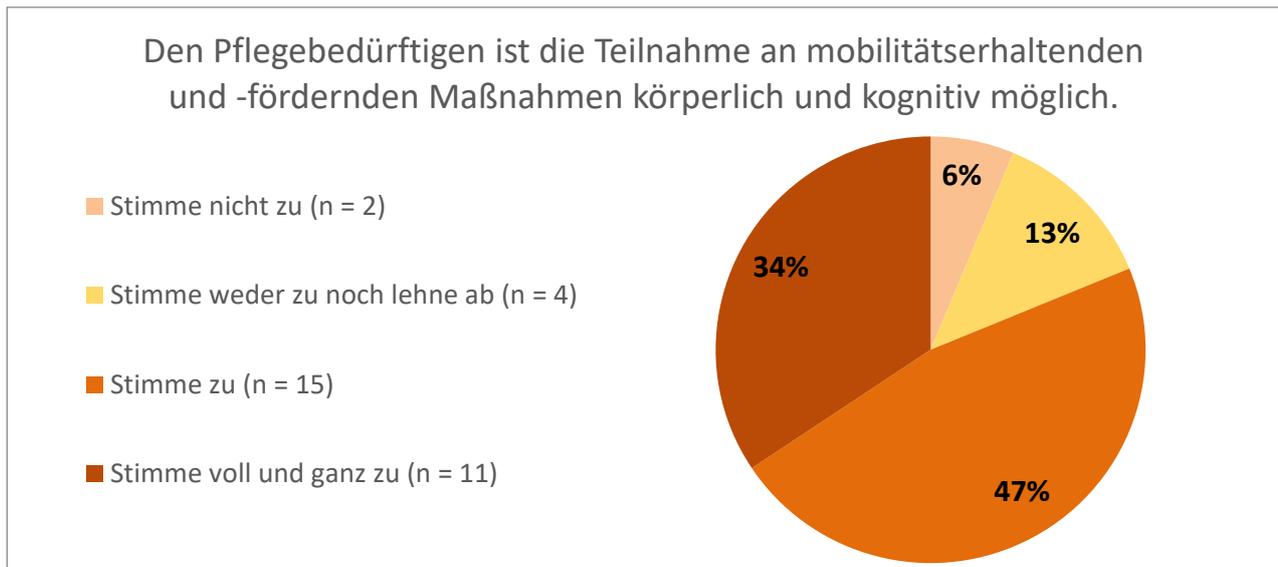


Abbildung 11: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen in den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB})

In diesem Kontext sind 80 % der Meinung, dass es den pflegebedürftigen Personen sowohl körperlich als auch kognitiv möglich sei, an den Maßnahmen teilzunehmen (n = 11 für „Stimme voll und ganz zu“ und n = 15 für „Stimme zu“).

Abbildung 12 liefert einen Überblick, ob Einzel- und Gruppenangebote prinzipiell in den Einrichtungen stattfinden, während Abbildung 13 deren Häufigkeit aufzeigt:

- Gruppenangebote werden grundsätzlich deutlich häufiger angeboten als Einzelangebote (n = 30 vs. n = 23),
- ähnliche bzw. identische Menge an Einrichtungen führt beide Angebotstypen sowohl täglich (n = 7 für „Einzelangebote“ und n = 5 für „Gruppenangebote“) als auch mehrmals wöchentlich (n = 14 für „Einzelangebote“ und n = 14 für „Gruppenangebote“) durch,
- Unterschiede treten in diesem Kontext erst bei den Einrichtungen zutage, welche eine Durchführung der Angebote 1 x pro Woche angaben. Hier wird deutlich, dass dies eher für Gruppenangebote zutrifft als für Einzelangebote (n = 11 vs. n = 5).

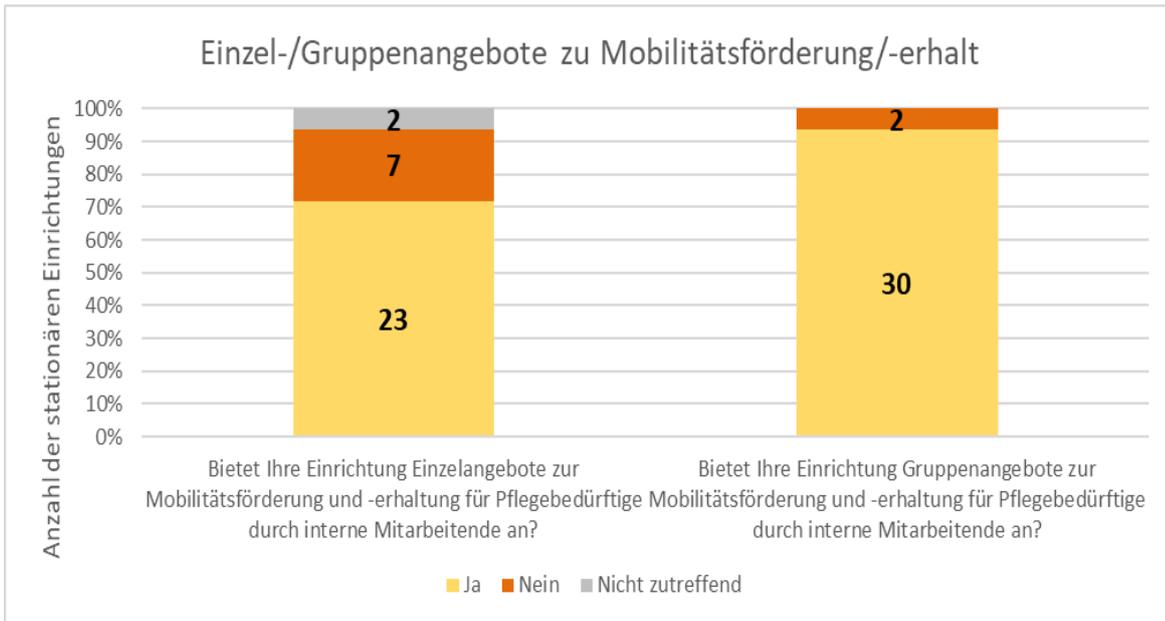


Abbildung 12: Einzel- und Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung in den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB})

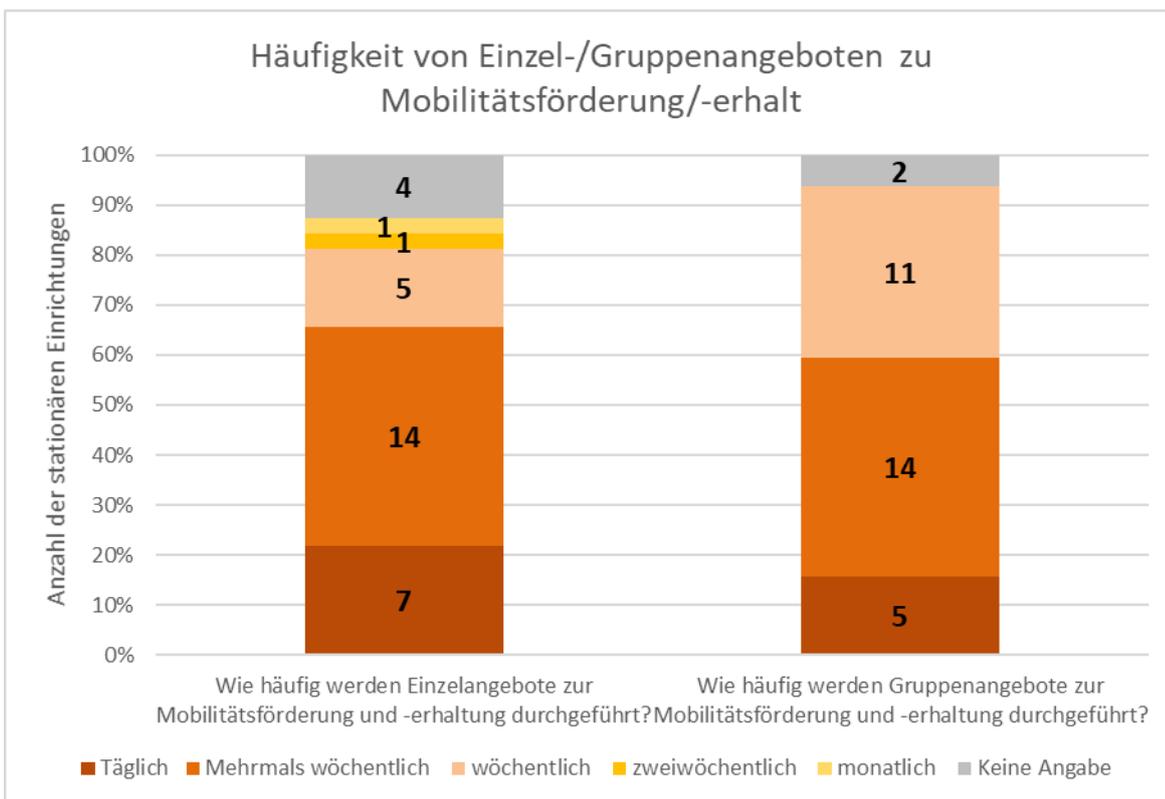


Abbildung 13: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzel- und Gruppenangeboten in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Abbildung 14 zeigt, inwiefern die Einrichtungen mit externen Anbietern zusammenarbeiten, um mobilitätsfördernde Maßnahmen anbieten zu können.

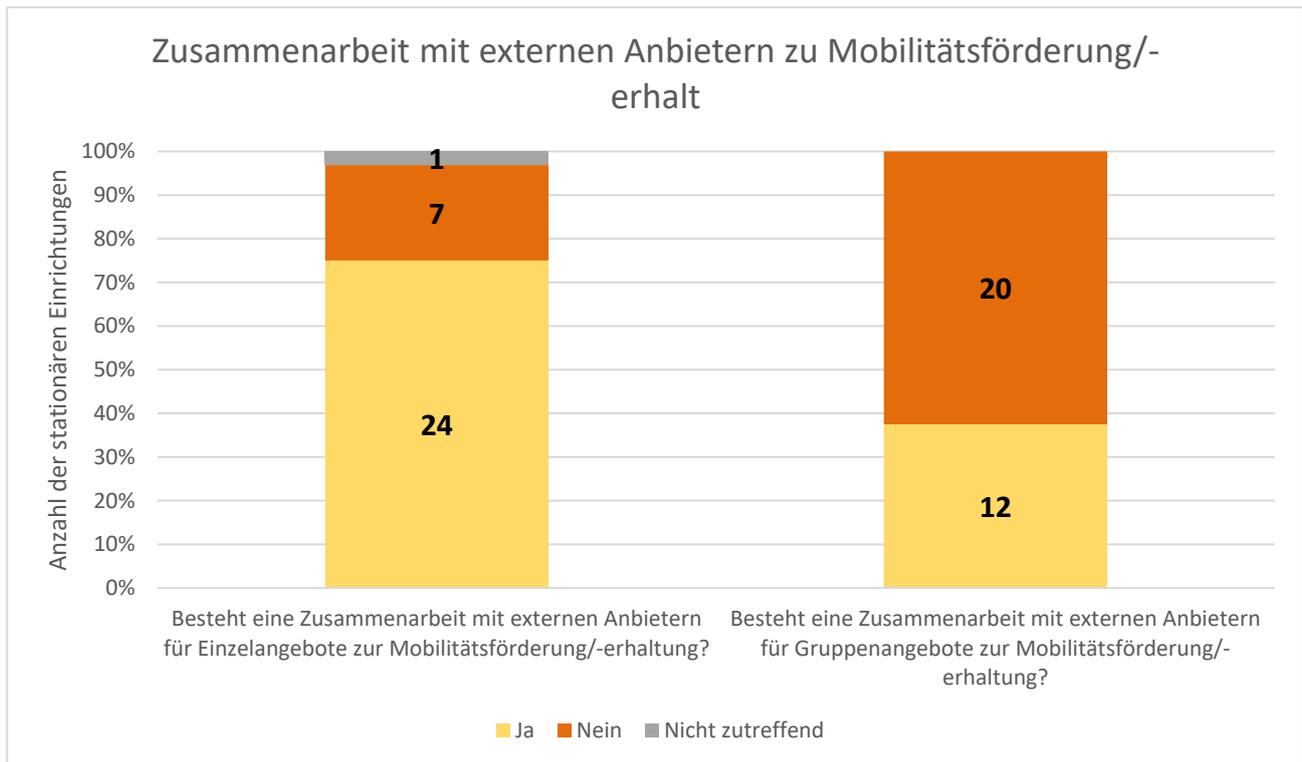


Abbildung 14: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für die Mobilitätsförderung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

Circa ein Drittel der Einrichtungen arbeitet für Gruppenangebote mit externen Anbietern zusammen (n = 12). Doppelte so viele Einrichtungen hingegen arbeiten für Einzelangebote mit Externen zusammen (n = 24).

Gesamtresümees

Im Rahmen der Erstassessments in den stationären Einrichtungen waren die externen Pflegeexpert:innen dazu aufgefordert, am Ende des Tages Freitextangaben zu ihrem Gesamteindruck über die jeweilige Einrichtung zu machen. Folgende Punkte wurden hierbei am häufigsten durch die Expert:innen in den Freitexten genannt bei vorliegenden 32 ausgefüllten Befragungsbögen:

- Die mobilitätsfördernden Maßnahmen scheinen insgesamt gut organisiert (n = 25).
- Der Erhalt und/oder die Förderung der Mobilität der pflegebedürftigen Personen gelingt (n = 21).
- Es findet eine Einbeziehung von pflegebedürftigen Personen und/oder Angehörigen bei der Maßnahmenplanung statt (n = 36).
- Die Dokumentation der Maßnahmen erfolgt gemäß Standard (n = 21).
- Personalbezogene Aspekte verhindern oder erschweren die regelmäßige Durchführung von mobilitätsfördernden Maßnahmen (n = 19).

Die Freitexte zeigen sehr gut auf, dass es sowohl teilnehmende Einrichtungen gibt, die der Mobilitätsförderung einen hohen Stellenwert beimessen:

„Einrichtung führt tägliches Bewegungstraining mit Gästen durch. Darin integriert ist das Gedächtnistraining. Gleichgewichtstraining auf verschiedenen Bodenbelägen & Ebenen. Eigene Küche, haptisches Training beim Kochen & Tischdecken.“ (053)

als auch Einrichtungen, bei denen dies einen eher untergeordneten Stellenwert zu haben scheint:

„Die Mitarbeiter bewerten die Mobilitätssituation der Bewohner. Ein Einbezug in die Maßnahmenplanung findet eher weniger statt. Wenn Einbezug stattfindet geht dieser oft vom Bewohner oder dem Angehörigen aus.“ (025)

Zusätzlich lässt sich aus den Texten herauslesen, dass manche der teilnehmenden Einrichtungen bei der Planung der Maßnahmen auf eine breite Basis an Personal mit mobilitätsrelevantem Fachwissen zurückgreifen können:

„Multiprofessionelles Team: Pflege, Physiotherapeut, Betreuung, entwickeln gemeinsam Angebote & evaluieren gemeinsam.“ (052)

aber im Kontrast hierzu auch Einrichtungen vertreten sind, welche grundsätzlich unter dem Fachkräftemangel leiden:

„Einrichtung klagt über hohe Belastung, ständiges kämpfen mit Personalnot -> Also REAGIEREN statt STRUKTURIEREN.“ (021)

Validierung

Im Rahmen der Validierung wurden die von den befragten Vertretern der stationären Einrichtungen getätigten Angaben (t_{0-MOB}) mithilfe der Angaben aus den Gesamtresümees durch die externen Pflegeexpert:innen validiert (t_{VAL})

Tabelle 27 sind die Ergebnisse der Validierung für den stationären Bereich zu entnehmen.

Bewertungsergebnis	Anzahl der Einrichtungen
Bewertung durch Expert:in besser	15
Gleiche Bewertung	6
Bewertung durch Expert:in schlechter	9
Bewertung aufgrund fehlender Angaben nicht möglich	2

Tabelle 27: Validierungsergebnisse für die stationären Einrichtungen (t_{VAL})

Hierbei zeigt sich Folgendes:

- 47,9 % der Einrichtungen werden durch die Expert:innen besser eingeschätzt als sie sich selbst einschätzen,
- 28,1 % der Einrichtungen erhalten durch die Expert:innen eine schlechtere Fremdbewertung als ihre Eigenbewertung,
- bei 18,9 % der Einrichtungen stimmen die Eigen- und Fremdbewertung überein.

Tabelle 28 fasst die bisherigen Erkenntnisse der Begleitforschung bezüglich der stationären Einrichtungen zusammen.

Zusammenfassung der Ausgangsfakten der teilnehmenden stationären Einrichtungen
Stationär
<ul style="list-style-type: none"> - 31 % der stationären Einrichtungen befinden sich in Nordrhein-Westfalen und 22 % befinden sich in Niedersachsen - ca. zwei Drittel (62,5 %) der Einrichtungen befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft, - die Streuung der teilnehmenden stationären Einrichtungen über einwohnerstarke und -schwache Kommunen ist relativ gleichmäßig, - höchste Anzahlen für betreute pflegebedürftige Personen wurden bei den Pflegegraden 3 und 4 genannt, - 84 % trauen ihren Pflegefachkräften zu, Mobilitätseinschränkungen zu identifizieren, - 53,1 % geben an, über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen in der Mobilitätsförderung zu verfügen,

- 40,7 % gehen davon aus, dass den angestellten Pflegekräften der ExMo bekannt sei,
- Umsetzung sowie Nicht-Umsetzung des ExMo in den stationären Einrichtungen ist relativ gleich verteilt zu Beginn der Begleitforschung (n = 17 vs. n = 15),
- 56,3 % geben an, ihre Maßnahmen am aktuellen Forschungsstand auszurichten,
- 94 % fertigen eine individuelle Maßnahmenplanung an, bei 50 % werden die Wünsche der pflegebedürftigen Personen hierbei einbezogen,
- 72 % sind der Auffassung, dass die von ihnen getroffenen Maßnahmen, auch wirksam seien,
- 56,3 % dokumentieren die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen,
- Dekubitalulzera werden weniger häufig dokumentiert (81 %) als Stürze (88 %),
- 80% sind der Meinung, dass es den pflegebedürftigen Personen sowohl körperlich als auch kognitiv möglich sei, an den Maßnahmen teilzunehmen,
- Gruppenangebote werden häufiger durchgeführt als Einzelangebote (94 % vs. 72 %), für Zweites wird jedoch häufiger mit externen Anbietern zusammengearbeitet.

Tabelle 28: Zusammenfassung der Ausgangssituation der stationären Einrichtungen (t_{0-MOB})

5.1.2 Strukturen und Prozesse bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

Strukturen

An der Begleitforschung nahmen zum ersten Erhebungszeitpunkt acht ambulante Pflegedienste teil. Tabelle 29 und Tabelle 30 lassen sich strukturelle Angaben zum Standort der Dienste, der Größe der Kommunen, der Trägerschaft sowie der Anzahl der Mitarbeitenden entnehmen.

Bundesland	n (%)
Baden-Württemberg	1 (12,5%)
Rheinland-Pfalz	2 (25%)
Bayern	4 (50%)
Niedersachsen	1 (12,5%)
Gesamt	8 (100%)
Trägerschaft	n (%)
Privat	2 (25%)
Freigemeinnützig	5 (62,5%)
Öffentlich	1 (12,5)
Gesamt	8 (100%)

Tabelle 29: Bundesländer und Trägerschaften der ambulanten Dienste (t_{0-MOB})

Einwohnenden-Anzahl	n (%)
Landgemeinde (<5.000 Einwohner:innen)	1 (12,5)
Kleinstadt (5.000 - 20.000 Einwohner:innen)	2 (25%)
Mittelstadt (20.001 - 100.000 Einwohner:innen)	4 (50%)
Großstadt (>100.000 Einwohner:innen)	1 (12,5)
Gesamt	8 (100%)
Mitarbeitenden-Anzahl	n (%)
bis 24	2 (25%)
25-59	3 (37,5%)
60-89	1 (12,5)
> 90	2 (25%)
Gesamt	8 (100%)

Tabelle 30: Einwohnenden- und Mitarbeitenden-Anzahl der ambulanten Dienste (t_{0-MOB})

In Bezug auf die strukturellen Angaben sind vor allem folgende Aspekte interessant:

- 50 % der teilnehmenden Dienste (n = 4) befinden sich in einer mittelgroßen Stadt,
- die teilnehmenden Dienste verteilen sich relativ gleichmäßig über die vier angelegten Gruppen bezüglich der Mitarbeitenden-Anzahl.

Im Rahmen der Stuserhebung (t_{0-MOB} und t_{ST}) wurden die verantwortlichen Personen der Pflegedienste auch dazu aufgefordert, Angaben zu den Pflegegraden der von ihnen betreuten pflegebedürftigen Personen zu machen. Diese Angaben lassen sich Tabelle 31 entnehmen.

Wie hoch ist in etwa die aktuelle Anzahl der von Ihrer Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad? Bitte nennen Sie jeweils die entsprechende Anzahl.					
Pflegegrad	Einrichtungen mit Antwort (n)	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Ohne Pflegegrad/ Privatzahler	7	2	100	26,43	35,91
Pflegegrad 1	8	3	55	18,25	17,29
Pflegegrad 2	8	10	895	191,50	295,06
Pflegegrad 3	8	16	583	150,50	196,48
Pflegegrad 4	8	9	253	52,00	81,92
Pflegegrad 5	8	3	77	17,50	24,37

Tabelle 31: Anzahl der versorgten pflegebedürftigen Personen bei den ambulanten Diensten nach Pflegegrad (t_{0-MOB})

Die meisten pflegebedürftigen Personen, welche von den teilnehmenden ambulanten Diensten betreut werden, sind den Pflegegraden 2 (Minimum = 10, Maximum = 895) und 3 (Minimum = 16, Maximum = 583) zuzuordnen. Dies entspricht auch den bundesweiten Angaben der ambulanten Pflegedienste in der Grundgesamtheit von 2019 zur Verteilung der pflegebedürftigen Personen auf die Pflegegrade (Statistisches Bundesamt, 2020). Die Angaben zu den betreuten pflegebedürftigen Personen im ambulanten Bereich in der ExMo-Begleitforschung sind folglich repräsentativ hinsichtlich der vertretenen Pflegegrade einzuschätzen.

Tabelle 32 gibt Aufschluss über die Kompetenz der Pflegefachkräfte der Dienste, Mobilitätseinschränkungen zu identifizieren und mobilitätsfördernde Maßnahmen anzuleiten.

Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Mobilitätseinschränkungen der Pflegebedürftigen zu identifizieren.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme nicht zu	1 (12,5 %)
Stimme zu	4 (50 %)
Stimme voll und ganz zu	3 (37,5 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)
Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz Kolleg:innen zur Durchführung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen anzuleiten.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme nicht zu	1 (12,5 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	2 (25 %)
Stimme zu	5 (62,5 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)

Tabelle 32: Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

87,5 % der befragten Personen aus den teilnehmenden Pflegediensten sind der Auffassung, dass die bei ihnen angestellten Pflegekräfte in der Lage sind, Mobilitätseinschränkungen bei pflegebedürftigen Personen zu identifizieren (n = 3 für „Stimme voll und ganz zu“ und n = 4 für „Stimme zu“). Bezüglich der Fähigkeit,

Kolleg:innen bei der Durchführung von mobilitätsfördernden Maßnahmen anzuleiten, erscheinen die Dienste weniger sicher zu sein: Dieser Aussage stimmten 5 von 8 befragten Personen zu.

Abbildung 15 zeigt, inwiefern die Pflegedienste zu Beginn der Begleitforschung über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen in der Mobilitätsförderung verfügen. Hier gaben 7 bzw. 5 befragte Personen der Dienste an, Mitarbeitende mit speziellen Basis-/Aufbaukursen im Bereich der Mobilitätsförderung bzw. Mitarbeitende mit allgemeinen Fortbildungen im Bereich der Mobilitätsförderung zu haben.

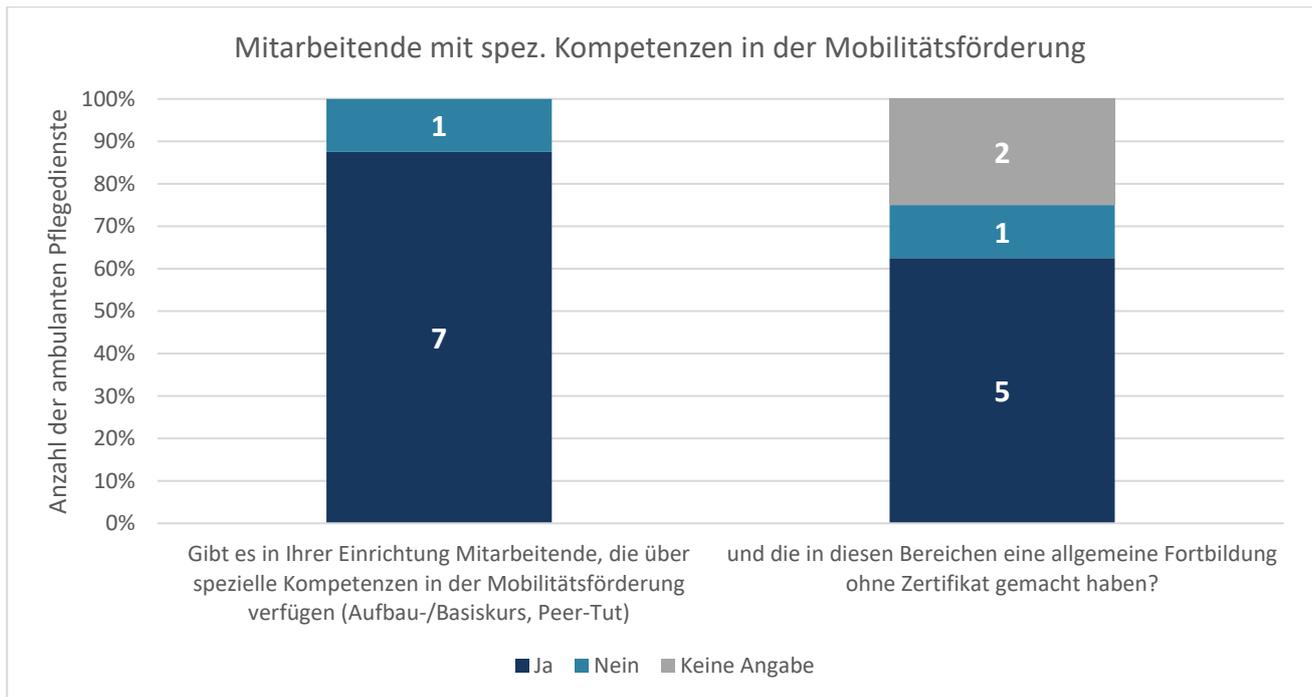


Abbildung 15: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

Tabelle 33 gibt einen Überblick zur Bekanntheit der ExMo-Anforderungen bei den Pflegefachkräften.

Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des Expertenstandards "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege".	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme nicht zu	2 (25 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	3 (37,5 %)
Stimme zu	1 (12,5 %)
Stimme voll und ganz zu	2 (25 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)

Tabelle 33: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

Die Verteilung der befragten Verantwortlichen der Dienste in Bezug auf Zustimmung, indifferente Antworten oder Verneinung der Aussage erscheint relativ ausgeglichen.

Tabelle 34 zeigt inwiefern die befragten Personen der Dienste Mobilitätsförderung und das strukturierte Vorgehen dabei als sinnvoll empfunden werden.

Hierbei zeigt sich Folgendes:

- 62,5 % der verantwortlichen Personen der Dienste halten Mobilitätsförderung grundsätzlich für sinnvoll,
- 75 % der verantwortlichen Personen halten ein strukturiertes Vorgehen hierbei für sinnvoll.

Die Dokumentation der Mobilitätsmaßnahmen je Pflegebedürftigen erachte ich als sinnvoll.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	1 (12,5 %)
Stimme nicht zu	1 (12,5 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	1 (12,5 %)
Stimme zu	3 (37,5 %)
Stimme voll und ganz zu	2 (25 %)
Gesamtanzahl der Dienste mit Antwort	8 (100 %)
Ein strukturiertes Vorgehen zur Auswahl und Durchführung von Mobilitätsmaßnahmen ist sinnvoll.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	1 (12,5 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	1 (12,5 %)
Stimme zu	4 (50 %)
Stimme voll und ganz zu	2 (25 %)
Gesamtanzahl der Dienste mit Antwort	8 (100 %)

Tabelle 34: Frage nach der Sinnhaftigkeit von Mobilitätsförderung bei den amb. Diensten (t_{0-MOB})

Prozesse

Tabelle 35 gibt Aufschluss über die Personaldichte der Pflegedienste in Relation zu mobilitätsfördernden Angeboten. Ausgeglichen auf zwei gleich große Lager erschien die Verteilung zwischen Diensten, bei denen es mit ihrem Personal möglich sei, mobilitätsfördernde Maßnahmen anzubieten und Diensten, in denen es nicht möglich sei (jeweils n = 4).

Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen anzubieten.	
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	2 (25 %)
Stimme nicht zu	2 (25 %)
Stimme zu	1 (12,5 %)
Stimme voll und ganz zu	3 (37,5 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)

Tabelle 35: Personalausstattung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

Abbildung 16 thematisiert den Einbezug des aktuellen Forschungsstandes in die Maßnahmenplanung.

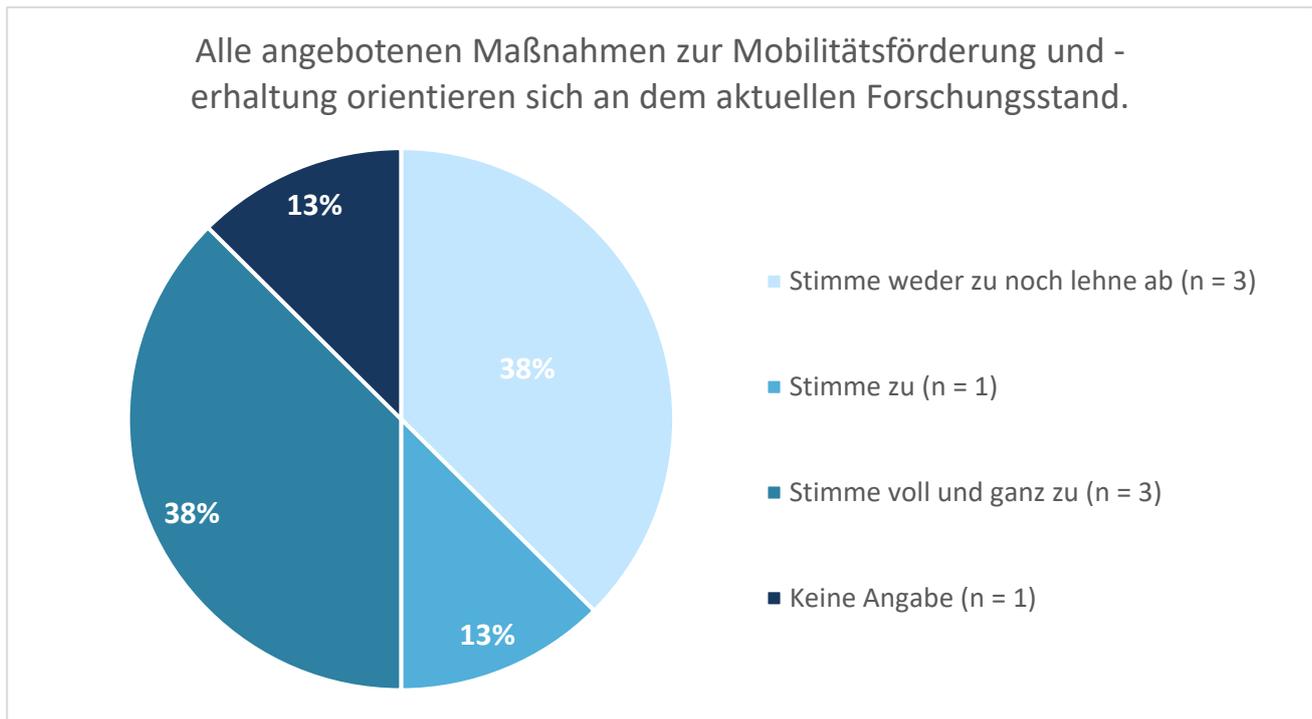


Abbildung 16: Mobilitätsförderung und aktueller Forschungsstand bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

Hier zeigt sich

- dass die Hälfte der Dienste entsprechend des aktuellen Forschungsstandes handelt,
- 37,5 % der befragten Personen hierzu aber auch weder eine positiv noch negativ gerichtete Aussage treffen.

Abbildung 17 veranschaulicht die individuelle Maßnahmenplanung für pflegebedürftige Personen und deren Einbezug bei der Planung der Maßnahmen.

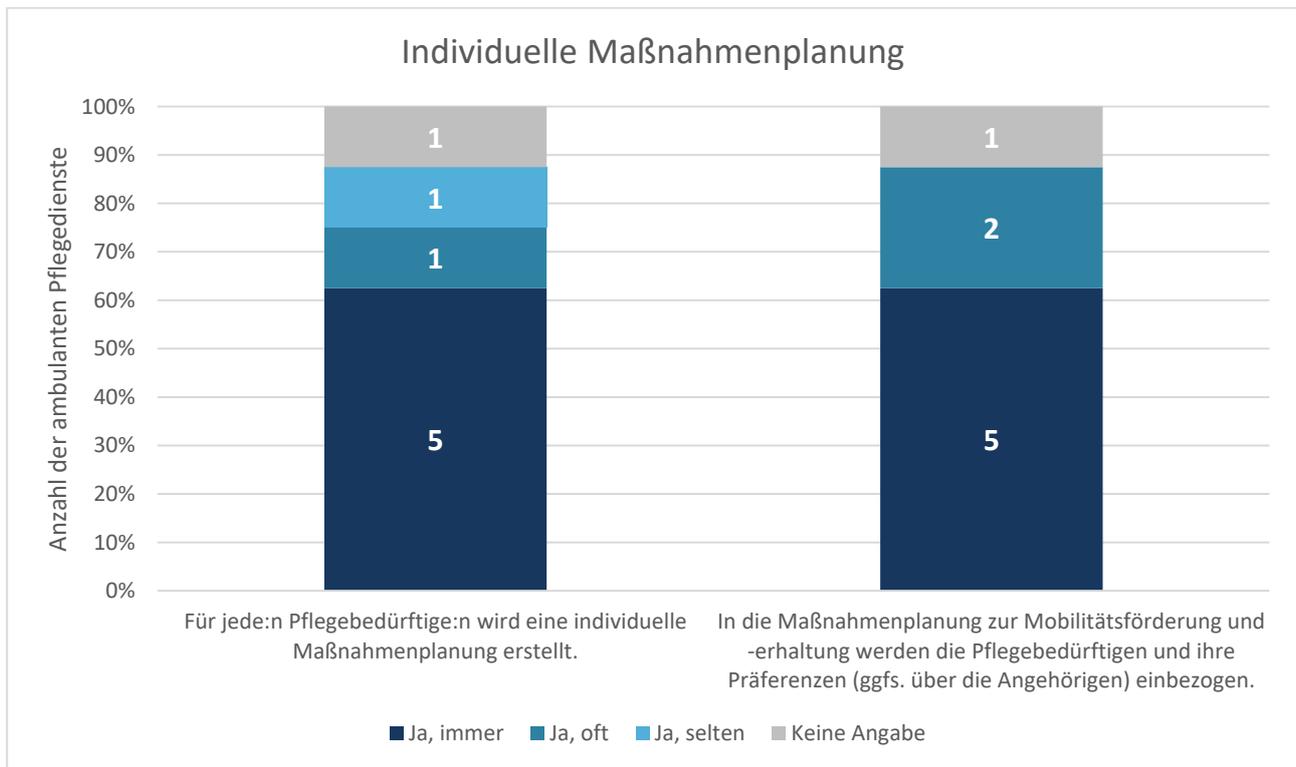


Abbildung 17: Individuelle Maßnahmenplanung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

6 von 8 befragten Personen der teilnehmenden Dienste gaben an, eine individuelle Maßnahmenplanung für jede pflegebedürftige Person zu erstellen (n = 5 für „Ja, immer“ und n = 1 für „Ja, oft“). Hierbei gaben 7 Verantwortliche der Dienste an, auch die pflegebedürftigen Personen in die Planung miteinzubeziehen (n = 5 für „Ja, immer“ und n = 2 für „Ja, oft“).

Tabelle 36 zeigt, inwiefern die getroffenen Maßnahmen von den befragten Personen der Dienste selbst als wirksam eingeschätzt und darüber hinaus auch dokumentiert werden.

Die angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sind wirksam.	
Antwortmöglichkeit	t ₀ -MOB Häufigkeit n (%)
Stimme weder zu noch lehne ab	3 (37,5 %)
Stimme zu	2 (25 %)
Stimme voll und ganz zu	1 (12,5 %)
Keine Angabe	2 (25 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)

Die Wirkung der durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen wird dokumentiert.	
Antwortmöglichkeit	t ₀ -MOB Häufigkeit n (%)
Ja, selten	1 (12,5 %)
Ja, gelegentlich	1 (12,5 %)
Ja, oft	2 (25 %)
Ja, immer	3 (37,5 %)
Keine Angabe	1 (12,5 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)

Tabelle 36: Wirkung und Dokumentation der Maßnahmen bei den ambulanten Diensten (t₀-MOB)

Bezogen auf die Wirkung lässt sich festhalten:

- 37,5 % der Befragten geben an, ihre Maßnahmen als wirksam einzuschätzen (n = 3),
- 37,5 % der Befragten geben nur eine indifferente Antwort (n = 3).

Die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen wird von 62,5 % der Dienste dokumentiert (n = 2 für „oft“ und n = 3 für „immer“).

Abbildung 18 zeigt, wie viele der Dienste bereits zu Beginn der Begleitforschung Stürze und Dekubitalulzera regelhaft dokumentierten.

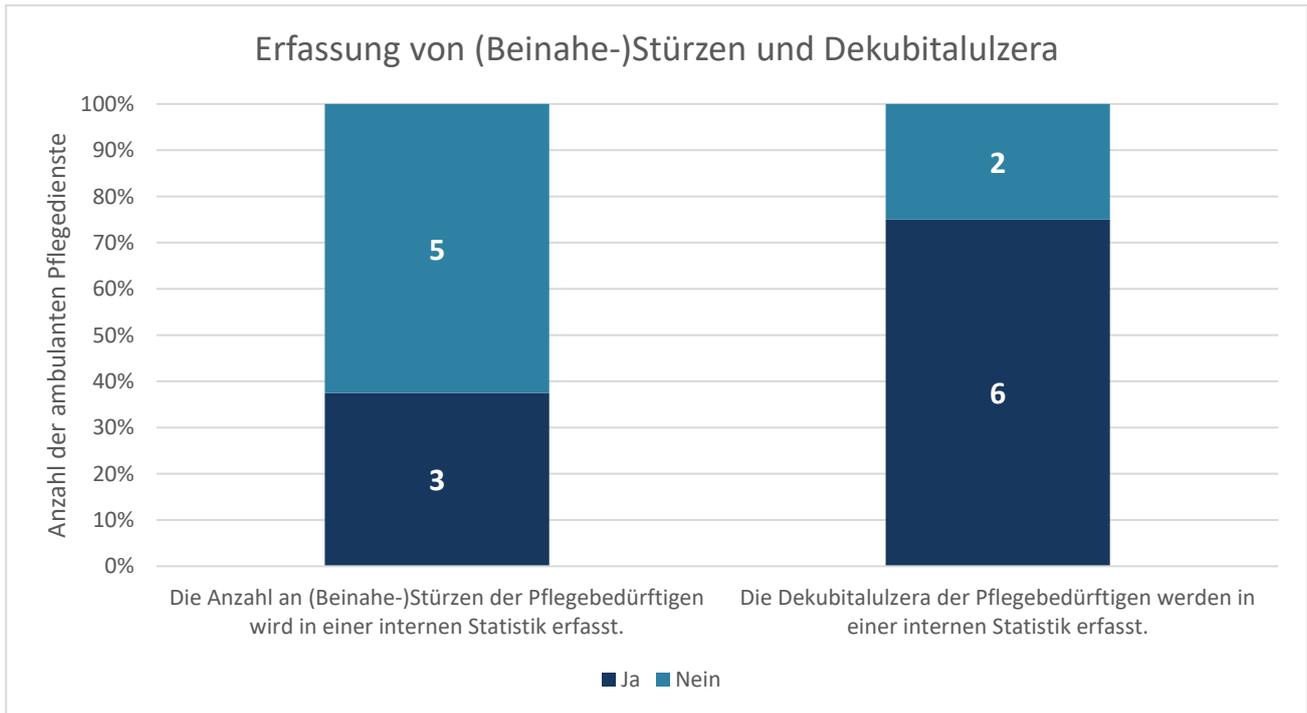


Abbildung 18: Erfassung von Stürzen und Dekubitalulzera bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})
 Dekubitalulzera wurden von doppelt so vielen Diensten dokumentiert (n = 6) wie Stürze (n = 3).

Zusätzlich wurden die befragten Personen der Dienste um eine Einschätzung dazu gebeten, inwiefern die von ihnen betreuten pflegebedürftigen Personen an Maßnahmen teilnehmen könnten (s. Abbildung 19).

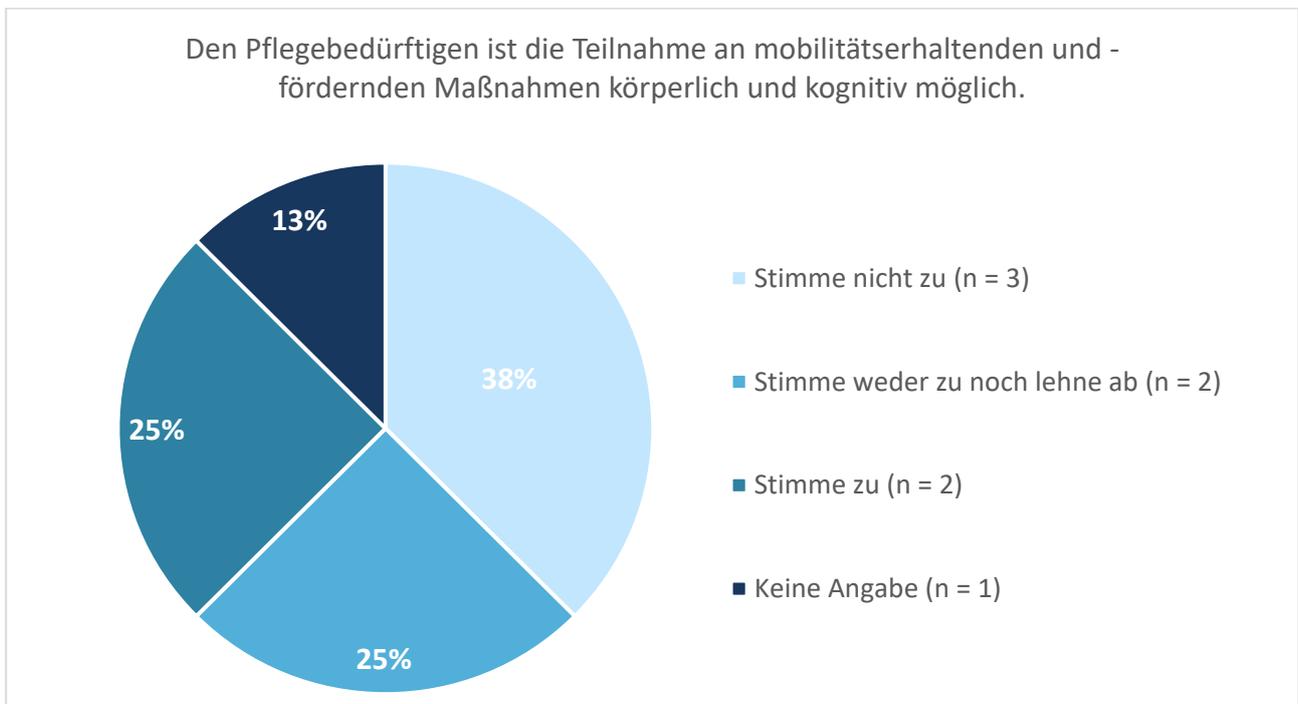


Abbildung 19: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

In diesem Kontext gab ein Viertel der Befragten an, dass die pflegebedürftigen Personen in der Lage seien, an mobilitätsfördernden Maßnahmen teilzunehmen (n = 2). Die gleiche Anzahl befragter Personen verneinte dies jedoch auch. Weitere 3 Personen geben an, hierzu keine Aussage treffen zu wollen oder zu können.

Abbildung 20 und Abbildung 21 zeigen, inwiefern die Dienste mobilitätsfördernde Einzel- und Gruppenangebote anbieten sowie deren Häufigkeit. Insgesamt werden Einzelangebote deutlich häufiger von den Pflegediensten angeboten als Gruppenangebote. In diesem Kontext sei noch darauf hingewiesen, dass 75 % der befragten Vertreter der Pflegedienste zur Häufigkeit von Gruppenangeboten gar keine Angaben getroffen haben (s. Abbildung 21).

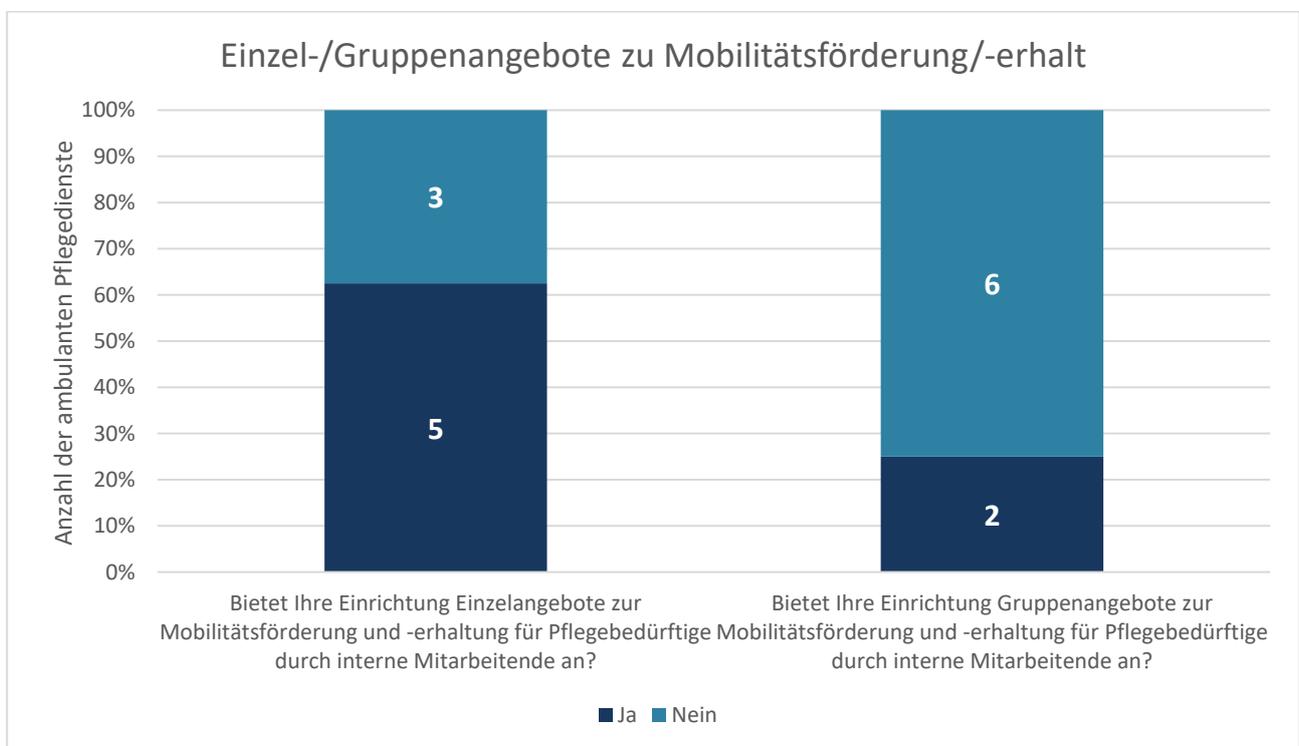


Abbildung 20: Einzel- und Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t₀-MOB)

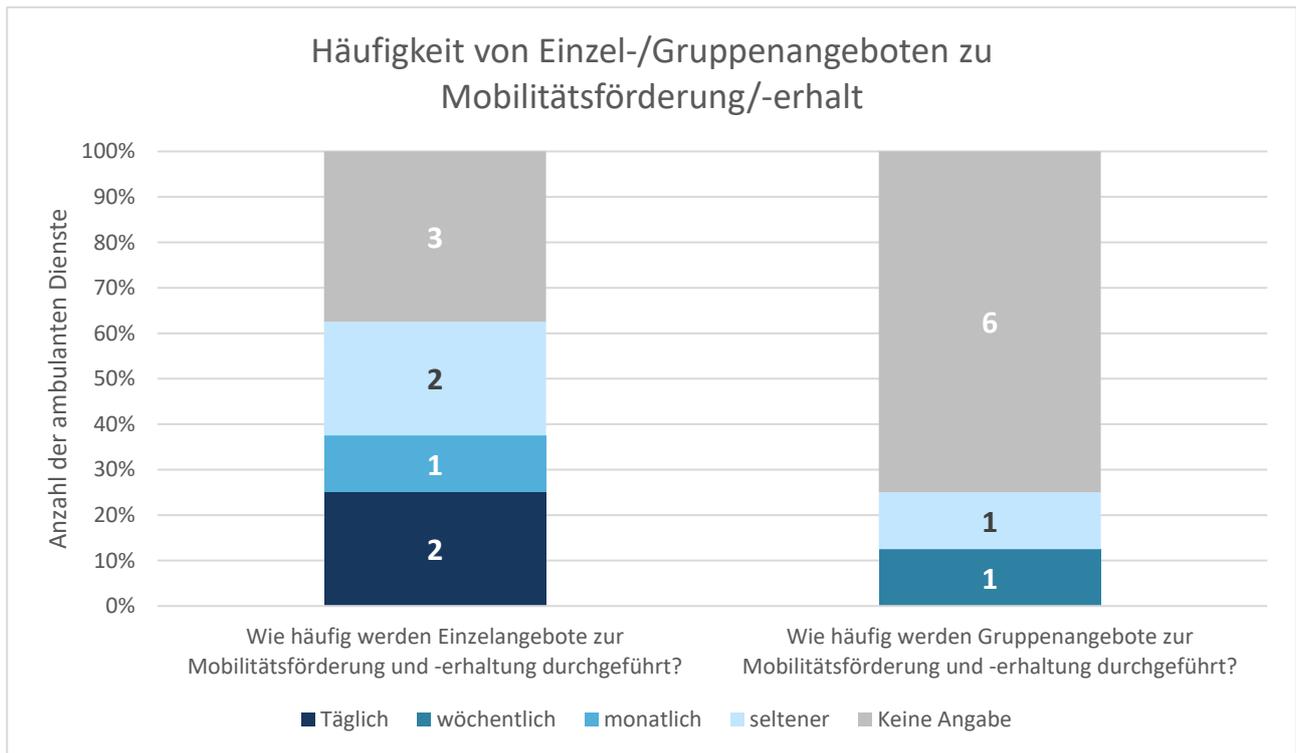


Abbildung 21: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzel- und Gruppenangeboten bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

Abbildung 22 veranschaulicht, ob eine Zusammenarbeit mit externen Anbietern zugunsten der Einzel- und Gruppenangebote stattfand.

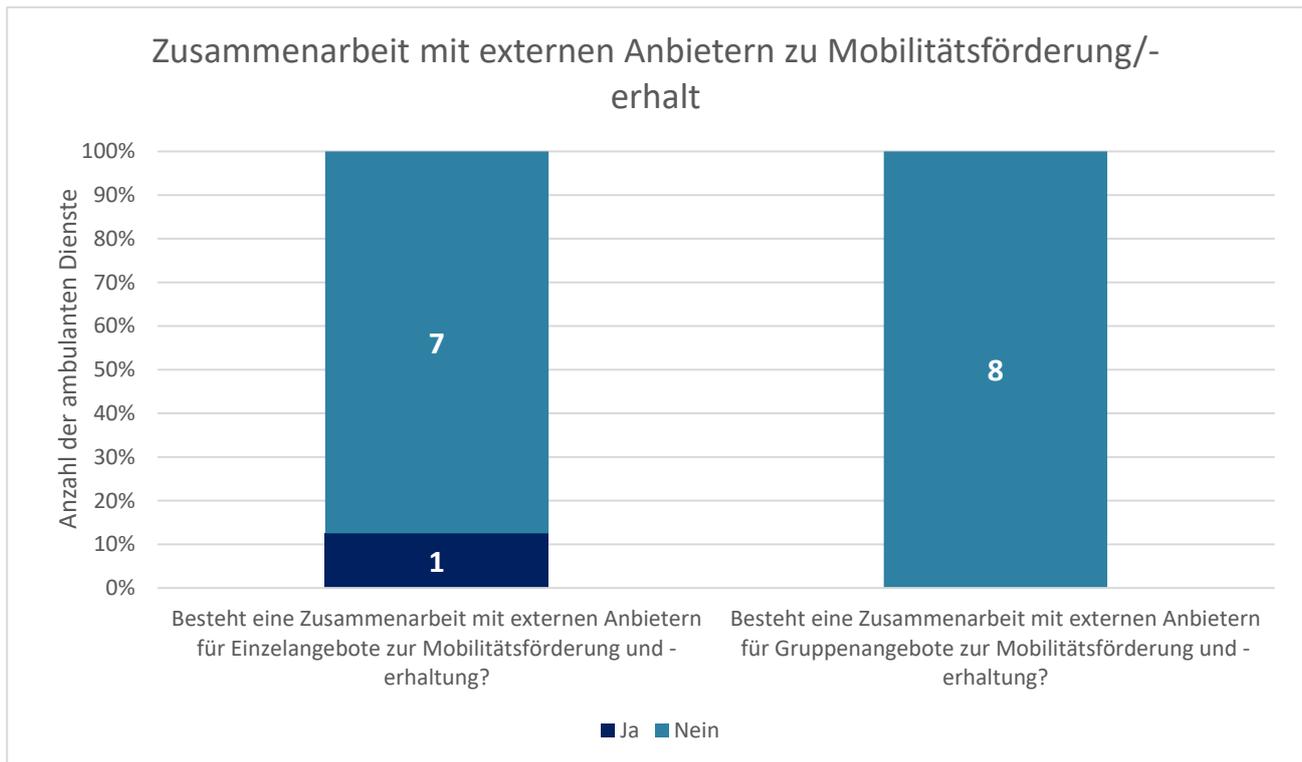


Abbildung 22: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für die Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB})

Hier gab nur eine befragte Person an, überhaupt mit externen Anbietern zusammen zu arbeiten, um Einzelangebote anbieten zu können. Darüber hinaus scheint weder für Einzel- noch Gruppenangebote eine Zusammenarbeit stattzufinden.

Gesamtresümees

Im Rahmen der Erstassessments (t_{0-EQ}) bei den ambulanten Pflegediensten waren die dort angestellten Pflegefachkräfte dazu aufgefordert, am Ende des Assessment-Tages Freitextangaben zur Umsetzung der Mobilitätsförderung bei ihrem Pflegedienst zu machen. Hierbei wurde auch auf die generelle Situation der ambulanten Dienste in der Häuslichkeit verwiesen:

„In ambulanten Diensten ist es fast unmöglich, Förderung oder Erhaltung der Mobilität durchzuführen. Oftmals sind wir nur eine halbe Stunde am Tag vor Ort und haben in dieser Zeit keine Möglichkeit ausreichend Maßnahmen zu ergreifen. Nur durch Beratung von Kunden und Angehörigen kann die Mobilität nicht gefördert werden. An dieser Stelle muss der Expertenstandard greifen und angepasst werden!“ (001)

Folgende Aspekte wurden in den Freitexten am häufigsten genannt:

- Die pflegebedürftigen Personen erhalten regelmäßig eine gute Mobilitätsförderung - ggf. werden Dritte (Ärzt:innen, Therapeut:innen, etc.) mit einbezogen (n = 6).
- Die Maßnahmen werden mit den pflegebedürftigen Personen/Angehörigen/Betreuenden /Pflegenden besprochen (n = 7).
- Die Pflegefachkräfte haben i. d. R. keinen Einfluss darauf, ob andere Personen bei Ihren pflegebedürftigen Personen Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt von deren Mobilität durchführen (n = 4).
- Eine regelmäßige Dokumentation und Evaluation der mobilitätsfördernden Maßnahmen findet statt (n = 4).
- Die adäquate Durchführung von Maßnahmen ist nicht möglich aufgrund fehlender zeitlicher und/oder finanzieller Ressourcen (n = 4).

Außerdem fiel in diesem Kontext auf, dass Aussagen wie

„Die Organisation der Mobilitätsförderung gelingt gut.“

als auch

„Die Organisation der Mobilitätsförderung gelingt nicht.“

gleich häufig genannt wurden (jeweils n = 4). Des Weiteren wurden Aussagen zur Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Disziplinen im ambulanten Sektor im Hinblick auf die Mobilitätsförderung getroffen:

„Angebote von Dritten wie Physiotherapeuten sehen wir selten in der Häuslichkeit, da die Termine von den Pflegenden oder Angehörigen gemacht werden. Wir beraten die Pflegenden und Angehörigen und geben Empfehlungen für Therapien.“ (026)

Validierung

Wie auch schon im stationären Bereich wurden die Eigenbewertungen der ambulanten Pflegedienste mit den Aussagen innerhalb der Gesamtresümees verglichen. Die Ergebnisse sind Tabelle 37 zu entnehmen.

Bewertungsergebnis	Anzahl der Einrichtungen
Bewertung durch Pflegefachkraft besser	1
Gleiche Bewertung	1
Bewertung durch Pflegefachkraft schlechter	2
Bewertung aufgrund fehlender Angaben nicht möglich	4

Tabelle 37: Validierungsergebnisse für die ambulanten Dienste (t_{VAL})

Folgende Aspekte sind in diesem Kontext auffällig:

- bei 50 % der Dienste konnte die Bewertung aufgrund fehlender Angaben nicht vorgenommen werden,
- bei 25 % der Dienste fiel die Bewertung innerhalb des Gesamtresümees schlechter aus als die Eigenbewertung zu t_{0-MOB} .

Tabelle 38 fasst die bisherigen Ergebnisse der ambulanten Pflegedienste im Rahmen der Begleitforschung zusammen.

Zusammenfassung der Ausgangssituation der ambulanten Pflegedienste
ambulant
<ul style="list-style-type: none"> - 50 % der teilnehmenden Dienste befinden sich in einer mittelgroßen Stadt, - die teilnehmenden Dienste verteilen sich relativ gleichmäßig über die vier verschiedenen angelegten Gruppen bezüglich der Mitarbeitenden-Anzahl, - die meisten pflegebedürftigen Personen, welche von den teilnehmenden ambulanten Diensten betreut werden, sind den Pflegegraden 2 und 3 zuzuordnen, - 88 % der Befragten denken, dass ihre Pflegefachkräfte Mobilitätseinschränkungen identifizieren können, - 88% verfügen über Mitarbeitende mit speziellen Qualifikationen im Bereich der Mobilitätsförderung,

- 38 % geben an, dass die Anforderungen des ExMo bei den Pflegefachkräften bekannt seien,
- die Verteilung von Umsetzung und bisher nicht erfolgter Umsetzung des ExMo bei den Diensten ist genau ausgeglichen (jeweils 50%),
- 50 % sind davon überzeugt, dass ihr Personal ausreicht, um mobilitätsfördernde Maßnahmen anzubieten,
- 50 % orientieren sich am aktuellen Forschungsstand bei der Planung von Maßnahmen,
- 75 % erstellen eine individuelle Maßnahmenplanung; 88 % beziehen dabei auch die Präferenzen der pflegebedürftigen Personen in die Planung mit ein,
- 62,5 % dokumentieren die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen,
- Dekubitalulzera werden von doppelt so vielen Diensten dokumentiert (n = 6) wie Stürze (n = 3),
- 25 % sind der Auffassung, dass die von ihnen betreuten pflegebedürftigen Personen an mobilitätsfördernden Maßnahmen teilnehmen können,
- mehr als doppelt so viele Dienste bieten Einzelangebote zur Mobilitätsförderung an wie Gruppenangebote (5 vs. 2) und eine Zusammenarbeit mit externen Anbietern findet kaum statt.

Tabelle 38: Zusammenfassung der Ausgangssituation der ambulanten Pflegedienste (t_{0-MOB})

5.1.3 Status der pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Im Zeitraum vom 06.01.2023 und 02.05.2023 wurden die Erstassessments bei den pflegebedürftigen Personen im ambulanten Bereich durch Pflegefachkräfte und im stationären Bereich durch externe Pflegeexpert:innen durchgeführt. Hierbei konnten 284 pflegebedürftige Personen im stationären Bereich und 41 pflegebedürftige Personen für den ambulanten Bereich in die Assessments eingeschlossen werden.

MMST

Zu Beginn der Assessments vor Ort wurde der Mini-Mental-Status-Test (MMST) von den Pflegeexpert:innen und Pflegefachkräften durchgeführt, da dessen Ergebnis ausschlaggebend für die weitere Wahl an Messinstrumenten war (s. Kapitel 4.2.4).

Für den MMST (t_{0-EQ}) liegen Werte von insgesamt 310 Personen vor:

- stationär (n) = 271 pflegebedürftige Personen und
- ambulant (n) = 39 pflegebedürftige Personen.

Interpretation des Testergebnisses (MMST)	
Punkte	Beurteilung
30 – 27	Keine Demenz
26 – 20	Leichte Demenz
19 – 10	Mittelschwere Demenz
≤ 9	Schwere Demenz

Tabelle 39: Wertebereiche zur Schweregradeinteilung der Demenz nach MMST

Tabelle 40 zeigt die Mittelwerte sowie Standardabweichung für beide Versorgungsformen.

MMST-Ergebnisse nach Versorgungsformen	
Versorgungsform	Mittelwert (SD)
stationär	22,45 (5,0)
ambulant	23,56 (6,7)

Tabelle 40: MMST-Ergebnisse beider Versorgungsformen (t_{0-EQ})

Anhand der Mittelwerte des MMST war zu Beginn der Begleitforschung kein großer Unterschied zwischen den beiden Gruppen von pflegebedürftigen Personen auszumachen. Es lässt sich lediglich festhalten, dass die ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen leicht besser eingeschätzt werden.

In Abbildung 23 und Abbildung 24 sind die verschiedenen Häufigkeiten bezogen auf den Schweregrad der Demenz der pflegebedürftigen Personen laut MMST dargestellt.

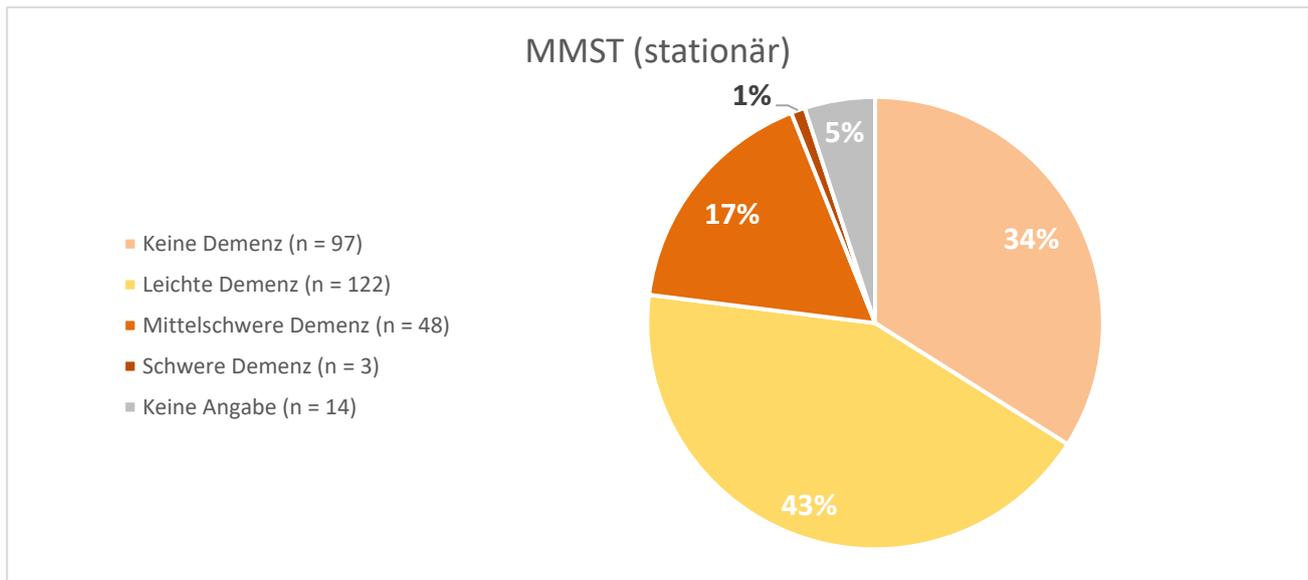


Abbildung 23: Häufigkeit nach Schweregrad der Demenz bei stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Im stationären Bereich wird die größte Gruppe von den pflegebedürftigen Personen ausgemacht, welche laut MMST leicht an Demenz erkrankt sind (n = 122). Im ambulanten Bereich hingegen liegen die Mengenverteilungen für die Einstufungen „Keine Demenz“ (n = 15) und „Leichte Demenz“ (n = 14) fast gleichauf.

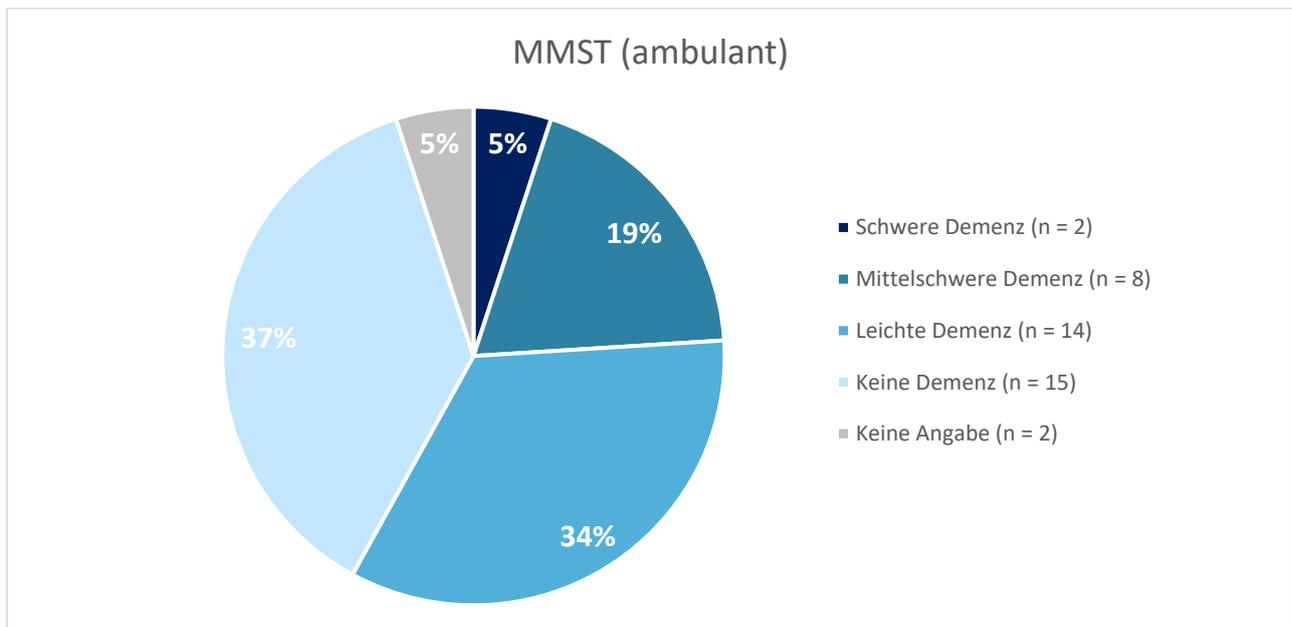


Abbildung 24: Häufigkeit nach Schweregrad der Demenz bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Grundsätzlich sind die prozentualen Häufigkeitsverteilungen der Demenz-Schweregrade beider Sektoren miteinander vergleichbar. Die einzige Ausnahme in diesem Kontext bildet die Kategorie „Leichte Demenz“, welche in den stationären Pflegeeinrichtungen deutlich ausgeprägter ist als in den ambulanten Pflegediensten (43 % vs. 34 %).

EBoMo

Die Ergebnisse des EBoMo für die pflegebedürftigen Personen in stationären Einrichtungen werden in der Tabelle 41 und Tabelle 43 dargestellt. Tabelle 41 zeigt die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Items des EboMo bezogen auf die vier verschiedenen Antwortmöglichkeiten.

Für den EBoMo konnten im stationären Bereich 281 pflegebedürftige Personen eingeschlossen werden.

Erfassungsbogen „Mobilität“ (EBoMo) für stationäre Einrichtungen					
Item	Selbstständig (n)	Mit Hilfsmitteln (n)	Mit Personenhilfe (n)	Komplett unselbstständig (n)	Gesamtanzahl pflegebedürftige Personen (n)
Positionswechsel im Bett					
Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	233	15	27	6	281
Stellt die Beine auf	246	12	17	5	280
Transfer					
Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	180	49	42	8	279
Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	151	63	52	15	281
Richtet den Oberkörper auf	206	40	28	7	281
Sitzen im Stuhl					
Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	248	22	1	10	281
Sitzt frei (Rumpfkontrolle) für ____ Minuten	243	18	6	9	276
Stehen/Gehen/Treppen steigen					
Hält beim Stehen das Gleichgewicht	108	122	29	24	283
Steht ____ Sekunden	113	104	23	22	262
Hält beim Gehen das Gleichgewicht	72	125	27	50	274
Geht auf der Ebene ____ Meter	58	129	28	50	265
Steigt Treppen	45	44	47	134	270
Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung					
Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	70	168	30	13	281
Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	44	100	90	42	276

Tabelle 41: Häufigkeit pro EBoMo-Item der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Für die ersten drei Mobilitätskategorien des EBoMo („Positionswechsel im Bett“, „Transfer“, „Sitzen im Stuhl“) lässt sich festhalten, dass sich die größte Gruppe von stationären pflegebedürftigen Personen über die verschiedenen Items hinweg immer in der bestmöglichen Antwortkategorie („selbstständig“) befindet. Bei den beiden verbleibenden Mobilitätskategorien („Stehen/Gehen/Treppen steigen“ und „Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung“), welche mit einem höheren Anforderungsniveau hinsichtlich der Mobilität einhergehen, befindet sich die größte Gruppe an pflegebedürftigen Personen über alle Items hinweg in der zweitbesten Antwortkategorie („mit Hilfsmitteln“). Die Ausnahme in diesem Kontext, stellt das Item „Steht ___ Sekunden“ dar. Dieses Item wird von der Mehrheit der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen komplett selbstständig durchgeführt. Allerdings handelt es sich hierbei auch immer um eine individuelle Angabe, da der EBoMo verlangt, dass eine individuelle Sekunden-Anzahl pro pflegebedürftige Person festgehalten wird.

Die Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen finden sich in Tabelle 42 und Tabelle 43. Tabelle 42 zeigt die Häufigkeitsverteilung pro EBoMo-Item und Antwortkategorie zum ersten Erhebungszeitpunkt der Ergebnisqualität (t_{0-EQ}).

Für den ambulanten Bereich konnten 38 pflegebedürftige Personen beim EBoMo eingeschlossen werden.

Die Mehrheit der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen kann eine komplett selbständige Durchführung der Items folgender Mobilitätskategorien verzeichnen:

- „Positionswechsel im Bett“
- „Transfer“
- „Sitzen im Stuhl“

Für folgende Mobilitätskategorie verzeichnet die Mehrheit der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen eine Durchführung „mit Hilfsmitteln“:

- „Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung“

Für diese Mobilitätskategorie zeigt sich kein einheitliches Bild (d. h. komplett selbständige oder Hilfsmittel-assistierte Durchführung):

- „Stehen/Gehen/Treppen steigen“.

Erfassungsbogen „Mobilität“ (EBoMo) für ambulante Dienste					
Item	Selbstständig (n)	Mit Hilfsmitteln (n)	Mit Personenhilfe (n)	Komplett Unselbstständig (n)	Gesamtanzahl pflegebedürftige Personen (n)
Positionswechsel im Bett					
Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	30	3	2	3	38
Stellt die Beine auf	33	0	3	2	35
Transfer					
Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	24	6	4	4	38
Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	22	9	5	2	38
Richtet den Oberkörper auf	27	6	3	2	38
Sitzen im Stuhl					
Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	28	7	1	2	38
Sitzt frei (Rumpfkontrolle) für ____ Minuten	27	6	1	3	36
Stehen/Gehen/Treppen steigen					
Hält beim Stehen das Gleichgewicht	17	13	5	2	37
Steht ____ Sekunden	22	9	2	2	35
Hält beim Gehen das Gleichgewicht	9	21	3	4	37
Geht auf der Ebene ____ Meter	10	17	3	4	34
Steigt Treppen	8	8	7	12	35
Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung					
Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	12	20	2	2	26
Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	8	15	6	8	37

Tabelle 42: Häufigkeit pro EBoMo-Item der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Tabelle 43 zeigt den Median pro übergeordneter Mobilitätskategorie des EBoMo entlang beider Versorgungsformen.

Mobilitätskategorie	Positionswechsel im Bett	Transfer	Sitzen im Stuhl	Stehen/ Gehen/ Treppen steigen	Bewegung Innerhalb/ Außerhalb der Einrichtung
Stationäre Einrichtungen					
N	277	273	273	237	275
Median	4	4	4	3	3
Ambulante Einrichtungen					
N	38	38	37	32	36
Median	4	4	4	3	3

Tabelle 43: EBoMo-Häufigkeiten pro Kategorie beider Versorgungsformen (t_{0-EQ})

Trotz der verschiedenen Startvoraussetzungen, denen die Mobilitätsförderung im stationären und ambulanten Bereich unterliegen, wird die Mobilität der pflegebedürftigen Personen ähnlich bewertet:

- der Median von drei Mobilitätskategorien („Positionswechsel im Bett“, „Transfer“ und „Sitzen im Stuhl“) erreicht mit „selbstständig“ die höchstmögliche Wertung in beiden Sektoren,
- auch in den beiden verbleibenden Mobilitätskategorien („Stehen/Gehen/Treppen steigen“ und „Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung“) liegt der Median beider Settings im Bereich einer „Durchführung mit Hilfsmitteln“.

Demzufolge ließ sich zu Beginn der Begleitforschung hinsichtlich ihrer Mobilität kein grundsätzlicher Unterschied der beiden Gruppen, stationär und ambulant, mithilfe des EBoMo feststellen.

WHOQOL-BREF

Tabelle 44 stellt die durchschnittlichen WHOQOL-BREF-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen dar (t_{0-EQ}). Die Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen zum ersten Erhebungszeitpunkt finden sich in der folgenden Tabelle 45.

WHOQOL-BREF (stationär)				
Domäne	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Physisch	57 (16,1)	3 – 96	7	234
Psychisch	62 (16,4)	12 – 95	6	233
Soziale Beziehungen	65 (16)	16 – 100	3	231
Umwelt	69 (14)	28 - 100	8	229

Tabelle 44: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der stationären pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Hinsichtlich des WHOQOL-BREF lässt sich erkennen, dass die Domäne mit dem besten Mittelwert, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, die Gleiche ist: „Umwelt“. Für den stationären Bereich finden sich hier 69 Punkte, im ambulanten Bereich sind es 68 Punkte.

WHOQOL-BREF (ambulant)				
Domäne	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Physisch	53 (15,4)	17 – 85	7	30
Psychisch	60 (14,7)	25 – 87	6	30
Soziale Beziehungen	67 (19,6)	25 – 100	3	30
Umwelt	68 (12)	46 - 87	8	29

Tabelle 45: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Gleich verhält es sich bezüglich der Domäne mit dem schlechtesten Wert: „Physische Domäne“. Hier wurden 57 Punkte im stationären Setting erreicht sowie 53 Punkte im ambulanten Setting.

Demzufolge konnten mithilfe des WHOQOL-BREF keine großen Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität beider Gruppen festgestellt werden. In 3 von 4 Domänen erreichen die stationär versorgten

pflegebedürftigen Personen nur leicht höhere Werte im Vergleich zu den ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen.

QUALIDEM

Die Tabelle 46 und Tabelle 47 geben einen Überblick zu den durchschnittlichen Ergebnissen des QUALIDEM zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_{0-EQ}) für stationär und für ambulante versorgte pflegebedürftige Personen.

QUALIDEM (stationär)					
Subskala	Wertebereich	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Pflegebeziehung	0 – 18	14,1 (2,5)	8 - 18	3	49
Positiver Affekt	0 -24	16,8 (4,6)	6 -24	4	48
Negativer Affekt	0 -12	10 (2,2)	3 -12	2	50
Ruheloses, angespanntes Verhalten	0 -18	12,8 (4,4)	2 – 18	3	49
Soziale Beziehungen	0 -18	13,4 (3,7)	3 -18	3	50
Soziale Isolation	0 -18	13,9 (3,1)	7 - 18	3	49

Tabelle 46: QUALIDEM-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

QUALIDEM (ambulant)					
Subskala	Wertebereich	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Pflegebeziehung	0 – 18	13,6 (2,7)	9 -17	3	8
Positiver Affekt	0 -24	13,1 (3,8)	7 -21	4	8
Negativer Affekt	0 -12	8,6 (3,1)	4 – 12	2	8
Ruheloses, angespanntes Verhalten	0 -18	13,9 (2,6)	10 - 17	3	8
Soziale Beziehungen	0 -18	11,8 (4,1)	4 - 16	3	8
Soziale Isolation	0 -18	14,1 (3,6)	9 -18	3	8

Tabelle 47:QUALIDEM-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

Für alle Subskalen des QUALIDEM gilt die Faustregel: Je höher ein Subskalenwert, desto höher ist die Lebensqualität der Person in diesem Bereich. Jedoch sollte darauf hingewiesen werden, dass die Werte der Skalen nur bedingt vergleichbar erscheinen aufgrund der unterschiedlichen Wertebereiche, welche durch die Subskalen vorgegeben sind (s. Tabelle 46 und Tabelle 47). Dennoch macht dieses Erhebungsinstrument Unterschiede bei den pflegebedürftigen Personen beider Settings sichtbar:

- höchster Wert im stationären Setting: 16,8 beim positiven Affekt
- niedrigster Wert im stationären Setting: 10 beim negativen Affekt
- höchster Wert im ambulanten Setting: 14,1 bei sozialer Isolation
- niedrigster Wert im ambulanten Setting: 8,6 beim negativen Affekt

Über alle Subskalen hinweg betrachtet, wird deutlich, dass die Lebensqualität laut QUALIDEM bei pflegebedürftigen Personen im stationären Setting durchschnittlich etwas höher ausfällt.

Ziele und Motivation bei der Mobilitätsförderung

Die bei der Mobilitätsförderung verfolgten Ziele der pflegebedürftigen Personen sowie der Motivation diesbezüglich sind in Tabelle 48 aufgeführt. Diese wurden im Rahmen der Erstassessments (t_{0-EQ}) durch die Pflegeexpert:innen in den stationären Einrichtungen und durch die Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich bei den pflegebedürftigen Personen erfragt und dokumentiert.

Auffällig sind hierbei folgende Punkte:

- das Ziel „Mobilitätserhalt“ wird deutlich häufiger von den ambulant versorgten Pflegedürftigen als von den stationär versorgten pflegebedürftigen Personen genannt (75,6 % vs. 63,3 %),
- das Ziel „Mobilitätsförderung“ hingegen scheint bei pflegebedürftigen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen im Vordergrund zu stehen (35,2 % vs. 22 %),
- Ca. doppelt so viele pflegebedürftige Personen im stationären Bereich sind „sehr motiviert“ bei der Mobilitätsförderung im Vergleich zum ambulanten Bereich (59,2 % vs. 29,3 %).

Ziele der pflegebedürftigen Personen bei der Mobilitätsförderung				
	Mobilitätserhalt	Mobilitätsförderung	Fehlend	Gesamt
Stationär (n (%))	180 (63,3 %)	100 (35,2 %)	4 (1,4 %)	284 (100 %)
Ambulant (n (%))	31 (75,6 %)	9 (22 %)	1 (2,4 %)	41 (100 %)

Grad der Motivation der pflegebedürftigen Personen bei der Mobilitätsförderung					
	Sehr motiviert	Teils/teils	Nicht motiviert	Fehlend	Gesamt
Stationär (n (%))	168 (59,2 %)	94 (33,1 %)	14 (4,9 %)	9 (3,2 %)	284 (100 %)
Ambulant (n (%))	12 (29,3 %)	20 (48,8 %)	8 (19,5 %)	1 (2,4 %)	41 (100 %)

Tabelle 48: Ziele und Motivationsgrad der pflegebedürftigen Personen bzgl. der Mobilitätsförderung (t_{0-EQ})

Tabelle 49 liefert einen Überblick zu den wichtigsten Ergebnissen der ersten Erhebung bei den pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ}).

Zusammenfassung der Ausgangssituation der pflegebedürftigen Personen (t _{0-EQ})	
Stationär	Ambulant
<p>Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laut QUALIDEM im stationären Setting leicht höher, - WHOQOL-BREF zeigt kleinere Unterschiede zugunsten der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen <p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - höhere Motivation für Mobilitätsförderung als im ambulanten Bereich, - Das Ziel „Mobilitätsförderung“ bei stationär versorgten pflegebedürftigen Personen im Vordergrund 	<p>Demenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeitsverteilungen der Demenz-Schweregrade beider Sektoren miteinander vergleichbar, ambulant schneidet laut MMST besser ab bei der Leichten Demenz, d.h. weniger ambulant betreute pflegebedürftige Personen haben diesen Schweregrad der Demenz <p>Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EboMo zeigt keine grundsätzlichen Unterschiede beider Gruppen zu Beginn der Begleitforschung hinsichtlich der Mobilität <p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Ziel „Mobilitätserhalt“ wird deutlich häufiger von den ambulant versorgten Pflegedürftigen genannt

Tabelle 49: Zusammenfassung der Ausgangssituation der pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ})

5.2 Veränderungen und Abschlusssituation

Die folgenden Kapitel behandeln die Veränderungen bezogen auf vorherrschende Strukturen und Prozesse bei den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten (t_{1-MOB}) während der Begleitforschung (5.2.1 und 5.2.2). In diesem Kontext wird auch die Abschlusssituation (t_{2-MOB}) der Einrichtungen und Dienste im Bereich der Mobilitätsförderung thematisiert. Im Kapitel 5.2.3 wird über die Einstufung der Einrichtungen und Dienste in Performanz-Kategorien sowie die Revision dieser Einstufung zum Ende des Forschungszeitraumes hin berichtet. Zusätzlich wird von Veränderungen auf Ebene der pflegebedürftigen Personen beider Versorgungsformen berichtet (5.2.4).

5.2.1 Strukturen und Prozesse bei den stationären Einrichtungen (t_{1-MOB} und t_{2-MOB})

Strukturen

Tabelle 50 gibt Aufschluss über die Fähigkeit der Pflegefachkräfte in den stationären Einrichtungen, Mobilitätseinschränkungen zu identifizieren zu drei verschiedenen Zeitpunkten (t_0 , t_1 und t_2).

Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Mobilitätseinschränkungen der Pflegebedürftigen zu identifizieren.			
Antwortmöglichkeit	t_{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t_{1-MOB} Häufigkeit n (%)	t_{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Stimme nicht zu	2 (6,3 %)	0 (0 %)	3 (9,4 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	3 (9,4 %)	2 (6,5 %)	3 (9,4 %)
Stimme zu	15 (46,9 %)	17 (54,8 %)	14 (43,8 %)
Stimme voll und ganz zu	12 (37,5 %)	12 (38,7 %)	12 (37,5 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)	31 (100 %)	32 (100 %)

Tabelle 50: Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei den stationären Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Bei t_1 lässt sich beobachten, dass 90 % befragten Personen aus den stationären Einrichtungen grundsätzlich davon überzeugt sind, dass ihre Pflegefachkräfte Mobilitätseinschränkungen identifizieren können ($n = 29$ für „Stimme voll und ganz zu“ und „Stimme zu“). Dies entspricht einem Zuwachs von 6 %, im Gegensatz zu t_0 . Zum Abschluss der Begleitforschung sinkt diese Zahl wieder auf 81 %.

Abbildung 25 zeigt, wie viele der Einrichtungen zu Beginn (t_0) und zum Abschluss der Begleitforschung (t_2) über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung verfügten.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt gaben 53% der Befragten an, über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung zu verfügen (n = 17). Von t₀ zu t₂ vergrößerte sich diese Zahl um 19 % (n = 6).

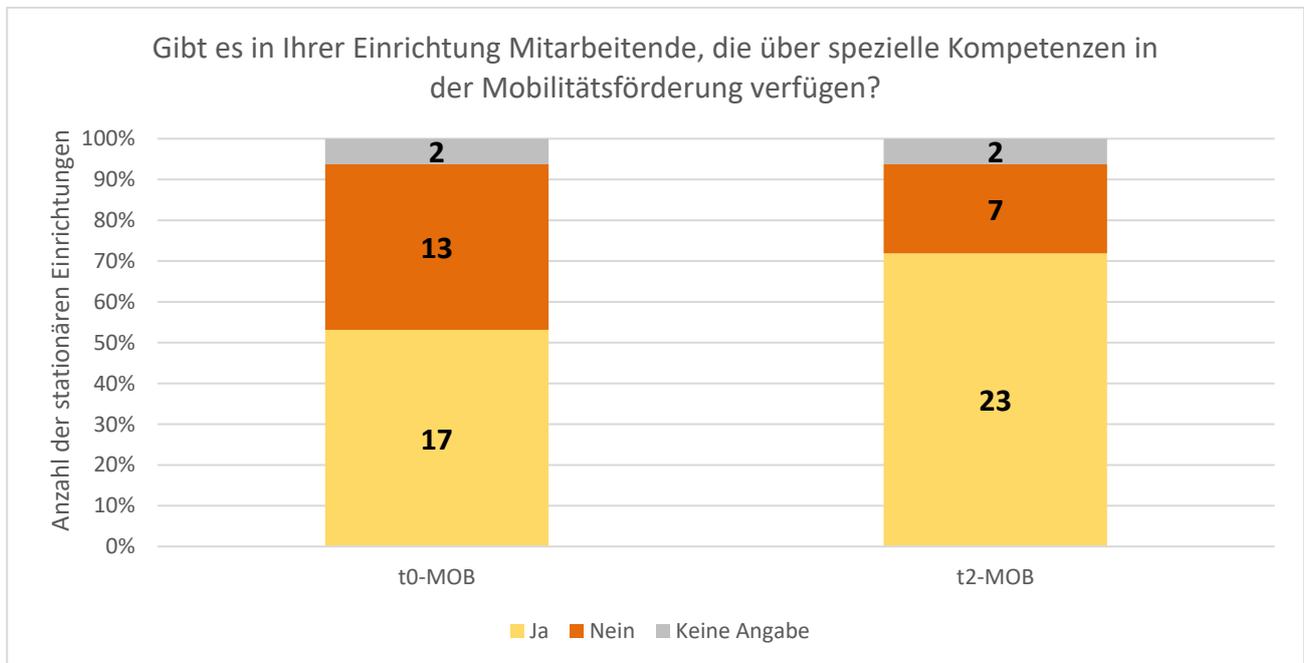


Abbildung 25: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Tabelle 51 gibt den Bekanntheitsgrad der ExMo-Anforderungen bei den Pflegefachkräften der stationären Einrichtungen zu drei Erhebungszeitpunkten an (t₀, t₁ und t₂).

Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des ExMo.			
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{1-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	2 (6,3 %)	1 (3,2 %)	2 (6,3 %)
Stimme nicht zu	4 (12,5 %)	7 (22,6 %)	7 (21,9 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	13 (40,6 %)	7 (22,6 %)	9 (28,1 %)
Stimme zu	10 (31,3 %)	15 (48,4 %)	14 (43,8 %)
Stimme voll und ganz zu	3 (9,4 %)	1 (3,2 %)	0 (0 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)	31 (100 %)	32 (100 %)

Tabelle 51: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo in den stationären Einrichtungen

Hier lässt sich Folgendes beobachten:

- bei t₁ finden sich sowohl mehr zustimmende Antworten als bei t₀ (16 vs. 13) als auch mehr ablehnende Antworten (8 vs. 6),

- der Trend der Zunahme an ablehnenden Antworten setzt sich bei t_2 fort (8 vs. 9),
- die Anzahl an zustimmenden Antworten relativiert sich zu t_2 wieder in Richtung Ausgangsniveau.

Prozesse

Abbildung 26 illustriert den Umsetzungsgrad des ExMo in den Einrichtungen zu zwei Zeitpunkten (t_1 und t_2).

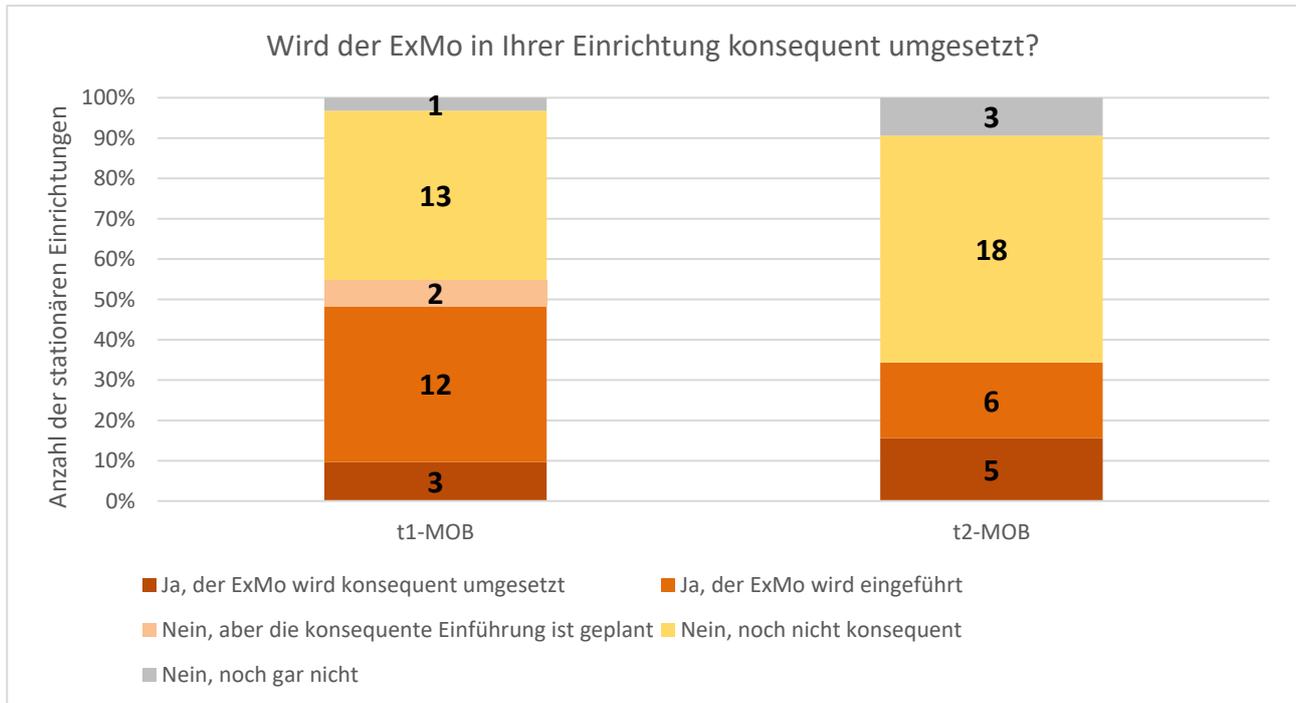


Abbildung 26: Umsetzungsgrad des ExMo in den stationären Einrichtungen (t_{1-MOB} und t_{2-MOB})

Zu t_0 wurden die verantwortlichen Personen der Einrichtungen nur befragt, ob sie den ExMo grundsätzlich umsetzen. Diese Frage wurde ab t_1 ergänzt durch das Wort „konsequent“ (s. Kapitel 4.1.2). Grundsätzlich geben zu t_1 46,9 % der Befragten an, den ExMo konsequent umzusetzen oder einzuführen ($n = 15$), während dies zu t_2 nur noch 34,4 % tun ($n = 11$).

Abbildung 27 zeigt, inwiefern die befragten Personen der Einrichtungen von Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo berichten konnten (t_1). Hinsichtlich der Aktivitäten, welche die Einrichtungen getroffen haben, um den ExMo umzusetzen, wird Folgendes klar:

- 31,3 % geben an, bisher keine Maßnahmen diesbezüglich getroffen zu haben ($n = 10$),
- 18,8 % machen gar keine Angabe zu dieser Frage,
- die restlichen Antwortgruppen, welche sich (eher) im zustimmenden oder indifferenten Spektrum befinden, sind ca. ähnlich verteilt ($n = 7$ für „Ja“ und $n = 8$ für „Teils/Teils“).

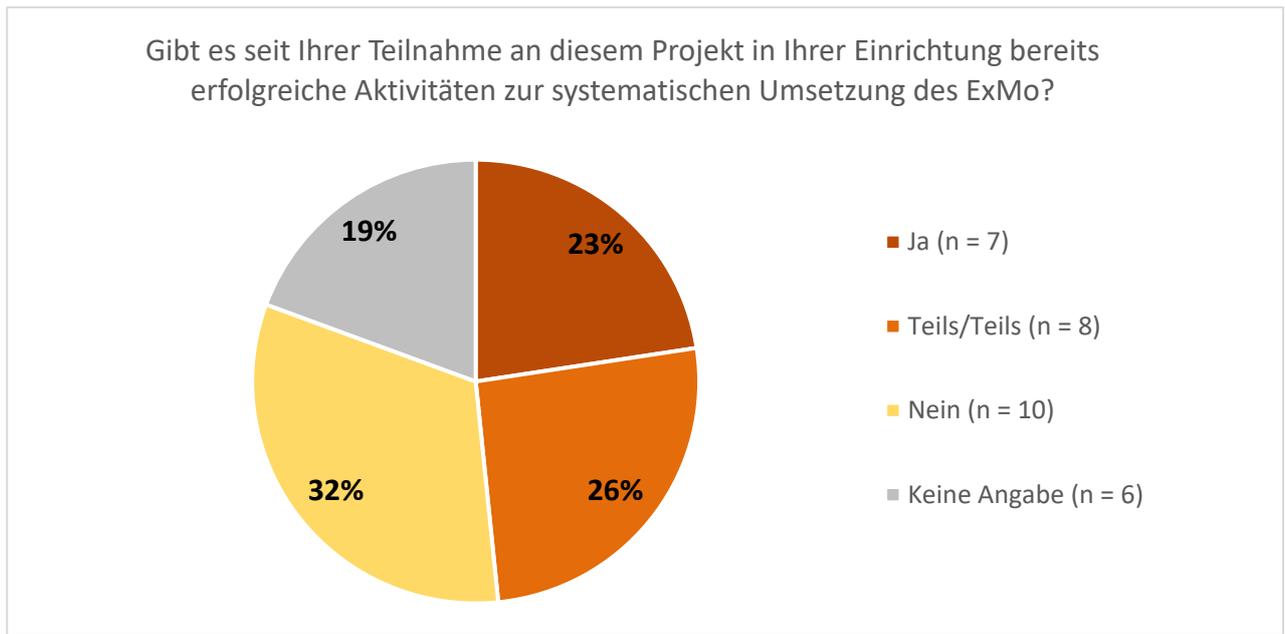


Abbildung 27: Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo in den stationären Einrichtungen (t_{1-MOB} und t_{2-MOB})

Abbildung 28 zeigt, ob sich Veränderungen bezüglich der ExMo-Umsetzung und der Mobilitätsförderung in den Einrichtungen ergeben haben.

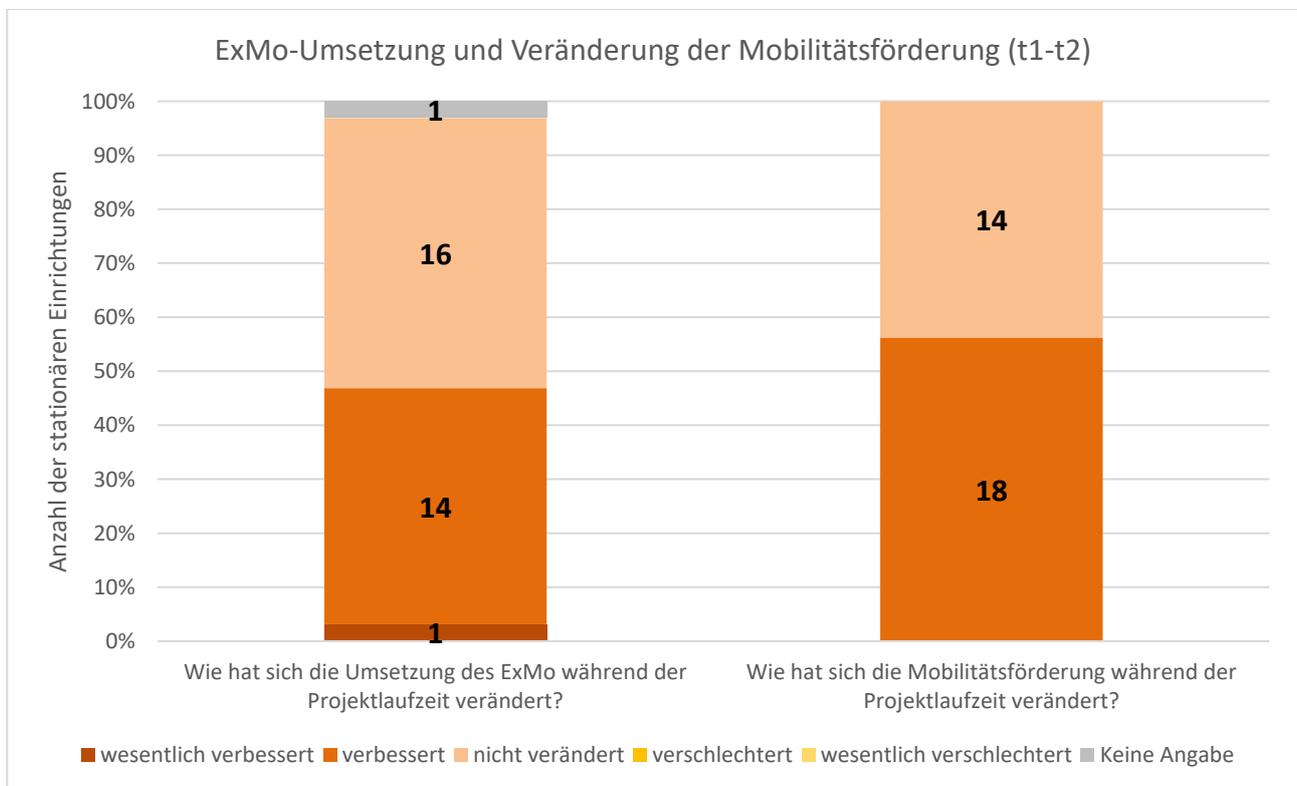


Abbildung 28: ExMo-Umsetzung und Veränderung der Mobilitätsförderung (t_{2-MOB})

Sobald man die Umsetzung des ExMo während der Projektlaufzeit mit der Umsetzung der Mobilitätsförderung kontrastiert, zeigt sich Folgendes:

- ca. 56 % der Befragten geben eine Verbesserung der Mobilitätsförderung an (n = 18),
- ca. 47 % der Befragten berichten von einer verbesserten Umsetzung des ExMo (n = 15),
- 50 % der Befragten geben an, dass sich die Umsetzung des ExMo während der Projektlaufzeit nicht verändert habe (n = 16),
- ca. 44 % sind der Meinung, dass sich die Mobilitätsförderung nicht verändert habe (n = 14).

Tabelle 52 legt dar, inwiefern die Einrichtungen das nötige Personal besitzen, um mobilitätsfördernde Maßnahmen anzubieten zu drei Zeitpunkten (t₀, t₁ und t₂).

Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen anzubieten.			
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{1-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	4 (12,5 %)	2 (6,5 %)	1 (3,1%)
Stimme nicht zu	4 (12,5 %)	3 (9,7 %)	2 (6,2%)
Stimme weder zu noch lehne ab	8 (25 %)	8 (25,8 %)	7 (21,9%)
Stimme zu	12 (37,5 %)	12 (38,7 %)	19 (59,4%)
Stimme voll und ganz zu	4 (12,5 %)	6 (19,4 %)	3 (9,4%)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)	31 (100 %)	(100 %)

Tabelle 52: Personalausstattung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Beim Vergleich von t₀, t₁ und t₂ lässt sich ein positiver Trend im zustimmenden Bereich erkennen (16 vs. 18 vs. 22). Gleichzeitig nehmen die Stimmen im ablehnenden Bereich ab (8 vs. 5 vs. 3). Die indifferenten Antworten hingegen bleiben über den Zeitraum gleichwohl stabil.

Abbildung 29 gibt an, wie viele der teilnehmenden Einrichtungen eine individuelle Maßnahmenplanung erstellen. Beim Vergleich der drei Erhebungszeitpunkte wird ersichtlich, dass die Anzahl der Einrichtungen, welche immer eine individuelle Maßnahmenplanung für die pflegebedürftigen Personen anfertigen, stetig abnimmt (24 vs. 22 vs. 19). Die Anzahl der befragten verantwortlichen der Einrichtungen, welche angeben, dies nur gelegentlich zu tun, steigt hingegen an (2 vs. 5).

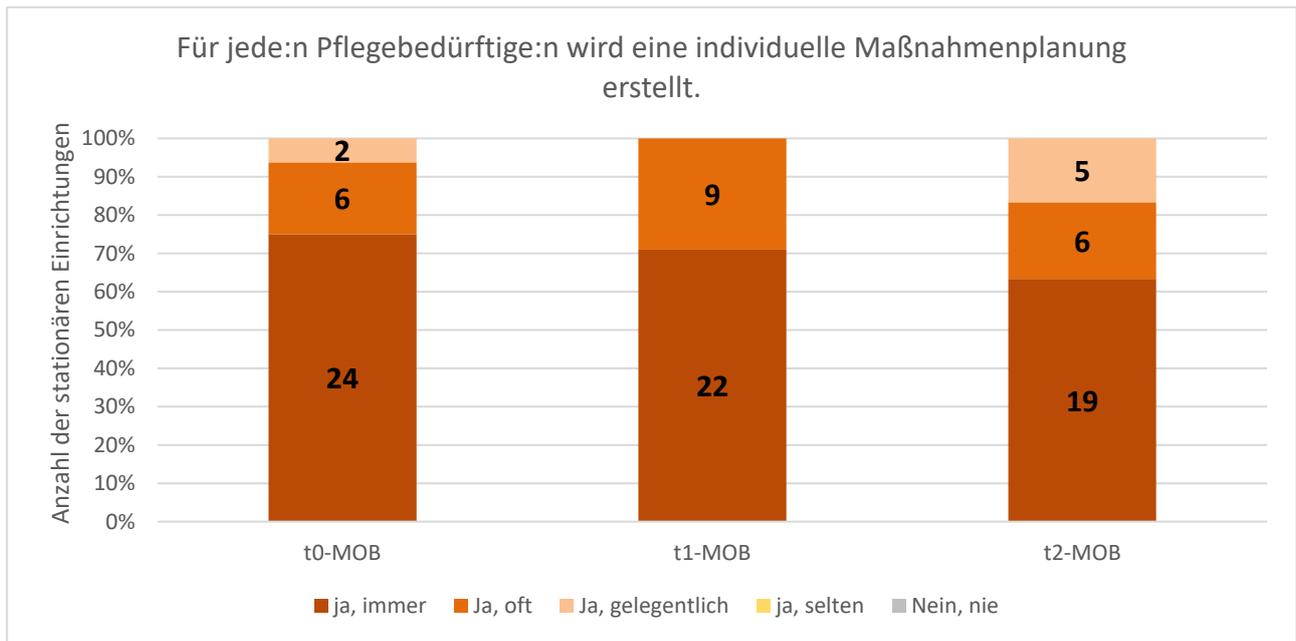


Abbildung 29: Individuelle Maßnahmenplanung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

In Abbildung 30 wird dargestellt, inwiefern die Präferenzen der pflegebedürftigen Personen (und ggf. Angehörigen) in die Planung der mobilitätsfördernden Maßnahmen im Laufe des Projektes (t₀, t₁ und t₂) einbezogen wurden. Auch hinsichtlich des Einbezugs von individuellen Präferenzen bei der Planung von mobilitätsfördernden Maßnahmen lässt sich eine Abnahme dieser beobachten: Zum ersten Erhebungszeitpunkt geben noch 81 % an, die Präferenzen einzubeziehen („Ja, immer“ und „Ja, oft“). Zu t₁ sind dies nur noch 75 % und zu t₂ finden wir hier 72 % vor.

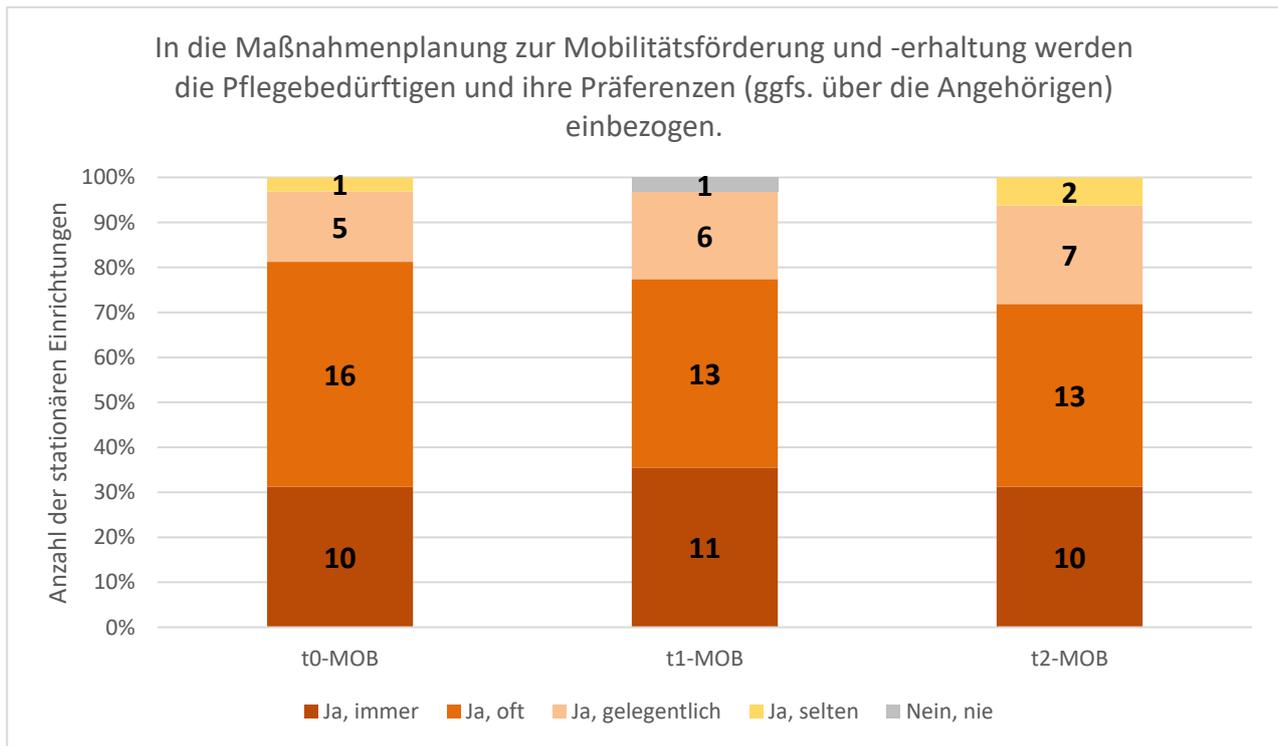


Abbildung 30: Einbezug der Präferenzen in die Maßnahmenplanung (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Tabelle 53 gibt für zwei Erhebungszeitpunkte (t₀ und t₂) an, inwiefern die befragten Personen der Einrichtungen selbst von der Wirksamkeit ihrer mobilitätsfördernden Maßnahmen überzeugt sind.

Die angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sind wirksam.

Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	0 (0 %)	0 (0 %)
Stimme nicht zu	0 (0 %)	1 (3,1%)
Stimme weder zu noch lehne ab	9 (28,1 %)	4 (12,5 %)
Stimme zu	18 (56,3 %)	18 (56,3 %)
Stimme voll und ganz zu	5 (15,6 %)	9 (28,1 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	32 (100 %)	32 (100%)

Tabelle 53: Wirksamkeit der Maßnahmen bei den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Bezüglich der eigenen Überzeugung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen ist ein Anstieg zu beobachten: Bei t₀ halten ca. 72 % der befragten Personen der Einrichtungen die Maßnahmen, die sie

durchführen, für wirksam („Stimme zu“ und „Stimme voll und ganz zu“). Bei t_2 sind dies bereits 84 % („Stimme zu“ und „Stimme voll und ganz zu“).

Abbildung 31 gibt Aufschluss darüber, inwiefern eine Überprüfung der Wirksamkeit der getroffenen mobilitätsfördernden Maßnahmen innerhalb des Projektzeitraumes in den Einrichtungen stattfand.

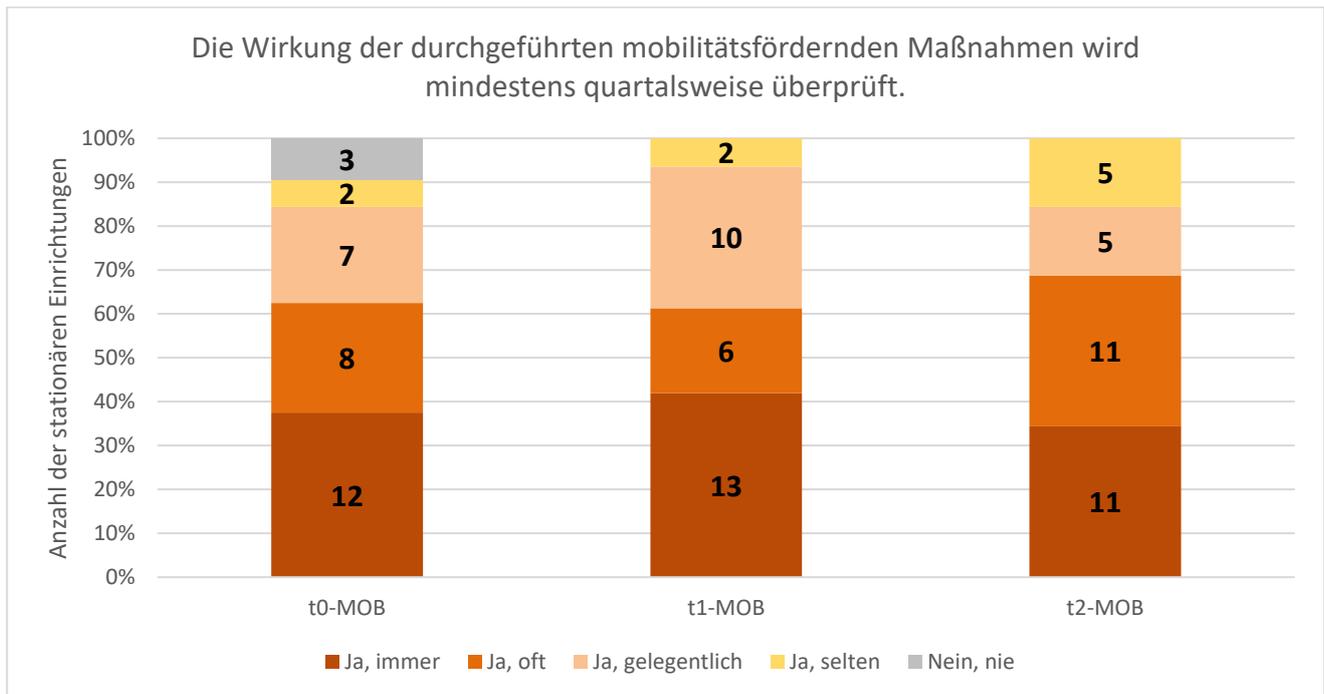


Abbildung 31: Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Die Überprüfung der Wirkung der getroffenen Maßnahmen wird über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg von ca. 2/3 der Einrichtungen durchgeführt (20 vs. 19 vs. 22 bei „Ja, immer“ und „Ja, oft“).

Abbildung 32 zeigt die Erfassung von Stürzen zu Beginn (t_0) und zum Abschluss der Begleitforschung (t_2).

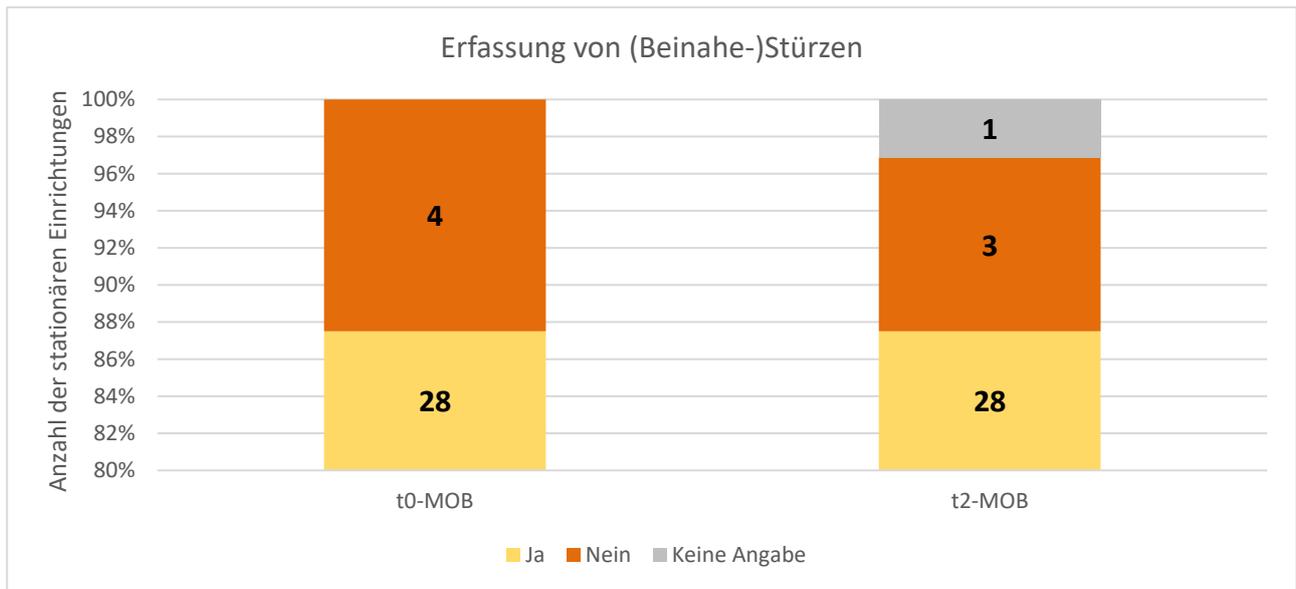


Abbildung 32: Erfassung von Stürzen in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Von t_{0-MOB} zu t_{2-MOB} lässt sich keine Veränderung bezüglich der Einrichtungen, welche Stürze erfassen, feststellen. Sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Begleitforschung setzen 87,5 % der Einrichtungen dies um (n = 28).

Abbildung 33 zeigt die Erfassung von Dekubitalulzera zu zwei Zeitpunkten (t₀ und t₂).

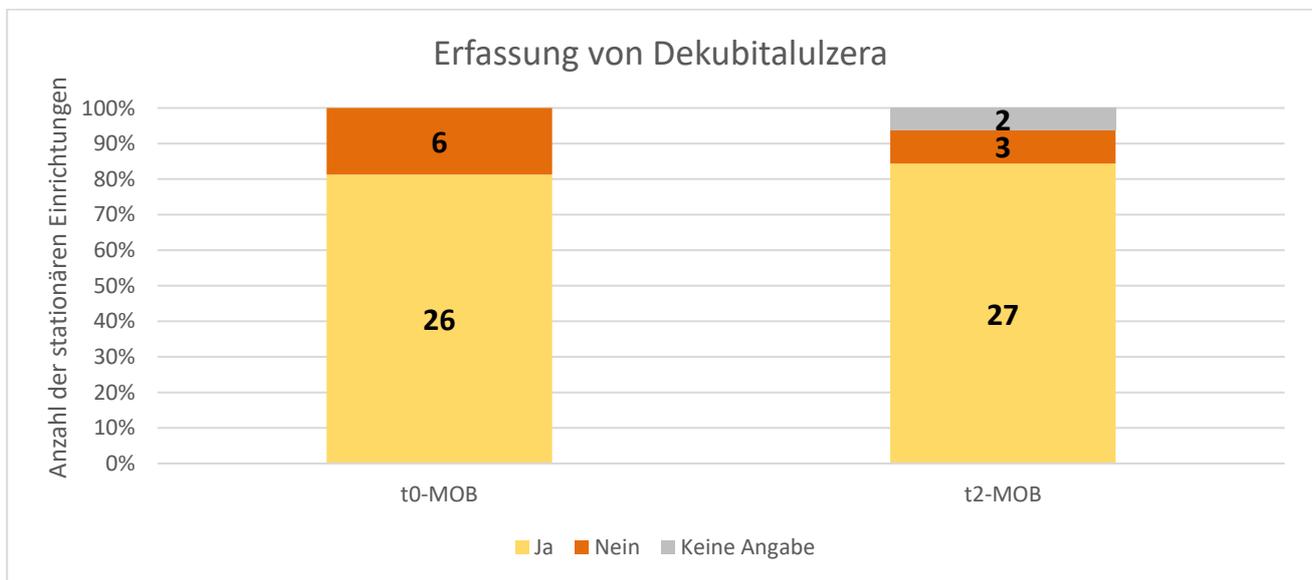


Abbildung 33: Erfassung von Dekubitalulzera in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Hier ist eine Einrichtung mehr zu vermerken, welche diese auch zum Ende der Begleitforschung hin erfasst (26 vs. 27).

Abbildung 34 veranschaulicht die Einschätzung der körperlichen und kognitiven Fitness der pflegebedürftigen Personen im Hinblick auf die Teilnahme an mobilitätsfördernden Maßnahmen aus der Perspektive der befragten Verantwortlichen der stationären Einrichtungen.

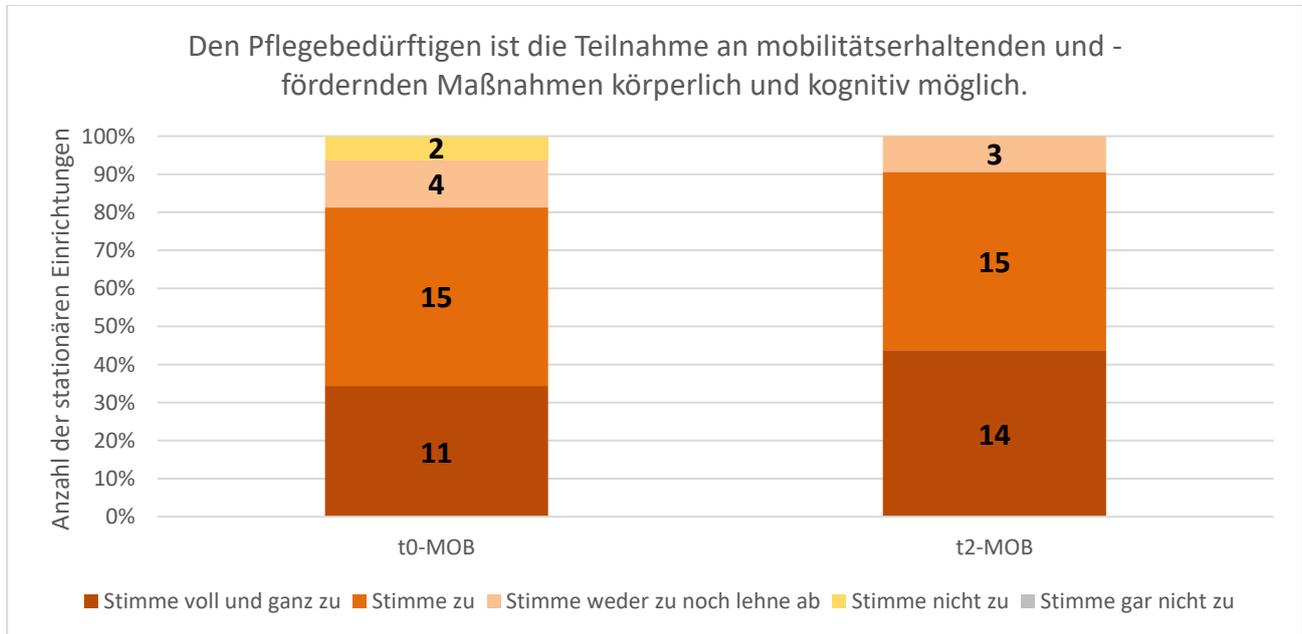


Abbildung 34: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Zu t₀ sind 81,3 % der Befragten davon überzeugt, dass es den pflegebedürftigen Personen möglich sei, an den mobilitätsfördernden Aktivitäten teilzunehmen („Stimme voll und ganz zu“ und „Stimme zu“). Zu t₂ hat sich diese Zahl auf 91 % erhöht.

Abbildung 35 zeigt inwiefern Einzelangebote zur Mobilitätsförderung durch die Einrichtungen vorgehalten werden, während Abbildung 36 die gleiche Funktion für Gruppenangebote erfüllt. Beide Fragen wurden jeweils zu drei verschiedenen Erhebungszeitpunkten gestellt (t₀, t₁ und t₂).

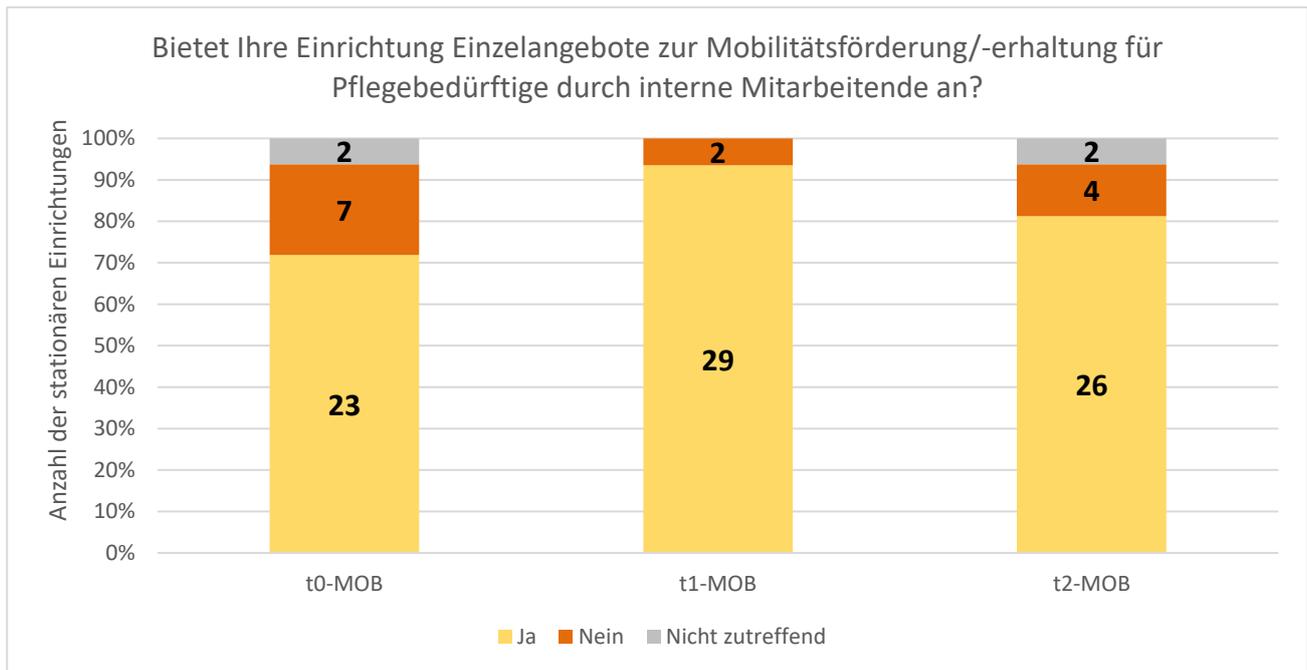


Abbildung 35: Einzelangebote zur Mobilitätsförderung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (t₀) gaben 72 % der befragten Personen Einzelangebote durch eigene Mitarbeitende an. Diese Zahl erhöht sich zwischenzeitlich auf 91 % und sinkt anschließend wieder auf 81 %. Im Hinblick auf die Gruppenangebote durch eigene Mitarbeitende zeigt sich, dass im Vergleich von t₀ und t₂ eine Einrichtung hinzugewonnen werden konnte, auch Gruppenangebote anzubieten.

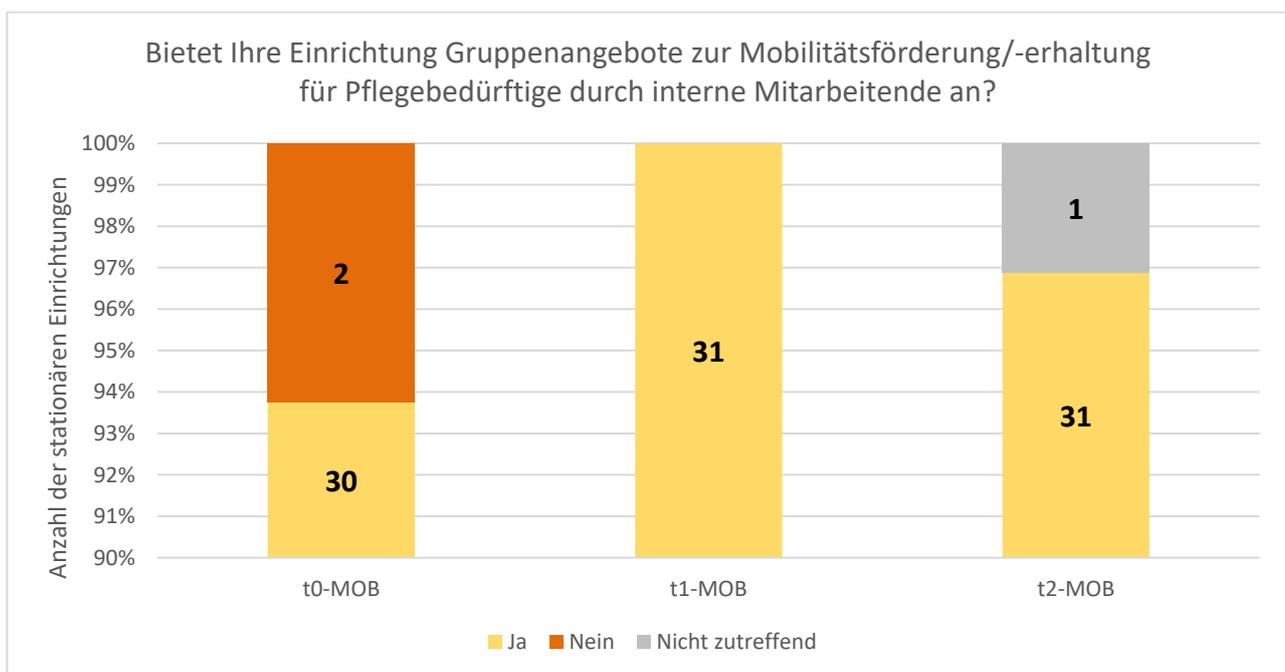


Abbildung 36: Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

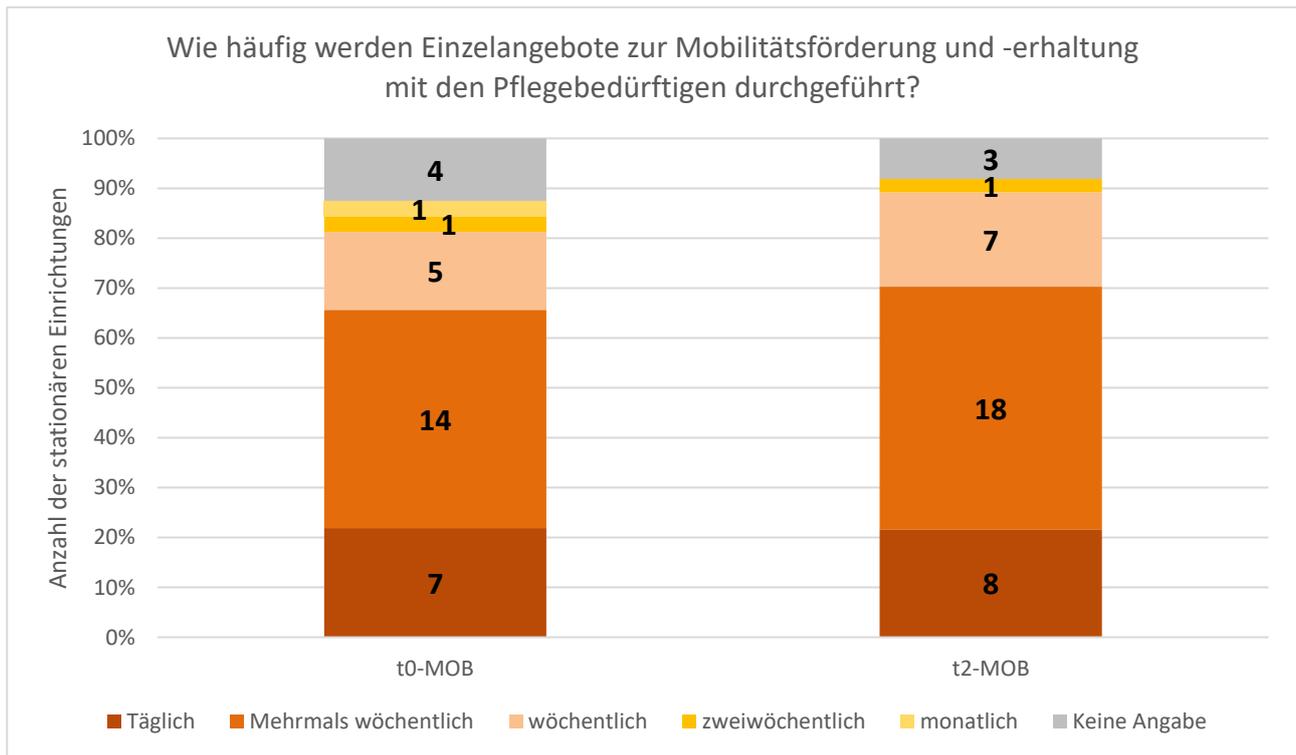


Abbildung 37: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzelangeboten in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Abbildung 37 und Abbildung 38 geben Aufschluss über die Häufigkeit von Einzelangeboten bzw. Gruppenangeboten zur Mobilitätsförderung zu Beginn der Begleitforschung (t₀) und zum Abschluss des Forschungsprojektes (t₂).

Im Vergleich von t_{0-MOB} und t_{2-MOB} hinsichtlich der Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzelangeboten in den Einrichtungen zeigt sich, dass diese nun deutlich häufiger stattfinden. Dies wird ersichtlich, wenn man die Antworthäufigkeiten von „Täglich“, „mehrmals wöchentlich“ und „wöchentlich“ betrachtet.

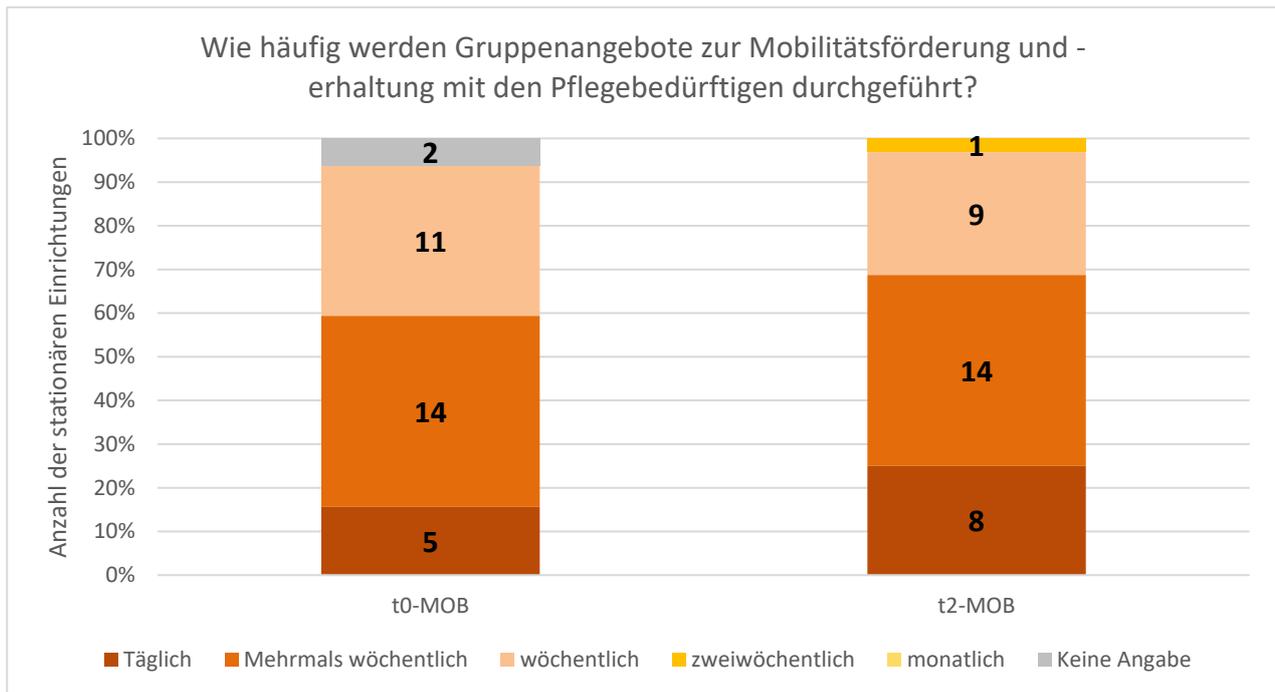


Abbildung 38: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Gruppenangeboten in den stationären Einrichtungen (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Mobilitätsfördernde Gruppenangebote in den Einrichtungen betreffend, zeigt sich, dass 9,4 % mehr Einrichtungen tägliche Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung anbieten (n = 3). Die restlichen Antwortkategorien halten sich auf einem stabilen Niveau.

Abbildung 39 und Abbildung 40 veranschaulichen, inwiefern externe Anbieter:innen für Einzel- und/oder Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung durch die Einrichtungen herangezogen werden. Hierbei werden die Antworten zu drei Erhebungszeitpunkten dargestellt (t₀, t₁ und t₂). In puncto Zusammenarbeit für Einzelangebote konnten im Vergleich zwischen t_{0-MOB} und t_{1-MOB} keinerlei Unterschiede festgestellt werden. Für den letzten Erhebungszeitpunkt (t₂) lässt sich bei 16 % der Einrichtungen (n = 5) eine Abnahme der Kooperationen festhalten.

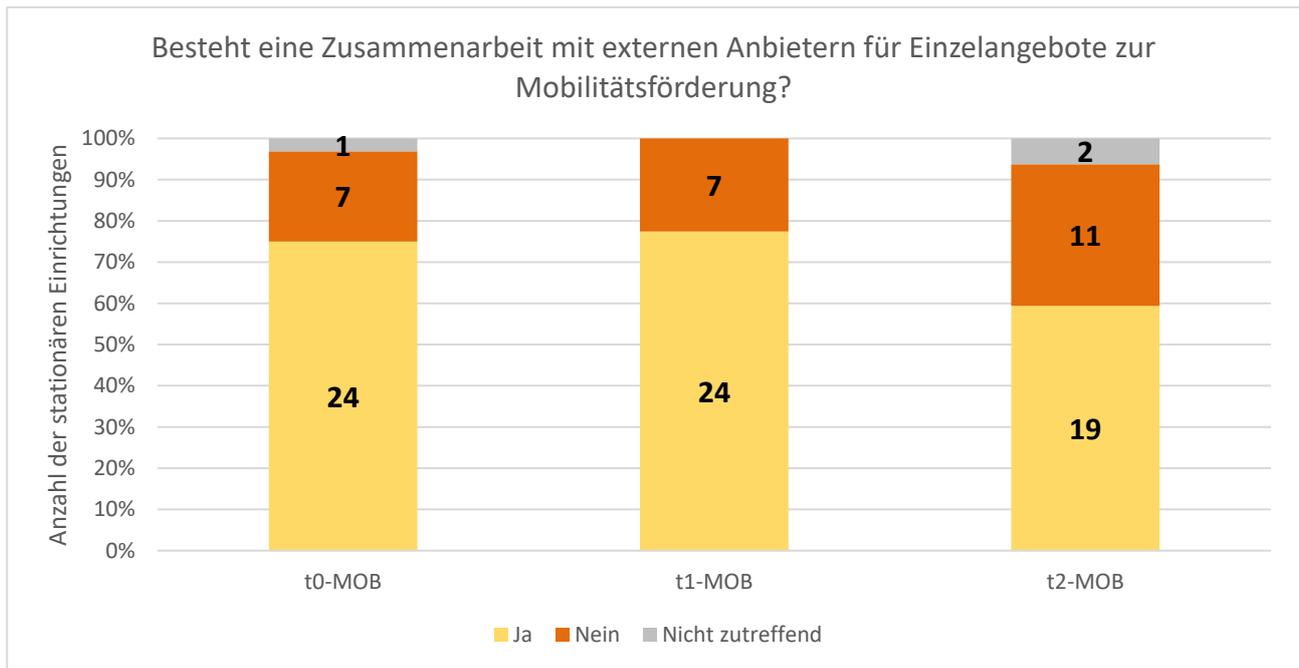


Abbildung 39: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Einzelangebote zur Mobilitätsförderung in den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

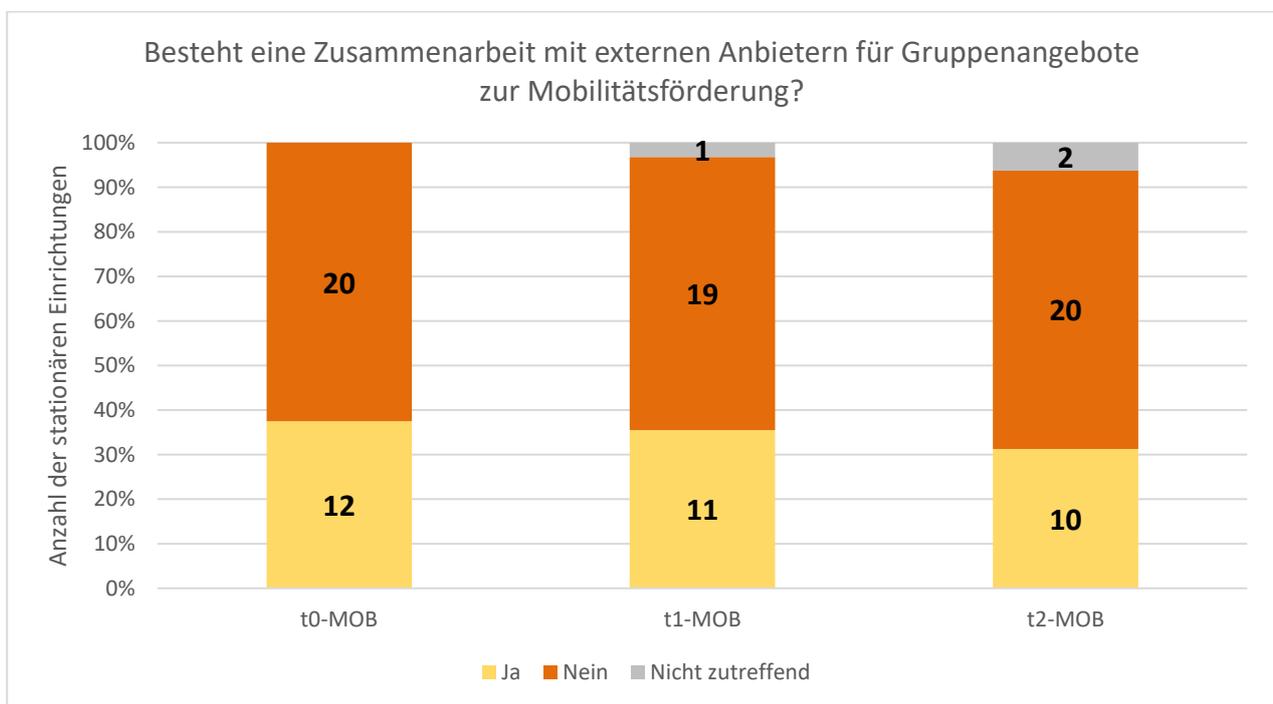


Abbildung 40: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung in den stat. Einrichtungen (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Was die Zusammenarbeit mit externen Anbietern zur Mobilitätsförderung für Gruppenangebote angeht, sind über den kompletten Erhebungszeitraum hinweg nur leichte Unterschiede festzustellen. Die Anzahl an

Einrichtungen, welche für Gruppenangebote mit externen Anbietern zusammenarbeiten, bleibt demzufolge relativ stabil bei ca. einem Drittel der Einrichtungen.

Gesamtresümee

Auch bei den Zweitassessments waren die externen Pflegeexpert:innen dazu aufgefordert, ihre Eindrücke bezüglich der von ihnen besuchten stationären Einrichtung am Ende des Assessmenttages im Gesamtresümee festzuhalten. 32 solcher Sammlungen von Einschätzungen zu den stationären Pflegeeinrichtungen liegen vor. Folgende Punkte wurden innerhalb der Freitexte am häufigsten genannt:

- Maßnahmen zur Mobilitätsförderung werden in der Einrichtung gut organisiert (n = 27).
- Die Umsetzung der Mobilitätsförderung gelingt insgesamt gut (n = 21).
- Der Einbezug der pflegebedürftigen Personen (und ggf. ihrer Angehörigen) bei der Maßnahmenplanung findet statt (n = 13).
- Der Einbezug der pflegebedürftigen Personen (und ggf. ihrer Angehörigen) bei der Maßnahmenplanung findet nur teilweise statt (n = 11).
- Die Maßnahmen werden regelmäßig dokumentiert, evaluiert und ggf. angepasst (n = 23).

In diesem Kontext wurde deutlich, dass unter den teilnehmenden Einrichtungen sowohl stationäre Einrichtungen sind, welche die Mobilitätsförderung geschickt in den Alltag einbauen:

„Bewohner:innen bekommen z.B. Aufgaben übertragen (Blumen gießen, Rasen schneiden, Hühner füttern).“ (044)

als auch Einrichtungen, welche sich hiermit noch schwertun:

„Nein. Mobilitätsförderung und -erhaltung sind keine Maßnahmen, die die Einrichtung plant und durchführt. Sie werden sehr vernachlässigt und vollständig durch externes Personal angeboten.“ (048)

Hinzu kommen Einrichtungen, welche durch die Teilnahme am Projekt zusätzliche Motivation schöpfen konnten

„Die Mitarbeiter berichten, dass eine bessere Kommunikation zwischen ihnen und den Angehörigen besteht und dass bei Veränderungen im Mobilitätsstatus der Bewohner gemeinsam gesprochen wird.“ (043)

oder

„Besser organisiert als vor 6 Monaten, Bewohner/innen haben neue Hilfsmittel erhalten. Wohnbereichsleitung hat die Mobilisation der Bewohner/innen bereits ausgebaut.“ (002)

aber auch stationäre Einrichtungen, welche mit externen Faktoren wie dem Fachkräftemangel kämpfen:

„Eine Mitarbeiterin, die entsprechend qualifiziert war, hat die Einrichtung verlassen. Die Stelle konnte noch nicht nachbesetzt werden.“ (048)

Tabelle 54 fasst die Ergebnisse des zweiten und letzten Erhebungszeitpunktes für den stationären Bereich zusammen.

Zusammenfassung der Veränderungen sowie Abschlussituation der stationären Einrichtungen	
Stationär	
<ul style="list-style-type: none"> - ca. 81 % der befragten Personen der Einrichtungen sind davon überzeugt, dass ihre Pflegefachkräfte Mobilitätseinschränkungen identifizieren können, - Anstieg bei Pflegefachkräften mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung (um 19 %), - Bekanntheit des ExMo bei den Pflegefachkräften zum Ende hin wieder ca. auf Anfangsniveau (ca. 44 %), - konsequente Umsetzung des ExMo nimmt im Projektverlauf ab (ca. 50 % vs. ca. 33 %), - ca. die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen berichtet von einer Verbesserung der Mobilitätsförderung sowie einer Veränderung der Umsetzung des ExMo, ca. die Hälfte der Einrichtungen berichtet aber auch davon, dass sich in beiden Bereichen nichts Wesentliches verändert habe, - die Zustimmung, dass das vorhandene Personal mobilitätsfördernde Maßnahmen anbieten könne, steigt über den Projektzeitraum hinweg stetig (50 % vs. 56 % vs. 68 %), - die Anzahl an Einrichtungen, welche eine individuelle Maßnahmenplanung durchführen, sinkt (24 vs. 22 vs. 19) und Gleiches gilt für den Einbezug der pflegebedürftigen Personen und/oder ihrer Angehörigen bei der Maßnahmenplanung (26 vs. 24 vs. 23), - die Überzeugung, dass die eigenen Maßnahmen wirksam seien, steigt (72 % vs. 84 %), - die Überprüfung der Wirksamkeit getroffener Maßnahmen wird über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg von ca. 1/3 der Einrichtungen durchgeführt (20 vs. 19 vs. 22), - die Erfassung von Stürzen bleibt stabil bei 87,5 % der Einrichtungen, die Erfassung von Dekubitalulzera liegt auf einem ähnlichen Level mit 84 %, - die Überzeugung, dass die pflegebedürftigen Personen kognitiv und körperlich fit genug für die Maßnahmen seien, steigt (81 % vs. 91 %), - ca. 81 % der Einrichtungen bieten zum Abschluss der Begleitforschung Einzelangebote zur Mobilitätsförderung an und 97 % bieten Gruppenangebote an, - Einzel- und Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung finden nun (t₂) deutlich häufiger statt 	

Tabelle 54: Veränderungen u. Abschlussituation der stationären Einrichtungen (t_{1-MOB} und t_{2-MOB})

5.2.2 Strukturen und Prozesse bei den ambulanten Diensten (t_{1-MOB} und t_{2-MOB})

Strukturen

Tabelle 55 zeigt die Kompetenz der Pflegefachkräfte bei den ambulanten Diensten, Mobilitätseinschränkungen zu identifizieren bezogen auf drei verschiedene Zeitpunkte (t₀, t₁ und t₂).

Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Mobilitätseinschränkungen der Pflegebedürftigen zu identifizieren.			
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{1-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Stimme nicht zu	1 (12,5 %)	0 (0 %)	2 (28,6 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	0 (0 %)	2 (25 %)	0 (0 %)
Stimme zu	4 (50 %)	2 (25 %)	1 (14,3 %)
Stimme voll und ganz zu	3 (37,5 %)	4 (50 %)	4 (57,1 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)	8 (100 %)	7 (100 %)

Tabelle 55: Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Beim Vergleich der verschiedenen Zeitpunkte zeigt sich kein einheitliches Bild bezüglich der Veränderungen. Von t₀ zu t₁ zeigt sich erst eine Verbesserung, welche sich jedoch von t₁ zu t₂ wieder relativiert.

Abbildung 41 zeigt, wie viele der Dienste zu Beginn (t₀) und zum Abschluss der Begleitforschung (t₂) über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung verfügten.

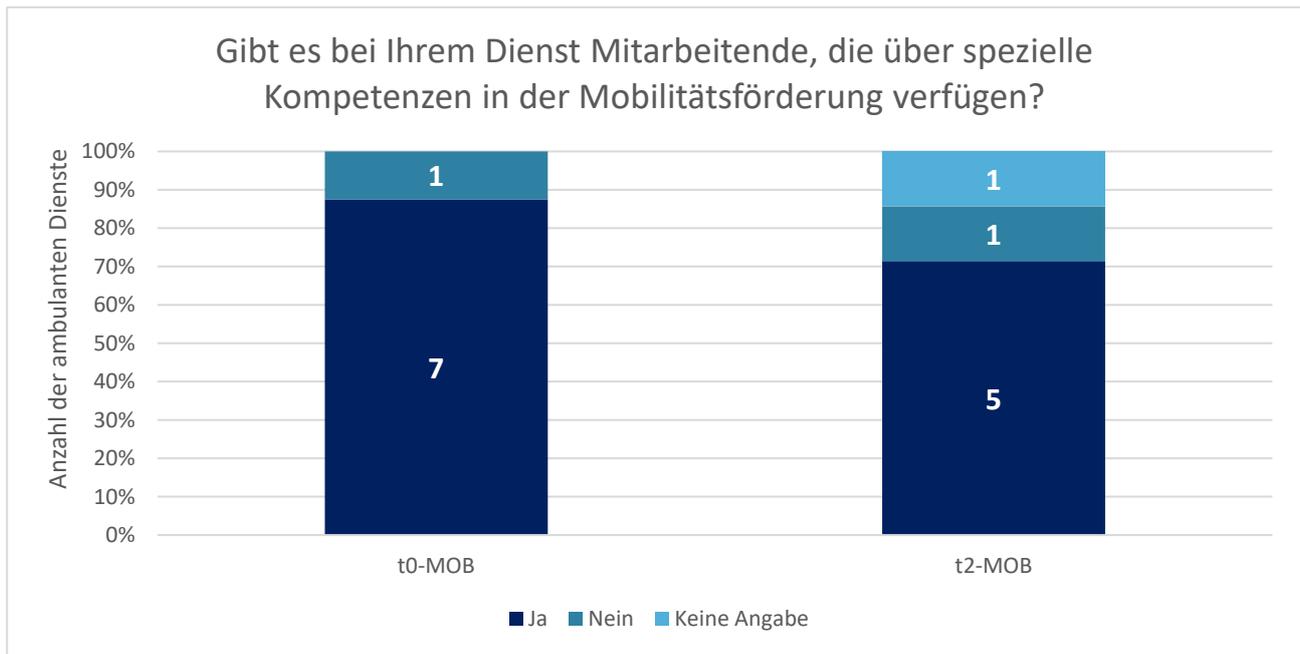


Abbildung 41: Spezielle Kompetenzen von Mitarbeitenden bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Zu t₀ gaben 87,5 % der verantwortlichen Personen der Dienste an, über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung zu verfügen. Im Vergleich hierzu sind es zum Ende der Begleitforschung hin noch 71,4 %.

Tabelle 56 gibt den Bekanntheitsgrad der ExMo-Anforderungen bei den Pflegefachkräften der ambulanten Dienste zu drei Erhebungszeitpunkten an (t₀, t₁ und t₂).

Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des ExMo.			
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{1-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	0 (0 %)	1 (12,5 %)	1 (14,3 %)
Stimme gar nicht zu	0 (0 %)	1 (12,5 %)	0 (0 %)
Stimme nicht zu	2 (25 %)	2 (25 %)	2 (28,6 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	3 (37,5 %)	1 (12,5 %)	1 (14,3 %)
Stimme zu	1 (12,5 %)	3 (37,5 %)	2 (28,6 %)
Stimme voll und ganz zu	2 (25 %)	0 (0 %)	1 (14,3 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)	8 (100 %)	7 (100 %)

Tabelle 56: Bekanntheit der Anforderungen des ExMo bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Beim Vergleich des zweiten Erhebungszeitpunkt (t_1) mit der ersten Erhebung (t_0) lässt sich eine Verschlechterung bezüglich der Kenntnis der Anforderungen des ExMo bei den ambulanten Pflegefachkräften feststellen. Hinsichtlich des letzten Erhebungszeitpunktes (t_2) lässt sich keine starke Veränderung feststellen.

Tabelle 57 zeigt die Sinnhaftigkeit der Mobilitätsförderung aus Sicht der befragten Verantwortlichen der ambulanten Dienste zu zwei Erhebungszeitpunkten (t_0 und t_2).

Hierbei zeigt sich, dass:

- die Einschätzung, ob es sich bei der Mobilitätsförderung grundsätzlich um eine sinnvolle Sache handle, stabil bleibt, und
- sich die Meinung bezüglich einer strukturierten Vorgehensweise bei der Auswahl und Durchführung der Mobilitätsförderung über den Erhebungszeitraum auch keinen Veränderungen unterliegt.

Die Dokumentation der Mobilitätsmaßnahmen je Pflegebedürftigen erachte ich als sinnvoll.		
Antwortmöglichkeit	t_{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t_{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	1 (12,5 %)	0 (0 %)
Stimme nicht zu	1 (12,5 %)	1 (14,3 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	1 (12,5 %)	1 (14,3 %)
Stimme zu	3 (37,5 %)	3 (42,9 %)
Stimme voll und ganz zu	2 (25 %)	2 (25 %)
Gesamtanzahl der Dienste mit Antwort	8 (100 %)	7 (100 %)
Ein strukturiertes Vorgehen zur Auswahl und Durchführung von Mobilitätsmaßnahmen ist sinnvoll.		
Antwortmöglichkeit	t_{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t_{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	1 (12,5 %)	0 (0 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	1 (12,5 %)	1 (14,3 %)
Stimme zu	4 (50 %)	4 (57,1 %)
Stimme voll und ganz zu	2 (25 %)	2 (28,6 %)
Gesamtanzahl der Dienste mit Antwort	8 (100 %)	7 (100 %)

Tabelle 57: Einschätzung der Sinnhaftigkeit von Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Prozesse

Zu t₁ gab nur eine befragte Person eines Pflegedienstes (12,5 %) an, den ExMo einführen zu wollen.

Zu t₁ gaben 7 Befragte (87,5 %) an, den ExMo bisher nicht konsequent umzusetzen oder einzuführen.

Im Hinblick auf den letzten Erhebungszeitpunkt (t₂) konnten diesbezüglich keine Veränderungen festgestellt werden.

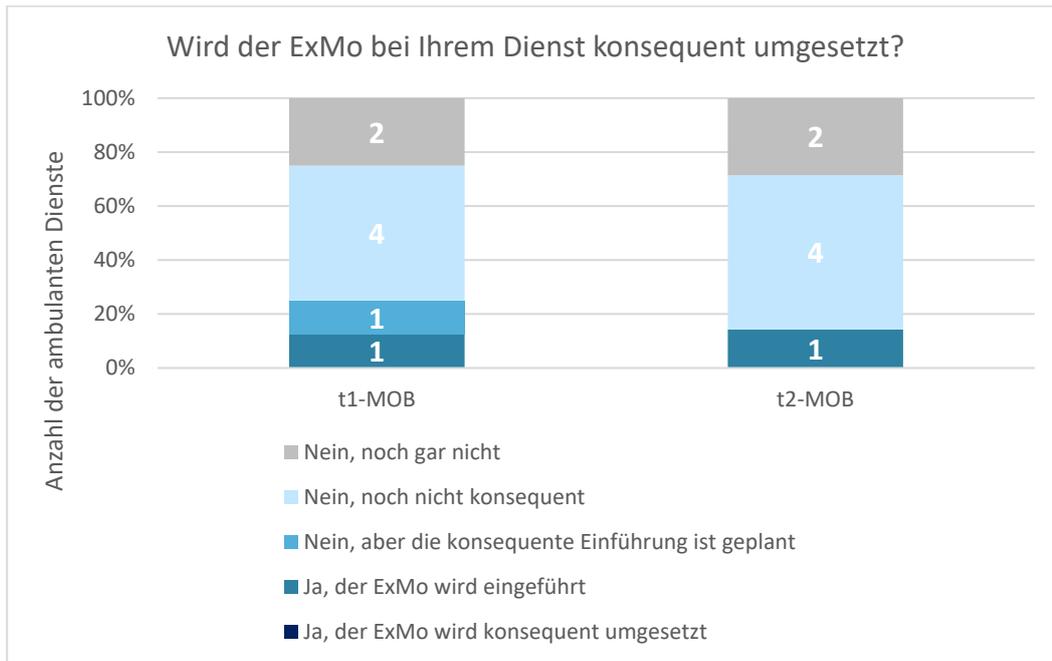


Abbildung 42: Umsetzungsgrad des ExMo bei den ambulanten Diensten (t_{1-MOB} und t_{2-MOB})

Abbildung 43 gibt Aufschluss darüber, ob die ambulanten Dienste zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t₁) bereits Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo getroffen haben.

Abbildung 42 zeigt den Umsetzungsgrad des ExMo bei den Pflegediensten zu zwei Zeitpunkten (t₁ und t₂).

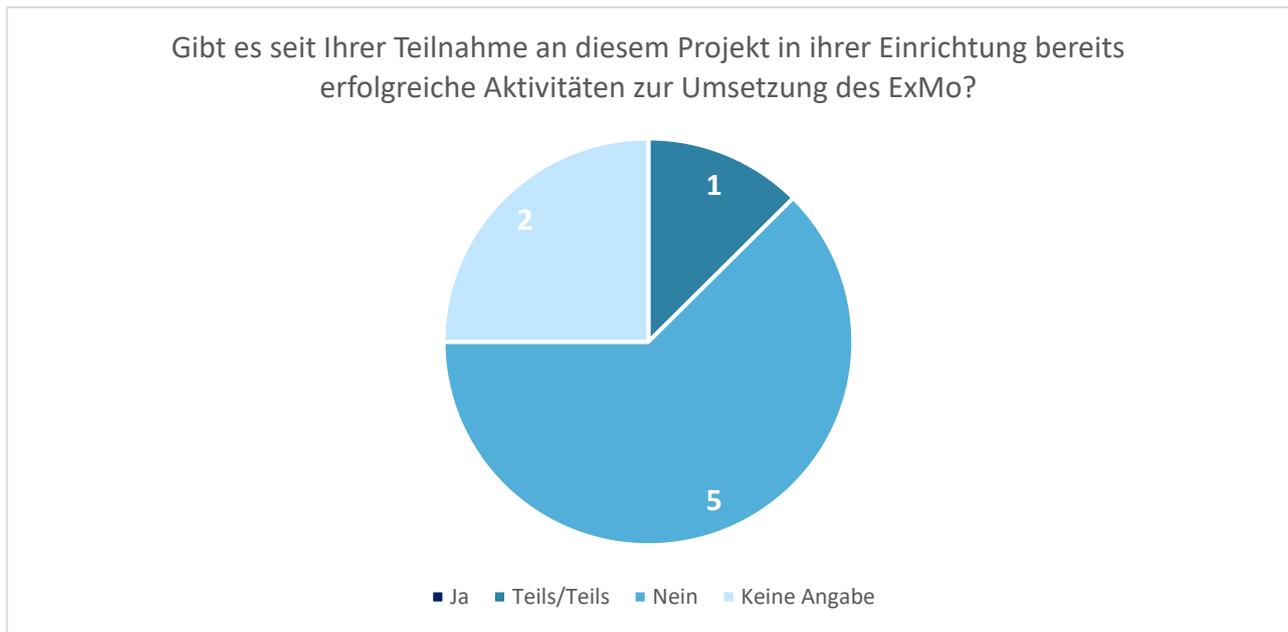


Abbildung 43: Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo bei den ambulanten Diensten (t_{1-MOB})

Bei der zweiten Online-Befragung im Rahmen der Begleitforschung (t₁) gaben 62,5 % der befragten Verantwortlichen der Dienste an, keine Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo zu unternehmen (n = 5).

Abbildung 44 zeigt, inwiefern sich im Projektverlauf sowohl die Umsetzung des ExMo als auch die Mobilitätsförderung bei den Pflegediensten verändert haben.

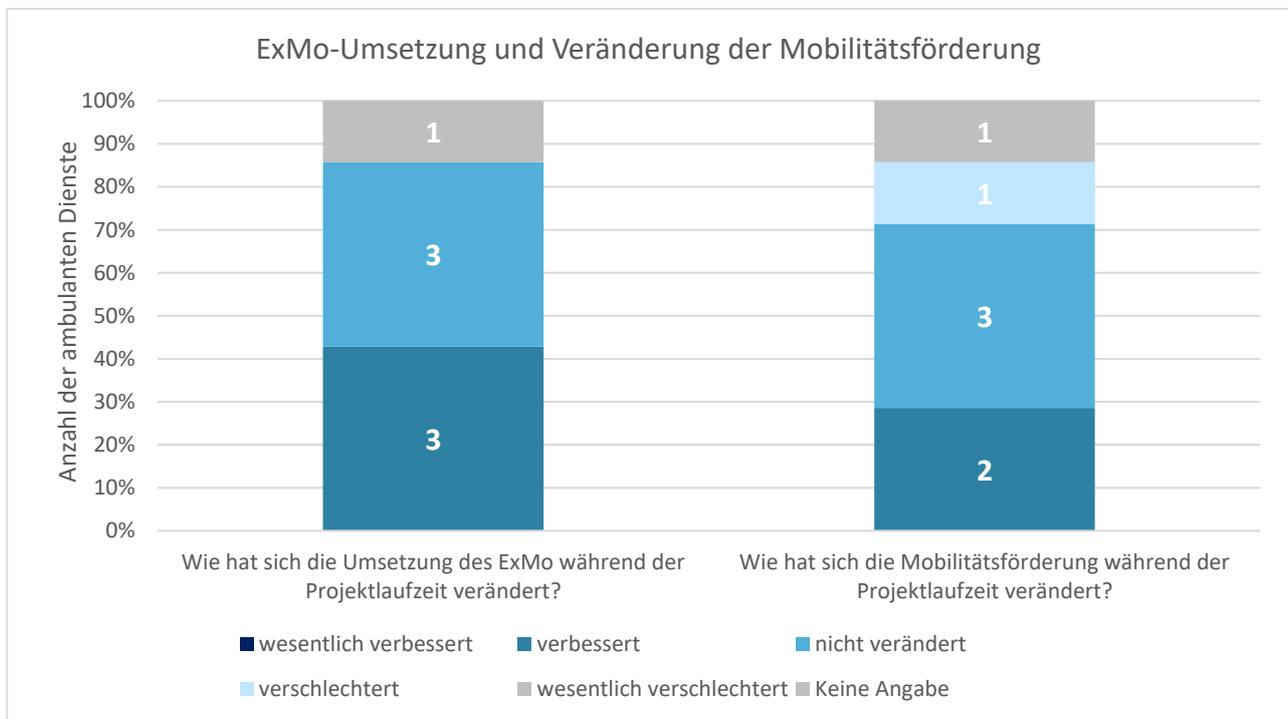


Abbildung 44: ExMo-Umsetzung und Veränderung der Mobilitätsförderung (t_{2-MOB})

In Bezug auf die Veränderung der ExMo-Umsetzung und der Mobilitätsförderung im Projektzeitraum sind folgende Punkte erwähnenswert:

- Es gibt jeweils gleich viele Verantwortliche, die von einer Verbesserung der Umsetzung des ExMo als auch von gar keiner Veränderung in ihrem Dienst berichten (n = 3).
- In puncto „Veränderung der Mobilitätsförderung“, zeigt sich ein ähnliches Bild. Hier gibt es sogar einen Dienst, der eine Verschlechterung angibt.

Tabelle 58 legt dar, inwiefern die Einrichtungen das nötige Personal besitzen, um mobilitätsfördernde Maßnahmen anzubieten. Auch diese Frage wurde zu drei Zeitpunkten an die Einrichtungen gestellt (t₀, t₁ und t₂).

Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen anzubieten.			
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{1-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Stimme gar nicht zu	2 (25 %)	0 (0 %)	1 (14,3 %)
Stimme nicht zu	2 (25 %)	1 (12,5 %)	2 (28,6 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	0 (0 %)	2 (25 %)	0 (0 %)
Stimme zu	1 (12,5 %)	4 (50 %)	4 (57,1 %)
Stimme voll und ganz zu	3 (37,5 %)	1 (12,5 %)	0 (0 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)	8 (100 %)	(100 %)

Tabelle 58: Personalausstattung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Von t₀ zu t₁ ist eine Konzentration um den Mittelpunkt der Skala festzustellen, d.h. es wird sowohl eine Verbesserung als auch eine Verschlechterung deutlich. Wenn man jedoch den letzten Erhebungszeitpunkt (t₂) betrachtet, wird schnell ersichtlich, dass bei den Diensten eine Spaltung in zwei Gruppen stattgefunden hat. Eine Gruppe findet sich am unteren Ende der Skala (insgesamt 42,9 % für „Stimme gar nicht zu“ und „Stimme nicht zu“). Die andere Gruppe findet sich am oberen Ende der Skala mit 57,1 % bei „Stimme zu“.

Abbildung 45 gibt an, wie viele der teilnehmenden Dienste eine individuelle Maßnahmenplanung für die pflegebedürftigen Personen erstellen.

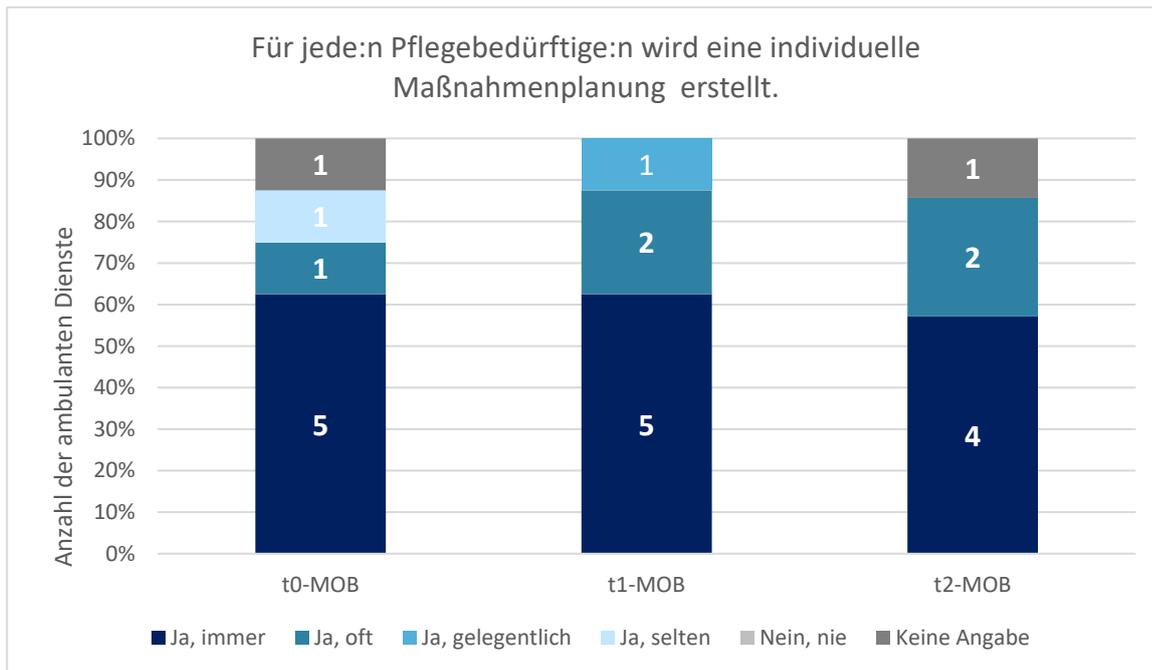


Abbildung 45: Individuelle Maßnahmenplanung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Von t₀ zu t₁ lässt sich insgesamt feststellen, dass individuelle Maßnahmen i.d.R. häufiger geplant werden. Dieses Niveau wird bei t₂ ungefähr gehalten.

In Abbildung 46 wird dargestellt, inwiefern die Präferenzen der pflegebedürftigen Personen (und ggf. Angehörigen) im Laufe des Projektes (t₀, t₁ und t₂) in die Planung der mobilitätsfördernden Maßnahmen einbezogen wurden.

Zwischen t₀ und t₁ lässt sich keine gravierende Veränderung feststellen. Beim letzten Erhebungszeitpunkt zeigt sich jedoch deutlich, dass die pflegebedürftigen Personen (oder ggf. ihre Angehörigen) seltener mit in die Maßnahmenplanung einbezogen werden. Dennoch geben 85,7 % der Verantwortlichen der Pflegedienste zu t₂ an, die pflegebedürftigen Personen miteinzubeziehen (n = 6).

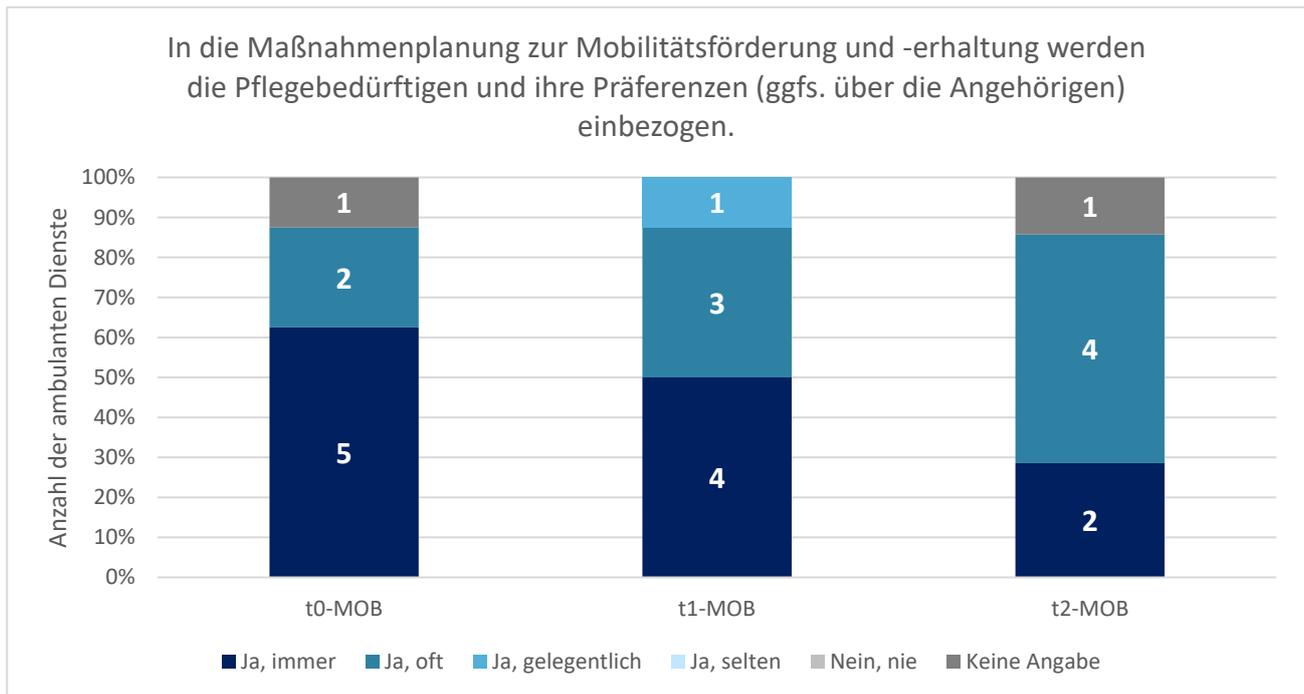


Abbildung 46: Einbezug der Präferenzen in die Maßnahmenplanung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Tabelle 59 gibt für zwei Erhebungszeitpunkte (t₀ und t₂) an, inwiefern die Dienste selbst von der Wirksamkeit ihrer mobilitätsfördernden Maßnahmen überzeugt sind.

Die angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sind wirksam.		
Antwortmöglichkeit	t _{0-MOB} Häufigkeit n (%)	t _{2-MOB} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	2 (25 %)	2 (28,6 %)
Stimme gar nicht zu	0 (0 %)	0 (0 %)
Stimme nicht zu	0 (0 %)	0 (0 %)
Stimme weder zu noch lehne ab	3 (37,5 %)	3 (42,9 %)
Stimme zu	2 (25 %)	0 (0 %)
Stimme voll und ganz zu	1 (12,5 %)	2 (28,6 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	8 (100 %)	7 (100%)

Tabelle 59: Wirksamkeit der Maßnahmen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Hierbei zeigt sich eine Teilung in drei Gruppen:

- 25 %, die keine Angabe tätigen (t₀),
- 37,5 %, die weder zustimmen noch ablehnen (t₀),
- 37,5 %, die zustimmen („stimme zu“ und „Stimme voll und ganz zu“ bei t₀).

Diese Dreiteilung besteht auch zum Ende der Begleitforschung (t₂) noch.

Abbildung 47 gibt Aufschluss darüber, inwiefern eine Überprüfung der Wirksamkeit der getroffenen mobilitätsfördernden Maßnahmen innerhalb des Projektzeitraumes (t₀, t₁ und t₂) bei den Diensten stattfand.

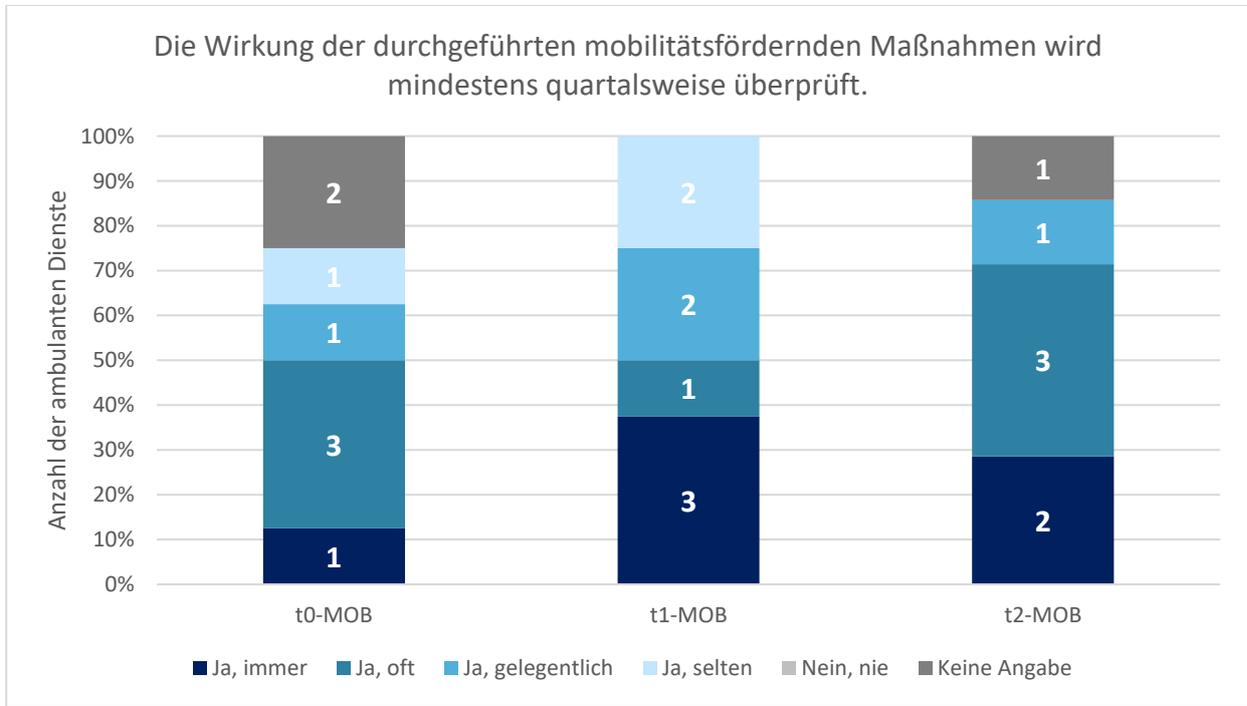


Abbildung 47: Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Zu t₁ wird die Wirkung der Maßnahmen häufiger überprüft als zu Beginn der Begleitforschung. Diese Entwicklung relativiert sich zum Ende des Projektzeitraumes hin wieder.

Abbildung 48 zeigt die Erfassung von Stürzen zu Beginn (t₀) und zum Abschluss der Begleitforschung (t₂) bei den ambulanten Diensten.

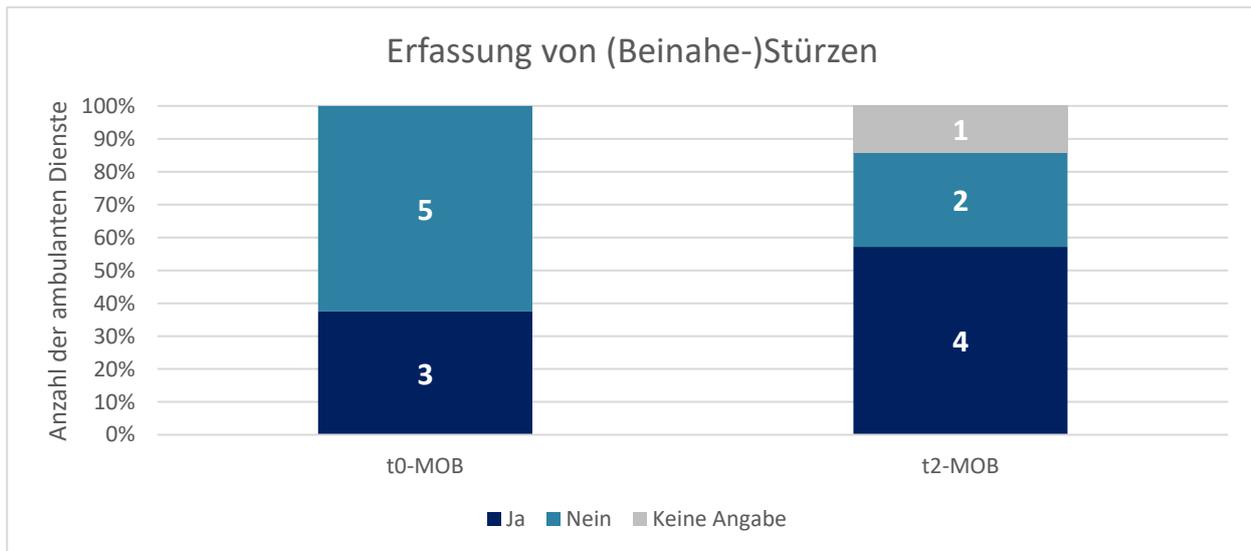


Abbildung 48: Erfassung von Stürzen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

62,5 % der befragten Verantwortlichen gaben zu Beginn der Begleitforschung (t₀) an, Stürze nicht regelhaft zu erfassen. Zum Ende der Begleitforschung geben nur noch 25 % der Befragten an, dies nicht zu tun. Hier findet sich jedoch auch eine weitere indifferente Angabe (14,3 %).

Abbildung 49 zeigt die Erfassung von Dekubitalulzera zu zwei Zeitpunkten (t₀ und t₂).

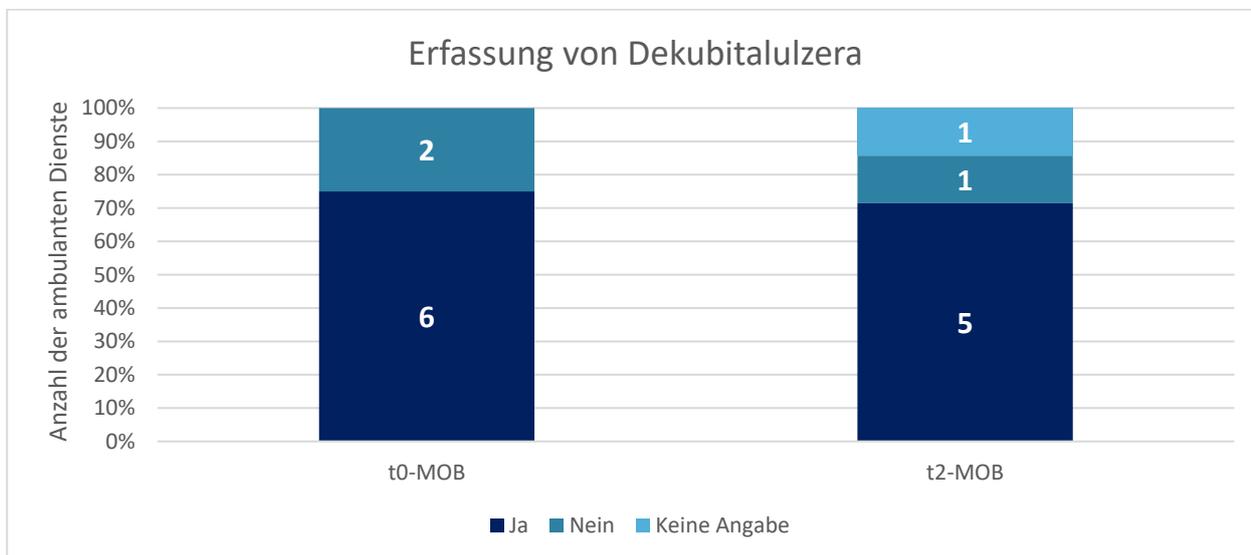


Abbildung 49: Erfassung von Dekubitalulzera bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

75 % der Dienste erfassten bereits zu Beginn des Forschungsprojekts (t₀) die Dekubitalulzera der pflegebedürftigen Personen. Zum Ende des Projektzeitraumes geben etwas weniger (62,5 %) der befragten Personen an, dies zu erfassen.

Abbildung 50 veranschaulicht die Einschätzung der körperlichen und kognitiven Fitness der pflegebedürftigen Personen im Hinblick auf die Teilnahme an mobilitätsfördernden Maßnahmen aus Perspektive der ambulanten Dienste zu zwei Zeitpunkten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB}).

Zu t_0 stimmten 50 % der befragten Vertreter der ambulanten Pflegedienste zu, dass die dort versorgten pflegebedürftigen Personen körperlich und kognitiv in der Lage seien an den Maßnahmen teilzunehmen („Stimme voll und ganz zu“ und „Stimme zu“).

Diese Situation hat sich folgendermaßen zu t_2 verändert:

- Nur noch 28,6 % der Befragten stimmten dieser Aussage voll und ganz zu.
- 14,3 % geben eine indifferente Antwort (vormals 25 %).
- 28,6 % stimmen der Aussage nicht zu (vormals 37,5 %).
- 25 % machen keine Angabe (vormals 12,5 %).

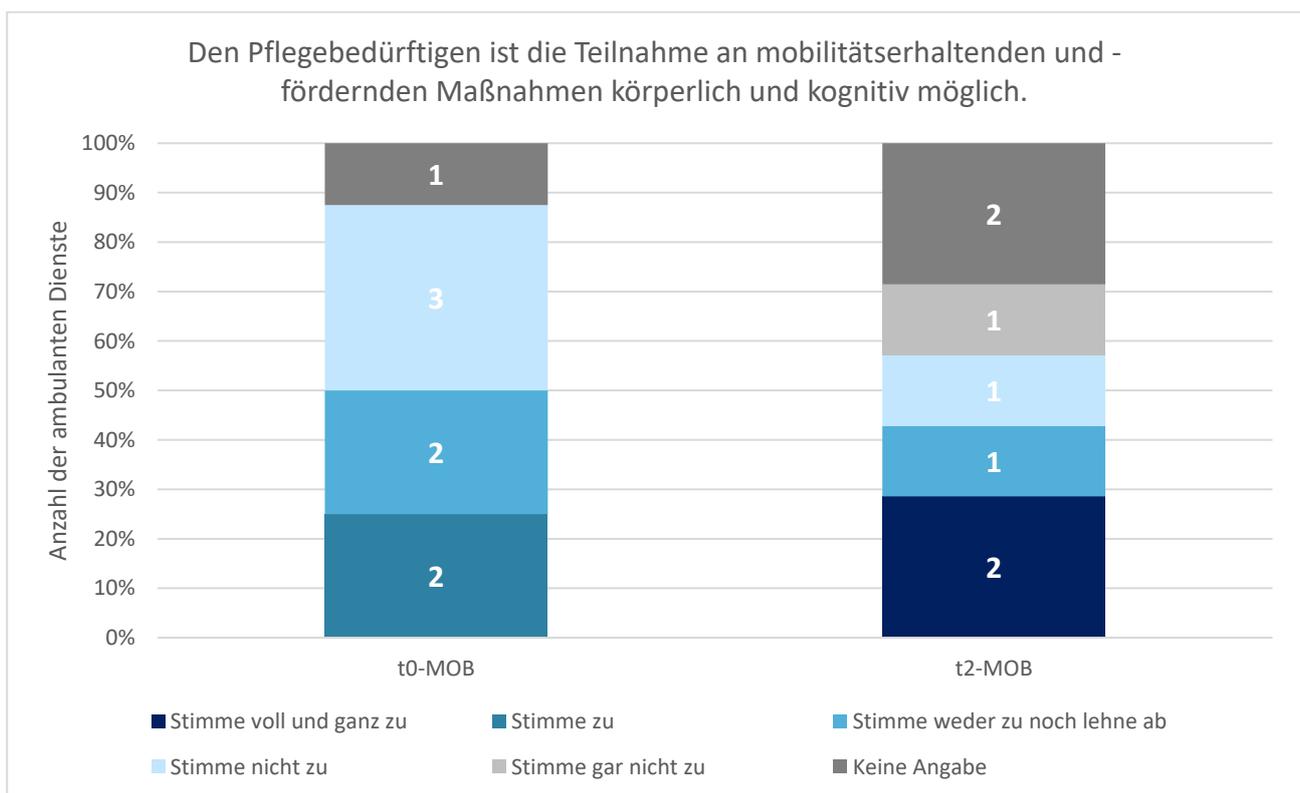


Abbildung 50: Körperliche und kognitive Fitness der pflegebedürftigen Personen bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Abbildung 51 zeigt inwiefern Einzelangebote zur Mobilitätsförderung durch die Einrichtungen vorgehalten werden, während Abbildung 52 die gleiche Funktion für Gruppenangebote erfüllt. Beide Fragen wurden jeweils zu drei verschiedenen Erhebungszeitpunkten gestellt (t_0 , t_1 und t_2).

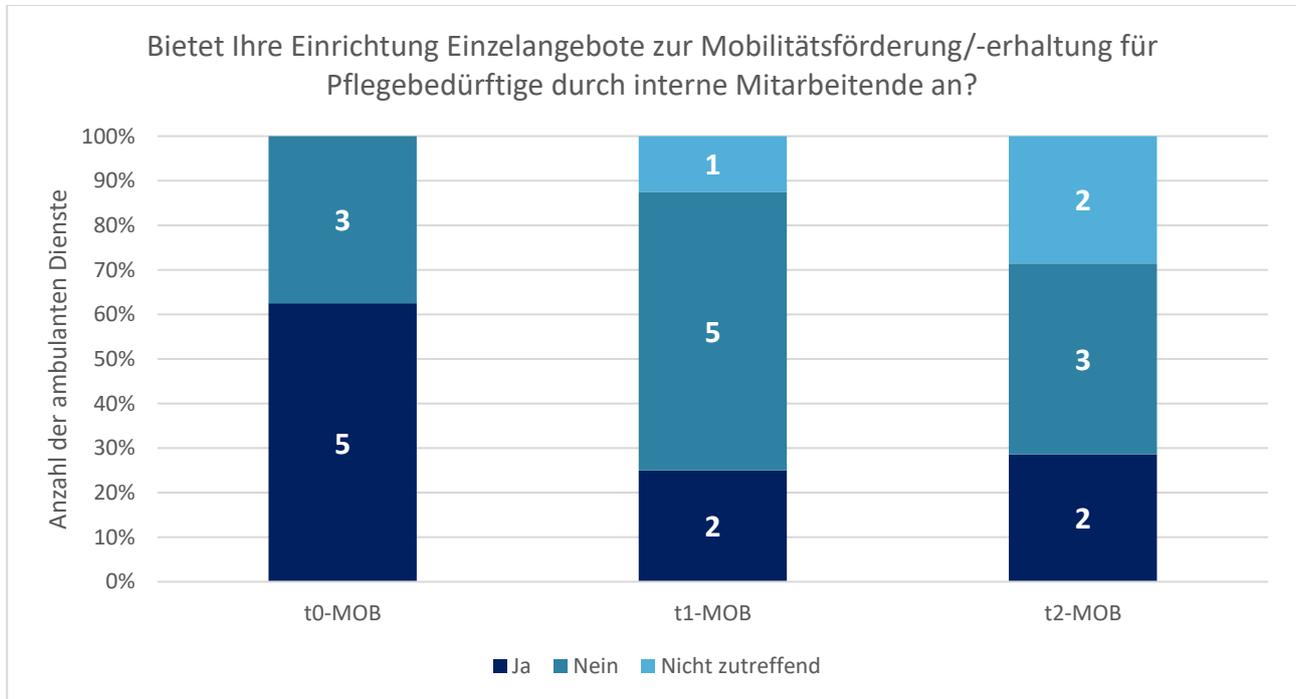


Abbildung 51: Einzelangebote zur Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Beim Vergleich der drei Erhebungszeitpunkte wird schnell eine Abnahme an Einzelangeboten ersichtlich: Zu Beginn gaben 62,5 % der befragten Verantwortlichen der Dienste Einzelangebote an, zum Ende der Begleitforschung waren es noch 28,6 %.

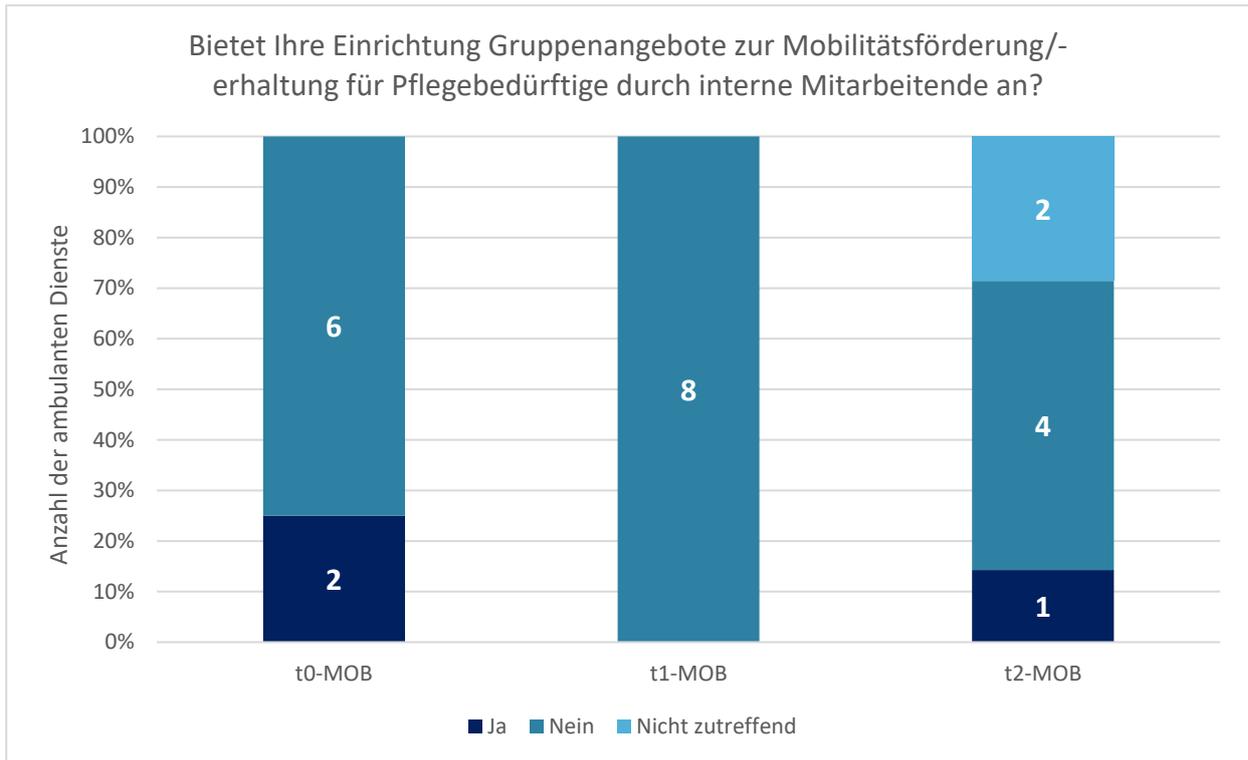


Abbildung 52: Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Die Situation hinsichtlich der Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung bei den Pflegediensten zeigt sich sowohl zu Beginn als auch zum Ende ähnlich. Anfangs bieten 25 % der Dienste Gruppenangebote an, zum Ende noch 14,3 %.

Abbildung 53 und Abbildung 54 geben Aufschluss über die Häufigkeit von Einzelangeboten bzw. Gruppenangeboten zur Mobilitätsförderung zu Beginn (t₀) und zum Abschluss der Begleitforschung (t₂).

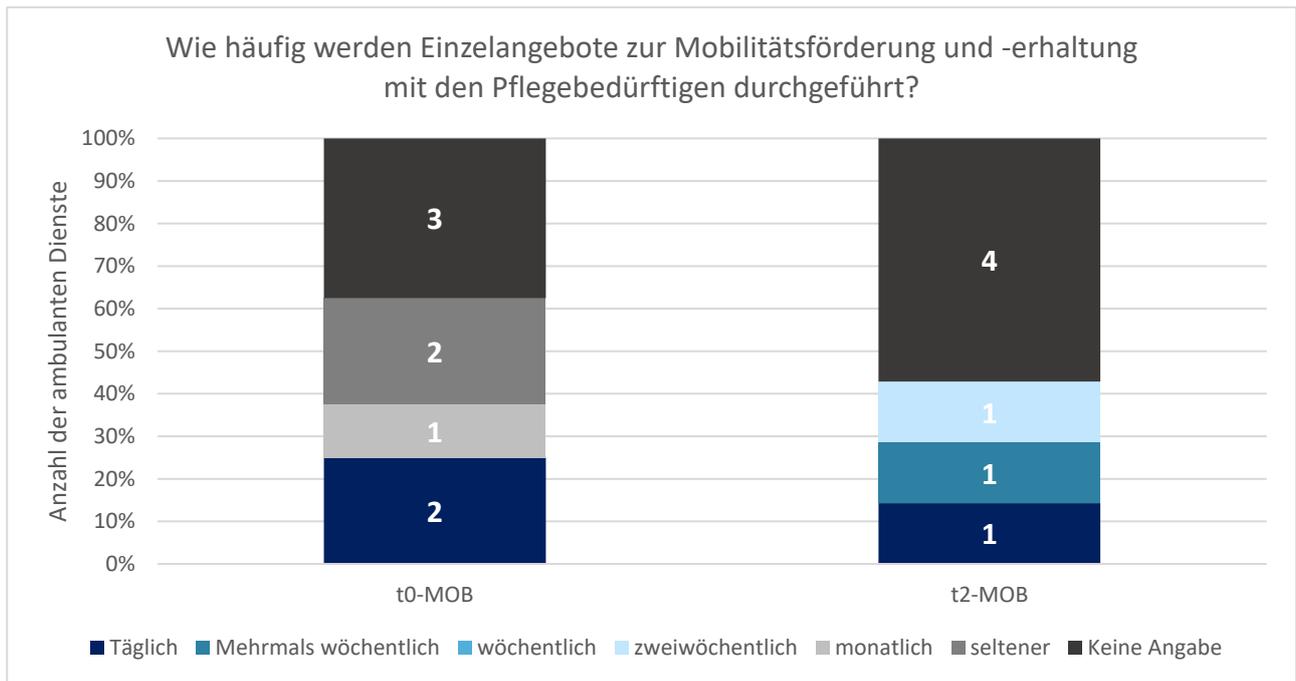


Abbildung 53: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Einzelangeboten bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Zu t₀ finden wir eine Dreiteilung bezüglich der Häufigkeit von Gruppenangeboten:

- keine Angabe (3 von 8 Diensten),
- monatlich oder seltener (3 von 8 Diensten),
- täglich (2 von 8 Diensten).

Diese Dreiteilung hat sich zum Ende der Begleitforschung hin aufgelöst. Nun machen 57,1 % der befragten Personen der Dienste gar keine Angaben in diesem Kontext und bezüglich der Häufigkeit zeigt sich kein einheitliches Bild.

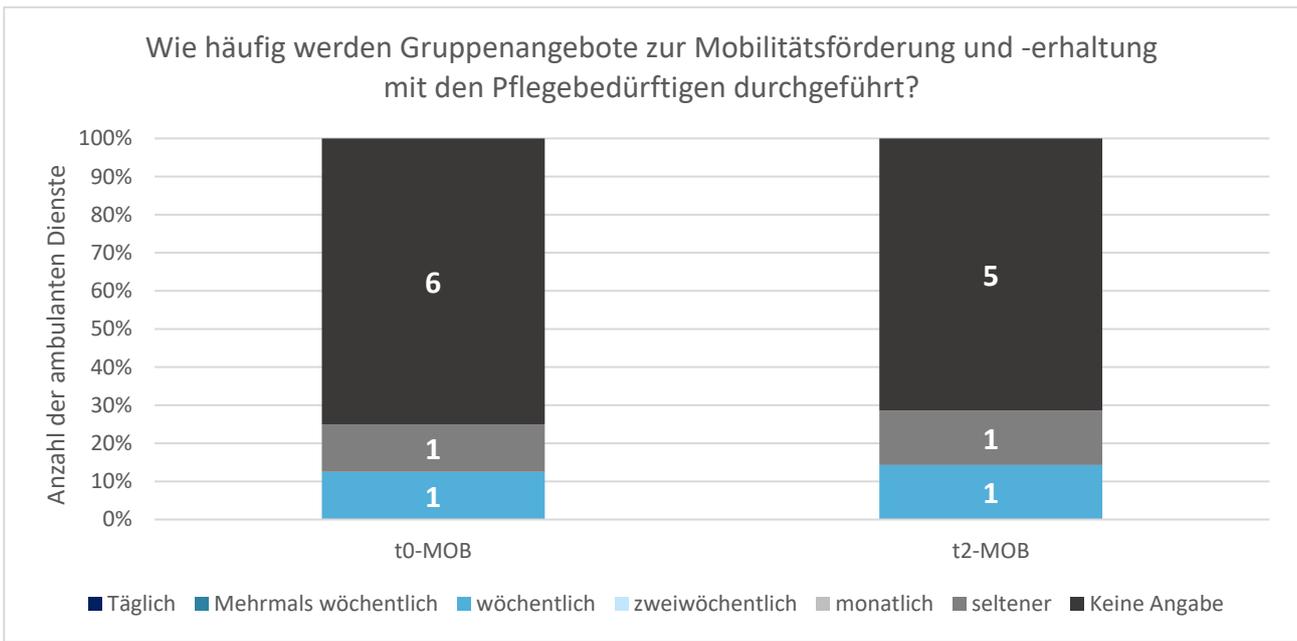


Abbildung 54: Häufigkeit von mobilitätsfördernden Gruppenangeboten bei den ambulanten Diensten (t_{0-MOB} und t_{2-MOB})

Bezüglich der Häufigkeit von Gruppenangeboten zur Mobilitätsförderung lässt sich keine Veränderung feststellen. Die meisten Angaben zu beiden Erhebungszeitpunkten entfallen auf „Keine Angabe“ (75 % und 71,4 %).

Abbildung 55 und Abbildung 56 veranschaulichen, ob während der Begleitforschung eine Zusammenarbeit der ambulanten Dienste mit externen Anbietern zugunsten von Einzel- und Gruppenangebote stattfand.

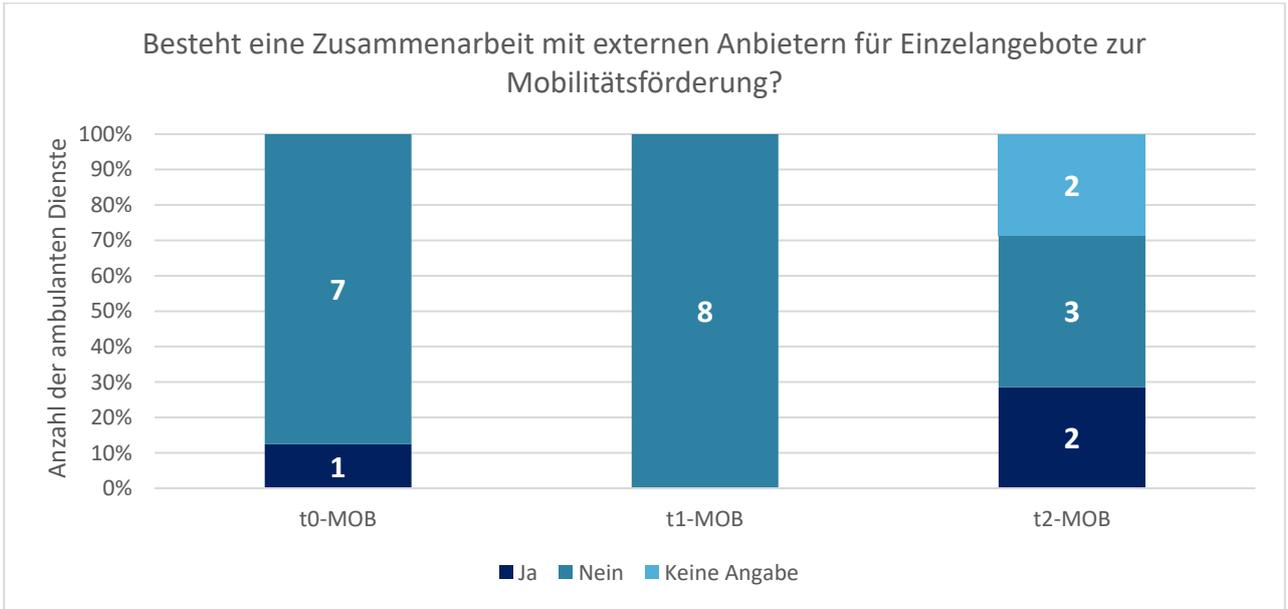


Abbildung 55: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Einzelangebote zur Mobilitätsförderung bei den amb. Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Bezüglich der Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Einzelangebote lässt sich eine Zunahme feststellen:

- zu t_0 finden wir hier 12,5 %,
- zu t_2 gibt es einen Anstieg auf 28,6 %.

Bezogen auf die Gruppenangebote lässt sich zwischen t_0 und t_1 keine Veränderung bezüglich der Zusammenarbeit der Dienste mit externen Anbietern feststellen; diese findet nicht statt. Zum letzten Erhebungszeitpunkt t_2 geben jedoch 28,6 % der Befragten eine Zusammenarbeit an.

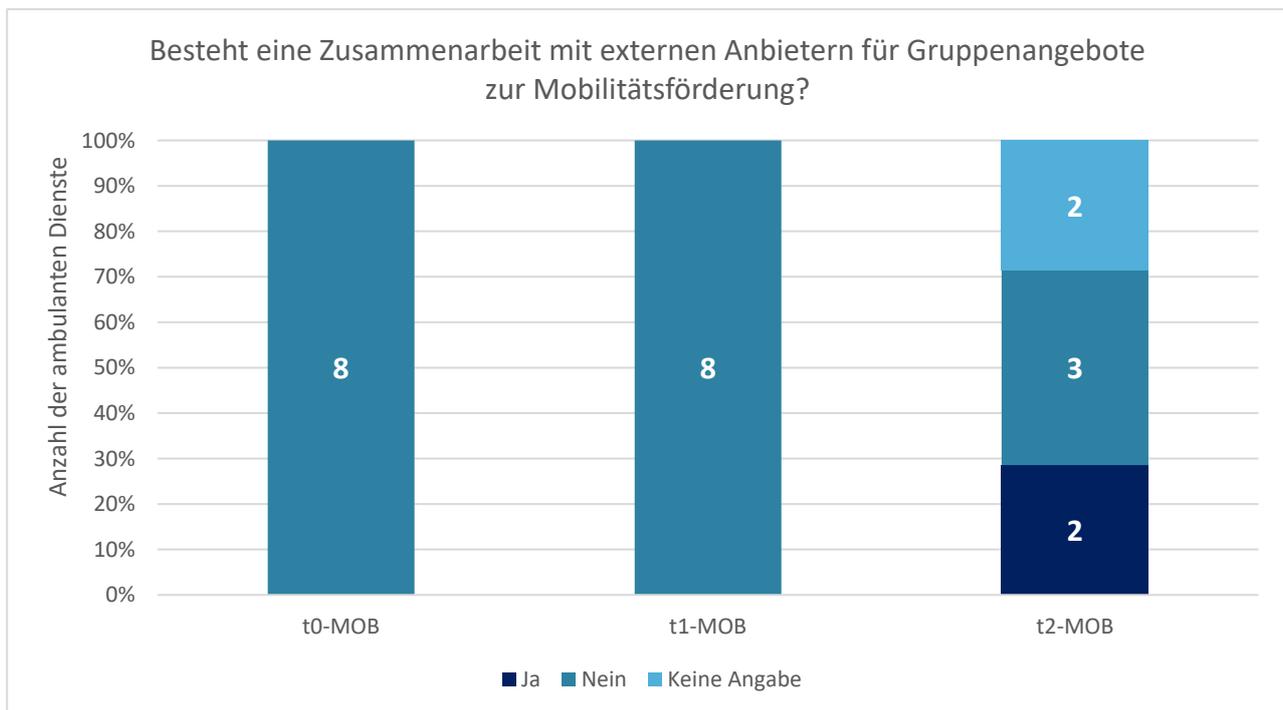


Abbildung 56: Zusammenarbeit mit externen Anbietern für Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung bei den amb. Diensten (t_{0-MOB} bis t_{2-MOB})

Gesamtresümees

Auch im Rahmen der Zweitassessments bei den ambulanten Pflegediensten waren die dort angestellten Pflegefachkräfte dazu aufgefordert, am Ende des Assessment-Tages Freitextangaben zur Umsetzung der Mobilitätsförderung bei ihrem Pflegedienst zu machen. Folgende Aspekte wurden in den Freitexten am häufigsten genannt:

- Die Mobilitätsförderung beim ambulanten Pflegedienst gelingt insgesamt gut (n = 4).
- Es wird der Aussage zugestimmt, dass andere Personen bei den betreuten pflegebedürftigen Personen auch Maßnahmen zur Mobilitätsförderung durchführen (n = 4).

- Die Einbeziehung der pflegebedürftigen Personen in die Planung der Maßnahmen erfolgt (n = 5).
- Es wird Zustimmung dazu geäußert, dass Maßnahmen regelmäßig dokumentiert und evaluiert werden sollten (n = 6).

Zudem wurde häufig darauf verwiesen, dass die letztendliche Durchführung der Mobilitätsförderung auch von Dritten abhängig sei:

„[...] da keine einheitliche Förderung erfolgt und auch nicht durchgängig. Letztlich gibt es auch enorme Unterschiede bzgl. der physiotherapeutischen Betreuung und Therapie.“ (011)

oder

„Die Angehörigen müssen komplett einbezogen werden, da diese diejenigen sind die die Maßnahmen auch durchführen müssen.“ (011)

Darüber hinaus wurden auch Aspekte benannt, welche die adäquate Durchführung der Mobilitätsförderung behindern

„Möglichkeiten zur Mobilitätsförderung in amb. Pflege bleiben massiv begrenzt, da das Zeitfenster zum Pflegen sehr kurz ist, und es an der Finanzierung scheitert, auch Physiotherapeuten kaum noch Termine haben.“ (032)

sowie Aspekte zur Verbesserung bei der Überarbeitung des Expertenstandards benannt:

„Wir wünschen uns bei der Überarbeitung ein stärkeres Augenmerk auf ambulante Dienste. Wir sehen unsere Kunden nicht 24/7 [...] wir benötigen andere Richtlinien und Vorgaben, um unsere Kunden adäquat zu beraten und Maßnahmen zu schulen[...]. Es ist wichtig für uns, das verstanden wird, dass ambulant der Kunde oftmals weniger lang am Tag gesehen werden kann. Viele Kunden bekommen einmal in der Woche Medikamente gerichtet, in dieser Zeit wird der Kunde gesehen, aber es kann nicht alles begutachtet werden, was beraten und geschult werden soll, laut den ganzen Expertenstandards.“ (001)

Mit Tabelle 60 findet sich eine Zusammenfassung der beobachteten Veränderungen sowie der Abschlusserhebung bei den ambulanten Pflegediensten.

Zusammenfassung der Veränderungen sowie Abschlussituation der ambulanten Pflegedienste

ambulant

- Anzahl an Diensten mit Mitarbeitenden mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung sinkt leicht (7 Dienste vs. 5 Dienste),
- insgesamt leichte Verschlechterung bezüglich der Bekanntheit der ExMo-Anforderungen bei den Pflegefachkräften,
- Mehrheit der Befragten (62,5 %) gibt keine Aktivitäten zur Umsetzung des ExMo an zu t_1 und
- keine gravierende Veränderung beim Umsetzungsgrad des ExMo von t_1 zu t_2 ,
- jeweils gleich viele Verantwortliche der Dienste ($n = 3$) berichten von einer Verbesserung der Umsetzung des ExMo als auch von gar keiner Veränderung,
- nur ca. die Hälfte der teilnehmenden Dienste besitzt Personal, um die Maßnahmen anzubieten
- individuelle Maßnahmen zur Mobilitätsförderung werden im Schnitt häufiger geplant,
- die Präferenzen der pflegebedürftigen Personen werden hierbei jedoch seltener einbezogen,
- bzgl. der Überzeugung der Wirksamkeit der eigenen Maßnahmen findet sich eine fast gleichmäßige Dreiteilung (Zustimmung, Ablehnung, keine Angabe),
- Wirksamkeit der Maßnahmen wird zwischenzeitlich häufiger überprüft als zu Beginn der Begleitforschung, diese Entwicklung relativiert sich aber wieder,
- Anstieg der Dienste, welche regelhaft Stürze erfassen (37,5 % vs. 57,2 %),
- Abstieg der Dienste, welche regelhaft Dekubitalulzera erfassen (75 % vs. 62,5 %),
- nur noch ca. die Hälfte der anfangs zustimmenden Personen gibt zum Ende der Begleitforschung auch an, dass ihre pflegebedürftigen Personen kognitiv und körperlich in der Lage dazu seien, an den Maßnahmen teilzunehmen (28,6 % vs. 50 %),
- Abnahme von mobilitätsfördernden Einzelangeboten (62,5 % vs. 28,6 %) und Gruppenangeboten (25 % vs. 14,3 %),
- ein großer Teil der Dienste macht zur Häufigkeit von Einzel- und Gruppenangeboten gar keine Angaben,
- Zunahme der Zusammenarbeit mit Externen für Einzelangebote (12,5 % vs. 28,6 %), gleiches gilt für Gruppenangebote (0 % vs. 28,6 %)

Tabelle 60: Zusammenfassung der Veränderungen sowie Abschlussituation der ambulanten Pflegedienste (t_{1-MOB} und t_{2-MOB})

5.2.3 Revision der Einstufung der Einrichtungen und Dienste

Im Anschluss an die Stuserhebung wurden die teilnehmenden Einrichtungen, wie in Kapitel 4.4.1 beschrieben, vorläufig drei verschiedenen Performanzgruppen zugeordnet. Hiermit sollte überprüft werden, ob in den einzelnen Performanzgruppen ausreichend Einrichtungen vertreten sind oder ob weitere Einrichtungen rekrutiert werden müssen. Die Ergebnisse der Einstufung der einzelnen Einrichtungen hinsichtlich ihrer erwarteten Performanz im Verlauf der Begleitforschung blieben vertraulich. Die Vertraulichkeit gewährleistet eine Doppelverblindung gegenüber den teilnehmenden Einrichtungen sowie den erhebenden Pflegeexpert:innen. Die Verblindung kann einen selbstbestätigenden Prophezeiungsbias beim Assessment der pflegebedürftigen Personen verhindern. Bis zum Studienende konnte die vollständige Doppelverblindung aufrechterhalten werden.

Die Einteilung der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste zu $t_{0(EQ \text{ und } MOB)}$ kann Tabelle 61 und Tabelle 62 entnommen werden.

Es zeigt sich, dass

- keine ambulanten Pflegedienste in der Gruppe der High Performer vertreten sind,
- gleich viele ambulante Pflegedienste in der Gruppe der Improver und Low Performer vertreten sind (n = 4) und
- 3 % der stationären Pflegeeinrichtungen vorläufig als Low Performer eingestuft wurden.

Die abschließende Einordnung, also die Revision der Ersteinordnung, weist jedoch eine bedeutend größere Relevanz auf, da erst nach Abschluss der Erhebungen eine finale Einordnung anhand der Umsetzung des ExMo und der tatsächlich geleisteten Mobilitätsförderung möglich ist. Erst mit der letzten Erhebung bei den Einrichtungen (t_{1-EQ}) war es möglich, Aussagen darüber zu treffen, inwiefern sich die Einrichtungen hinsichtlich der Motivation, der Kompetenz und der Umsetzung in Bezug auf die Mobilitätsförderung sowie den ExMo entwickelt haben.

Wie in Kapitel 4.4.2 beschrieben, wurde im Rahmen der Revision eine vierte Performanzgruppe (Medium Performer) gebildet. Die Performanzgruppe „Medium Performer“ wurde hinzugefügt, damit Einrichtungen, die während der Studie eine mittlere Kompetenz und Motivation gezeigt haben, wo jedoch keine Steigerung bei der Umsetzung von ExMo und Mobilitätsförderung zu erkennen ist, ebenfalls ausreichend berücksichtigt werden. Im Rahmen der Auswertung wurde geprüft, ob die Medium Performer sowie die Low Performer bei der Auswertung zusammengefasst werden können (s. Kapitel 4.4.2). Um eine ausreichende Präzision in der Analyse zu gewährleisten, wurden vorerst beide Gruppen separat analysiert.

Außerdem wurde bei der Revision der Einordnung zwischen der Prozessauswertung und der Ergebnisauswertung unterschieden. Da 3 Einrichtungen nicht mehr an der Erhebung der Ergebnisqualität (t_1)

teilgenommen haben, liegen für diese Einrichtungen keine Daten zur Ergebnisqualität vor. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen entfällt ein Improver und bei den ambulanten Pflegediensten jeweils ein Improver und Low Performer.

Bei der Revidierung der Einordnung ist zu erkennen, dass

- bei den stationären Pflegeeinrichtungen alle Performanzgruppen vertreten sind,
- es wenige Low Performer (n = 3) gibt,
- aber einige Medium Performer (n = 10) vorhanden sind und
- kein ambulanter Pflegedienst als Improver eingestuft wurde.

Performanzgruppe	t ₀ (EQ und MOB)	Prozessauswertung t ₁ (EQ und MOB)	Ergebnisauswertung t ₁ (EQ und MOB)
High Performer	18 (56 %)	7 (22 %)	7 (23 %)
Improver	11 (34 %)	12 (38 %)	11 (35 %)
Medium Performer	3 (9 %)	10 (31 %)	10 (32 %)
Low Performer		3 (9 %)	3 (10 %)

Tabelle 61: Revision der Performanzgruppe nach der zweiten Erhebung (t₁; Stationäre Pflegeeinrichtungen).

Performanzgruppe	t ₀ (EQ und MOB)	Prozessauswertung t ₁ (EQ und MOB)	Ergebnisauswertung t ₁ (EQ und MOB)
High Performer	0	1 (13 %)	1 (17 %)
Improver	4 (50 %)	1 (13 %)	0
Medium Performer	4 (50 %)	1 (13 %)	1 (17 %)
Low Performer		5 (63 %)	4 (67 %)

Tabelle 62: Revision der Performanzgruppen nach der 2. Erhebung (t₁; Ambulante Pflegedienste).

5.2.4 Relevante Veränderungen im Status der pflegebedürftigen Personen (t₁-EQ)

An den Zweitassessments haben insgesamt 266 pflegebedürftige Personen teilgenommen. Den Großteil machen hierbei die pflegebedürftigen Personen in stationärer Versorgung aus (n = 239). Einen kleineren Anteil machen die ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen aus (n = 27).

MMST

Für den MMST (t_{1-EQ}) liegen Werte von insgesamt 266 Personen vor:

- stationär (n) = 239 pflegebedürftige Personen und
- ambulant (n) = 27 pflegebedürftige Personen.

Tabelle 63 zeigt die Mittelwerte sowie Standardabweichung für beide Versorgungsformen zu beiden Erhebungszeitpunkten (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}).

MMST-Ergebnisse nach Versorgungsformen		
Versorgungsform	Mittelwert (SD) t_{0-EQ}	Mittelwert (SD) t_{1-EQ}
stationär	22,45 (5,0)	22,8 (5,5)
ambulant	23,56 (6,7)	25,4 (5,0)

Tabelle 63: MMST-Mittelwerte beider Versorgungsformen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ})

Hinsichtlich der MMST-Werte beider Gruppen wird Folgendes erkennbar:

- zu t_{0-EQ} liegt nur ein kleiner Unterschied zwischen den beiden Gruppen bzgl. der Mittelwerte vor,
- zu t_{1-EQ} verzeichnen beide Gruppen einen höheren Mittelwert, d. h. einen leichteren Demenzgrad laut MMST, als zum ersten Erhebungszeitpunkt,
- zu t_{1-EQ} hat sich der Abstand zwischen den Mittelwerten beider Gruppen vergrößert zu Ungunsten der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen.

Tabelle 64 stellt die Häufigkeitsverteilungen der verschiedenen Demenzschweregrade entsprechend des MMST bei den stationär versorgten pflegebedürftigen Personen zu beiden Erhebungszeitpunkten dar, während Tabelle 65 die gleichen Daten für die ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen auflistet.

MMST-Ergebnisse nach Einstufungskategorien (stationär)		
Antwortmöglichkeit	t_{0-EQ} Häufigkeit n (%)	t_{1-EQ} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	14 (5 %)	24 (10 %)
Keine Demenz	97 (34 %)	73 (31 %)
Leichte Demenz	122 (43 %)	78 (33 %)
Mittelschwere Demenz	48 (17 %)	60 (25 %)
Schwere Demenz	3 (1 %)	4 (2 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	284 (100 %)	239 (100 %)

Tabelle 64: MMST-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ})

Beim Vergleich beider Zeitpunkte bezogen auf den stationären Sektor treten folgende Aspekte hervor:

- zu t_{0-EQ} haben die meisten pflegebedürftigen Personen keine oder eine leichte Demenz,
- zu t_{1-EQ} hat sich die vorangegangene Beobachtung nicht verändert,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} ist der Anteil an leichten Demenzen deutlich gesunken,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} ist der Anteil an mittelschweren Demenzen deutlich gestiegen.

MMST-Ergebnisse Ergebnisse nach Einstufungskategorien (ambulant)		
Antwortmöglichkeit	t_{0-EQ} Häufigkeit n (%)	t_{1-EQ} Häufigkeit n (%)
Keine Angabe	2 (5 %)	2 (7 %)
Keine Demenz	15 (37 %)	12 (44 %)
Leichte Demenz	14 (34 %)	11 (41 %)
Mittelschwere Demenz	8 (19 %)	1 (4 %)
Schwere Demenz	2 (5 %)	1 (4 %)
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit Antwort	41 (100 %)	27 (100 %)

Tabelle 65: MMST-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ})

Der Vergleich beider Zeitpunkte für ambulant versorgte pflegebedürftige Personen offenbart Folgendes:

- zu t_{0-EQ} sind die beiden am häufigsten vertretenen Demenz-Schweregrade „keine Demenz“ und „leichte Demenz“,
- zu t_{0-EQ} ist der Anteil dieser beiden Kategorien fast deckungsgleich,
- zu t_{1-EQ} hat keine Veränderung bezüglich der am häufigsten auftretenden Kategorien stattgefunden,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} sind die prozentualen Anteile an pflegebedürftigen Personen mit keiner oder einer leichten Demenz gestiegen,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} ist der prozentuale Anteil an pflegebedürftigen Personen mit einer mittelschweren Demenz deutlich gesunken.

Grundsätzlich wird beim Vergleich beider Versorgungsformen eine gegenläufige Tendenz deutlich. Während der Anteil an mittelschweren Demenzen im stationären Sektor steigt, sinkt der Anteil an mittelschweren Demenzen im ambulanten Bereich. Dennoch lässt sich für beide Sektoren festhalten, dass die Demenz-Schweregrade, welche jeweils die größte Anzahl an pflegebedürftigen Personen auf sich vereinen, gleichbleiben.

EBoMo

In Tabelle 66 und Tabelle 67 wird jeweils die Anzahl der einbezogenen pflegebedürftigen Personen zu t_{1-EQ} pro EBoMo-Item sowie deren Häufigkeitsverteilung anhand der verschiedenen Antwortkategorien aufgelistet. Hierbei bezieht sich Tabelle 66 auf den stationären Sektor und Tabelle 67 bildet die Werte für den ambulanten Bereich ab.

Erfassungsbogen „Mobilität“ (EBoMo) für stationäre Einrichtungen					
Item	Selbstständig (n)	Mit Hilfsmitteln (n)	Mit Personenhilfe (n)	Komplett Unselbstständig (n)	Gesamtanzahl pflegebedürftige Personen (n)
Positionswechsel im Bett					
Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	191	23	21	3	238
Stellt die Beine auf	200	7	23	7	237
Transfer					
Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	154	31	49	5	239
Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	116	63	42	15	236
Richtet den Oberkörper auf	173	32	27	4	236
Sitzen im Stuhl					
Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	200	17	6	11	234
Sitzt frei (Rumpfkontrolle) für ____ Minuten	196	18	4	8	226
Stehen/Gehen/Treppen steigen					
Hält beim Stehen das Gleichgewicht	91	97	20	26	234
Steht ____ Sekunden	92	83	20	25	220
Hält beim Gehen das Gleichgewicht	57	104	29	45	235
Geht auf der Ebene ____ Meter	46	105	29	46	226
Steigt Treppen	32	35	39	125	231
Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung					
Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	51	144	28	13	236
Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	31	90	88	28	237

Tabelle 66: Häufigkeit pro EBoMo-Item der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})

Beim Betrachten der EBoMo-Ergebnisse für stationär versorgte pflegebedürftige Personen zum zweiten Erhebungszeitpunkt werden folgende Aspekte deutlich:

- die Items der ersten drei Mobilitätskategorien („Positionswechsel im Bett“, „Transfer“, „Sitzen im Stuhl“) können vom größten Teil der pflegebedürftigen Personen komplett selbstständig durchgeführt werden,
- die Items der beiden letzten Mobilitätskategorien („Stehen/Gehen/Treppen steigen“ und „Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung“) können überwiegend nur mit Hilfsmitteln bewältigt werden.

Erfassungsbogen „Mobilität“ (EBoMo) für ambulante Dienste					
Item	Selbstständig (n)	Mit Hilfsmitteln (n)	Mit Personen- hilfe (n)	Komplett unselbstständig (n)	Gesamtanzahl pflegebedürftige Personen (n)
Positionswechsel im Bett					
Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	15	6	3	3	27
Stellt die Beine auf	22	1	2	1	26
Transfer					
Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	15	5	5	2	27
Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	12	8	3	3	26
Richtet den Oberkörper auf	17	5	2	3	27
Sitzen im Stuhl					
Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	18	5	2	2	27
Sitzt frei (Rumpfkontrolle) für ____ Minuten	16	4	1	3	24
Stehen/Gehen/Treppen steigen					

Hält beim Stehen das Gleichgewicht	9	13	1	4	27
Steht _____ Sekunden	11	10	0	4	25
Hält beim Gehen das Gleichgewicht	7	13	1	6	27
Geht auf der Ebene _____ Meter	7	8	2	5	22
Steigt Treppen	4	6	7	9	26
Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung					
Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	10	12	0	5	27
Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	7	6	7	6	26

Tabelle 67: Häufigkeit pro EBoMo-Item der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen(t_{1-EQ})

Die Mehrheit der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen kann eine komplett selbständige Durchführung der Items folgender Mobilitätskategorien verzeichnen:

- „Positionswechsel im Bett“,
- „Transfer“,
- „Sitzen im Stuhl“.

Bezüglich folgender Mobilitätskategorie zeigt sich kein einheitliches Bild, d. h. die Mehrheit der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen kann die dazugehörigen Items komplett selbstständig oder mit Hilfsmitteln durchführen:

- „Stehen/Gehen/Treppen steigen“
- „Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung“.

Tabelle 68 listet die Anzahl der einbezogenen pflegebedürftigen Personen sowie den Median pro Mobilitätskategorie des EBoMo für den stationären Bereich auf. Tabelle 69 erbringt die gleiche Leistung für den ambulanten Sektor.

EBoMo-Ergebnisse für beide Erhebungszeitpunkte (stationär)				
Mobilitätskategorie	N (t _{0-EQ})	Median (t _{0-EQ})	N (t _{1-EQ})	Median (t _{1-EQ})
Positionswechsel im Bett	277	4	237	4
Transfer	273	4	236	4
Sitzen im Stuhl	273	4	226	4
Stehen/Gehen/ Treppen steigen	237	3	220	3
Bewegung innerhalb/ Außerhalb der Einrichtung	275	3	236	3

Tabelle 68: EBoMo-Häufigkeiten pro Mobilitätskategorie der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ})

Im Hinblick auf beide Messzeitpunkte wird deutlich, dass beim zweiten Assessment zwar insgesamt weniger pflegebedürftige Personen für den EboMo zur Verfügung standen, aber an den Medianen pro Mobilitätskategorie keinerlei Veränderung stattgefunden hat und diese Beobachtung sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Sektor gilt.

EboMo-Ergebnisse für beide Erhebungszeitpunkte (ambulant)				
Mobilitätskategorie	N (t _{0-EQ})	Median (t _{0-EQ})	N (t _{1-EQ})	Median (t _{1-EQ})
Positionswechsel im Bett	38	4	26	4
Transfer	38	4	26	4
Sitzen im Stuhl	37	4	24	4
Stehen/Gehen/ Treppen steigen	32	3	22	3
Bewegung innerhalb/ Außerhalb der Einrichtung	36	3	26	3

Tabelle 69: EBoMo-Häufigkeiten pro Mobilitätskategorie der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ})

WHOQOL-BREF

Tabelle 70 gibt einen Überblick zu den WHOQOL-BREF-Ergebnissen der einzelnen Domänen im stationären Sektor zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Tabelle 71 stellt die Ergebnisse des ersten Erhebungszeitpunktes im Vergleich mit den Ergebnissen des zweiten Erhebungszeitpunktes dar.

WHOQOL-BREF (stationär)				
Domäne	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Physisch	59,6 (16,2)	14,3 – 96,4	7	175
Psychisch	62,7 (17,9)	4,2 – 100	6	177
Soziale Beziehungen	64,2 (14,3)	25 – 100	3	175
Umwelt	70,9 (12,5)	40,6 - 100	8	176

Tabelle 70: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})

Für den WHOQOL-BREF zum zweiten Erhebungszeitpunkt im stationären Umfeld wird deutlich, dass

- die Domäne mit dem niedrigsten Wert die Physische ist,
- während die Domäne mit dem höchsten Mittelwert von der Umwelt ausgemacht wird.

WHOQOL-BREF (stationär)				
Domäne	N	MW (SD) t _{0-EQ}	n	MW (SD) t _{1-EQ}
Physisch	234	57 (16,1)	175	59,6 (16,2)
Psychisch	233	62 (16,4)	177	62,7 (17,9)
Soziale Beziehungen	231	65 (16)	175	64,2 (14,3)
Umwelt	229	69 (14)	176	70,9 (12,5)

Tabelle 71: Vergleich des WHOQOL-BREF bei stationär versorgten pflegebedürftigen Personen zu t_{0-EQ} und t_{1-EQ}

Beim Vergleich der teilnehmenden pflegebedürftigen Personen und der Mittelwerte beider Erhebungszeitpunkte im stationären Sektor werden folgende Punkte deutlich:

- zu t_{0-EQ} ist der höchste Mittelwert in der Domäne „Umwelt“ zu verzeichnen,
- der korrespondierende niedrigste Mittelwert befindet sich in der „physischen Domäne“,
- zu t_{1-EQ} konnten deutlich weniger pflegebedürftige Personen eingeschlossen werden,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} hat sich sowohl die Domäne des niedrigsten als auch höchsten Mittelwertes nicht verändert,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} wird bei 3 von 4 Domänen ein sehr leichter Anstieg der Mittelwerte deutlich („Physisch“, „Psychisch“, „Umwelt“).

Tabelle 72 zeigt die WHOQOL-BREF-Ergebnisse des ambulanten Bereichs für den zweiten Erhebungszeitpunkt, während Tabelle 73 den ersten und zweiten Messzeitpunkt im Vergleich darstellt.

WHOQOL-BREF (ambulant)				
Domäne	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Physisch	46,6 (17)	3,6 – 75	7	23
Psychisch	57 (18,6)	12,5 – 83,3	6	23
Soziale Beziehungen	69 (20,9)	16,7 – 100	3	23
Umwelt	64,8 (14,5)	18,8 - 88	8	23

Tabelle 72: WHOQOL-BREF-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})

Bezüglich der WHOQOL-BREF-Werte für den ambulanten Bereich wird erkennbar, dass

- in der physischen Domäne der niedrigste Mittelwert festgestellt werden kann,
- der höchste Mittelwert bei den sozialen Beziehungen liegt.

WHOQOL-BREF (ambulant)				
Domäne	n	MW (SD) t _{0-EQ}	n	MW (SD) t _{1-EQ}
Physisch	30	53 (15,4)	23	46,6 (17)
Psychisch	30	60 (14,7)	23	57 (18,6)
Soziale Beziehungen	30	67 (19,6)	23	69 (20,9)
Umwelt	29	68 (12)	23	64,8 (14,5)

Tabelle 73: Vergleich WHOQOL-BREF bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen zu t_{0-EQ} und t_{1-EQ}

Beim Vergleich beider Erhebungszeitpunkte kann Folgendes festgestellt werden:

- zu t_{0-EQ} liegt der niedrigste Mittelwert in der physischen Domäne; der höchste Mittelwert findet sich bei den sozialen Beziehungen,
- zu t_{1-EQ} konnten deutlich weniger pflegebedürftige Personen eingeschlossen werden,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} haben keine Veränderungen bezüglich der Domänen des niedrigsten und höchsten Mittelwertes stattgefunden,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} ist der Mittelwert der physischen Domäne am stärksten gesunken.

QUALIDEM

Tabelle 74 zeigt die QUALIDEM-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Tabelle 75 hingegen, setzt die Ergebnisse des ersten und zweiten Erhebungszeitpunktes miteinander in Beziehung.

QUALIDEM (stationär)					
Subskala	Wertebereich	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Pflegebeziehung	0 – 18	14 (2,9)	7 - 18	3	55
Positiver Affekt	0 -24	17,3 (5,7)	4 - 24	4	56
Negativer Affekt	0 -12	9,2 (2,7)	3 - 12	2	57
Ruheloses, angespanntes Verhalten	0 -18	12,4 (4,4)	1 - 18	3	56
Soziale Beziehungen	0 -18	14,4 (3,3)	4 - 18	3	57
Soziale Isolation	0 -18	14,1 (3,3)	7 - 18	3	57

Tabelle 74: QUALIDEM-Ergebnisse der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})

Für den QUALIDEM wird zu t_{1-EQ} Folgendes deutlich:

- Domäne mit dem höchsten Wert im stationären Bereich: Positiver Affekt,
- Domäne mit dem niedrigsten Wert im stationären Bereich: Negativer Affekt.

QUALIDEM (stationär)				
Subskala	N (t_{0-EQ})	MW (SD) t_{0-EQ}	N (t_{1-EQ})	MW (SD) t_{1-EQ}
Pflegebeziehung	49	14,1 (2,5)	55	14 (2,9)
Positiver Affekt	48	16,8 (4,6)	56	17,3 (5,7)
Negativer Affekt	50	10 (2,2)	57	9,2 (2,7)
Ruheloses, angespanntes Verhalten	49	12,8 (4,4)	56	12,4 (4,4)
Soziale Beziehungen	50	13,4 (3,7)	57	14,4 (3,3)
Soziale Isolation	49	13,9 (3,1)	57	14,1 (3,3)

Tabelle 75: Vergleich des QUALIDEM bei stationär versorgten pflegebedürftigen Personen zu t_{0-EQ} und t_{1-EQ}

Im Vergleich der Messzeitpunkte wird beim QUALIDEM Folgendes deutlich:

- zu t_{0-EQ} : höchster Wert beim positiven Affekt; niedrigster Wert beim negativen Affekt,
- zu t_{1-EQ} keine Veränderung bezüglich des höchsten und niedrigsten Wertes erkennbar,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} sind die beobachtbaren Veränderungen bezüglich der Mittelwerte sehr überschaubar,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} ist die stärkste Veränderung bei den sozialen Beziehungen zu verzeichnen mit einem Anstieg um 1,0.

Die beiden folgenden Tabellen zeigen sowohl die QUALIDEM-Ergebnisse für den ambulanten Bereich zum zweiten Messzeitpunkt (s. Tabelle 76) als auch die Ergebnisse beider Messzeitpunkte im Vergleich (s. Tabelle 77).

QUALIDEM (ambulant)					
Subskala	Wertebereich	MW (SD)	Empirische Spannweite	Items	n
Pflegebeziehung	0 – 18	12,5 (2,9)	9 – 16	3	4
Positiver Affekt	0 -24	13,5 (4,2)	9 – 18	4	4
Negativer Affekt	0 -12	8,3 (2,1)	6 – 11	2	4
Ruheloses, angespanntes Verhalten	0 -18	12,5 (4,8)	6 – 17	3	4
Soziale Beziehungen	0 -18	11,5 (3,7)	7 – 15	3	4
Soziale Isolation	0 -18	16,7 (1,5)	15 - 18	3	3

Tabelle 76: QUALIDEM-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})

Hinsichtlich der QUALIDEM-Ergebnisse der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen erscheinen folgende Aspekte erwähnenswert:

- Subskala mit dem höchsten Wert: Soziale Isolation (16,7),
- Subskala mit dem niedrigsten Wert: Negativer Affekt (8,3),

- die empirische Spannweite der Subskala „Soziale Isolation“ ist im Vergleich mit den anderen Spannweiten auffällig klein und sehr stark im positiven Bereich.

QUALIDEM (ambulant)				
Subskala	n	MW (SD) t _{0-EQ}	n	MW (SD) t _{1-EQ}
Pflegebeziehung	8	13,6 (2,7)	4	12,5 (2,9)
Positiver Affekt	8	13,1 (3,8)	4	13,5 (4,2)
Negativer Affekt	8	8,6 (3,1)	4	8,3 (2,1)
Ruheloses, angespanntes Verhalten	8	13,9 (2,6)	4	12,5 (4,8)
Soziale Beziehungen	8	11,8 (4,1)	4	11,5 (3,7)
Soziale Isolation	8	14,1 (3,6)	3	16,7 (1,5)

Tabelle 77: Vergleich beider Erhebungszeitpunkte des QUALIDEM bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen (t_{0-EQ} und t_{1-EQ})

Beim Vergleich beider Messzeitpunkte für den QUALIDEM im ambulanten Setting treten folgende Punkte hervor:

- zu t_{0-EQ} sind der negative Affekt sowie die soziale Isolation die Subskalen mit dem niedrigsten bzw. höchsten Wert,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} hat bezüglich des höchsten und niedrigsten Wertes keine Veränderung bei den Subskalen stattgefunden,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} konnten nur noch ca. die Hälfte der pflegebedürftigen Personen eingeschlossen werden,
- von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} haben sich die Mittelwerte für mehrere Subskalen deutlich verschlechtert („Pflegebeziehung“ und „Ruheloses, angespanntes Verhalten“).

Ziele und Motivation der pflegebedürftigen Personen

Tabelle 78 gibt einen Überblick zu den Zielen sowie der Motivation der pflegebedürftigen Personen beider Versorgungsformen bezüglich der Mobilitätsförderung zum zweiten Messzeitpunkt (t_{1-EQ}).

Ziele der pflegebedürftigen Personen bei der Mobilitätsförderung				
	Mobilitätserhalt	Mobilitätsförderung	Fehlend	Gesamt
Stationär (n (%))	165 (69 %)	63 (26,4 %)	12 (5 %)	239 (100 %)
Ambulant (n (%))	22 (81,5 %)	5 (18,5 %)	0 (0 %)	27 (100 %)

Grad der Motivation der pflegebedürftigen Personen bei der Mobilitätsförderung					
	Sehr motiviert	Teils/teils	Nicht motiviert	Fehlend	Gesamt
Stationär (n (%))	110 (46 %)	82 (34,3 %)	31 (13 %)	17 (7 %)	239 (100 %)
Ambulant (n (%))	8 (29,6 %)	14 (51,9 %)	5 (18,5 %)	0 (0 %)	27 (100 %)

Tabelle 78: Ziele und Motivationsgrad der pflegebedürftigen Personen bzgl. der Mobilitätsförderung (t_{1-EQ})

In diesem Kontext wird Folgendes deutlich:

- pflegebedürftige Personen beider Versorgungsformen sind vor allem am Mobilitätserhalt interessiert,
- stationär versorgte pflegebedürftige Personen zeigen eine höhere Eigenmotivation bei der Mobilitätsförderung als ambulant versorgte Personen.

Im Kontrast zu den Erstassessments (s. Tabelle 48) sind folgende Veränderungen zu erkennen:

- bei den stationär versorgten pflegebedürftigen Personen hat sich die am häufigsten genannte Zielsetzung von „Mobilitätsförderung“ zu „Mobilitätserhalt“ verändert,
- das Ziel des Mobilitätserhalts steht nun bei beiden Gruppen im Vordergrund,
- die Motivation der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen ist gesunken im Gegensatz zu t_{0-EQ}, aber ist immer noch deutlich höher als die der ambulant versorgten Personen,
- die Motivation der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen zeigt sich vergleichsweise stabil.

Tabelle 79 gibt einen Überblick zu den Ergebnissen und Veränderungen, welche bei den pflegebedürftigen Personen beider Versorgungsformen zum zweiten Messzeitpunkt festgestellt werden konnten.

Zusammenfassung der Veränderungen und Abschlussituation der pflegebedürftigen Personen (t _{1-EQ})	
Stationär	Ambulant
<p>Demenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anteil an mittelschweren Demenzen ist deutlich gestiegen zu t_{0-EQ} <p>Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Veränderung erkennbar zwischen t_{0-EQ} und t_{1-EQ} (WHOQOL-BREF), - von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} ist die stärkste positive Veränderung bei den sozialen Beziehungen zu verzeichnen (QUALIDEM) <p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei den stationär versorgten pflegebedürftigen Personen hat sich die am häufigsten genannte Zielsetzung verändert, von „Mobilitätsförderung“ zu „Mobilitätserhalt“, - die Motivation der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen ist gesunken im Vergleich zu t_{0-EQ}, ist aber immer noch deutlich höher als die der ambulant versorgten Personen 	<p>Demenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anteil an mittelschweren Demenzen ist deutlich gesunken zu t_{0-EQ}, - zu t_{1-EQ} verzeichnen beide Gruppen einen leichteren Demenzgrad laut MMST als zum ersten Erhebungszeitpunkt <p>Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} ist der Mittelwert der physischen Domäne am stärksten gesunken (WHOQOL-BREF), - von t_{0-EQ} zu t_{1-EQ} haben sich die Mittelwerte für mehrere Subskalen deutlich verschlechtert (QUALIDEM) <p>Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der EBoMo zeigt bei beiden Versorgungsformen keine Veränderungen (bezogen auf die Mediane der Mobilitätskategorien sowie Häufigkeiten der Antwortkategorien)

Tabelle 79: Zusammenfassung der Veränderungen und Abschlussituation der pflegebedürftigen Personen (t_{1-EQ})

5.3 Hinderliche und Förderliche Faktoren zur Umsetzung des ExMo

Tabelle 80 und Tabelle 81 listen die Aspekte auf, welche von den stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten als hilfreich oder hinderlich für die ExMo-Einführung bzw. -Umsetzung benannt wurden. Als hinderlich wurden in diesem Kontext vor allem die folgenden Aspekte eingestuft:

- Personalmangel,
- Unsicherheiten bezüglich der Einführung, da der Expertenstandard bisher nur als Entwurf bereitgestellt wird,
- Auswirkungen der Coronapandemie,
- die fehlende Möglichkeit zur adäquaten Schulung von Mitarbeitenden sowie
- bereits bestehende Umsetzung von Mobilitätsmaßnahmen, die unabhängig vom ExMo angeboten werden.

Warum wurde in Ihrer Einrichtung der ExMo noch nicht konsequent eingeführt?	
Geclusterte Antworten	t _{1-MOB} n = 21 ³
Personalmangel	6
Entwurfscharakter des Standards	3
keine konsequente Umsetzung, jedoch erste Maßnahmen ergriffen	3
Corona-Nachwirkungen (andere Themen aufarbeiten, Schulungen waren nicht möglich)	2
hoher Krankenstand	2
fehlende Zeit, z. B. für Schulungen	2
andere Expertenstandards standen im Vordergrund	1
keine Vergütung für Anwendung des Expertenstandards im ambulanten Bereich	1
fehlende Schulungen	1
keine abschließende Datengrundlage, ob ExMo sinnvoll ist	1

Tabelle 80: Hinderliche Faktoren für die ExMo-Einführung in den Einrichtungen (t_{1-MOB})

Hinsichtlich der förderlichen Faktoren bei der Einführung bzw. Umsetzung des ExMo wird deutlich, dass vor allem die folgenden Punkte häufig genannt werden:

³ Mehrfachnennungen möglich

- Nähe des ExMo zu anderen Expertenstandards
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden für das Thema Mobilisation
- angemessene Personaldichte zur adäquaten Umsetzung
- Fortbildung und Weiterbildung für Mitarbeitende

Was war bislang für Ihre Einrichtung bei der Einführung und/oder Umsetzung des ExMo hilfreich?	
Geclusterte Antworten	t _{1-MOB} n = 17 ⁴
Schulungsangebote	4
Zeitressourcen (z. B. durch Kooperationen mit Dritten)	3
Finanzierung des Aufwands	2
weniger Krankmeldungen	1
externe Analyse zum Stand der Einrichtung bezüglich der Mobilitätsförderung	1
Zusammenfassende Anleitung zu Maßnahmen des ExMo/Verfahrensanleitung	1
Berücksichtigung von bereits bestehenden Prozessen um doppelte Prozessdarstellungen zu vermeiden	1
Realistische Maßnahmen und Ziele	1
Was würde Ihnen bei der konsequenten Umsetzung des ExMo helfen?	
Geclusterte Antworten	t _{1-MOB} n = 9 ⁵
Fortbildungen	3
Aufklärungsarbeit (Bewusstsein der Mitarbeitenden zur Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person sensibilisieren)	2
Kooperationen mit Dritten	2
Mobilität ist bereits ein großer Schwerpunkt der Arbeit	2
Einfluss des ExMo auf weitere Expertenstandards	2
Umsetzung im Risiko-Assessment	1
Persönliche Gespräche mit Trainer:in	1
Fragebögen für eine bessere Dokumentation	1
Einarbeitung von ExMo in Verfahrensanweisungen durch QM	1

Tabelle 81: Förderliche Faktoren für die ExMo-Einführung in den Einrichtungen (t_{1-MOB})

⁴ Mehrfachnennungen möglich

⁵ Mehrfachnennungen möglich

5.4 Analysen zur Wirksamkeit des ExMo

Die Kernfrage der Begleitforschung ist, ob die Umsetzung des ExMo nachweislich zu einer Verbesserung der Mobilität der pflegebedürftigen Personen führt.

- Dabei stellt die Durchführung des ExMo die **Intervention** dar, deren Wirksamkeit geprüft werden soll.
- Das **Outcome** wird durch die drei Aspekte Mobilität, Teilhabe und Lebensqualität repräsentiert.
- Die Mobilitätsförderung ist ein **intermediärer Prozess**, der durch den ExMo so verbessert werden soll, dass das Outcome für die pflegebedürftigen Personen sich ebenfalls verbessert.
- Die Gruppierung der teilnehmenden Einrichtungen (stationär und ambulant) erfolgte anhand deren Kompetenz, Motivation und Umsetzung der Maßnahmen für den ExMo und die Mobilitätsförderung. Dies wird als **Interventionskonstellation** bezeichnet, da mehrere strukturelle und prozessuale Aspekte zusammengefasst werden, um die Gruppen der Low Performer, der Improver und der High Performer zu bilden (siehe 0).

Die beschriebene zentrale Frage nach der Wirksamkeit des ExMo zur Verbesserung der Mobilität wird flankiert durch folgende Liste weiterer Fragen, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind:

- (a) Korreliert die Durchführung des ExMo (Intervention) mit der Mobilitätsveränderung bei den pflegebedürftigen Personen (Outcome)?
- (b) Korreliert die Umsetzung des ExMo (Intervention) mit der Mobilitätsförderung (intermediärer Prozess)?
- (c) Korreliert die Performanzgruppe (Interventionskonstellation) mit der Mobilitätsförderung (intermediärer Prozess)?
- (d) Korreliert die Performanzgruppe (Interventionskonstellation) mit der Umsetzung des ExMo (Intervention)?
- (e) Korreliert die Umsetzung des ExMo (Intervention) mit der Teilhabe (Outcome)?
- (f) Korreliert die Umsetzung des ExMo (Intervention) mit der Lebensqualität (Outcome)?
- (g) Korrelieren die Indikatorendaten (Erhebungsdaten) mit den Ergebnissen der Fachassessments (Erhebungsdaten)?

5.4.1 Einfluss des ExMo auf die Mobilität der pflegebedürftigen Personen

Testet man die Umsetzung des ExMo (Variable *ExMo_FE_t1*) pro pflegebedürftiger Person (*x-Achse: schlechtester Wert = 1, bester Wert =5*) mit der Veränderung der Mobilität bei der gleichen Person zwischen dem ersten und dem zweiten Assessment durch die Fachexpert:innen (Variable *Delta_Mobilität_FE*) (*y-Achse: negative Zahl = Verschlechterung, positive Zahl = Verbesserung*), so findet sich beim Pearson Chi-Quadrat Test eine hohe Signifikanz mit großen χ^2 Wert und sehr kleinem *p*. Die Umsetzung des ExMo und die Mobilität korrelieren statistisch signifikant (s. Abbildung 57).

In dieser Abbildung ist für jedes Feld der Kontingenztabelle der Häufigkeitswert eingetragen, der gleichzeitig symbolisiert wird durch die Größe des hellblauen Kreises darin. So wird sichtbar, dass die hohen Werte der ExMo Umsetzung (*ExMo_FE_t1*) sehr viel häufiger auch mit hohen Werten der Mobilitätsveränderung (*Delta_Mobilität_FE*) korrelieren als die niedrigen ExMo Werte.

Kontingenztabelle zwischen ExMo_FE_t1 und Delta_Mobilität_FE
 Kreisgröße ist proportional zur Anzahl Pflegebedürftigen

ExMo_FE_t1 \ Delta_Mobilität_FE	1	2	3	4	5
-4	0	0	1	0	0
-3	1	1	0	0	1
-2	0	5	3	0	1
-1	1	3	7	14	5
0	1	1	16	42	44
1	0	0	10	27	20
2	0	2	4	12	1

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

 $\chi^2 = 106.1984$ d.f. = 24 $p = 2.6e-12$

Abbildung 57: Test auf Zusammenhang zwischen ExMo und Mobilität

Fazit: Die Umsetzung des ExMo führt zu einer signifikanten Verbesserung der Mobilität der pflegebedürftigen Menschen.

5.4.2 Wirksamkeit der Mobilitätsförderung auf die Mobilität

Der ExMo gestaltet und organisiert eine möglichst effektive Mobilitätsförderung, die die eigentliche, direkte Wirkung auf die Mobilität der pflegebedürftigen Person entfaltet. Die folgende Kontingenztabelle zeigt den Einfluss der Mobilitätsförderung (*MoFö_FE_t1*, bestimmt im Rahmen des t_1 Assessment der Fachexpert:innen, *0 ist schlechtestes, 5 ist bester Wert*) auf die Veränderung der Mobilität, dargestellt als Deltawert (*Delta_Mobilität_FE: negativ = Verschlechterung, positiv = Verbesserung, 0 = Stabilität*).

Kontingenztabelle zwischen MoFö_FE_t1 und Delta_Mobilität_FE
 Kreisgrösse ist proportional zur Anzahl Pflegebedürftigen

MoFö_FE_t1 \ Delta_Mobilität_FE	1	2	3	4	5
-4	0	0	1	0	0
-3	1	1	0	1	0
-2	0	7	1	0	1
-1	2	2	11	12	3
0	1	0	18	35	50
1	0	1	9	26	21
2	0	2	5	11	1

Pearson's Chi-squared test
 data: Datensatz_v1\$Delta_Mobilität_FE and Datensatz_v1\$MoFö_FE_t1
 X-squared = 150.15, df = 24, p-value < 2.2e-16

Abbildung 58: Einfluss der Mobilitätsförderung auf die Mobilität

Der hohe Chi-Quadrat Wert bei sehr kleinem p-Wert beweist, dass die Mobilitätsförderung zu einer signifikanten Stabilisierung und Verbesserung der Mobilität führt. Dies ist grafisch daran erkennbar, dass viele Fälle sich rechts der Diagonalen von links-oben nach rechts-unten befinden.

Fazit: Die Mobilitätsförderung führt zu einer signifikanten Verbesserung der Mobilität der pflegebedürftigen Menschen.

5.4.3 Korrelation zwischen Mobilitätsförderung und Umsetzung des ExMo

Setzt man die Ergebnisse für die Umsetzung des ExMo pro pflegebedürftiger Person (*ExMoFE_t1*: y-Achse: schlechtester Wert = 1, bester Wert = 5) mit der Mobilitätsförderung für diese Person in Relation *MoFöFE_t1*: (x-Achse: schlechtester Wert = 1, bester Wert = 5), so ergibt sich eine hochgradige signifikante Korrelation zwischen beiden (s. Abbildung 59). Es sind fast nur die Felder in der Diagonalen besetzt (s. Abbildung 59). Der Chi-Quadrat Wert ist sehr groß und das p sehr klein, die Korrelation ist somit hochsignifikant.

Kontingenztafel zwischen MoFö_FE_t1 und ExMo_FE_t1
 Kreisgrösse ist proportional zur Anzahl Pflegebedürftigen

MoFö_FE_t1	1	2	3	4	5
ExMo_FE_t1					
1	3	0	0	0	0
2	1	10	1	0	0
3	0	4	38	2	0
4	0	0	9	85	11
5	0	0	0	7	65

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

 Chi² = 618.5711 d.f. = 16 p <2e-16

Abbildung 59: Test auf Zusammenhang zwischen ExMo und Mobilitätsförderung

Die Kontingenztafel zeigt sehr deutlich, dass fast keine bis keine Einrichtungen gibt, die die Mobilitätsförderung gut bis sehr gut machen, aber bei der Umsetzung des ExMo sehr schwach sind – und umgekehrt. Dies ist verständlich: wer die Mobilitätsförderung ernst nimmt, organisiert sie auch gut. Diejenigen, die die Mobilitätsförderung aber nur lückenhaft durchführen oder nur so durchführen können, verschwenden keine Ressourcen, um sie sehr gut zu organisieren. Die Mobilitätsförderung und die Umsetzung des ExMo (also die Organisation der Mobilitätsförderung) sind nicht unabhängig voneinander.

Fazit: Mobilitätsförderung und ExMo Umsetzung korrelieren hochsignifikant.

5.4.4 Korrelation der Mobilitätsförderung mit der Performanz

Ausgehend von vier Performanzgruppen (*Low-, Medium-Performer, Improver, High Performer*) wird getestet, ob die Einteilung der Praxiseinrichtungen in die Performanzgruppen mit der Verteilung der Umsetzung der Mobilitätsförderung übereinstimmt, ob sich die theoretische Zuordnung auch in den empirischen Daten des Assessments der Mobilitätsförderung durch die Fachexpert:innen widerspiegelt. Dies ist signifikant der Fall (s. Abbildung 60). Die Performanzgruppen unterscheiden sich signifikant in der Mobilitätsförderung, die bei den dort betreuten pflegebedürftigen Personen in den Assessments festgestellt wurde (Variable *MoFöFE_t1*).

Performanzgruppe	MoFöFE_t1					Total
	1	2	3	4	5	
Low Performer	0	0	7	10	4	21
Medium Performer	4	11	13	18	27	73
Improver	0	0	21	51	23	95
High Performer	0	3	7	15	22	47
Total	4	14	48	94	76	236

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

Chi² = 45.40617 d.f. = 12 p = 8.8e-06

Abbildung 60: Zusammenhang zwischen den Performanzgruppen und der Mobilitätsförderung

Der mittlere Chi-Quadrat Wert bei sehr kleinem p zeigt die Signifikanz an.

Fazit: Die Performanzgruppen korrelieren signifikant mit der Mobilitätsförderung. Die Bildung der Performanzgruppen hat zu einer geeigneten Unterteilung der teilnehmenden Praxiseinrichtungen in drei Gruppen entsprechend ihrer Performanz bei Mobilitätsförderung und ExMo geführt (siehe auch folgenden Abschnitt).

5.4.5 Korrelation der Umsetzung des ExMo mit der Performanz

Ausgehend von vier Performanzgruppen (*Low-, Medium-Performer, Improver, High Performer*) wird getestet, ob die Einteilung der Praxiseinrichtungen in die Performanzgruppen mit der Verteilung der Umsetzung des ExMo übereinstimmt, ob sich die Einteilung in Performanzgruppen auch in den empirischen Daten des Assessments der ExMo Umsetzung widerspiegelt. Dies ist signifikant der Fall (s. Abbildung 61). Die Performanzgruppen unterscheiden sich signifikant in der Umsetzung des ExMo, die bei den dort betreuten pflegebedürftigen Personen in den Assessments festgestellt wurde (s. Abbildung 63).

Performanzgruppe	MoFöFE_t1					Total
	1	2	3	4	5	
1	0	1	7	9	4	21
2	3	10	11	22	27	73
3	0	0	19	57	19	95
4	0	1	7	17	22	47
Total	3	12	44	105	72	236

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

Chi² = 45.07385 d.f. = 12 p = 1e-05

Abbildung 61: Zusammenhang zwischen den Performanzgruppen und der Umsetzung des ExMo

Die Performanzgruppen wurden gebildet, um die Praxiseinrichtungen hinsichtlich ihrer Performanz bei der Mobilitätsförderung und bei der Umsetzung des ExMo zu gruppieren. Die Legitimität dieser Einteilung in die Performanzgruppen wird durch die beiden zuvor dargestellten Tests statistisch signifikant bestätigt. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich ihrer Mobilitätsförderung. Dies legitimiert Analysen, die den Zusammenhang zwischen Performanzgruppe und Outcome untersuchen. Die Annahme war ja, dass sich die Performanzgruppen hinsichtlich ihrer Entwicklung während des Projekts unterschiedlich verhalten (s. Abschnitt 4.4).

Fazit: Die Performanzgruppen korrelieren signifikant mit der Umsetzung des ExMo. Die Bildung der Performanzgruppen hat zu einer geeigneten Unterteilung der teilnehmenden Praxiseinrichtungen in drei Gruppen entsprechend ihrer Performanz bei Mobilitätsförderung und ExMo geführt (siehe auch vorherigen Abschnitt).

5.4.6 Korrelation der Umsetzung des ExMo mit der Teilhabe

Bevor der Zusammenhang zwischen der Umsetzung des ExMo und den Outcomeparametern auf der Ebene der Performanzgruppen erfolgt, soll hier zunächst die die Korrelation der Umsetzung des ExMo (*ExMo_FE t₁*) mit der Teilhabe auf der Ebene der einzelnen pflegebedürftigen Personen (*Delta_Teilh_FE*) untersucht werden. Dargestellt ist wiederum der Umsetzungsgrad des ExMo (*schlechtester Wert = 1, bester Wert = 5*) und der Veränderung der Teilhabe zwischen dem ersten und zweiten Assessment durch die Fachexpert:innen (*negative Zahl = Verschlechterung, positive Zahl = Verbesserung*). Auch hier findet sich eine signifikante Korrelation. Eine gute Umsetzung des ExMo (> 3) korreliert mit einer stabilen oder sogar verbesserten Teilhabe (≥ 0).

Kontingenztafel zwischen ExMo_FE t1 und Delta TeilhFE
 Kreisgröße ist proportional zur Anzahl Pflegebedürftigen

ExMo_FE_t1 \ Delta_Teilh_FE	1	2	3	4	5
-3	1	0	1	1	0
-2	0	3	2	2	2
-1	1	5	5	15	6
0	1	3	22	49	48
1	0	1	8	24	10
2	0	0	3	5	5
3	0	0	0	1	0

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

 Chi² = 59.05691 d.f. = 24 p = 8.7e-05

Abbildung 62: Zusammenhang zwischen der Umsetzung des ExMo und der Weiterentwicklung der Teilhabe
 Nachdem oben die Korrelation zwischen der Umsetzung des ExMo mit der Mobilität schon als signifikant nachgewiesen wurde, wird in der eben geschilderten Analyse auch die signifikante Korrelation der Umsetzung des ExMo mit der Teilhabe nachgewiesen.

Fazit: Die Umsetzung des ExMo korreliert signifikant mit der positiven Entwicklung der Teilhabe für die pflegebedürftigen Menschen.

5.4.7 Einfluss der Umsetzung des ExMo auf den Gesamtstatus

Im Rahmen des zweiten Assessments wurden die Fachexpert:innen gebeten, zu bewerten, ob sich der Gesamtstatus der pflegebedürftigen Personen im Rahmen der Begleitforschung verbessert hat (=1), gleichgeblieben ist (=2) oder verschlechtert hat (=3) (Variable *Lebenssit_t1*). Dabei wurden nur solche Personen in die Bewertung einbezogen, für die beide Werte des ersten und des zweiten Assessments vorlagen und bei denen kein schweres, plötzliches Ereignis im letzten halben Jahr eingetreten war, das zu einer dramatischen Verschlechterung der Situation führte.

Diese Gesamtresümees kamen überwiegend zum Schluss, dass der Gesamtstatus stabil geblieben sei, was bei den meist hochbetagten Menschen bereits als Erfolg gewertet werden kann. Es gibt auch deutlich mehr Verbesserungen als Verschlechterungen, jedoch ist dies mit einem $p = 0,09$ nicht signifikant (s. Abbildung 62). Dies könnte darin begründet sein, dass sehr viele Einzelfaktoren den Gesamtstatus ausmachen. Einzelanalysen der Daten zeigen, dass die Verschlechterung in der High Performance Gruppe stärker bei den psychischen Faktoren eintrat als bei Faktoren der Mobilität (siehe Tabelle 82). Die durch ExMo und Mobilitätsförderung stabilisierte und verbesserte Mobilität ist „nur“ ein Teilaspekt des Gesamtstatus. Bei der Teilhabe hat sich der Zugewinn an Mobilität positiv bemerkbar gemacht, für die Lebensqualität spielten offensichtlich andere, eher psychische Einflüsse eine Rolle, die nicht von der Mobilität abhängen und die aus den Befragungsergebnissen nicht abzulesen sind. Tabelle 82 zeigt auch deutlich, dass bei den Improvern die Verbesserung am deutlichsten sind.

Fazit: Die Erhebung des Gesamtstatus durch die Fachexpert:innen ergibt ein eher stabiles Bild mit nicht-signifikanter Tendenz zur Besserung im Verlauf der Begleitforschung. Dies ist für pflegebedürftige Menschen ein positives Ergebnis des ExMo, denn Stabilität und Besserung sind die wichtigen Ziele der Pflege.

Kontingenztafel zwischen ExMo Umsetzung und Gesamtstatus (Lebenssit_t1)

		Lebenssit_t1		
		1	2	3
ExMo_FE_t1	1	0	2	0
	2	0	10	2
	3	3	32	4
	4	14	84	2
	5	7	60	1

Pearson's Chi-squared test
 data: Datensatz_v1\$ExMo_FE_t1 and Datensatz_v1\$Lebenssit_t1
 X-squared = 13.603, df = 8, p-value = 0.09271

Abbildung 62: ExMo und Gesamtstatus

*Lebenssituation 1 = verbessert, 2 = gleichgeblieben, 3 = verschlechtert
 ExMo: Einstufung der Umsetzung des ExMo durch die Fachexpert:innen, je höher die Zahl desto besser.*

5.4.8 Einfluss der Umsetzung des ExMo auf die Lebensqualität

Von 285 Datensätzen von pflegebedürftigen Menschen liegen nur bei 160 sowohl gültige Werte für den WHOQOL t₀ als auch t₁ vor. Diese Anzahl ist für eine Analyse von signifikantem Einfluss zu gering.

Tabelle 82: Unterschiede in der Entwicklung der WHOQoL Aspekte bei den Performanzgruppen

Differenz im WHOQoL Score t1-t0	low performer	improver	high performer
Anzahl Fälle	64	62	34
Physisch WHOQOL-BREF t1-t0	-2	2	-1
Psychisch WHOQOL-BREF t1-t0	-1	3	-4
Soziale Beziehungen WHOQOL-BREF t1-t0	-3	1	-2
Umwelt WHOQOL-BREF t1-t0	-2	5	-1

Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz der Durchschnittswerte für verschiedenen Aspekte des WHOQoL Score zwischen den beiden Assessmentzeitpunkten t₀ und t₁ dar, hohe Werte zeigen eine deutliche Verbesserung. Es sind nur Fälle eingeschlossen, bei denen die WHOQoL Werte vollständig vorliegen. Die Ergebnisse sind gruppiert nach Performanzgruppen. Auch hier zeigen die Improver die höchsten Verbesserungsrate, während die Ergebnisse der High Performer im Bereich psychische und seelische Gesundheit eine deutliche Verschlechterung verzeichnen. Aber dort sind es nur 34 Pflegefälle, so dass es sich ggf. um eine nicht repräsentative, besondere Konstellation handelt.

Diese Fragen werden zur Messung der psychischen Lebensqualität im WHOQOL verwendet (siehe auch 4.2.4)

Psychische Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> • „Wie gut können Sie ihr Leben genießen?“ (F5) • „Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?“ (F6) • „Wie gut können Sie sich konzentrieren?“ (F7) • „Können Sie ihr Aussehen akzeptieren?“ (F11) • „Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?“ (F19) • „Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depressionen?“ (F26)
----------------------------------	---

Fazit: Aufgrund einer geringen Fallzahl vollständiger Datensätze konnte eine Analyse auf signifikanten Einfluss des ExMo auf die Lebensqualität, gemessen mit dem WHOQOL Instrument, nicht erfolgen. Die Analyse der 160 Fälle, gruppiert nach Performanzgruppe, zeigen auch wieder das größte Verbesserungspotential bei den Improvern.

5.4.9 Korrelation der Mobilitätsveränderung mit der Performanz der Praxiseinrichtungen

Modelliert man die Entwicklung der Mobilität der pflegebedürftigen Personen bei den Praxiseinrichtungen zwischen dem ersten und dem zweiten Assessment durch die Fachexpert:innen, so ergibt sich folgendes Bild (s. Abbildung 63).

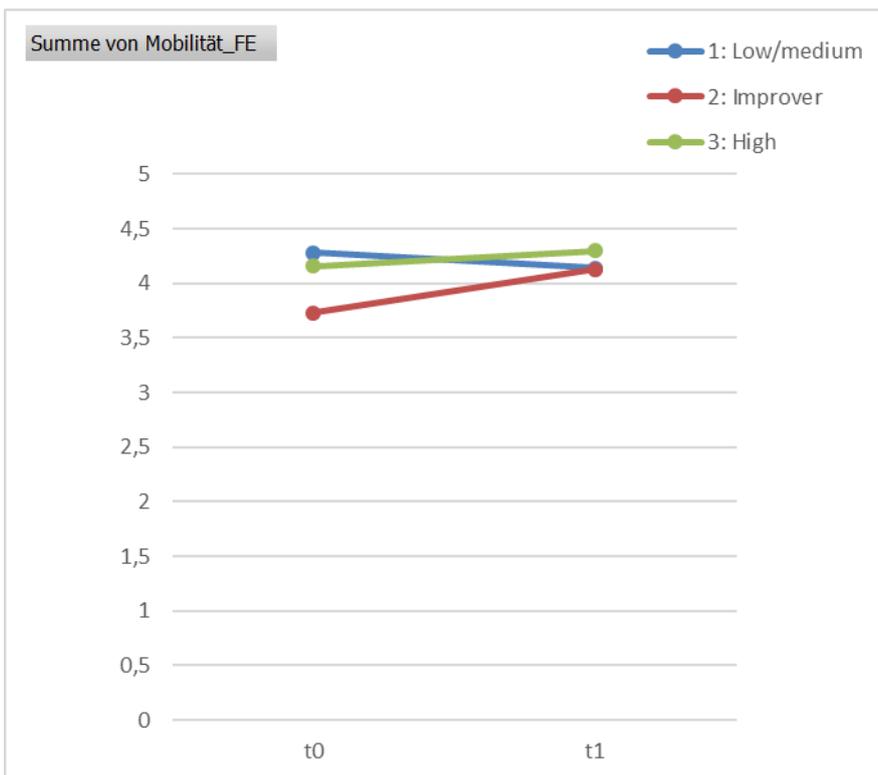


Abbildung 63: Mobilitätsentwicklung zwischen t_0 und t_1 bei den Performanzgruppen (Assessmentdaten)

Dabei werden hier und in auch in den anderen entsprechenden Analysen die Low Performer und die Medium Performer in eine Gruppe gepackt. Ihre Umsetzungsdynamik von Mobilitätsförderung und ExMo zeichnet sich durch ein vergleichbares Beharren auf einem mittleren oder niedrigen Niveau der Umsetzung aus. Die höchste Verbesserungsrate zeigen die Improver, bei den High-Performern gibt es eine kleine Verbesserung, während es bei den Low- und Medium Performern eher eine leichte Verschlechterung gibt. Dies entspricht der zu Beginn der Begleitevaluation formulierten Annahmen hinsichtlich der unterschiedlichen Wirksamkeit des ExMo in den Performanzgruppen zum Aspekt der Entwicklung der Teilhabe (siehe 5.4.6.) und zum Aspekt der Mobilitätsentwicklung (siehe 5.4.9).

Eine vergleichbare Situation ergibt sich bei den Indikatorendaten (s. Abbildung 64).

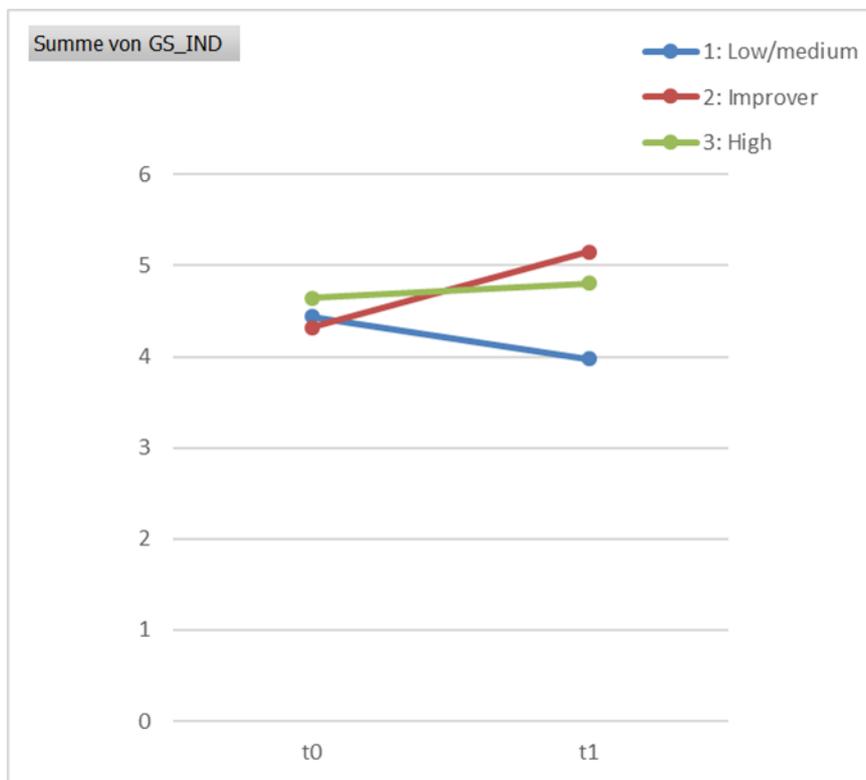


Abbildung 64: Mobilitätsentwicklung zwischen t_0 und t_1 bei den Performanzgruppen (Indikatorendaten)

Bei den Improvern verbessert sich die Mobilität am stärksten, gefolgt von den High-Performern, während bei den Low-/Medium-Performern sich die Mobilität etwas verschlechtert.

Fazit: Bei den Improvern zeigen sich die höchsten Verbesserungsraten in der Mobilität, bei den Low performern nimmt die Mobilität der pflegebedürftigen Menschen im Laufe der Begleitforschung tendenziell ab.

5.4.10 Korrelation der EBoMo Mobilitätseinstufung mit der Performanz der Praxiseinrichtungen

Stellt man die Entwicklung der Mobilität der pflegebedürftigen Personen zwischen dem ersten und dem zweiten Assessment durch die Fachexpert:innen anhand des EBoMo dar, bezogen auf die jeweiligen Performanzgruppen, so ergibt sich ein etwas anderes Bild: (s. Abbildung 65).

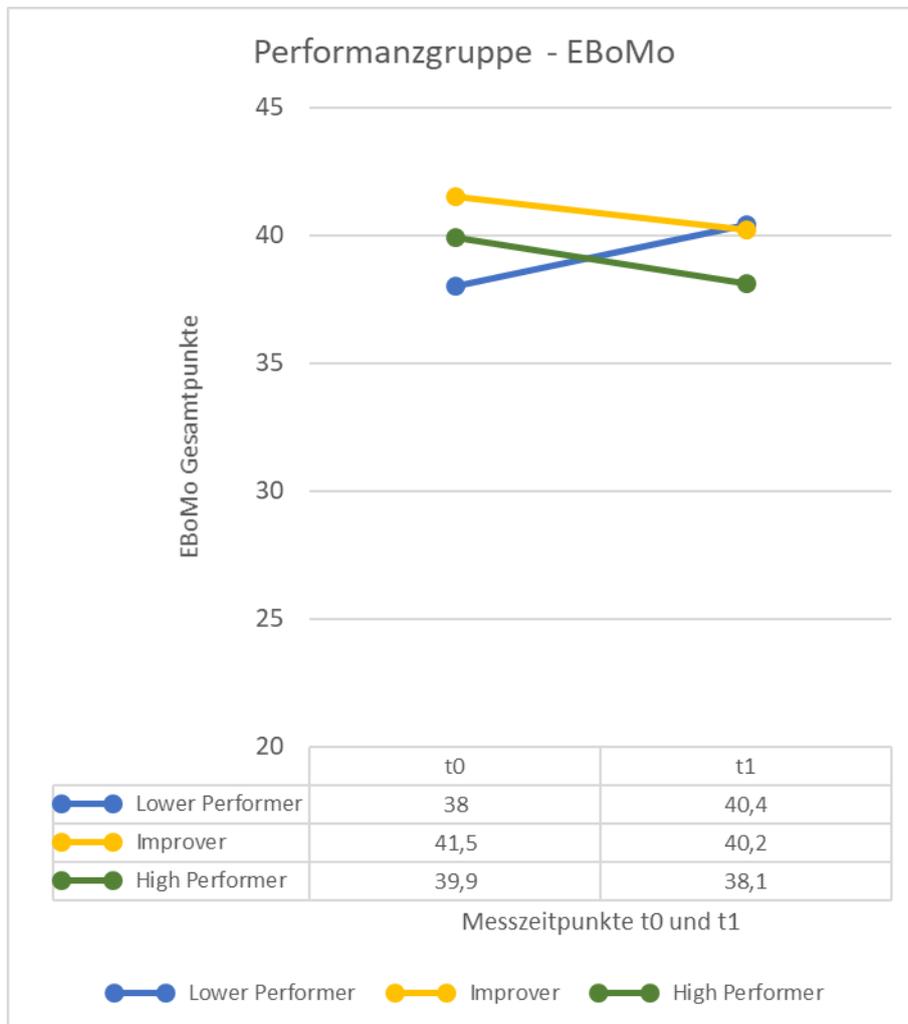


Abbildung 65: Mobilitätsentwicklung anhand des EBoMo zwischen t₀ und t₁ bei den Performanzgruppen

Bei den Lower-Performern ergab sich eine kleine Verbesserung der EBoMo Werte, während sich die Situation bei den High-Performern und den Improvern leicht verschlechterte, wobei alle drei dicht beieinander liegen. Die Verschlechterung der Mobilität bei den High Performern und den Improvern um unter 2 % geht überwiegend auf eine Minderung bei der selbständigen Bewegung in der Institution und das Treppensteigen zurück, während andere Aspekte der Mobilität gleichblieben oder sich sogar gebessert haben (siehe Tabelle 83). Die genauen Hintergründe für diesen leichten Rückgang bei der selbständigen Bewegung in der Institution und beim Treppensteigen durch die Mobilitätsförderung keine positiveren Ergebnisse lieferte, kann anhand der vorliegenden Daten nicht geklärt werden.

Tabelle 83: Differenzen in den EBoMo Ergebnissen zwischen t_0 und t_1

Differenz im EBoMo Score t1-t0	low performer	improver	high performer
Anzahl Fälle	91	95	50
Positionswechsel im Bett t1-t0	-0,1	0	-0,2
Transfer t1-t0	0,1	-0,2	-0,3
Sitzen im Stuhl t1-t0	0,2	-0,1	-0,1
Stehen/Gehen/Treppe steigen t1-t0	-0,1	0,2	-1,4
Bewegung Innerhalb/Außerhalb der Einrichtung t1-t0	0,3	-0,2	-0,5
Gesamtscore	-0,2	0,2	-2

Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz der Durchschnittswerte für verschiedenen Aspekte des EBoMo zwischen den beiden Assessmentzeitpunkten t_0 und t_1 dar, Werte >0 stehen für eine Verbesserung. Die Ergebnisse sind gruppiert nach Performanzgruppen. Der Gesamtscore errechnet sich nicht aus den Differenzwerten, sondern aus den primären Ergebniswerten der einzelnen Aspekte. Auch hier sieht man, dass die Improver deutlich größere Verbesserungen vorweisen können als die Low performer und auch besser als die High performer, die schon zu Beginn der Evaluation den ExMo umfangreich realisiert hatten.

Fazit:

5.4.11 Korrelation der Teilhabe mit der Performanz der Praxiseinrichtungen

Stellt man die Entwicklung der Teilhabe zwischen dem ersten und dem zweiten Assessment durch die Fachexpert:innen dar, bezogen auf die jeweiligen Performanzgruppen, so ergibt sich das erwartete Bild: (s. Abbildung 66).

Die Improver zeigen die stärkste Verbesserung im Verlauf der Begleitforschung, gefolgt von den High-Performern, während sich bei den Low-/Medium-Performern die Werte für die Teilhabe verschlechtern.

Fazit: Bei der Entwicklung der Teilhabemöglichkeiten für die pflegebedürftigen Menschen zeigen die Improver ein signifikant besseres Ergebnis als die anderen beiden Performanzgruppen

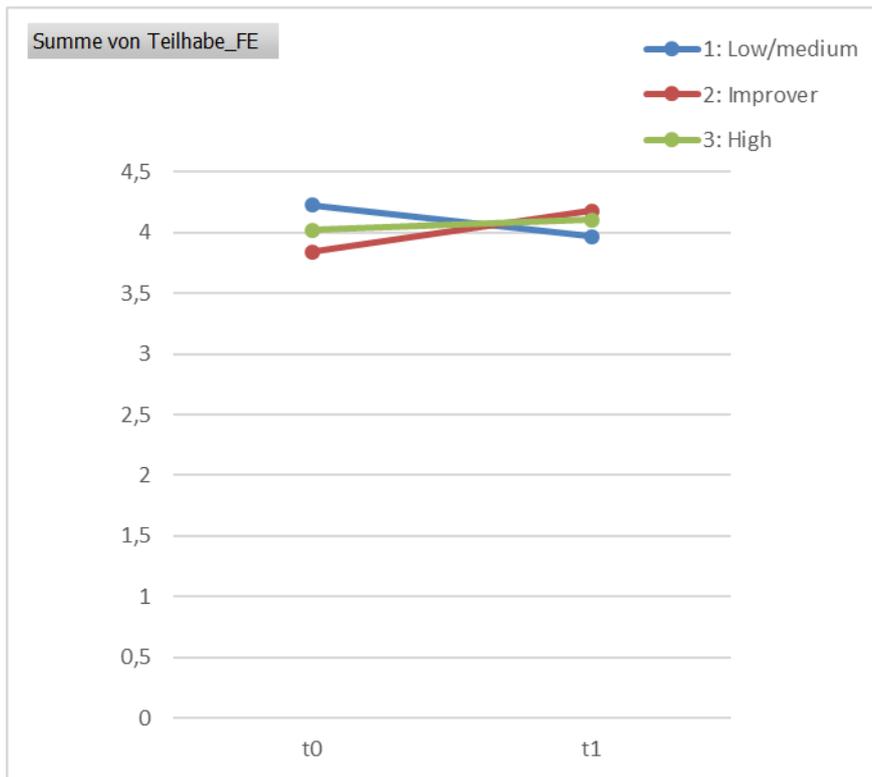


Abbildung 66: Teilhabeentwicklung zwischen t_0 und t_1 bei den Performanzgruppen

5.4.12 Kurzversion der Ergebnisse der Analysen zur Wirksamkeit des ExMo

Folgende Aussagen zu Analysen zur Wirksamkeit lassen sich treffen:

- Die Umsetzung des ExMo führt zu einer signifikanten Verbesserung der Mobilität der pflegebedürftigen Menschen (5.4.1).
- Die Mobilitätsförderung führt zu einer signifikanten Verbesserung der Mobilität der pflegebedürftigen Menschen (5.4.2.).
- Mobilitätsförderung und ExMo Umsetzung korrelieren hochsignifikant (5.4.3).
- Die Performanzgruppen korrelieren signifikant mit der Mobilitätsförderung. Die Bildung der Performanzgruppen hat zu einer geeigneten Unterteilung der teilnehmenden Praxiseinrichtungen geführt (5.4.4).
- Die Performanzgruppen korrelieren signifikant mit der Umsetzung des ExMo. Die Bildung der Performanzgruppen hat zu einer geeigneten Unterteilung der teilnehmenden Praxiseinrichtungen geführt (5.4.5).
- Die Umsetzung des ExMo korreliert signifikant mit der positiven Entwicklung der Teilhabe für die pflegebedürftigen Menschen (5.4.6).

- Die Erhebung des Gesamtstatus durch die Fachexpert:innen ergibt ein eher stabiles Bild mit nicht-signifikanter Tendenz der Besserung im Verlauf der Begleitforschung. Dies ist für pflegebedürftige Menschen ein positives Ergebnis des ExMo, denn Stabilität und Besserung sind die wichtigsten Ziele der Pflege (5.4.7).
- Aufgrund einer geringen Fallzahl vollständiger Datensätze konnte eine Analyse, ob der ExMo einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen, gemessen mit dem WHOQOL Instrument, hat, nicht erfolgen. Die Analyse der 160 verfügbaren Fälle, gruppiert nach Performanzgruppe, zeigen auch wieder das größte Verbesserungspotential bei den Improvern (5.4.8).
- Bei den Improvern zeigen sich die höchsten Verbesserungsraten in der Mobilität, bei den Low performern nimmt die Mobilität der pflegebedürftigen Menschen im Laufe der Begleitforschung tendenziell ab (5.4.9).
- Bei der Bestimmung der Mobilität durch EBoMo ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Performanzgruppen. Der Vorsprung der Improver ist kleiner, aber auch hier vorhanden. (5.4.10).
- Bei der Entwicklung der Teilhabemöglichkeiten für die pflegebedürftigen Menschen zeigen die Improver ein signifikant besseres Ergebnis als die anderen beiden Performanzgruppen (5.4.11.)

Kurzzusammenfassung:

- Die Umsetzung des ExMo korreliert signifikant mit einer Verbesserung der Mobilität und Teilhabe und tendenziell auch mit einer Verbesserung der Lebensqualität.
- Die stärksten Verbesserungen zeigen diejenigen Praxiseinrichtungen, die zu Beginn der Begleitforschung mit der Umsetzung des ExMo begannen und dies konsequent durchgeführt haben (Improver). Ihre Anstrengungen ergaben für ihre Pflegebedürftigen den meisten Zugewinn an Outcome.
- Diejenigen Einrichtungen, die eine eher geringe Performanz beim ExMo und der Mobilitätsförderung hatten, zeigen auch keine entsprechenden Verbesserungen, eher Verschlechterungen (Low performer). Die Praxiseinrichtungen mit bereits hoher Umsetzungsrate zeigen – wie erwartet – auch nicht die entsprechend großen Verbesserungssprünge, weil sie schon zuvor den ExMo umgesetzt und dies dann auch kontinuierlich fortgesetzt haben.

5.5 Befragungsergebnisse mit Bezug zur Effizienz des ExMo

Von einer quantitativen Analyse des ExMo wurde wegen des damit verbundenen erheblichen Mehraufwands für die Praxiseinrichtungen abgesehen (siehe Abschnitt 3.2). Stattdessen wurden Fragen aus der Statusbefragung der Praxiseinrichtungen genutzt, um indirekt Informationen zu erhalten, wie aus Sicht der Pflegekräfte die Effizienz des ExMo gesehen wird. Dabei wird die Trennung der Bewertung der Mobilitätsförderung von der Bewertung ihrer Organisation im Rahmen des ExMo nur unscharf sein. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass diejenigen, die die Mobilitätsförderung sehr ernst nehmen, diese auch gut organisieren. Weder sind Einrichtungen zu finden, die eine hervorragende Mobilitätsförderung durchführen, diese aber nur schlecht organisieren, noch sind Einrichtungen zu finden, die eine schlechte Mobilitätsförderung umsetzen, dies aber gut organisieren. Wer Mobilitätsförderung Ernst nimmt, organisiert dies auch in zunehmenden Maße, wofür der ExMo die Standards beschreibt.

Die Befragungsergebnisse zur indirekten Bewertung der Effizienz des ExMo werden aus der t_0 Befragung genommen, also der Ausgangsbefragung, weil diese die Grundeinstellung der Praxiseinrichtungen beschreibt, die wiederum darüber entscheidet, ob und in welchem Umfang der ExMo akzeptiert und umgesetzt wird. Ein Vergleich mit den Ergebnissen am Ende der Begleitforschung zeigt, dass es überwiegend zu leichten Verbesserungen der Ergebnisse kam, die aber keine relevanten Änderungen in der Einschätzung widerspiegeln. Die Ersteinschätzungen haben überwiegend Bestand im weiteren Verlauf der Umsetzung des ExMo und der Mobilitätsförderung.

Zu den in Abschnitt 3.2 beschriebenen drei Aspekten ergab die Statusbefragung zum Zeitpunkt t_0 folgende Ergebnisse (siehe auch Abschnitte 5.1.1 und 5.1.2):

a. Bewertung der Maßnahmen des ExMo

Ein strukturiertes Vorgehen zur Auswahl und Durchführung von Mobilitätsmaßnahmen ist sinnvoll.

Zustimmung Stationär: 97 % von 32 Antworten.

Ambulant: 75 % von 8 Antworten.

b. Tatsächliche Umsetzung des ExMo

Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Kolleg:innen zur Durchführung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen anzuleiten.

Zustimmung Stationär: 53 % von 32 Antworten.

Ambulant: 88 % von 8 Antworten.

Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des Expertenstandards "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege".

Zustimmung Stationär: 41 % von 32 Antworten.

Ambulant: 38 % von 8 Antworten.

Wird der Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" in Ihrer Einrichtung umgesetzt?

Zustimmung Stationär: 53 % ja, 19 % ist geplant von 32 Antworten.
Ambulant: 75 % von 8 Antworten.

Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen anzubieten.

Zustimmung Stationär: 50 % von 32 Antworten.
Ambulant: 50 % von 8 Antworten.

Alle angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung orientieren sich am aktuellen Forschungsstand.

Zustimmung Stationär: 56 % von 32 Antworten.
Ambulant: 50 % von 8 Antworten.

Für alle pflegebedürftigen Menschen wird eine individuelle Maßnahmenplanung erstellt.

Zustimmung Stationär: 94 % von 32 Antworten.
Ambulant: 75 % von 8 Antworten.

Die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen werden in die Maßnahmenplanung einbezogen.

Zustimmung Stationär: 81 % von 32 Antworten.
Ambulant: 88 % von 8 Antworten.

Die Wirkung der durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen wird oft oder immer dokumentiert.

Zustimmung Stationär: 63 % von 32 Antworten.
Ambulant: 50 % von 8 Antworten.

c. Fördernde und hemmende Faktoren

Bei den hemmenden Faktoren wird insbesondere Personalmangel angegeben, sei es nun direkt oder indirekt (Krankenstand, mangelnde Finanzierung). Mangelnde Praktikabilität bzw. Ineffizienz wird in keinem der Freitextbeiträge erwähnt. Stattdessen wird als fördernder Einfluss wiederholt eine gute Schulung genannt.

Zusammenfassende Wertung:

Maßnahmen des ExMo wie strukturierte Planung der Mobilitätsförderung und Dokumentation werden mit großer Mehrheit für sinnvoll erachtet. Ein großer Anteil, meist auch die Mehrheit der Praxiseinrichtungen setzen den ExMo zumindest in Anteilen um und beziehen dabei alle pflegebedürftigen Menschen ein. Es wird zwar beklagt, dass Personalmangel die Umsetzung des ExMo einschränkt, aber es wird eine gute Schulung gewünscht. Ein Bedarf an Effizienzsteigerung wird nicht genannt. Der ExMo wird also für sinnvoll erachtet, in

vielen Einrichtungen umgesetzt und für weiter ausbaufähig erachtet. Diese Einschätzungen und Erfahrungen der Praxiseinrichtungen sprechen gegen einen Effizienzverlust des ExMo in der praktischen Umsetzung.

5.6 Indikatordaten der Gesamtstichprobe und der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen

Für die Begleitforschung standen außerdem verschiedene Daten der DAS Pflege zur Verfügung. Es wurden einerseits zuordenbare Daten der an der Begleitforschung teilnehmenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Außerdem wurden anonymisierte Daten der DAS zur Verfügung gestellt, die die Gesamtheit der vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie deren betreute pflegebedürftige Personen repräsentativ darstellen. Insgesamt wurden Informationen von den 27 teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen und Daten von 400 weiteren vollstationären Pflegeeinrichtungen bundesweit in die Analyse einbezogen. Die Stichprobenziehung (Konfidenzintervall 95 % und Fehlerspanne 5 %) erfolgte durch die DAS Pflege. Herangezogen wurden alle mobilitätsbezogenen Indikatordaten sowie entsprechende Informationen des BI-Moduls I.

Wie in Kapitel 4.5 beschrieben, wurden die Daten vorrangig zur Prüfung der Repräsentativität der teilnehmenden Stichprobe genutzt. Auf eine gesonderte Einzeldarstellung der Daten zum BI-Modul I der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen wird verzichtet. Entsprechende Informationen können den folgenden Darstellungen entnommen werden.

Betrachtet man die Ergebnisqualität der vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie die Ergebnisqualität der 27 teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen, wird deutlich, dass die Ergebnisqualität ähnlich streut. In beiden Vergleichsgruppen liegen knapp 70 % leicht oder weit über dem Durchschnitt des seitens des QAP definierten Schwellenwertes (s. Abbildung 67).

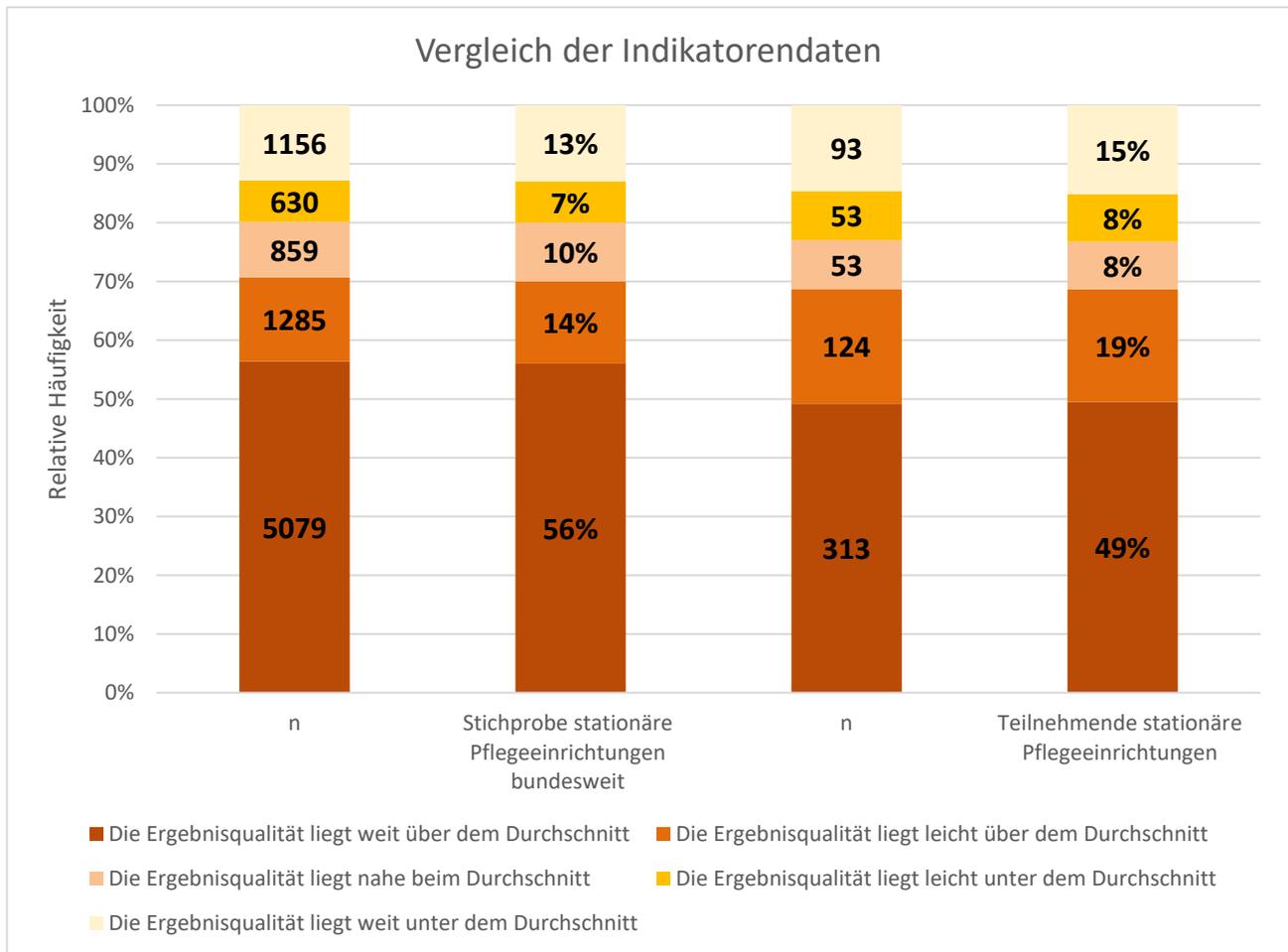


Abbildung 67: Vergleich der Indikatorendaten der bundesweiten Stichprobe (n = 400) sowie der teilnehmenden Einrichtungen (n = 27). Darstellung exklusive der fehlenden Werte (n (Stichprobe) fehlend: 2991 Indikatorendaten; n (teilnehmende Einrichtungen) fehlend: 164)

Diese Vergleichbarkeit wird auch bestätigt, wenn lediglich die beiden mobilitätsbezogenen Indikatoren (Risikogruppe 1 und 2) betrachtet werden (s. Abbildung 68). 70 % der Einrichtungen der bundesweiten Gesamtstichprobe und 72 % der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen weisen eine überdurchschnittlich gute Ergebnisqualität auf.

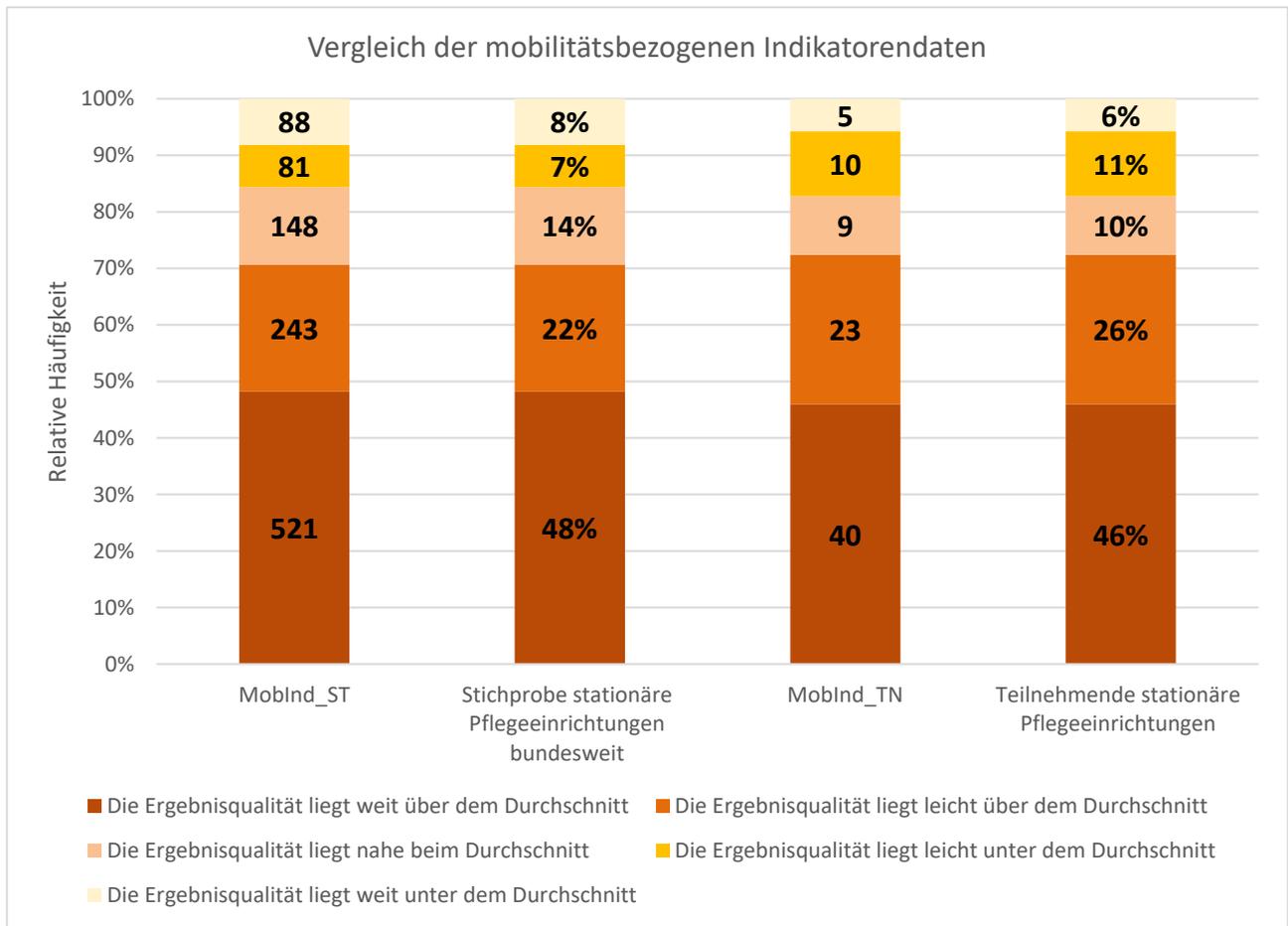


Abbildung 68: Vergleich der mobilitätsbezogenen Indikatorendaten der bundesweiten Stichprobe (n = 400) sowie der teilnehmenden Einrichtungen (n = 27). Darstellung exklusive der fehlenden Werte (n (Stichprobe) fehlend: 519 Indikatorendaten; n (teilnehmende Einrichtungen) fehlend: 21).

5.6.1 Vergleich der Daten des BI-Moduls I der bundesweiten Stichprobe und der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen

Die folgenden Abbildungen zeigen die Angaben zu den fünf Fragen des BI-Moduls I. Die Pflegefachkräfte der Einrichtungen schätzten pro pflegebedürftiger Person die Mobilität in der jeweiligen Kategorie ein (s. auch Kapitel 4.5). Erkennbar ist, dass über alle Erhebungsmethoden sowie alle Erhebungszeitpunkte hinweg eine ähnliche Verteilung erkennbar ist. Die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen nimmt von der Kategorie „Positionswechsel im Bett“ bis zur Kategorie „Treppensteigen“ ab.

Abbildung 69 bildet die Selbstständigkeit in Bezug auf die fünf Mobilitätskategorien ab und beinhaltet alle Angaben der Stichtage des 2. Halbjahres (HJ) 2022 und des 1. HJ 2023 der Stichprobe der stationären Einrichtungen bundesweit (n = 400). Insgesamt umfasst die Auswertung Angaben von 55036 pflegebedürftigen Personen. Überwiegend selbstständig bzw. selbstständig sind in den Kategorien „Positionswechsel im Bett“ und „Halten einer stabilen Sitzposition“ mindestens 75 % der pflegebedürftigen

Personen. In den Kategorien „Sich umsetzen“ und „Fortbewegen innerhalb der Einrichtung“ werden mindestens 60 % der pflegebedürftigen Personen als selbstständig bzw. überwiegend selbstständig eingeschätzt. In der Kategorie „Treppensteigen“ beläuft sich der Anteil der selbstständigen bzw. überwiegend selbstständigen Personen auf 18 %.

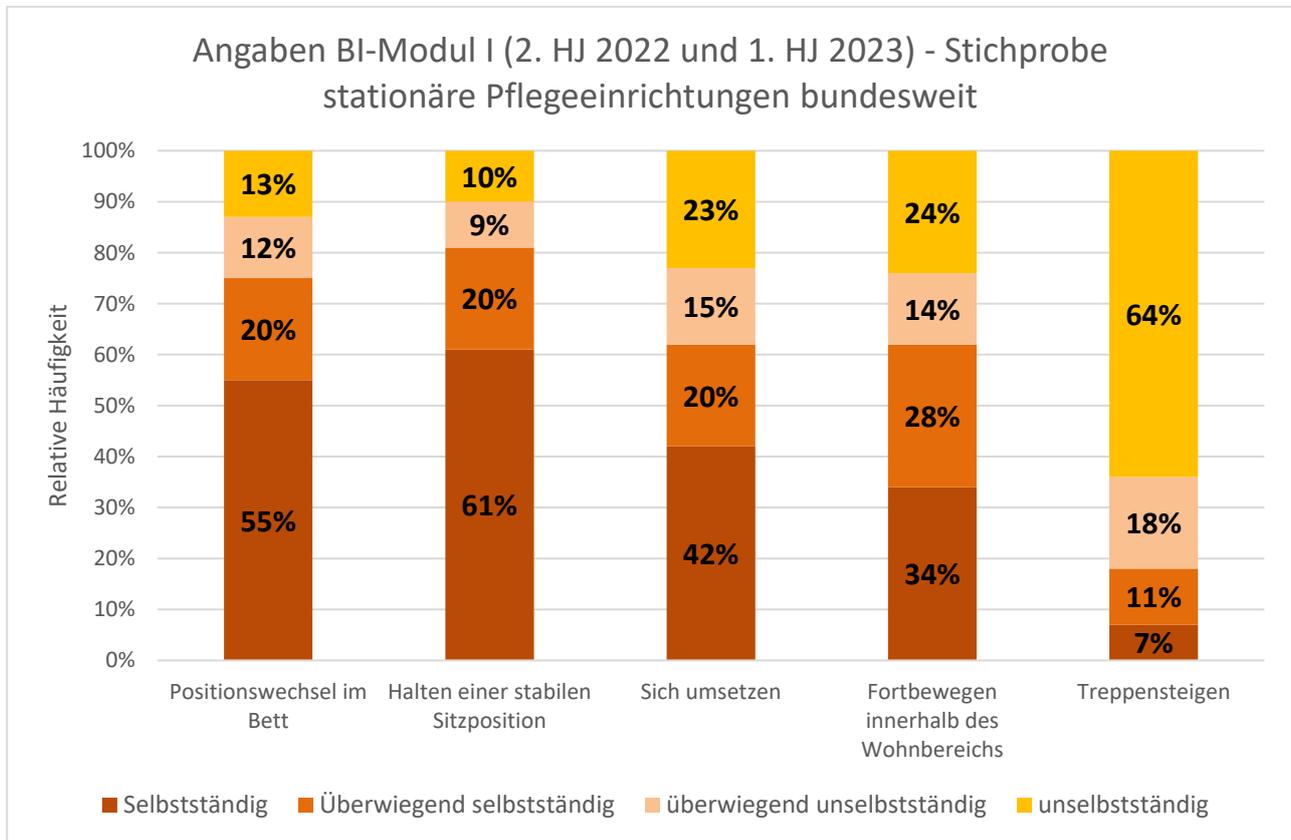


Abbildung 69: Angaben des BI-Moduls I von der bundesweiten Stichprobe (gesammelt von den Stichtagen des 2. Halbjahres 2023 und 1. Halbjahres 2023; n = 55036).

Eine nahezu identische Verteilung ist bei den pflegebedürftigen Personen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen erkennbar (s. Abbildung 70). Die DAS Pflege übermittelte insgesamt Daten von 4346 pflegebedürftigen Personen aus den teilnehmenden stationären Einrichtungen.

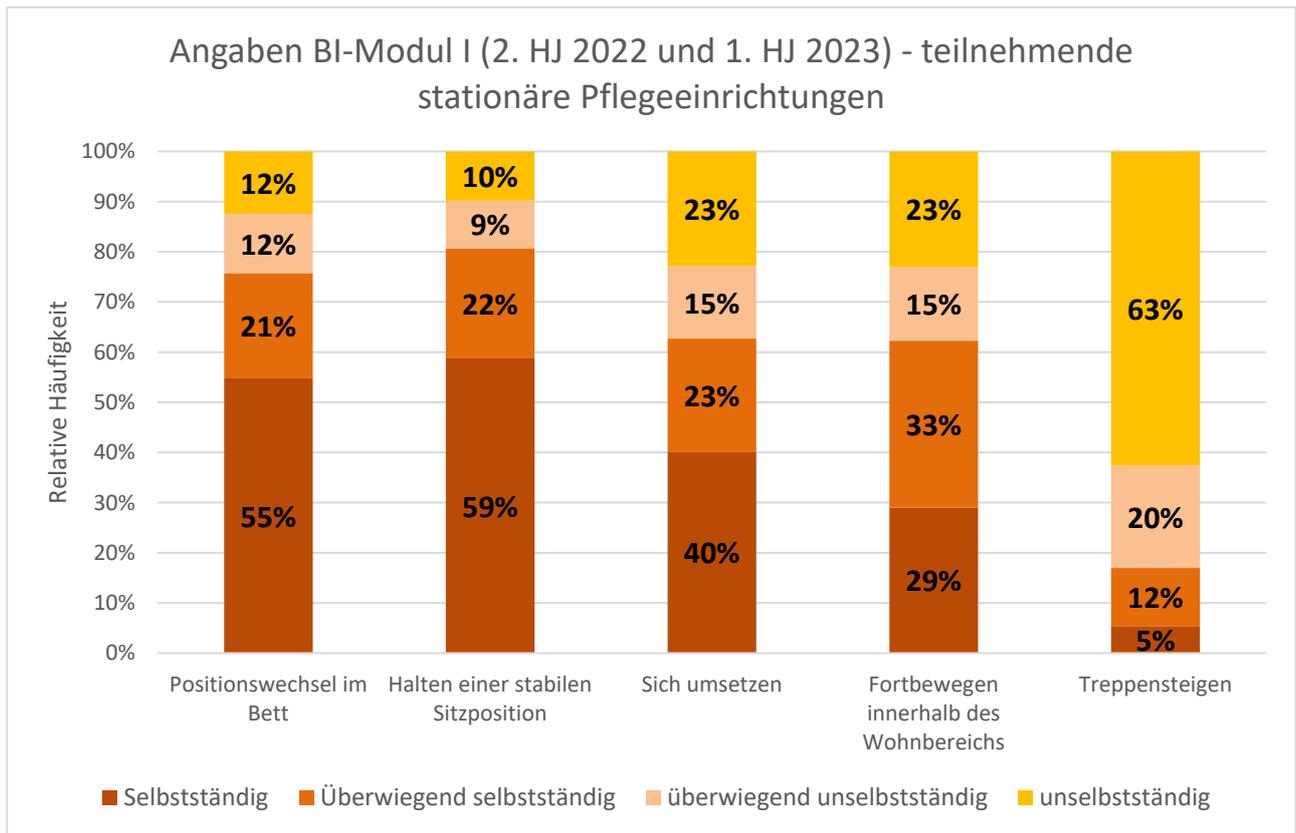


Abbildung 70: Angaben des BI-Modul I von den teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen (gesammelt von den Stichtagen des 2. Halbjahres 2022 und 1. Halbjahres 2023, n = 4346).

Um zu prüfen, ob die von den stationären Pflegeeinrichtungen selbst ausgewählten pflegebedürftigen Personen vergleichbar mit allen pflegebedürftigen Personen der Einrichtungen sind, wurden die Angaben zum BI-Modul I von den Stichtagen des ersten HJ 2023 mit den durch die Pflegeexpert:innen dokumentierten Angaben zum Zeitpunkt t_{0-EQ} gegenüber gestellt. Beide Erhebungszeitpunkte erstreckten sich über das 1. HJ 2023. Im Vergleich der beiden Darstellungen ist zu erkennen, dass die, in die Begleitforschung einbezogenen, pflegebedürftigen Personen von den Pflegeexpert:innen selbstständiger in den verschiedenen Mobilitätskategorien eingeschätzt wurden. In den Kategorien „Positionswechsel im Bett“, „Halten einer stabilen Sitzposition“, „Sich umsetzen“ und „Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs“ sind mind. 10 % der in die Begleitforschung eingeschlossenen pflegebedürftigen Personen überwiegend selbstständiger bzw. selbstständiger. In der Kategorie „Treppensteigen“ sind die Daten ähnlich verteilt (s. Abbildung 71 und Abbildung 72).

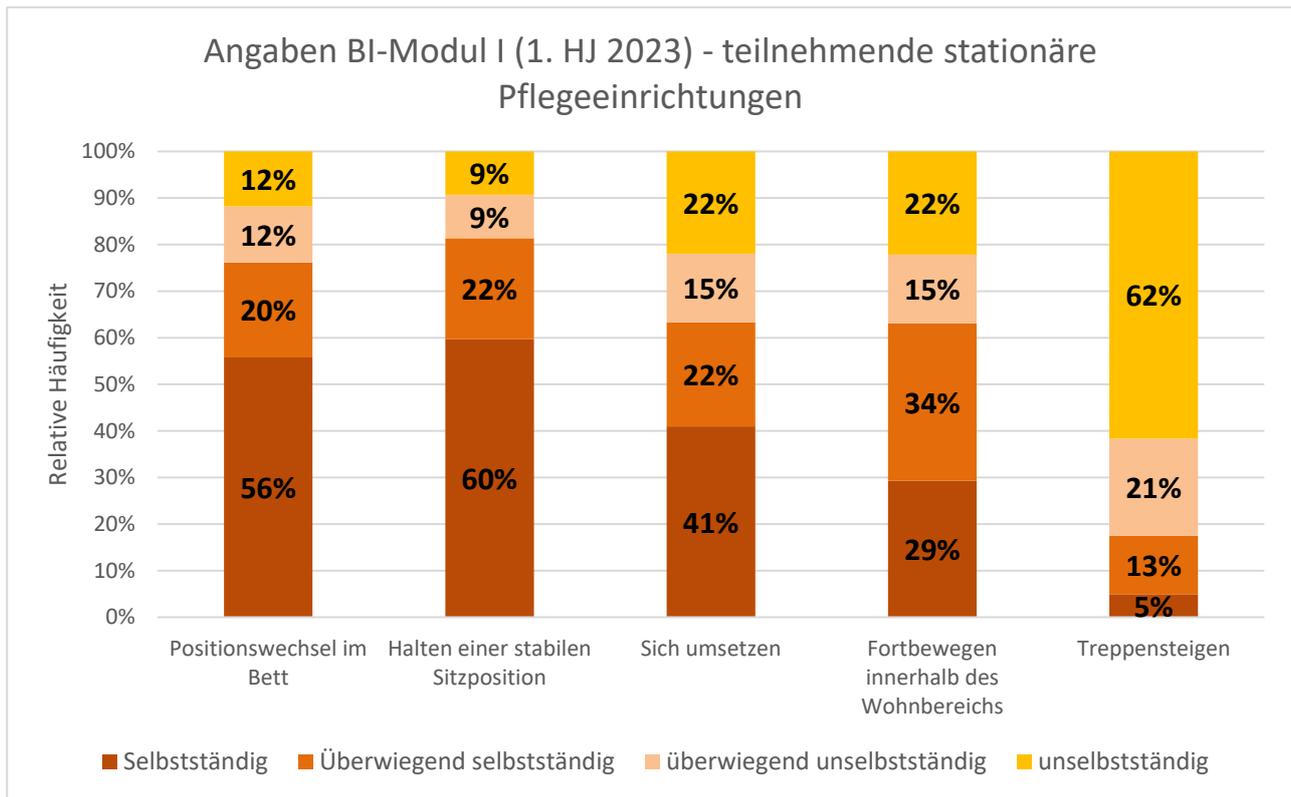


Abbildung 71: Angaben des BI-Moduls I aller pflegebedürftiger Personen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen (gesammelt von den Stichtagen des 1. Halbjahres 2023, n = 2109).

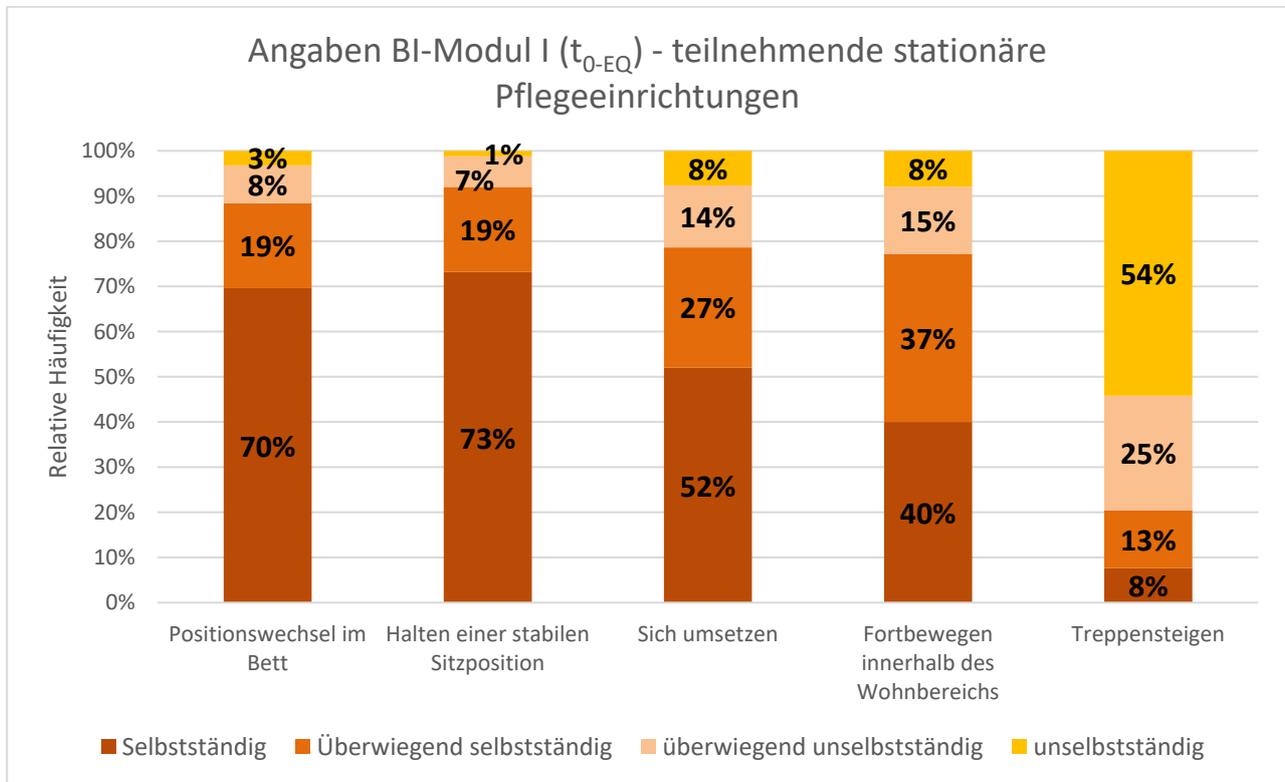
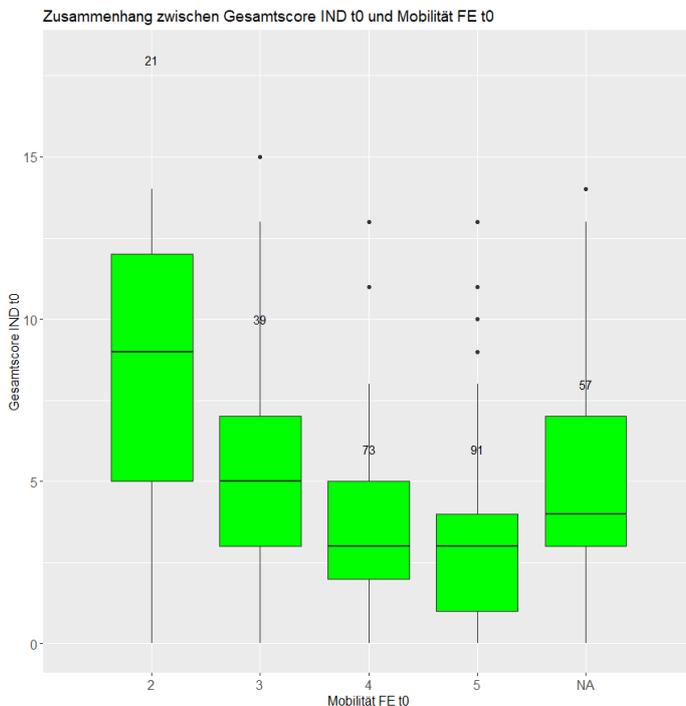


Abbildung 72: Angaben des BI-Moduls I der in die Begleitforschung einbezogenen stationär versorgten pflegebedürftigen Personen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen (t_{0-EQ}; n = 250)

5.6.2 Korrelation zwischen den Indikatorendaten und der per Assessment gemessenen Mobilität

Für spätere Qualitätsmessungen ist von Interesse, wie denn die in der Routine durch die Praxiseinrichtungen erfassten Indikatorendaten sich zu den Mobilitätsassessments der Fachexpert:innen verhalten. Im gegebenen Setting korrelieren beide signifikant mit der erwarteten Unschärfe (s. Abbildung 73).



	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Mobilität_FE_t0	3	482.6	160.88	16.8	7.28e-10 ***
Residuals	220	2106.3	9.57		

 Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
 60 Beobachtungen als fehlend gelöscht

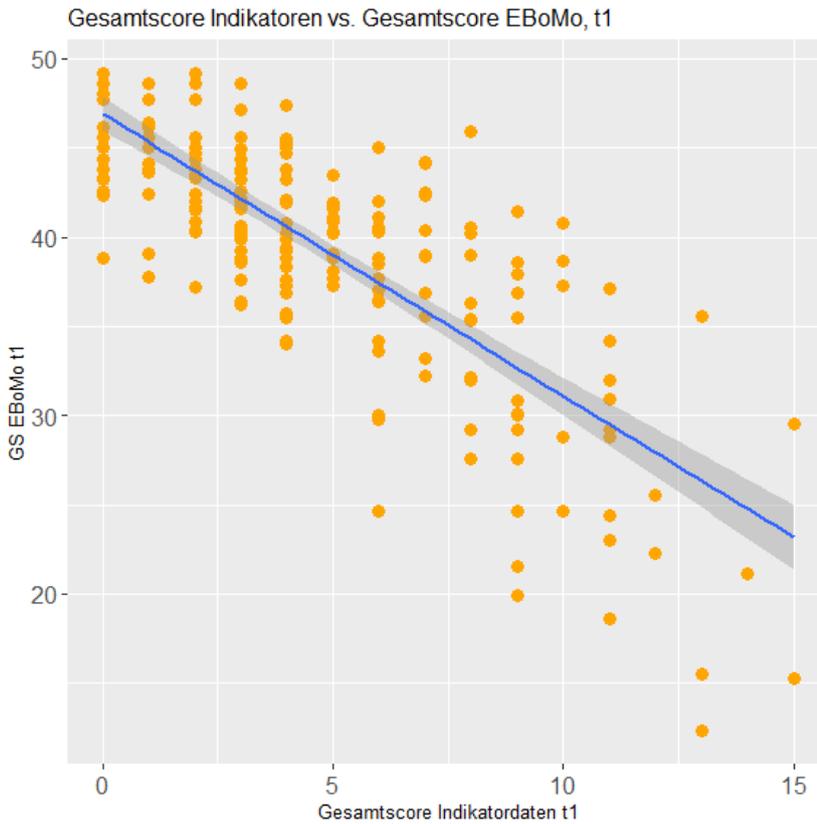
Abbildung 73: Korrelation der Indikatorendaten mit den Mobilitätsdaten der Assessments

Erläuterung: Jede pflegebedürftige Person wurde von den Pflegeexpert:innen hinsichtlich ihrer Mobilität eingestuft in ein fünfstufiges Schema, wobei 1 die schlechteste Mobilitätsstufe, 5 die beste Mobilitätsstufe darstellt. Gleichzeitig werden in den Indikatoren-Daten für die pflegebedürftigen Personen Punkte angehäuft. Dabei bedeuten viele Punkte auch viele Einschränkungen mit der Mobilität, wenige Punkte bedeuten eine weitgehend unproblematische, selbstständige Mobilität. In der dargestellten Grafik wird für jede Mobilitätsstufe mit einem Box-Plott dargestellt, wie weit die zugehörigen Indikatoren-Daten streuen. Dabei befinden sich in den grünen Rechtecken die 25 % Fälle oberhalb des Medians (=Querstrich) und die 25% unterhalb des Medians. NA steht für nicht zugeordnete Fälle.

Das Ergebnis zeigt eine signifikante Korrelation zwischen beiden Erfassungsdaten. Hohe Indikatorenwerte, die eine eingeschränkte Mobilität anzeigen, korrespondieren mit einer niedrigen Mobilitätsstufe, so dass die Indikatorendaten zumindest orientierend für Analysen genutzt werden können.

5.6.3 Korrelation der Indikatordaten mit den Messwerten des EBoMo

Im Rahmen der Assessments wurde der EBoMo als spezifisches Messinstrument für Mobilität genutzt. Daher soll auch die Korrelation der Indikatordaten mit den Ergebnissen des EBoMo analysiert werden (s. Abbildung 74).



Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-14.0549	-2.5184	0.2634	2.4815	11.6361

Coeffict.	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	46.91843	0.47957	97.83	<2e-16
GS_IND_t1	-1.58181	0.08369	-18.90	<2e-16

Residual standard error: 4.32 on 223 degrees of freedom
 Multiple R-squared: 0.6157, Adjusted R-squared: 0.614
 F-statistic: 357.3 on 1 and 223 DF, p-value: < 2.2e-16

Abbildung 74: Korrelation zwischen dem Gesamtscore der Indikatordaten und den EBoMo Ergebnissen

Es zeigt sich auch bei EBoMo eine signifikante Korrelation zwischen beiden Mobilitätsdaten, erkennbar u.a. am sehr kleinen p-Wert von $< 2,2 \cdot 10^{-16}$.

6 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Erkenntnisse der Begleitforschung diskutiert. In Kapitel 6.2 wird die Ausgangssituation der teilnehmenden Einrichtungen diskutiert. Im Anschluss folgt die Diskussion der Veränderungen während der Begleitforschung sowie der Abschlusssituation (6.3). Abschließend wird die Repräsentativität der Stichprobe der Begleitforschung erörtert und die Verwendung von Indikatorendaten für zukünftige Evaluationen diskutiert (6.4).

6.1 Diskussion der Ergebnisse auf die zentralen Evaluationsfragen

6.1.1 Auswirkungen des ExMo auf das Outcome

Die Umsetzung des ExMo führt statistisch signifikant zu einer Verbesserung der Mobilität (siehe 5.4.1) und der Teilhabe der pflegebedürftigen Personen (siehe 5.4.6). Bei der Lebensqualität ist ebenso ein positiver Effekt zu sehen, der aber nicht signifikant ist (siehe 5.4.7.) Gedämpft wurde der Effekt bei der Lebensqualität durch ein weniger gutes Abschneiden der psychischen Faktoren – die nur indirekt mit der Mobilität verbunden sind. Dort gab es einige Verschlechterungen, so dass die Verbesserung des Scores für Lebensqualität – in dem die psychischen Faktoren ja auch vertreten sind – nicht mehr signifikant nachweisbar ist. Dadurch, dass anhand der Detaildaten gezeigt werden kann, dass die direkt mit der Mobilität verbundenen Aspekte der Lebensqualität sich auch verbessert haben, stellt das nicht-signifikante Ergebnis bei der Lebensqualität keine Einschränkung des Wirksamkeitsnachweises des ExMo dar.

Der Nachweis dieser Wirksamkeit erfolgte nicht nur auf der Ebene der pflegebedürftigen Personen, sondern auch in den Analysen, in denen die Gruppen der pflegebedürftigen Personen sortiert nach Performanzgruppe im zeitlichen Verlauf verglichen wurden. Zuvor wurde nachgewiesen, dass die Einteilung in Performanzgruppen signifikant sowohl mit der Mobilitätsförderung (siehe 5.4.4) als auch mit der Umsetzung des ExMo (siehe 5.4.5) korreliert.

Hier zeigt sich, dass mit einer Ausnahme in allen Fällen – wie angenommen – die Improver die höchsten Verbesserungsraten hatten, gefolgt von den High Performern, während bei den Low Performern die Outcome Ergebnisse Teilhabe und Mobilität sich etwas verschlechterten (siehe 5.4.9.).

Ungeklärt blieb, wieso die Ergebnisse der EBoMo Mobilitätseinstufung in Bezug auf die Performanz der Praxiseinrichtungen exakt die umgekehrten Werte liefern wie erwartet (siehe 5.4.10). Der Nachweis der Wirksamkeit des ExMo wird durch die Singularität des Befunds nicht geschmälert.

6.1.2 Auswirkungen der Einführung des ExMo auf die Umsetzung der Mobilitätsförderung

Zu den Auswirkungen der Einführung des ExMo auf die Umsetzung der Mobilitätsförderung siehe 6.3

6.2 Diskussion der Ausgangssituation

Hinsichtlich der regionalen Verteilung der teilnehmenden Praxiseinrichtungen konnte keine ausgewogene Verteilung erreicht werden. So kommen ein Fünftel der teilnehmenden stationären Einrichtungen aus Niedersachsen, welches nur ca. 10 % der deutschen Bevölkerung als Bewohner:innen zu verzeichnen hat. Die Schwierigkeit, Praxiseinrichtungen zu akquirieren, erlaubte hier keine korrigierende Auswahl. Andererseits erscheint es unwahrscheinlich, dass durch diese regionale Ungleichverteilung ein relevanter Bias im Hinblick auf den ExMo entstehen könnte.

An der Begleitforschung nehmen ca. 10 % mehr stationäre Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft teil (62,5 %) als sich auf Bundesebene in dieser Form der Trägerschaft befinden (52,8 %) (s. Tabelle 19). Bei den ambulanten Pflegediensten zeigt sich dies noch deutlicher: Die größte Gruppe der teilnehmenden ambulanten Dienste hat einen freigemeinnützigen Träger (62,5 % aller Praxiseinrichtungen) (s. Tabelle 29). Auf Bundesebene befinden sich jedoch nur ca. 30 % in dieser Art der Trägerschaft.

Mehr als die Hälfte der stationären Einrichtungen gab bei der ersten Online-Befragung (t_{0-MOB}) an, über Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung zu verfügen ($n = 17$ von 32). Bei den ambulanten Pflegediensten war dies sogar bei 7 von 8 Diensten der Fall. Dies könnte ein Anzeichen für eine Positivverzerrung sein, der zufolge sich viele Einrichtungen bzw. Dienste zur Teilnahme bereit erklärt hätten, welche ein grundsätzlich kompetentes Personal im Bereich der Mobilitätsförderung vorweisen können. Allerdings zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Performanzgruppen, dass hier dennoch eine breite Streuung der Kompetenzen zwischen Low- und High-Performern vorliegt, die für die Evaluation erforderlich ist.

Darüber hinaus wird aus den Ergebnissen deutlich, dass Gruppenangebote in den stationären Einrichtungen deutlich häufiger durchgeführt werden als mobilitätsfördernde Einzelangebote. Dies könnte bzw. dürfte auf den erhöhten Personalaufwand bei Einzelangeboten zurück zu führen sein. Auffällig erscheint hinsichtlich der Angebote außerdem, dass Gruppenangebote in den stationären Einrichtungen zwar deutlich häufiger durchgeführt werden als Einzelangebote ($n = 30$ vs. $n = 23$) (s.), aber gerade für die Einzelangebote häufig mit externen Anbietern zusammengearbeitet wird ($n = 24$) (s. Abbildung 75).

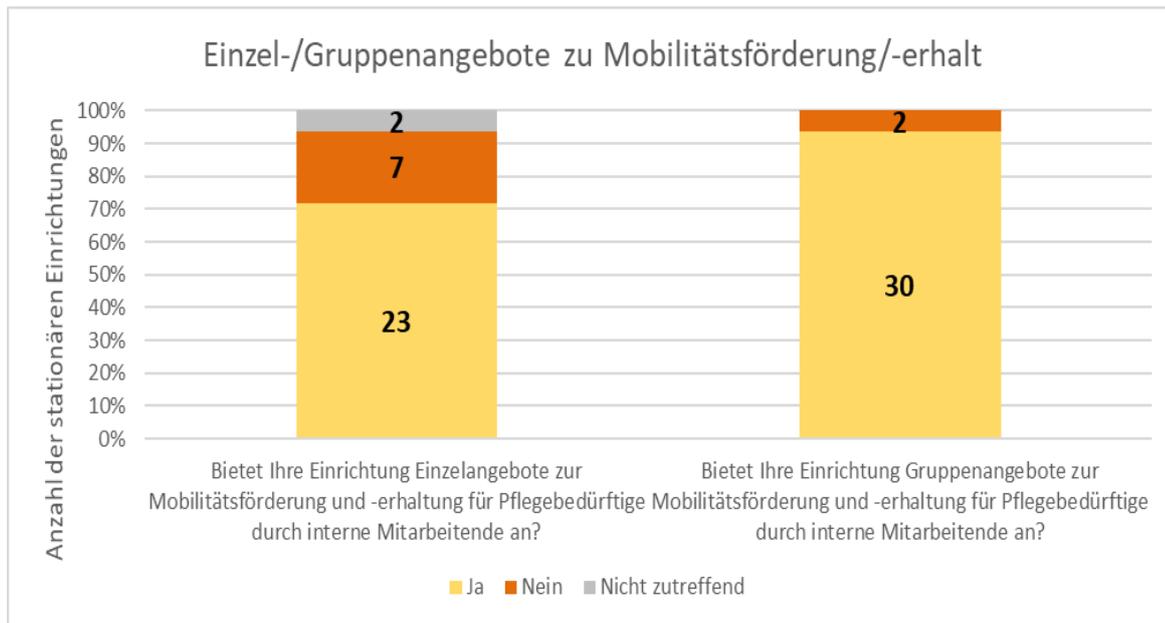


Abbildung 75 Angebote zu Mobilitätsförderung/-erhalt

Dies könnte wieder auf den hohen Personalmangel in der Pflege bzw. den hohen Personalaufwand für Einzelangebote hindeuten oder auch ein Hinweis darauf sein, dass das Know-how bezüglich einer adäquaten Mobilitätsförderung in den Einrichtungen zusätzlich beschafft werden muss. Ambulante Einrichtungen stehen aufgrund der nur punktuellen Betreuung der pflegebedürftigen Personen und den fehlenden Hilfsmitteln (Räumlichkeiten, Hilfsmittel etc.) bei der Mobilitätsförderung vor größeren Herausforderungen als stationäre Einrichtungen. Dies kann ein möglicher Grund für die fehlende Anzahl ambulanter Pflegedienste in der Gruppe der High Performer sowie für die niedrige Zahl der Low Performer bei den stationären Pflegeeinrichtungen sein (s. Kapitel 4.4.2).

Außerdem zeigt sich hinsichtlich des Einbezugs der pflegebedürftigen Personen (bzw. ihrer Angehörigen) bei der Maßnahmenplanung eine deutliche Diskrepanz zwischen den Angaben, welche die stationären Einrichtungen selber getätigt haben (t_{0-MOB}) und den Angaben, welche die externen Pflegeexpert:innen im Rahmen der Gesamtresümees am Ende ihrer Assessmenttage in den Einrichtungen vervollständigt haben ($t_{0-εQ}$). Bei der Online-Befragung der Einrichtungen gaben 26 von 32 Einrichtungen an, die pflegebedürftigen Personen im Rahmen der Maßnahmenplanung miteinzubeziehen (s. Abbildung 9). Die Pflegeexpert:innen gaben in den Freitexttexten jedoch häufig an, dass kein Einbezug der pflegebedürftigen Personen für sie zu erkennen gewesen sei (36 Nennungen in Freitexten in je einem Resümees zu t_0 und t_1 bei 32 stationären Pflegeeinrichtungen).

Im stationären Bereich wird die größte Gruppe von den pflegebedürftigen Personen ausgemacht, welche laut MMST leicht an Demenz erkrankt sind ($n = 122$) (s. Abbildung 23). Im ambulanten Bereich hingegen liegen

die Mengenverteilungen für die Einstufungen „Keine Demenz“ (n = 15) und „Leichte Demenz“ (n = 14) fast gleichauf (s. Abbildung 24). Dieser Unterschied zwischen dem ambulanten und stationären Bereich könnte durch zwei Aspekte verursacht werden. Möglicherweise tritt der Unterschied auf, da für den ambulanten Bereich nur relativ wenige pflegebedürftige Personen eingeschlossen werden konnten und es sich um eine zufällige Beobachtung handelt. Was aber wahrscheinlicher erscheint, ist, dass Personen, die noch in der Häuslichkeit leben, grundsätzlich noch rüstiger sind als Personen, die bereits stationär versorgt werden. Die letztgenannte Annahme wird zusätzlich unterstützt durch den Fakt, dass die mittelschwere Demenz laut MMST in den stationären Pflegeeinrichtungen deutlich ausgeprägter erscheint als bei den ambulanten Pflegediensten (43 % vs. 34 %).

Hinsichtlich der Mobilität beider Gruppen konnten zu Beginn der Begleitforschung (t_{0-EQ}) keine grundsätzlichen Unterschiede mithilfe des EBoMo ausgemacht werden (s. Tabelle 43). Auf die Lebensqualität trifft dies jedoch nicht zu. Zum einen deuten die Ergebnisse des WHOQOL-BREF auf eine leicht höhere Lebensqualität der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen hin (s. Tabelle 44 und Tabelle 45), zum anderen wird bei den Ergebnissen des QUALIDEM über die verschiedenen Subskalen hinweg deutlich, dass auch hier die Lebensqualität der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen insgesamt besser ausfällt (s. Tabelle 46 und Tabelle 47).

Bezüglich der Zielsetzungen der pflegebedürftigen Personen bei der Mobilitätsförderung treten die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zutage:

- bei den ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen steht der Mobilitätserhalt im Vordergrund, während bei den stationär versorgten pflegebedürftigen Personen die Mobilitätsförderung häufiger genannt wird,
- Ca. doppelt so viele pflegebedürftige Personen im stationären Bereich sind „sehr motiviert“ bei der Mobilitätsförderung im Vergleich zum ambulanten Bereich.

Grundsätzlich kann also zumindest für den Beginn der Begleitforschung die Aussage getroffen werden, dass die pflegebedürftigen Personen in stationären Praxiseinrichtungen bei der Mobilitätsförderung ehrgeizigere Ziele haben. Dies könnte dadurch begründet sein, dass ein Umzug ins stationäre Umfeld mit einem teilweisen Verlust der eigenen Autonomie einhergeht, der durch die eigene Mobilität gemildert werden soll.

6.3 Diskussion der Veränderungen und Abschlussituation

Die Anzahl der stationären Einrichtungen, welche angaben, dass ihre Pflegefachkräfte Mobilitätseinschränkungen identifizieren könnten, stieg von t_{0-MOB} zu t_{1-MOB} und sank dann bei t_{2-MOB} wieder auf das Ausgangsniveau (s. Tabelle 50). Im ambulanten Bereich sinkt die Anzahl der Einrichtungen, wenn auch

in kleinem Maße, konstant über den gesamten Projektzeitraum hinweg (s. Tabelle 55). Für eine gute Umsetzung des ExMo und einer gezielten Mobilitätsförderung ist jedoch die Kompetenz zur Identifikation von Mobilitätseinschränkungen durch die Pflegefachkräfte von Wichtigkeit. Ggf. zeigt sich in diesen Ergebnissen die Schwierigkeit, qualifizierte Pflegekräfte zu finden.

Hinsichtlich der Überzeugung, dass die durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen auch wirkungsvoll seien, ist bei den stationären Einrichtungen ein deutlicher Anstieg zu beobachten (72 % vs. 84 %) (s. Tabelle 53). Die intensivere Befassung mit dem ExMo hat sich also ggf. positiv auf die Einstellung der Pflegekräfte zur Mobilitätsförderung ausgewirkt.

Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste, welche angaben, Mitarbeitende mit speziellen Kompetenzen im Bereich der Mobilitätsförderung zu haben, nahm im Laufe der Begleitforschung ab ($n = 7$ vs. $n = 5$). Zwar handelt es sich hier insgesamt nur um wenige Dienste, welchen antworteten, jedoch weist dieser Fund auf ein grundsätzliches Problem hin: Zur Planung, Organisation und Durchführung einer adäquaten Mobilitätsförderung sowohl im ambulanten als auch im stationären Versorgungssektor ist das entsprechend ausgebildete Personal unabdingbar. Sollten ein Dienst oder eine Einrichtung diese Mitarbeitenden verlieren (und keine neuen Mitarbeitenden mit gleicher Qualifikation dazu gewinnen können), ist auch die Umsetzung des ExMo gefährdet.

Für beide Versorgungsbereiche lässt sich der Trend beobachten, dass die Zustimmungswerte bei der Frage danach, ob die ExMo-Anforderungen den Pflegefachkräften bekannt seien (s. Tabelle 51 und Tabelle 56), zuerst ansteigen und anschließend zum Ende der Begleitforschung (t_{2-MOB}) schlechter dastehen als zu Beginn des Projektzeitraumes (t_{0-MOB}). Möglicherweise lässt sich diese Aufwärts- und Abwärtsbewegung folgendermaßen erklären: Die teilnehmenden Einrichtungen und Dienste konnten motiviert in die Begleitforschung starten und sind davon ausgegangen, dass sich die Pflegefachkräfte mit den Anforderungen vertraut machen sofern noch nicht bekannt. Im Laufe der Zeit stellte sich jedoch heraus, dass die Anforderungen doch noch nicht so differenziert im Detail bekannt waren oder für die Umsetzung im Arbeitsalltag zu umfangreich oder von aktuellen Abläufen zu weit entfernt.

Hinsichtlich der Veränderung der ExMo-Umsetzung sowie der Veränderung der Mobilitätsförderung im Projektzeitraum erscheint bei ambulanten Diensten die Verteilung relativ ausgeglichen im Hinblick auf eine positive bzw. gar keine Veränderung. Bei den stationären Einrichtungen gilt das gleiche für die Veränderung der ExMo-Umsetzung, jedoch berichten 18 von 32 Diensten (56 %) davon, dass sich die Mobilitätsförderung während des Projektzeitraumes verbessert habe.

Eine deutliche Diskrepanz wird bei der Planung der mobilitätsfördernden Maßnahmen deutlich. Die Anzahl der Pflegedienste, welche angeben, eine individuelle Maßnahmenplanung anzufertigen, zeigt sich über die drei Erhebungszeitpunkte relativ stabil (s. Abbildung 45). Die Anzahl der Dienste, welche angeben, hierbei

auch die pflegebedürftigen Personen miteinzubeziehen, sinkt jedoch im Projektverlauf (s. Abbildung 46). Zusätzlich wird auch hier wieder eine Differenz mit den Inhalten der Gesamtresümees offenbar: Hier wurde noch häufig erwähnt, dass die pflegebedürftigen Personen in die Maßnahmenplanung miteinbezogen werden. Bei den stationären Einrichtungen sinkt die Anzahl der Einrichtungen, welche eine individuelle Planung anfertigen im Projektzeitraum. Gleiches gilt für den Einbezug der pflegebedürftigen Personen in die Planung. Möglicherweise deutet dies daraufhin, dass die ExMo-Anforderungen für diesen Bereich noch klarer oder ausführlicher formuliert werden sollten oder dass ein Einbezug der pflegebedürftigen Personen aus Sicht der Pflegefachkräfte nicht immer möglich oder sinnvoll ist.

Einzelangebote zur Mobilitätsförderung werden am Ende der Begleitforschung (t_{2-MOB}) von deutlich weniger Diensten angeboten als noch zu Beginn des Forschungsprojektes (s. Abbildung 51). Hinzu kommt, dass viele der Dienste zum letzten Erhebungszeitpunkt gar keine Angaben mehr zur Häufigkeit der Angebote machen (s. Abbildung 53). Dies könnte auf den Umstand hindeuten, dass schlichtweg nicht die nötigen Ressourcen im ambulanten Bereich vorhanden sind, um diese Angebote vorhalten zu können. Diese These wird gestützt durch die Aussagen innerhalb der Gesamtresümees, welche gerade im ambulanten Bereich oft darauf verwiesen, dass hier weder die nötige Zeit (auf Seite der Pflegedienst-Mitarbeitenden) noch die finanziellen Ressourcen (auf Seite der pflegebedürftigen Personen) vorhanden seien, um eine adäquate Mobilitätsförderung durchführen zu können.

6.4 Diskussion der Indikatorendaten

In Kapitel 5.5 werden die Indikatorendaten sowie Informationen des BI-Moduls I einer bundesweiten Stichprobe von 400 stationären Pflegeeinrichtungen bundesweit sowie von den 27 teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen beschrieben.

Anhand der Daten wird deutlich, dass die teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen in verschiedenen Aspekten der Ergebnisqualität mit der bundesweiten Grundgesamtheit vergleichbar sind. Zu Projektbeginn wurde angenommen, dass eine Positivverzerrung eintreten könnte, da tendenziell eher hoch motivierte und hinsichtlich der der Mobilitätsförderung und -erhaltung bereits gut organisierte Praxiseinrichtungen teilnehmen würden. Diese Annahme kann durch den Vergleich der bundesweiten Stichprobe sowie der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen abgelehnt werden. Die Ablehnung der Annahme kann ebenfalls durch einen Vergleich der Antworten aller Teilnehmenden an der Stuserhebung (t_0) und den Antworten der schlussendlich an der Begleitforschung teilnehmenden Einrichtungen hinsichtlich der Umsetzung des ExMo bekräftigt werden. In der Gesamtbefragung gaben einerseits ca. 47 % aller an der Stuserhebung teilnehmenden Einrichtungen an, den ExMo einzuführen oder diesen bereits umzusetzen und ca. 53 % der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen.

Eine leichte Verzerrung wird deutlich, wenn man verschiedene Mobilitätsaspekte der von den stationären Pflegeeinrichtungen ausgewählten pflegebedürftigen Personen mit den insgesamt betreuten pflegebedürftigen Menschen vergleicht. In den Kategorien „Positionswechsel im Bett“, „Halten einer stabilen Sitzposition“, „Sich umsetzen“ und „Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs“ sind mind. 10 % der in die Begleitforschung eingeschlossenen pflegebedürftigen Personen überwiegend selbstständig bzw. selbstständig. Aufgrund der vorgegebenen Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der pflegebedürftigen Personen wurde diese Verzerrung begünstigt, konnte aber aufgrund der Rahmenbedingungen der Assessments nicht ausgeschlossen werden. Eine Minimierung der Validität der Angaben wird dadurch nicht angenommen, da davon ausgegangen werden kann, dass eine generell gut organisierte Mobilitätsförderung alle pflegebedürftigen Personen erreicht.

Zur Erhebung der Mobilität wurde entschieden, nicht allein auf die Indikatorendaten zu setzen. Einerseits ist es von hoher Bedeutung, die Lebensqualität sowie Teilhabe je pflegebedürftiger Person zum gleichen Zeitpunkt wie deren Mobilität zu erheben, da die Trias dieser drei Aspekte mehr zur subjektiven Lebenssituation der pflegebedürftigen Menschen aussagen kann, als eine funktionale Mobilitätsbeschreibung alleine. Die Ergebnisse würden verzerrt, wenn die Lebensqualität und die Teilhabe zu einem anderen Zeitpunkt erhoben würden als die Mobilität. Es wurde angenommen, dass der EBoMo aufgrund einer größeren Anzahl von Items die Mobilität feingliederter als die Indikatorendaten abbilden kann, was wiederum eine wichtige Voraussetzung für die differenzierte Erfassung der Auswirkungen des ExMo wäre.

Der wichtigste Grund, warum die Mobilitätsmessung nicht primär mit den Daten der Indikatorenerhebung erfolgte, ist jedoch der, dass kein Follow-Up in einem zweiten Assessment möglich gewesen wäre, um Veränderungen feststellen zu können. Aus Datenschutzgründen können die Datensätze nicht expliziten pflegebedürftigen Personen zugeordnet werden, sodass die Daten der Erst- und der Zweiterhebung nicht zusammengeführt hätten werden können. Genau dieser Vergleich war jedoch wichtig für die Outcomemessung der Mobilität.

Schlussendlich konnten im Rahmen der Analysen die Ergebnisse der mobilitätsbezogenen Indikatorendaten sowie die Ergebnisse des ExMo auf aggregierter Basis verglichen werden. Es wird deutlich, dass es zwischen den Ergebnissen des EBoMo und den Indikatorendaten eine Korrelation gibt (s. Kapitel 5.6.2). Zukünftig könnten für weniger komplexe Fragestellungen die Ergebnisse der mobilitätsbezogenen Indikatorendaten orientierend herangezogen werden, sodass zur Erhebung der Mobilität ein geringerer Aufwand entsteht.

6.5 Diskussionspunkte aus dem Expertenworkshop

Mithilfe des Expertenworkshop am 28.11.2023 konnten wertvolle zusätzliche Impulse zur Einordnung der Ergebnisse der Begleitforschung gewonnen werden. Hierzu zählt unter anderem, dass weder die guten Outcomes der pflegebedürftigen Personen in den High Performer-Einrichtungen noch die „schlechteren“ Outcomes der pflegebedürftigen Personen in den Low Performer-Einrichtungen als überraschend empfunden werden. Vielmehr wird von den Expertinnen darauf hingewiesen, dass an der Priorisierung der Umsetzung von mobilitätsfördernden Maßnahmen sowie dem ExMo gearbeitet werden müsse. Hier stellen sich allerdings zwei Fragen:

- Wenn die Mobilitätsförderung höher gewichtet wird: Was wird im Gegenzug weniger gewichtet und welche anderen Maßnahmen oder Leistungen entfallen möglicherweise zugunsten der Umsetzung des ExMo/der Mobilitätsförderung?
- Viele der Einrichtungen berichten von Personalmangel als Hinderungsgrund für die ExMo-Umsetzung (s. Tabelle 50). Wie kann die flächendeckende Umsetzung des Expertenstandards vor dem Hintergrund dieser Problematik realisiert werden?

Überdies wurde im Workshop die Frage aufgeworfen, was genau den Einrichtungen, die den ExMo bisher nicht umsetzen, noch fehlen würde. Diese Frage bezog sich vor allem auf Aspekte wie die nötige Motivation oder Ressourcen zur Umsetzung, das Wissen zur korrekten Umsetzung, das Wissen um die Wichtigkeit. Teilweise konnten diese Aspekte im Rahmen der Online-Befragung t_{1-MOB} erfragt werden („Warum wurde in Ihrer Einrichtung der ExMo noch nicht konsequent eingeführt?“). Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass sich andere wissenschaftliche Methoden (z. B. Interviews) besser dafür eignen, detaillierte Wirkzusammenhänge zu erfragen, welche der ExMo-Umsetzung bisher im Wege stehen, da sich diese aller Wahrscheinlichkeit nach wechselseitig beeinflussen und möglicherweise gegenseitig verstärken.

Zusätzlich wurde folgende Frage aufgeworfen: Wie kann man Einrichtungen dazu motivieren, mehr mobilitätsfördernde Maßnahmen in den Alltag der pflegebedürftigen Personen zu integrieren, sodass diese den ExMo als hilfreich und möglicherweise entlastend für ihre eigene Arbeit empfinden? Eine Teilnehmerin äußerte in diesem Kontext die subjektive Wahrnehmung, dass die Improver schon die richtige Einstellung bezüglich der Mobilitätsförderung mitbringen würden. Diesem Gedankengang folgend, erscheint es wichtig, wie besonders die Motivation zur Mobilitätsförderung gefördert werden kann.

Im Rahmen des Workshops wurde empfohlen, dass für Untersuchungen das Auditinstrument des ExMo, welches in der Implementierungsstudie entworfen wurde, herangezogen werden sollte. Dieses Instrument wird insbesondere für die Durchführung einer Selbstevaluation der Einrichtungen empfohlen (Görres et. al., 2016). Da für das Auditinstrument ein Erhebungs-Zeitrahmen von 1-4 Wochen angesetzt wird, wurde bei der

Begleitforschung von einer Nutzung des Auditinstruments abgesehen. Einige der in dem Auditinstrument enthaltenen Fragen finden sich jedoch insbesondere bei den Online-Erhebungen sinngemäß wieder.

Ferner wurde von einer Teilnehmerin des Workshops die Frage gestellt, ob sich die Dauer von 6 Monaten zwischen den beiden Assessments (t_{0-EQ} und t_{1-EQ}) bewährt habe. Dieser Zeitraum wird retrospektiv als angemessen bewertet, da er lang genug war, um Veränderungen in den Outcomes der pflegebedürftigen Personen messbar zu machen, aber zeitgleich kurz genug war, dass sich der lost to follow up auf zwei Einrichtungen und einen Pflegedienst beschränken ließ. Im Vergleich zur Ersterhebung reduzierte sich die Stichprobe der pflegebedürftigen Personen in den stationären Pflegeeinrichtungen um 15 % (von 284 auf 240 pflegebedürftige Personen) und in den ambulanten Pflegediensten um 34 % (von 41 auf 27 pflegebedürftige Personen). Zu Beginn der Evaluation wurde mit einer Reduzierung von 30 % in beiden Versorgungsgruppen gerechnet.

Ein Aspekt, welcher sowohl in den Gesamtresümees der Dienste aufgegriffen als auch in dem Workshop angesprochen wurde, bezieht sich auf die Vergütung des ExMo im ambulanten Bereich. Hier wurde problematisiert, dass bisher keine finanzielle Grundlage geschaffen wurde, um die Umsetzung des ExMo bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen abzurechnen. Dies würde dazu führen, dass nur pflegebedürftige Personen, welche zusätzlich für den Mehraufwand des Pflegedienstes bezahlen könnten, vom ExMo profitieren könnten.

Anmerkung: Zu Beginn der Begleitforschung stand noch eine mögliche verpflichtende Einführung des ExMo im Raum und wurde insbesondere auch im Expertiseworkshop diskutiert. Da hierzu aber die rechtliche Grundlage weggefallen ist, ist dies kein Thema mehr für die Begleitforschung. Die entsprechenden Diskussionsbeiträge wurden daher im Bericht nicht erwähnt. Der ExMo wird verstanden als Managementinstrument, das den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten helfen kann, die Mobilitätsförderung noch effektiver und ggf. auch effizienter umsetzen. Die eigene Beweglichkeit ist einer der ganz wichtigen Faktoren von Lebensqualität, der so gut wie irgendwie möglich zu fördern ist.

6.6 Wirksamkeit des ExMo und der Mobilitätsförderung

Anhand der Assessmentdaten lässt sich sowohl bei der Auswertung von Einzelfällen als auch bei der Auswertung nach Performanzgruppen nachweisen, dass die stringente Umsetzung des ExMo mit einer signifikanten Verbesserung sowohl der Mobilität als auch der Teilhabe einhergeht. Mit dem gruppierten Verfahren auf Basis von Performanzgruppen lässt sich dieser positive Effekt des ExMo auch mit den Indikatorendaten nachweisen. Wegen zahlreicher Datenlücken bei den WHOQOL Daten gelingt ein Nachweis signifikanter Verbesserung der Lebensqualität durch den ExMo nicht. Hier sind es außerdem

insbesondere psychische Faktoren, die eine Minderung der Lebensqualität bedingt haben, trotz konstanter oder verbesserter Mobilität, wie sich aus den Daten ergibt (siehe Tabelle 1 und Tabelle 82).

Es zeigte sich auch, dass Mobilitätsförderung und Umsetzung des ExMo sehr eng miteinander verbunden sind. Wer sich für die Mobilitätsförderung engagiert, der organisiert sie auch stringent. Und wer keine Ressourcen oder zu wenig Kompetenz und Wissen für die Mobilitätsförderung hat, der organisiert das auch kaum. Insofern kann zwischen den Effekten der Mobilitätsförderung und denen des ExMo mit unterschieden werden. Beide Maßnahmen korrelieren sehr eng miteinander. Wenn analysiert wurde, dass die Performanz bei der Umsetzung des ExMo zu statistisch signifikanten Verbesserungen bei den pflegebedürftigen Personen führt, dann ist immer mitzudenken, dass dies nur mit einer entsprechenden Mobilitätsförderung zielführend ist – und umgekehrt. Man kann also auch nicht empfehlen, einfach die Mobilitätsförderung durchzuführen und die Maßnahmen des ExMo brauche man nicht beachten. Zumindest in dieser Studienpopulation ist keine Praxiseinrichtungen zu finden, die das so realisiert hätte. Vielmehr muss die Empfehlung auf Basis der Ergebnisse dieser Begleitforschung lauten, dass ein Erfolg der Mobilitätsförderung nur zusammen mit einem umgesetzten ExMo erreicht werden kann. Ohne Organisation verbleibt eine Mobilitätsförderung in jenem mediokren Bereich, der hier als Medium-Performer definiert wurde – mit entsprechend mediokren Ergebnissen, die hinter den Möglichkeiten zurückbleiben. Die Einteilung nach Performanz-Gruppen spielt bei der Bewertung der Effektivität des ExMo im Zusammenspiel mit der Mobilitätsförderung eine wichtige Rolle.

Bei den Performanzgruppen zeigt sich mit einer Ausnahme stets das gleiche Bild: bei den High-Performern bessern sich die Zielparameter etwas, bei den Low- und Medium-Performern verschlechtern sie sich meist oder stagnieren. Die größten Verbesserungen zeigen sich bei den Improvern, die durch großes Engagement die deutlichsten Verbesserungen erreichen. Einzige Ausnahme bildet hier der Zusammenhang zwischen der Umsetzung des ExMo und den EBoMo-Mobilitätswerten. Hier zeigen sich bei den Ergebnissen der High-Performer und bei den Improvern kleine Verschlechterungen, während bei den Low-/Medium-Performern Verbesserungen zu beobachten sind. Beide Effekte sind aber nicht signifikant und gehen überwiegend auf Minderungen bei der anspruchsvolleren Mobilität zurück, also Aspekte des selbständigen Umhergehens in der Pflegeeinrichtung und Minderungen beim Treppensteigen. Alle anderen Parameter folgen eindeutig dem erwarteten Schema.

Bei den Praxiseinrichtungen, die das Projekt mit Elan angegangen sind und die hier gezielt die Umsetzung des ExMo realisiert haben (Improver), zeigen sich die größten Erfolge, insbesondere bei der Mobilität und bei der Teilhabe. Das Engagement der Improver führt zu signifikanten Verbesserungen bei den pflegebedürftigen Personen.

Aussagen zu den ambulanten Pflegeeinrichtungen

Bei der Analyse der Assessmentdaten musste festgestellt werden, dass die 21 Fälle im ambulanten Bereich nicht ausreichen, um Aussagen über die Wirksamkeit des ExMo zu treffen. Ein Analogschluss vom stationären auf den ambulanten Bereich erscheint wegen der sehr unterschiedlichen Organisation der Strukturen nicht möglich, so dass die Begleitforschung für den ambulanten Bereich keine Aussagen machen kann.

7 Limitationen

Die Begleitforschung sollte eine umfassende Analyse der Wirksamkeit des ExMo in Bezug auf die drei Outcomes Lebensqualität, Mobilität und soziale Teilhabe leisten. Trotz sorgfältiger Methodik und gründlicher Analyse ist es unvermeidlich, auf gewisse Einschränkungen und Limitationen zu stoßen, die die Qualität der Ergebnisse beeinflussen können. Diese Einschränkungen müssen transparent und kritisch reflektiert werden, um die Genauigkeit und Verallgemeinerbarkeit der Studie angemessen beurteilen zu können. In diesem Kapitel werden daher die identifizierten Einschränkungen dargestellt.

Die im Vergleich zur Planung geringere Anzahl teilnehmender Einrichtungen erschwerte insbesondere bei den Analysen der Ergebnisse der ambulanten Pflegedienste den Nachweis statistisch signifikanter Unterschiede im Outcome der pflegebedürftigen Personen in Abhängigkeit vom Grad der Umsetzung des ExMo. Da das Problem einer drohenden geringeren Teilnahmequote bereits während der Evaluation bekannt war, wurden die Einrichtungen einerseits gebeten, mehr pflegebedürftige Personen in die Analysen einzubeziehen (s. Kapitel 4.3.2) und andererseits wurde das Auswertungskonzept durch das Konstrukt der Änderungsrelevanz (z. B. durch die Einschätzung des Gesamtstatus) erweitert. Dabei geht es nicht um minutiöse Änderungen im Bereich der Mobilität, der Teilhabe und der Lebensqualität, sondern um die fachliche Bewertung, ob bei den pflegebedürftigen Personen im Assessment eine relevante Verbesserung ihres Zustandes im Projektverlauf beobachtbar war, ob der Ausgangszustand gehalten werden konnte, oder ob es zu einer relevanten Verschlechterung kam. Die Zusammenführung der unterschiedlichen Teilaspekte Mobilität, Teilhabe und Lebensqualität zu einem Messkonstrukt mit drei Skalenwerten erhöhte die Wahrscheinlichkeit, Effekte auch bei einer kleineren Stichprobe statistisch nachweisen zu können.

Dokumentationen von subjektiven Einflüssen von Datenerhebenden und Forschenden können in vielen Studien eine Herausforderung darstellen. Obwohl methodische Maßnahmen ergriffen wurden, um eine objektive Datenerhebung zu gewährleisten, wie zum Beispiel die Doppelverblindung der Datenerhebenden sowie der teilnehmenden Einrichtungen im Hinblick auf die Performanzeinordnung, ist es unvermeidlich, dass persönliche Überzeugungen, Erfahrungen und Vorannahmen der Forschenden

sowie Datenerhebenden einen Einfluss haben können. Diese subjektiven Einflüsse könnten potenziell Verzerrungen in der Datenerhebung und -interpretation verursachen, was Auswirkungen auf die Validität der Ergebnisse haben kann. Ein Bewusstsein für diese Limitation ist daher entscheidend, um die Ergebnisse angemessen zu interpretieren.

Dieser Aspekt ist bspw. auch beim QUALIDEM zu beachten. Beim QUALIDEM handelt es sich um ein Messinstrument zur Fremdbewertung der Lebensqualität, deshalb sollte beachtet werden, dass die Bezugspflegerinnen der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen sich mit ihren Auskünften im Rahmen der Assessments zu einem gewissen Teil selbst bewertet haben, da das Instrument auch Punkte wie die Pflegebeziehung, soziale Beziehungen und soziale Isolation der pflegebedürftigen Personen thematisiert.

Bezogen auf den Umsetzungsgrad des ExMo in den stationären Einrichtungen und bei den ambulanten Diensten muss darauf hingewiesen werden, dass in der 1. Online-Befragung nur danach gefragt wurde, ob der ExMo bereits umgesetzt wird (s. Abbildung 7). In der zweiten Befragung wurde diese Frage jedoch verändert, sodass nach einer konsequenten Umsetzung gefragt wurde (s. Abbildung 26 und Abbildung 42). Die Anzahl derer, die in t_{1-MOB} eine konsequente Umsetzung berichteten, ist deutlich geringer als die Anzahl derer, die bei t_{0-MOB} nur die Umsetzung dokumentierten. Zusätzlich sank bei den stationären Einrichtungen die Zahl der konsequent umsetzenden Einrichtungen weiter von t_{1-MOB} zu t_{2-MOB} . Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Teile des ExMo von den Einrichtungen und Diensten zwar umgesetzt werden (sofern sich diese z. B. in bereits bestehende Arbeitsabläufe integrieren lassen), aber eine komplett durchgängige Umsetzung des ExMo aktuell noch eine Überforderung darstellt.

Ursprünglich war es geplant, pflegebedürftige Personen oder deren Vertretende in den Workshop mit Expertinnen und Experten einzubeziehen, um auch deren Einschätzung der Ergebnisse mit aufzunehmen. Leider konnte eine Interessenvertretung widererwartend nicht an dem Workshop teilnehmen, weshalb nur eine limitierte Interessengruppe (Forschende, ambulant und stationär tätige Pflegerinnen sowie eine Interessenvertretung der Pflegeverbände; s. Anhang 37: Teilnehmerinnenliste Expertenworkshop) die Ergebnisse kommentieren konnte.

8 Fazit

Vorbemerkung: Für die Begleitforschung wurden bereits vorhandene Daten genutzt (z. B. Indikatordaten), Ergebnisse von Assessments durch Pflegefachexpert:innen sowie Befragungsergebnisse. Bei der Bewertung von Befragungsergebnissen in % ist zu berücksichtigen, dass vorwiegend 32 stationäre und 8 ambulante Praxiseinrichtungen teilgenommen haben. Die Aspekte, die auf Befragungsergebnissen beruhen, sind im Folgenden mit [B] gekennzeichnet. Die Befragungsergebnisse mit Bezug auf Veränderung werden in den Kapiteln 5.2.1 und 5.2.2 dargestellt.

Alle Vergleiche beziehen sich auf den Unterschied zwischen t_0 und t_2 .

Auswirkungen des ExMo auf die Ergebnisqualität bei den pflegebedürftigen Menschen

- Die Umsetzung des ExMo ist signifikant korreliert mit einer Verbesserung der Mobilität.
- Die Umsetzung des ExMo ist signifikant korreliert mit einer Verbesserung der Teilhabe.
- Die Umsetzung des ExMo korreliert mit der Lebensqualität, verpasst aber den Signifikanzlevel, da auch noch andere Einflussparameter unabhängig von der Mobilität die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen beeinflusst haben.

Unterschiede im Erzielen von Verbesserungen bei den verschiedenen Praxiseinrichtungen

- Die Einteilung der Praxiseinrichtungen in Low Performer, Improver und High Performer hat sich als Einteilung für die Performanz bewährt und hat sich als guter Prädiktor für das Outcome der dort versorgten pflegebedürftigen Menschen herausgestellt.
- Die Praxiseinrichtungen, die das Projekt als Anstoß genutzt haben, ihre Mobilitätsförderung durch regelhafte Anwendung des ExMo noch effektiver zu machen, haben für die dort versorgten pflegebedürftigen Personen die relevantesten Verbesserungen erreicht. Bei diesen Improvern lässt sich durch die nachweisbare Verbesserung nach Einführung des ExMo dessen Wirksamkeit am deutlichsten zeigen.

Auswirkungen des ExMo auf die Struktur- und Prozessqualität in den Praxiseinrichtungen

Die Auswirkungen des ExMo auf die Struktur- und Prozessqualität sind einerseits geprägt durch Erhöhung von Kompetenzen und Kapazitäten durch die Umsetzungsaktivitäten, wobei sich auch unterschiedliche Tendenzen im stationären und ambulanten Bereich zeigen können. Bei den Befragungsergebnissen ist immer auch zu berücksichtigen, dass es sich zum Selbstauskünfte der Praxiseinrichtungen handelt.

- Die Häufigkeit, dass alle pflegebedürftigen Menschen eine Mobilitätsförderung erhalten,
 - stieg im stationären Bereich von 50 % auf 69 %.
 - sank im ambulanten Bereich von 63 % auf 57 %.

- Der Anteil der Mitarbeitenden mit speziellen Kompetenzen in der Mobilitätsförderung [B]
 - stieg im stationären Bereich von 53 % auf 72 %.
 - sank im ambulanten Bereich von 88% auf 63 %.

- Die Häufigkeit von Einzelangeboten zur Mobilitätsförderung durch interne Mitarbeitende [B]
 - stieg im stationären Bereich von 72 % auf 81 %.
 - sank im ambulanten Bereich von 63 % auf 25 %.

- Die Häufigkeit von mobilitätsfördernden Gruppenangeboten [B]
 - stieg im stationären Bereich von 60 % auf 69 %.
 - sank im ambulanten Bereich von 25 % auf 13 %.

- Die Befragungsergebnisse sprechen auf Basis der Umsetzungsaktivitäten insgesamt für eine angemessene Effizienz des ExMo im Routinebetrieb, wobei hierfür eine gewisse Personalausstattung erforderlich ist.

Die Auswirkungen des ExMo werden limitiert durch die sich verschlechternde Personalsituation in den Praxiseinrichtungen, die es schwieriger macht, insbesondere zeitlich intensive Maßnahmen des ExMo umzusetzen.

- Der Anteil der Praxiseinrichtungen, die angaben, dass ihre Pflegekräfte Mobilitätseinschränkungen identifizieren können [B]
 - sank im stationären Bereich von 94 % auf 83 %.
 - sank im ambulanten Bereich 88 % auf 71 %.

- Die Häufigkeit individueller Maßnahmenplanung [B]
 - sank im stationären Bereich von 94 % auf 86 %.
 - war konstant im ambulanten Bereich bei 86 %

- Die Berücksichtigung der Präferenzen der pflegebedürftigen Menschen [B]
 - sank im stationären Bereich von 81 % auf 72 %.
 - sank im ambulanten Bereich von 88 % auf 86 %.

Weitere Aussagen

- Die Umsetzung des ExMo ist signifikant korreliert mit der Mobilitätsförderung. Wer intensiv eine Mobilitätsförderung realisiert, hat dies auch gut organisiert. Eine gute Organisation ermöglicht erst eine adäquate, auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen angepasste Mobilitätsförderung.

-
- Aussagen zur Wirksamkeit im ambulanten Pflegebereich können wegen der geringen Fallzahl nicht getroffen werden.

Dank

Allen, die geholfen haben, dass diese Begleitforschung vor Ort durchgeführt werden konnte, den Mitarbeitenden der Praxiseinrichtungen, den Fachexpert:innen und nicht zuletzt den pflegebedürftigen Personen, die am Assessment teilgenommen haben, sowie den unterstützenden Angehörigen danken wir sehr herzlich!

9 Literatur

- aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. (2022). Lesehinweise für den Feedbackbericht. Abgerufen am 19. November 2023, von <https://www.das-pflege.de/cms/files/download/43/12FF426ABAC00B921B883D2A7FE4CB1F>
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Berlin, Heidelberg.
- Bühler, S. (2014). Mini-Mental Status-Test (MMST) – Der schnelle Standardtest. *ergopraxis*, 7(02), 34–35. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370376>
- Büscher, A., Blumenberg, P., Krebs, M., Stehling, H. & Stomberg, D. (2017). *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*, (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.; 2. Aufl.).
- Büscher, A., Blumenberg, P., Krebs, M., Stehling, H. & Niemann, L.-M. (2019). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.). <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf>
- Büscher, A., Blumenberg, P., Krebs, M., Stehling, H. & Stomberg, D. (2022). *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege* (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.; 2. Aufl.).
- Büscher, A., Blumenberg, P., Krebs, M., Stehling, H. & Stomberg, D. (2020). *Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“* (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.; 2. Aufl.).
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). *Aktivierende Pflege*. Abgerufen am 8. November 2023, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/aktivierende-pflege.html#:~:text=Die%20aktivierende%20Pflege%20soll%20den,verloren%20gegangen%20sind%2C%20zu%20reaktivieren.>
- Cirkel, M. & Juchelka, R. (2007). Gesundheit und Mobilität im Alter. *Public Health Forum*, 15(3), 38–40. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2007.07.009>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Conrad, I., Maischinger, H., Kilian, R. & Riedel-Heller, S. (2016). WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter (1. Aufl.). Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Conrad, I. & Riedel-Heller, S. G. (2016). *Lebensqualität im Alter* (S. V. Müller & C. Gärtner, Hrsg.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-09976-3>

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2023). Expertenstandards und Auditinstrumente. Hochschule Osnabrück. Abgerufen am 15. November 2023, von <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c3394756>
- Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., Achterberg, W. P. & Halek, M. (2011). Validity, Reliability, and Feasibility of a Quality of Life questionnaire for people with Dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(6), 405–410. <https://doi.org/10.1007/s00391-011-0235-9>
- Dichter, M. N., Ettema, T. P., Schwab, C. G. G., Meyer, G., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2016). Benutzerhandbuch für die deutschsprachige QUALIDEM Version 2.0. Witten
- Ellis, P. D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results* (1st ed.). Cambridge University Press.
- Flöer, C. (2017, 27. September). Mini-Mental-Status-Test bei Demenz / Alzheimer (MMST). *pflge.de*. Abgerufen am 14. November 2023, von <https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/mmst/>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gerdemann, N. (2009). *Therapeutisch aktivierende Pflege*. Die Schwester Der Pfleger. Abgerufen am 8. November 2023, von https://www.bika.de/fileadmin/user_upload/Artikel/Gerdemann_Definition_Therapeutisch_aktivierende_Pflege.pdf
- Görres, S., Rothgang, H., Neubert, L., Seibert, K., Stolle, C., Schmidt, S. & Bendig, J. (2016). Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen; SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen; Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb), Universität Bremen, Hrsg.). <https://www.socium.uni-bremen.de/projekte/?publ=8292&proj=449&print=1>
- Hackmann, T. & Sulzer, L. (2018). Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege. Probleme und Herausforderungen. *Bertelsmann Stiftung*. Abgerufen am 8. November 2023, von https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/VV_Endbericht_Fachkraeftemangel_Pflege_Prognos.pdf
- Hoey, J. (2012). The Two-Way Likelihood Ratio (G) Test and Comparison to Two-Way Chi Squared Test. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1206.4881>
- Kleina, T. (2014). Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung – Ergebnisse einer Analyse von Studienergebnissen und Versorgungsdaten. BELTZ. Abgerufen am 13. November 2023, von <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/PG-2-2014.pdf>

- Kolland, F., Wanka, A. & Rohner, R. (2019). Soziale Teilhabe älterer Menschen im ländlichen Raum (F. Ross, M. Rund & J. Steinhilber, Hrsg.). Verlag Barbara Budrich.
<https://doi.org/10.2307/j.ctvbkk46v>
- Oppikofer, S. & Mayorova, E. (2016). Lebensqualität im hohen Alter – theoretische Ansätze, Messmethoden und empirische Befunde. BELTZ. Abgerufen am 13. November 2023, von <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/07/PG-2-2016.pdf>
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 43(3), 165–189.
<https://doi.org/10.1007/s001030050033>
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2012). Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten - was ist zu tun?. Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf
- Saxena, S., Orley, J., & WHOQOL Group (1997). Quality of life assessment: The world health organization perspective. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 12 Suppl 3, 263s–6s. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)89095-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)89095-5)
- Schwarz, M. (2024). Kompensatorische Pflege. Psyhyrembel Online. Abgerufen am 5. März 2024, von <https://www.psyhyrembel.de/Kompensatorische%20Pflege/T02XW>
- Seyda, S., Köppen, R. & Hickmann, H. (2021, 29. November). Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. *Institut der deutschen Wirtschaft (IW)*. Abgerufen am 8. November 2023, von https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/KOFA_kompakt_und_Studien/2021/KOFA_Kompakt_Pflegeberufe.pdf
- Simonson, J., Hagen, C., Vogel, C. & Motel-Klingebiel, A. (2013). Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(5), 410–416. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0498-4>
- Statistisches Bundesamt. (2020). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Abgerufen am 19. November 2023, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflegedeutschlandergebnisse-5224001199004.html>
- United Nations Economic Commission for Europe. (2010). Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft. Policy brief - United Nations Economic Commission for Europe. Abgerufen am 14. November 2023, von https://unece.org/DAM/pau/docs/age/2010/Policy-Briefs/4-Policybrief_Participation_Ger.pdf
- Universität Witten/Herdecke. (o.D.). Leitfaden zur Anwendung des Erfassungsbogens Mobilität (EBoMo). Thieme Extra(s). Abgerufen am 14. November 2023, von https://ext-ras.thieme.de/cps/rde/xbr/zusatzcontent/inhalte/thiemes-pflege_9783132402935/Thiemes-Pflege-Anwender-Leitfaden-EBoMo.pdf

-
- Voelcker-Rehage, C. & Godde, B. & Staudinger, U. (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 49. 558-566.
- Völkl, K. & Korb, C. (2017). Deskriptive Statistik: Eine Einführung für Politikwissenschaftlerinnen und Politikwissenschaftler. Springer VS.
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B. (2011). Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.
- World Health Organization. (1997). WHOQOL - Measuring Quality of Life. Abgerufen am 13. November 2023, von https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Zegelin, A., Reuther, S. (o.D.). Erfassungsbogen „Mobilität“ (EBoMo). Thieme Extra(s). Abgerufen am 14. November 2023, von https://extras.thieme.de/cps/rde/xbcr/zusatzcontent/inhalte/thiemes-pflege_9783132402935/Thiemes-Pflege-EBoMo.pdf

Anhang

Anhang 1: t _{ST} und t ₀ -MOB-Fragebogen _____	197
Anhang 2: t ₁ -MOB-Fragebogen _____	206
Anhang 3: t ₂ -MOB-Fragebogen _____	209
Anhang 4: Letter of Intent (stationär) _____	215
Anhang 5: Letter of Intent (ambulant) _____	217
Anhang 6: Auswahlkriterien Pflegebedürftige (stationär) _____	219
Anhang 7: Auswahlkriterien Pflegebedürftige (ambulant) _____	221
Anhang 8: Informationsschreiben Assessment (stationär) _____	223
Anhang 9: Informationsschreiben Assessment (ambulant) _____	226
Anhang 10: Informationsblatt Einverständniserklärung _____	229
Anhang 11: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Assessments pro pflegebedürftiger Person (stationär) _____	231
Anhang 12: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Assessments pro Pflegebedürftiger Person (ambulant) _____	233
Anhang 13: Mini-Mental-Status-Test (MMST) _____	235
Anhang 14: EBoMo (stationär) _____	240
Anhang 15: EBoMo (ambulant) _____	242
Anhang 16: WHOQOL-BREF _____	244
Anhang 17: QUALIDEM (stationär) _____	249
Anhang 18: QUALIDEM (ambulant) _____	250
Anhang 19: Erstanschreiben Dokumentationspaket _____	251
Anhang 20: Dokumentationsbogen (1. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen) _____	255
Anhang 21: Kurzzusammenfassung (1. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen) _____	258
Anhang 22: Gesamtzusammenfassung (1. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen) _____	260
Anhang 23: Erstanschreiben Dokumentationspaket (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen) _____	262

Anhang 24: Dokumentationsbogen (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)	266
Anhang 25: Kurzzusammenfassung (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)	269
Anhang 26: Gesamtzusammenfassung (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)	271
Anhang 27: Lebenssituation (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)	274
Anhang 28: Erstanschreiben (1. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	275
Anhang 29: Dokumentationsbogen (1. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	279
Anhang 30: Kurzzusammenfassung (1. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	282
Anhang 31: Gesamtzusammenfassung (1. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	284
Anhang 32: Anschreiben (2. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	287
Anhang 33: Dokumentationsbogen (2. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	290
Anhang 34: Kurzzusammenfassung (2. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	293
Anhang 35: Gesamtzusammenfassung (2. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	295
Anhang 36: Lebenssituation (2. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)	299
Anhang 37: Teilnehmerinnenliste Expertenworkshop	300

Anhang 1: t_{ST} und t₀-MOB-Fragebogen

ExMo: Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste (t₀-MOB)			
Fragentyp	Nr.	Langname	Kurzbeschreibung
Gliederungsabschnitt	1	Strukturprofil	Bitte geben Sie folgende allgemeine Angaben zu Ihrer Einrichtung an.
Freitext	1.0	Name Ihrer Einrichtung:	
Freitext	1.1	Straße und Hausnummer:	
Freitext	1.2	Postleitzahl:	
Freitext	1.3	Ort:	
SC-choice	1.4	Bundesland:	
choice		Baden-Württemberg	
choice		Bayern	
choice		Berlin	
choice		Brandenburg	
choice		Bremen	
choice		Hamburg	
choice		Hessen	
choice		Mecklenburg-Vorpommern	
choice		Niedersachsen	
choice		Nordrhein-Westfalen	
choice		Rheinland-Pfalz	
choice		Saarland	
choice		Sachsen	
choice		Sachsen-Anhalt	
choice		Schleswig-Holstein	
choice		Thüringen	
SC-choice	1.5	Wie viele Einwohner:innen hat die Stadt, in der Ihre Einrichtung angesiedelt ist?	
choice		Landgemeinde (<5.000 Einwohner:innen)	
choice		Kleinstadt (5.000 - 20.000 Einwohner:innen)	
choice		Mittelstadt (20.001 - 100.000 Einwohner:innen)	
choice		Großstadt (>100.000 Einwohner:innen)	
Gliederungsabschnitt	1	Strukturprofil	
SC-choice	1.7	Welche Versorgungsart bietet Ihre Einrichtung <u>hauptsächlich</u> an?	
choice		stationär	
choice		teilstationär	
choice		ambulant	

Hinweistext	1.7.1	Wie viele Plätze für die jeweilige Form der Pflege bieten Sie in Ihrer Einrichtung an?	Bitte nennen Sie die Anzahl.
Zahlenfeld		Vollzeitpflege	
Zahlenfeld		Tagespflege	
Zahlenfeld		Kurzzeitpflege	
Einzeiliger Text		Sonstiges	
MC-choice	1.7.2.1	Welche Formen der Pflege bietet Ihre Einrichtung an? (Mehrfachnennungen sind möglich.)	Mehrfachnennung möglich.
choice		Häusliche Pflege	
choice		Betreutes Wohnen in Wohnanlage	
choice		Ambulant betreute Pflege-WGs	
choice		Häusliche Intensivpflege (1:1-Versorgung)	
choice		Häusliche Intensivpflege (nur Beatmung)	
choice		Verhinderungspflege	
choice		Kurzzeitpflege	
choice		Tagespflege	
choice		Sonstiges	
Freitext	1.7.2.2	Wenn "Sonstiges", bitte erläutern Sie, welche Form der Pflege Ihre Einrichtung zusätzlich anbietet:	
SC-choice	1.8	Bitte geben Sie die Trägerschaft Ihrer Einrichtung an.	
choice		Privat	
choice		Freigemeinnützig	
choice		Öffentlich	
Gliederungsabschnitt	1	Strukturprofil	
SC-choice	1.9	Wie viele Mitarbeitende (inkl. Leitung) sind insgesamt in Ihrer Einrichtung tätig (<u>Anzahl Vollzeitäquivalente</u>)?	
choice		bis 24	
choice		25-59	
choice		60-89	
choice		≥ 90	
	1.9.1	Bitte nennen Sie im Folgenden die jeweilige Anzahl der zum aktuellen Zeitpunkt festangestellten Mitarbeitenden in der Pflege in Ihrer Einrichtung (<u>Vollzeitäquivalente</u>). Je nach Bundesland ist eine unterschiedliche Betitelung möglich.	
Zahlenfeld		Pflegefachpersonen (examiniert)	
Zahlenfeld		Altenpflegehelfer:innen / Krankenpflegehelfer:innen / Pflegeassistent:innen / Medizinische Fachangestellte etc. mit Ausbildung	
Zahlenfeld		Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen etc. mit Ausbildung	

Zahlenfeld		Andere Personen ohne Ausbildung in der Pflege (bspw. Pflegehelfer:innen ohne Ausbildung in der Pflege, Betreuungskräfte, Auszubildende)	
Gliederungsabschnitt	2	Pflegeprofil	
MC-choice	2.0	Verfügt Ihre Einrichtung über eine bestimmte Spezialisierung?	Mehrfachnennung möglich.
choice		Nein	
choice		Menschen mit Demenz/Gerontopsychiatrie	
choice		Menschen mit außerklinischer Beatmung	
choice		Blinde Menschen	
choice		Palliativpflege (z. B. SAPV)	
choice		Junge Pflege	
choice		Sonstiges	
Einzeiliger Text		Wenn "Sonstiges", bitte erläutern Sie, welches Schwerpunktprofil Ihre Einrichtung zusätzlich anbietet:	
	2.1	Wie hoch ist in etwa die aktuelle Anzahl der von Ihrer Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad? Bitte nennen Sie jeweils die entsprechende Anzahl.	
Zahlenfeld		Ohne Pflegegrad/Privatzahler:	
Zahlenfeld		Pflegegrad 1:	
Zahlenfeld		Pflegegrad 2:	
Zahlenfeld		Pflegegrad 3:	
Zahlenfeld		Pflegegrad 4:	
Zahlenfeld		Pflegegrad 5:	
Zahlenfeld	2.1	Ausschließlich SGB V-Leistungen:	
	2.2	Wie schätzen Sie die Altersverteilung der von Ihrer Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen ein? (Bitte verteilen Sie 100 % auf die folgenden Gruppen)	
Zahlenfeld		Anteil der Personen 60 Jahre oder jünger	
Zahlenfeld		Anteil der Personen von 60-79 Jahren	
Zahlenfeld		Anteil der Personen 80 Jahre oder älter	
Gliederungsabschnitt	3	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	3.0	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Mobilitätseinschränkungen der Pflegebedürftigen zu identifizieren.	
Rating	3.1	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz Pflegebedürftigen und ggfs. ihren Angehörigen die Bedeutung von Mobilität zu vermitteln.	
Rating	3.2	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz Pflegebedürftige und ggfs. ihre Angehörigen bei der Auswahl von Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität zu beraten.	

Rating	3.3	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz Pflegebedürftige und ggfs. ihre Angehörigen bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität im Alltag zu unterstützen.	
Rating	3.4	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz Kolleg:innen zur Durchführung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen anzuleiten.	
Rating	3.5	Alle Pflegefachkräfte nehmen Fortbildungsangebote zum Thema Mobilität und Mobilitätsförderung wahr.	
Rating	3.6	Meine Einrichtung verfügt über Hilfsmittel (z.B. ausreichend Rollatoren/Rollstühle, Therabänder oder Bälle), welche die Mobilität der Pflegebedürftigen unterstützen können.	
Rating	3.7	Meine Einrichtung verfügt über räumliche Möglichkeiten, um Gruppenmaßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung durchzuführen.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
SC-choice	3.8	Gibt es in Ihrer Einrichtung Mitarbeitende, die über spezielle Kompetenzen in der Mobilitätsförderung verfügen (z.B. Kinaesthetics, basale Stimulation, Bobath-Konzept, Vojta Therapie etc.) ...	
SC-choice		... und die in diesen Bereichen einen Basis-, Aufbaukurs oder Peer-Tutoring durchgeführt haben?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Zahlenfeld	3.8.1	Bitte schätzen Sie den Anteil an Mitarbeitenden:	
SC-choice	3.9	Gibt es in Ihrer Einrichtung Mitarbeitende, die über spezielle Kompetenzen in der Mobilitätsförderung verfügen (z.B. Kinaesthetics, basale Stimulation, Bobath-Konzept, Vojta Therapie etc.)	
SC-choice		... und die in diesen Bereichen eine allgemeine Fortbildung ohne Zertifikat gemacht haben?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Zahlenfeld	3.9.1	Bitte schätzen Sie den Anteil an Mitarbeitenden:	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
SC-choice	3.10	Die Anzahl an Stürzen und Beinahe-Stürzen der Pflegebedürftigen wird in einer internen Statistik erfasst.	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
SC-choice	3.11	Die Dekubitalulzera der Pflegebedürftigen werden in einer internen Statistik erfasst.	

choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
	4	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
Freitext	4.00	Wer ist in Ihrer Einrichtung an der Umsetzung von Maßnahmen zum Mobilitätserhalt und zur Mobilitätsförderung beteiligt?	
SC-choice	4.0	Bietet Ihre Einrichtung <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige an, die durch interne Mitarbeitende durchgeführt werden?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
Freitext	4.0.1	Welche <u>Einzelangebote</u> (durchgeführt durch examinierte Mitarbeitende Ihrer Einrichtung) bieten Sie Ihren Pflegebedürftigen zum Mobilitätserhalt und zur Mobilitätsförderung an?	
SC-choice	4.1	Besteht eine Zusammenarbeit mit (einem) <u>externen Anbieter(n)</u> für <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige (z.B. durch eine Kooperation mit einer Physiotherapie-Praxis oder einem Sportverein)?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
Freitext	4.1.1	Welche <u>Einzelangebote von externen Anbietern</u> bieten Sie Ihren Pflegebedürftigen an?	
SC-choice	4.2	Wie <u>häufig</u> werden <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel durchgeführt?	
choice		Täglich	
choice		Mehrmals wöchentlich (3-4x)	
choice		wöchentlich (1x pro Woche)	
choice		zweiwöchentlich (1x alle zwei Wochen)	
choice		monatlich (1x pro Monat)	
choice		Seltener	
SC-choice	4.3	Wie <u>lange</u> dauern die <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel?	
choice		< 10 Minuten	
choice		10-20 Minuten	
choice		30-45 Minuten	
choice		45-60 Minuten	
choice		>60 Minuten	
SC-choice	4.4	Bietet Ihre Einrichtung <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige an, die durch interne Mitarbeitende durchgeführt werden?	

choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
Freitext	4.4.1	Welche <u>Gruppenangebote</u> (durchgeführt durch examinierte Mitarbeitende Ihrer Einrichtung) bieten Sie Ihren Pflegebedürftigen an?	
SC-choice	4.5	Besteht eine Zusammenarbeit mit (einem) <u>externen Anbieter(n)</u> für <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige (z.B. durch eine Kooperation mit einer Physiotherapie-Praxis oder einem Sportverein)?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
Freitext	4.5.1	Welche <u>Gruppenangebote von externen Anbietern</u> bieten Sie Ihren Pflegebedürftigen an?	
SC-choice	4.6	Wie <u>häufig</u> werden <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel durchgeführt?	
choice		Täglich	
choice		Mehrmals wöchentlich (2-6x)	
choice		1 x pro Woche	
choice		ca. 1x alle zwei Wochen	
choice		ca. 1x pro Monat	
choice		Seltener	
SC-choice	4.7	Wie <u>lange</u> dauern die <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel?	
choice		< 10 Minuten	
choice		10-20 Minuten	
choice		30-45 Minuten	
choice		45-60 Minuten	
choice		>60 Minuten	
Gliederungsabschnitt			
Freitext	4.8	Wie dokumentieren Sie Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung in Ihrer Einrichtung?	
Freitext	4.9	Welche Inhalte dokumentieren Sie im Rahmen der Maßnahme zur Mobilitätsförderung und -erhaltung?	
Gliederungsabschnitt	5	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	5.0	Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltene und -fördernde Maßnahmen anzubieten.	
Rating	5.1	Die regelmäßige Durchführung von mobilitätserhaltenen und -fördernden Maßnahmen bei Pflegebedürftigen hat in meiner Einrichtung eine hohe Relevanz.	

Rating	5.2	Die regelmäßige Durchführung von mobilitätserhaltenen und -fördernden Maßnahmen bei Pflegebedürftigen ist den Mitarbeitenden in meiner Einrichtung wichtig.	
Rating	5.3	Die regelmäßige Durchführung von mobilitätserhaltenen und -fördernden Maßnahmen bei Pflegebedürftigen kann in meiner Einrichtung gem. unserer Erwartungen realisiert werden.	
Rating	5.4	Ein vielfältiges Angebot an mobilitätserhaltenen und -fördernden Maßnahmen ist meiner Einrichtung wichtig.	
Rating	5.5	Alle angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung orientieren sich an dem aktuellen Forschungsstand.	
Rating	5.6	Ich bin mit dem derzeitigen Stand des Angebots und der Umsetzung von mobilitätsfördernden Maßnahmen in meiner Einrichtung zufrieden.	
Rating	5.7	Die angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sind wirksam.	
Rating	5.8	Eine Weiterentwicklung des Angebots / der Umsetzung von mobilitätserhaltenen und -fördernden Maßnahmen ist geplant.	
Gliederungsabschnitt			
SC-choice	5.9	Nehmen Sie an Qualitätszirkeln oder Netzwerken zum Thema Mobilitätserhaltung - und förderung teil?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu:	
Rating	5.9	Die Pflegebedürftigen sind an der regelmäßige Teilnahme an mobilitätserhaltenen und -fördernden Maßnahmen interessiert.	
Rating	5.10	Den Pflegebedürftigen ist die Teilnahme an mobilitätserhaltenen und -fördernden Maßnahmen möglich (basierend auf der körperlichen und kognitiven Fitness).	
Gliederungsabschnitt	6	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
SC-choice	6.0	Ist Ihnen der Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" bekannt?	
choice		Ja	
choice		Nein	
SC-choice	6.1	Wird der Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" in Ihrer Einrichtung umgesetzt?	
choice		Nein	
choice		Nein, aber eine Einführung ist geplant für:	
choice		Ja, der ExMo wird eingeführt, seit:	

Freitext		Ja, der ExMo wurde eingeführt und wird umgesetzt, seit:	
Rating	6.2	Sie und Ihre Kollegen haben sich bereits ausführlich mit den Anforderungen des Expertenstandards "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" auseinandergesetzt.	Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu:
Gliederungsabschnitt	7	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
Freitext	7.0	Bitte skizzieren Sie, wie die Feststellung des Mobilitätsstatus für eine pflegebedürftige Person erfolgt.	
	7.1	Bitte skizzieren Sie, wie und durch wen in Ihrer Einrichtung festgelegt wird, welche mobilitätsfördernden Maßnahmen eine pflegebedürftige Person erhalten soll.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	7.2	Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des Expertenstandards "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege".	
Rating	7.3	Den Pflegebedürftigen werden Informationen und Anleitungen zu mobilitätsfördernden Maßnahmen zur Verfügung gestellt	
Rating	7.4	Für jede:n Pflegebedürftige:n wird eine individuelle Maßnahmenplanung erstellt.	
Rating	7.5	In die Maßnahmenplanung zur Mobilitätsförderung und -erhaltung werden die Pflegebedürftigen und ihre Präferenzen (ggfs. über die Angehörigen) einbezogen.	
Rating	7.6	Die Maßnahmenplanung wird mindestens quartalsweise geprüft, aktualisiert und Änderungen werden dokumentiert.	
Rating	7.7	Die Wirkung der durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen wird dokumentiert.	
Rating	7.8	Die Wirkung der durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen wird mindestens quartalsweise überprüft.	
Gliederungsabschnitt	8	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	8.0	Die Dokumentation der Mobilitätsmaßnahmen je Pflegebedürftigen erachte ich als sinnvoll.	
Rating	8.1	Ein strukturiertes Vorgehen zur Auswahl und Durchführung von Mobilitätsmaßnahmen ist sinnvoll.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
Rating	8.2	Welche Gesamtnote würden Sie Ihrer Einrichtung für die Mobilitätserhaltung und -förderung geben (Schulnote)?	
Rating	8.3	Welche Gesamtnote würden Sie in Ihrer Einrichtung der „Organisation der Mobilitätserhaltung und -förderung“ geben (Schulnote)?	

Gliederungs- abschnitt	9	Weiterführende Projektteilnahme	
SC-choice	9.0	Wenn wir Sie für den zweiten Teil des Projekts brauchen, wären Sie bereit noch weiter mitzumachen? Das Projekt dauert bis 11.09.2023. In diesem Zeitraum würde Ihr Aufwand für das Projekt lediglich ca. 3 Personentage betragen. Das würde uns sehr helfen.	
Hinweistext	9.0	Für stationäre Einrichtungen umfasst die weitere Projektteilnahme das Assessment der Lebensqualität und Mobilität von sieben Pflegebedürftigen durch externe Pflegefachkräfte sowie die Teilnahme an zwei kürzeren Online-Befragungen.	
Hinweistext	9.0	Für ambulante Einrichtungen umfasst die weitere Projektteilnahme das Assessment der Lebensqualität und Mobilität bei vier Pflegebedürftigen durch eigene Pflegefachkräfte sowie die Teilnahme an zwei kürzeren Online-Befragungen.	
choice		Ja	
choice		Nein	
Freitext		Vor- und Nachname der/des Ansprechpartner:in	
Freitext		E-Mail der/des Ansprechpartner:in	
Freitext		Telefonnummer der/des Ansprechpartner:in	
Gliederungs- abschnitt	10	Weitere Anmerkungen	
Freitext	10.0	Haben sie weitere Anmerkungen/Anregungen?	

Anhang 2: t₁-MOB-Fragebogen

ExMo: Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste (t1-MOB)			
Fragetyp	Nr.	Langname	Kurzbeschreibung
Gliederungsabschnitt		Strukturprofil	
Freitext	1.0	Name Ihrer Einrichtung:	
SC-choice	1.1	Haben Sie persönlich an der ersten Online-Befragung im Rahmen des ExMo-Projekts zwischen September und November 2022 teilgenommen?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Kompetenz	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	3.0	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Mobilitätseinschränkungen der Pflegebedürftigen zu identifizieren.	
Rating	3.2	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Pflegebedürftige und ggfs. ihre Angehörigen bei der Auswahl von Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität zu beraten.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Umsetzung	
SC-choice	4.0	Bietet Ihre Einrichtung <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige an, die durch interne Mitarbeitende durchgeführt werden?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
SC-choice	4.1	Besteht eine Zusammenarbeit mit (einem) <u>externen Anbieter(n)</u> für <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige (z.B. durch eine Kooperation mit einer Physiotherapie-Praxis oder einem Sportverein)?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
SC-choice	4.4	Bietet Ihre Einrichtung <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige an, die durch interne Mitarbeitende durchgeführt werden?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	

SC-choice	4.5	Besteht eine Zusammenarbeit mit (einem) externen Anbieter(n) für Gruppenangebote zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige (z.B. durch eine Kooperation mit einer Physiotherapie-Praxis oder einem Sportverein)?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Möglichkeit und Motivation	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	5.0	Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen anzubieten.	
Rating	5.2	Die regelmäßige Durchführung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen bei Pflegebedürftigen ist den Mitarbeitenden in meiner Einrichtung wichtig.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
SC-choice	6.0	Sind Ihnen die Inhalte und Maßnahmen des ExMo bekannt?	
choice		Ja, vollständig	
choice		Ja, recht gut	
choice		Ja, aber nur oberflächlich	
choice		Nein	
SC-choice	6.1	Wird der ExMo in Ihrer Einrichtung konsequent umgesetzt?	
choice		Nein, noch gar nicht	
		Nein, noch nicht konsequent	
choice		Nein, aber die konsequente Einführung ist geplant für:	
choice		Ja, der ExMo wird eingeführt, seit:	
Freitext		Ja, der ExMo wird konsequent umgesetzt, seit:	
Freitext	6.1.1	Warum wurde in Ihrer Einrichtung der ExMo noch nicht konsequent eingeführt?	
Freitext	6.1.2	Was würde Ihnen bei der konsequenten Umsetzung des ExMo helfen?	
Freitext	6.1.3	Was war bislang für Ihre Einrichtung bei der Einführung und/oder Umsetzung des ExMo hilfreich?	
Rating	6.4	Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu: Die Umsetzung des ExMo ist uns gut gelungen.	
Rating	6.3	Bei der Umsetzung des ExMo stehen uns ausreichend externe Hilfen zur Verfügung, wenn wir diese benötigen.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	

Rating	7.2	Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des ExMo.	
Rating	7.3	Den Pflegebedürftigen werden Anleitungen gegeben, selbstständig mobilitätsfördernde Maßnahmen durchzuführen.	
Rating	7.4	Für jede:n Pflegebedürftige:n wird eine individuelle Maßnahmenplanung erstellt.	
Rating	7.5	In die Maßnahmenplanung zur Mobilitätsförderung und -erhaltung werden die Pflegebedürftigen und ihre Präferenzen (ggfs. über die Angehörigen) einbezogen.	
Rating	7.8	Die Wirkung der durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen wird mindestens quartalsweise überprüft.	
SC-choice	7.9	Gibt es seit Ihrer Teilnahme an diesem Projekt in Ihrer Einrichtung bereits erfolgreiche Aktivitäten zur systematischen Umsetzung des ExMo?	
choice		Ja	
choice		Teils/teils	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Freitext	7.9.1	Bitte erläutern Sie, welche Aktivitäten zur systematischen Umsetzung des ExMo seit Ihrer Projektteilnahme erfolgen:	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	8.1	Ein strukturiertes Vorgehen zur Auswahl und Durchführung von Mobilitätsmaßnahmen ist wichtig.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
Rating	8.2	Welche Gesamtnote würden Sie Ihrer Einrichtung für die Mobilitätserhaltung und -förderung geben (Schulnote)?	
Rating	8.3	Welche Gesamtnote würden Sie in Ihrer Einrichtung der „Organisation der Mobilitätserhaltung und -förderung“ geben (Schulnote)?	
Gliederungsabschnitt		Weitere Anmerkungen	
Freitext	10.0	Haben Sie weitere Anmerkungen/Anregungen?	

Anhang 3: t₂-MOB-Fragebogen

ExMo: Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste (t₂-MOB)			
Fragetyp	Nr.	Langname	Kurzbeschreibung
Gliederungsabschnitt		Strukturprofil	
Freitext	1.0	Name Ihrer Einrichtung:	
SC-choice	1.1	Haben Sie persönlich an der ersten Online-Befragung im Rahmen des ExMo-Projekts zwischen September und November 2022 teilgenommen?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
SC-choice	1.2	Haben Sie persönlich an der zweiten Online-Befragung im Rahmen des ExMo-Projekts zwischen April und Mai diesen Jahres teilgenommen?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Gliederungsabschnitt		Strukturprofil	
SC-choice	1.3	Hat sich der Personalstand in Ihrer Einrichtung/bei Ihrem Dienst seit der ersten Online-Befragung (September bis November 2022) verändert?	
choice		Ja. Wir haben inzwischen mehr Mitarbeitende.	
choice		Ja. Wir haben inzwischen weniger Mitarbeitende.	
choice		Nein, die Anzahl der Mitarbeitenden hat sich nicht verändert.	
choice		keine Angabe	
Single-Choice	1.3.1	Ausgehend von Ihrem Personalstand zum Zeitpunkt der ersten Online-Befragung (September bis November 2022): Ist die Anzahl der Mitarbeitenden jetzt um mehr als 10% höher als damals?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Single-Choice	1.3.2	Ausgehend von Ihrem Personalstand zum Zeitpunkt der ersten Online-Befragung (September bis November 2022): Ist die Anzahl der Mitarbeitenden jetzt um mehr als 10% geringer als damals?	

choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Gliederungs- abschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Möglichkeit und Motivation	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	5.0	Mit unserem Personal ist es uns möglich, allen Pflegebedürftigen mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen anzubieten.	
Rating	5.3	Die regelmäßige Durchführung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen bei Pflegebedürftigen kann in meiner Einrichtung gem. unserer Erwartungen realisiert werden.	
Rating	5.6	Ich bin mit dem derzeitigen Stand des Angebots und der Umsetzung von mobilitätsfördernden Maßnahmen in meiner Einrichtung zufrieden.	
Rating	5.7	Die angebotenen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sind wirksam.	
Gliederungs- abschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgender Aussagen zu:	
Rating	5.10	Den Pflegebedürftigen ist die Teilnahme an mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen möglich (basierend auf der körperlichen und kognitiven Fitness).	
Gliederungs- abschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Kompetenz	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	3.0	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz, Mobilitätseinschränkungen der Pflegebedürftigen zu identifizieren.	
Rating	3.2	Alle Pflegefachkräfte verfügen über die Kompetenz Pflegebedürftige und ggfs. ihre Angehörigen bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität im Alltag zu unterstützen.	
Rating	3.3	Meine Einrichtung verfügt über Hilfsmittel (z.B. ausreichend Rollatoren/Rollstühle, Therabänder oder Bälle), welche die Mobilität der Pflegebedürftigen unterstützen können.	
Rating	3.4	Meine Einrichtung verfügt über räumliche Möglichkeiten, um Gruppenmaßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung durchzuführen.	
SC-choice	3.5	Gibt es in Ihrer Einrichtung Mitarbeitende, die über spezielle Kompetenzen in der Mobilitätsförderung verfügen? (z.B. Kinaesthetics, basale Stimulation, Bobath-Konzept, Vojta Therapie etc.)	

choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
Gliederungs- abschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung	
SC-choice	3.7	Die Anzahl an Stürzen und Beinahe-Stürzen der Pflegebedürftigen wird in einer internen Statistik erfasst.	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
SC-choice		Hat sich die Anzahl an Stürzen und Beinahe-Stürzen der Pflegebedürftigen in Ihrer Einrichtung/bei Ihrem Dienst seit der ersten Online-Befragung (September bis November 2022) verändert?	
choice		Ja, die Anzahl an Stürzen und Beinahe-Stürzen der Pflegebedürftigen ist gestiegen.	
choice		Ja, die Anzahl an Stürzen und Beinahe-Stürzen der Pflegebedürftigen ist gesunken.	
choice		Nein, die Anzahl an Stürzen und Beinahe-Stürzen der Pflegebedürftigen hat sich nicht verändert.	
		keine Angabe	
SC-choice	3.8	Die Dekubitalulzera der Pflegebedürftigen werden in einer internen Statistik erfasst.	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		keine Angabe	
SC-choice		Hat sich die Anzahl an Dekubitalulzera bei den Pflegebedürftigen in Ihrer Einrichtung/bei Ihrem Dienst seit der ersten Online-Befragung (September bis November 2022) verändert?	
choice		Ja, die Anzahl an Dekubitalulzera bei den Pflegebedürftigen ist gestiegen.	
choice		Ja, die Anzahl an Dekubitalulzera bei den Pflegebedürftigen ist gesunken.	
choice		Nein, die Anzahl an Dekubitalulzera bei den Pflegebedürftigen hat sich nicht verändert.	
		keine Angabe	
Gliederungs- abschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Umsetzung	
SC-choice	4.0	Bietet Ihre Einrichtung <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige an, die durch interne Mitarbeitende durchgeführt werden?	
choice		Ja	
choice		Nein	

choice		Nicht zutreffend	
Freitext	4.0.1	Welche <u>Einzelangebote</u> (durchgeführt durch examinierte Mitarbeitende Ihrer Einrichtung) bieten Sie Ihren Pflegebedürftigen zum Mobilitätserhalt und zur Mobilitätsförderung an?	
SC-choice	4.1	Besteht eine Zusammenarbeit mit (einem) <u>externen Anbieter(n)</u> für <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige (z.B. durch eine Kooperation mit einer Physiotherapie-Praxis oder einem Sportverein)?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
SC-choice	4.2	Wie <u>häufig</u> werden <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel durchgeführt?	
choice		Täglich	
choice		Mehrmals wöchentlich (2-6x)	
choice		wöchentlich (1x pro Woche)	
choice		zweiwöchentlich (1x alle zwei Wochen)	
choice		dreiwöchentlich (1x alle drei Wochen)	
choice		monatlich (1x pro Monat)	
choice		Seltener	
SC-choice	4.3	Wie <u>lange</u> dauern die <u>Einzelangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel?	
choice		≤ 10 Minuten	
choice		11-20 Minuten	
choice		21-45 Minuten	
choice		46-60 Minuten	
choice		>60 Minuten	
SC-choice	4.4	Bietet Ihre Einrichtung <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige an, die durch interne Mitarbeitende durchgeführt werden?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	
Freitext	4.4.1	Welche <u>Gruppenangebote</u> (durchgeführt durch examinierte Mitarbeitende Ihrer Einrichtung) bieten Sie Ihren Pflegebedürftigen an?	
SC-choice	4.5	Besteht eine Zusammenarbeit mit (einem) <u>externen Anbieter(n)</u> für <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung für Pflegebedürftige (z.B. durch eine Kooperation mit einer Physiotherapie-Praxis oder einem Sportverein)?	
choice		Ja	
choice		Nein	
choice		Nicht zutreffend	

SC-choice	4.6	Wie <u>häufig</u> werden <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel durchgeführt?	
choice		Täglich	
choice		Mehrmals wöchentlich (2-6x)	
choice		wöchentlich (1x pro Woche)	
choice		zweiwöchentlich (1x alle zwei Wochen)	
choice		dreiwöchentlich (1x alle drei Wochen)	
choice		monatlich (1x pro Monat)	
choice		Seltener	
SC-choice	4.7	Wie <u>lange</u> dauern die <u>Gruppenangebote</u> zur Mobilitätsförderung und -erhaltung mit den Pflegebedürftigen in der Regel?	
choice		≤ 10 Minuten	
choice		11-20 Minuten	
choice		21-45 Minuten	
choice		46-60 Minuten	
choice		>60 Minuten	
Freitext	4.10	Wie dokumentieren Sie Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung in Ihrer Einrichtung?	
Freitext	4.11	Welche Inhalte dokumentieren Sie im Rahmen der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung?	
Gliederungsabschnitt	8	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	8.0	Die Dokumentation der Mobilitätsmaßnahmen je Pflegebedürftigen erachte ich als sinnvoll.	
Rating	8.1	Ein strukturiertes Vorgehen zur Auswahl und Durchführung von Mobilitätsmaßnahmen ist sinnvoll.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: ExMo	
SC-choice	6.0	Sind Ihnen die Inhalte und Maßnahmen des ExMo bekannt?	
choice		Ja, vollständig	
choice		Ja, recht gut	
choice		Ja, aber nur oberflächlich	
choice		Nein	
SC-choice	6.1	Wird der ExMo in Ihrer Einrichtung konsequent umgesetzt?	
choice		Nein, noch gar nicht	
		Nein, noch nicht konsequent	
choice		Nein, aber die konsequente Einführung ist geplant für:	
choice		Ja, der ExMo wird eingeführt, seit:	
Freitext		Ja, der ExMo wird konsequent umgesetzt, seit:	

		Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage / folgenden Aussagen zu:	
Rating	6.3	Bei der Umsetzung des ExMo stehen uns ausreichend externe Hilfen zur Verfügung, wenn wir diese benötigen.	
Rating	6.4	Die Umsetzung des ExMo ist uns gut gelungen.	
Gliederungsabschnitt	7	Mobilitätsförderung und -erhaltung	
Freitext	7.0	Bitte skizzieren Sie, wie die Feststellung des Mobilitätsstatus für eine pflegebedürftige Person erfolgt.	
	7.1	Bitte skizzieren Sie, wie und durch wen in Ihrer Einrichtung festgelegt wird, welche mobilitätsfördernden Maßnahmen eine pflegebedürftige Person erhalten soll.	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Kompetenz ExMo	
		Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:	
Rating	7.2	Alle Pflegefachkräfte kennen die Anforderungen des ExMo.	
Rating	7.9	Den Pflegebedürftigen werden Anleitungen gegeben, selbstständig mobilitätsfördernde Maßnahmen durchzuführen.	
Rating	7.4	Für jede:n Pflegebedürftige:n wird eine individuelle Maßnahmenplanung erstellt.	
Rating	7.5	In die Maßnahmenplanung zur Mobilitätsförderung und -erhaltung werden die Pflegebedürftigen und ihre Präferenzen (ggfs. über die Angehörigen) einbezogen.	
Rating	7.8	Die Wirkung der durchgeführten mobilitätsfördernden Maßnahmen wird mindestens quartalsweise überprüft.	
Gliederungsabschnitt		Veränderung in der Projektlaufzeit	
Rating	11.0	Wie hat sich die Umsetzung des ExMo während der Projektlaufzeit verändert?	
choice		wesentlich verbessert	
choice		verbessert	
choice		nicht verändert	
choice		verschlechtert	
choice		wesentlich verschlechtert	
Rating	11.1	Wie hat sich die Mobilitätsförderung während der Projektlaufzeit verändert?	
choice		wesentlich verbessert	
choice		verbessert	
choice		nicht verändert	
choice		verschlechtert	
choice		wesentlich verschlechtert	

Rating	11.2	Wie hat sich die Mobilität der Pflegebedürftigen während der Projektlaufzeit verändert?	
choice		wesentlich verbessert	
choice		verbessert	
choice		nicht verändert	
choice		verschlechtert	
choice		wesentlich verschlechtert	
Gliederungsabschnitt		Mobilitätsförderung und -erhaltung: Benotung	
Rating	8.2	Welche Gesamtnote würden Sie Ihrer Einrichtung für die Mobilitätsförderung und -erhaltung geben (Schulnote)?	
Rating	8.3	Welche Gesamtnote würden Sie in Ihrer Einrichtung der „Organisation der Mobilitätsförderung und -erhaltung“ geben (Schulnote)?	
		Kennzeichen	
		Im Rahmen des Projekts werden uns Daten der Datenauswertungsstelle Pflege (DAS Pflege) zur Verfügung gestellt. Für eine Zuordnung Ihrer Einrichtung benötigen wir bitte die folgenden Kennzahlen. Vielen Dank!	
Freitext		Wie lautet Ihre IK-Nummer (Institutionskennzeichen)?	
Freitext		Wie lautet Ihre Einrichtungs-ID der Datenauswertungsstelle Pflege (DAS Pflege)?	
Gliederungsabschnitt		Weitere Anmerkungen	
Freitext	10.0	Haben Sie weitere Anmerkungen/Anregungen?	

Anhang 4: Letter of Intent (stationär)

Teilnahmevereinbarung für die Begleitforschung zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo)

zwischen

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

- nachfolgend „**Einrichtung**“ genannt -

und

der **BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH**, vertreten durch den Institutsleiter, Herrn Dr. Christof Veit, Wendenstr. 375, 20537 Hamburg

- nachfolgend „**BQS Institut**“ genannt -

Im Rahmen der Begleitforschung ExMo stimmt die Einrichtung der Teilnahme an folgenden Arbeitspaketen zu:

- Teilnahme an zwei weiteren Befragungen zur Mobilitätsförderung
- ggfs. Vor-Ort-Begehung durch eine:n Pflegeexpert:in
- Auswahl von Pflegebedürftigen und Einholen der Einverständniserklärung von diesen ausgewählten Personen
- Organisatorische Unterstützung eine:r externen Pflegeeeexpert:in beim Assessment der Mobilität und der Lebensqualität der ausgewählten Pflegebedürftigen

Das Assessment vor Ort wird durch geschulte und geprüfte Pflegeexpert:innen übernommen. Für die Teilnahme an der Begleitforschung, inkl. das Assessment vor Ort durch den / die Pflegeexpert:in, fallen für die Einrichtung keine Kosten an.

Das BQS Institut sichert zu, alle im Projektverlauf zu seiner Kenntnis gelangten Informationen datenschutzkonform vertraulich zu behandeln. Die Einrichtung sichert zu, alle im Projekt erlangten vertraulichen Materialien und Informationen nicht an Dritte weiterzugeben.

Hamburg, 25. Juli 2024

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift BQS Institut

.....

Unterschrift Einrichtung

Anhang 5: Letter of Intent (ambulant)

Teilnahmevereinbarung für die Begleitforschung zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo)

zwischen

Einrichtung/Pflegedienst: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

- nachfolgend „**Einrichtung**“ genannt -

und

der **BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH**, vertreten durch den Institutsleiter, Herrn Dr. Christof Veit, Wendenstr. 375, 20537 Hamburg

- nachfolgend „**BQS Institut**“ genannt -

Im Rahmen der Begleitforschung ExMo stimmt die Einrichtung der Teilnahme an folgenden Arbeitspaketen zu:

- Teilnahme an zwei weiteren Befragungen zur Mobilitätsförderung
- Auswahl von vier Pflegebedürftigen und Einholen der Einverständniserklärung von diesen ausgewählten Personen
- Teilnahme an der Online-Schulung zum Assessment von Mobilität und Lebensqualität
- Durchführung eines Assessments von Mobilität und Lebensqualität bei den vier ausgewählten Pflegebedürftigen zu Beginn und gegen Ende des Projekts.

Für die Teilnahme an der Begleitforschung fallen für die Einrichtung keine Kosten an.

Das BQS Institut sichert zu, alle im Projektverlauf zu seiner Kenntnis gelangten vertraulichen Informationen datenschutzkonform zu behandeln. Die Einrichtung sichert zu, alle im Projekt erlangten vertraulichen Materialien und Informationen nicht an Dritte weiterzugeben.

Hamburg, 25. Juli 2024

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift BQS Institut

.....

Unterschrift Einrichtung

Anhang 6: Auswahlkriterien Pflegebedürftige (stationär)

Auswahlkriterien Pflegebedürftige für das Assessment der Lebensqualität, sozialen Teilhabe und Mobilität

Für das Assessment der Lebensqualität, sozialen Teilhabe und Mobilität sind Pflegebedürftige in Ihrer Einrichtung einzubinden. Um die Auswahlkriterien für die Pflegebedürftigen festzulegen, wurden die Angaben aller teilnehmenden Einrichtungen aus der ersten Online-Befragung herangezogen.

Aus diesen Angaben wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Pflegebedürftigen für das Assessment der Lebensqualität, sozialen Teilhabe und Mobilität festgelegt, welche in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind. Teilstationäre Einrichtungen werden zur Gruppe der stationären Einrichtungen gezählt.

Tabelle: Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Pflegebedürftigen

Kriterien	Stationäre Einrichtungen (Pflegebedürftige n = mindestens 7)
Einschlusskriterien	- ab Pflegegrad 2 bis 4 → nach Möglichkeit sollten pro Pflegegrad zwei Pflegebedürftige ausgewählt werden (ansonsten auffüllen aus den anderen Pflegegraden)
	- es sollten mind. 5 auskunftsfähige Pflegebedürftige eingeschlossen werden (mindestens einfache Auskunftsfähigkeit)
	- Deutsch-Kenntnisse (Verständnis Befragungsinhalte)
Ausschlusskriterien	- Pflegebedürftige mit ausschließlich SGB V Leistungen - Fehlende Deutsch-Kenntnisse der Pflegebedürftigen - Einverständniserklärung der Pflegebedürftigen oder der Angehörigen kann nicht erlangt werden - Voraussichtlich kein Zweit-Assessment möglich - Ethisch oder aus anderen Gründen der Machbarkeit nicht zumutbar (z.B. präfinale Patient:innen, palliativ behandelte Patient:innen)

Es wurden folgende **Einschlusskriterien** festgelegt:

- **Pflegegrade:** In Ihrer Einrichtung sollen Pflegebedürftige aus den Pflegegraden 2 bis 4 einbezogen werden. Da der Pflegegrad 1 nur in wenigen Einrichtungen vertreten ist, wird dieser nicht miteinbezogen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 5 sollen nicht einbezogen

werden, was sich mit der geringeren Anzahl an Pflegebedürftigen und der ethischen Machbarkeit erklärt.

- **Auskunfts-fähigkeit:** Der Fragebogen für die Mobilität ist sowohl für auskunfts-fähige als auch nicht auskunfts-fähige Pflegebedürftige geeignet. Für den Bereich der Lebensqualität und sozialen Teilhabe gibt es zwei unterschiedliche Fragebögen für die auskunfts-fähigen und die nicht-auskunfts-fähigen Pflegebedürftigen. Bei dem Großteil der einzubeziehenden Pflegebedürftigen soll es sich um auskunfts-fähige Pflegebedürftige handeln (mindestens einfache Auskunfts-fähigkeit).
- **Deutsch-Kenntnisse:** Alle Pflegebedürftigen müssen über sichere Deutsch-Kenntnisse verfügen, um die Fragen zur Lebensqualität, sozialen Teilhabe und Mobilität beantworten zu können.

Es wurden folgende **Ausschlusskriterien** festgelegt:

- **SGB V Leistungen:** Sofern Pflegebedürftige ausschließlich mit Leistungen nach SGB V versorgt werden, handelt es sich in der Regel nur um eine temporäre Betreuung. Damit würden diese Pflegebedürftigen für das Zweit-Assessment der Ergebnis-Outcomes nicht zur Verfügung stehen, sodass solche Pflegebedürftige nicht in die Begleitforschung einzubeziehen sind.
- **Deutsch-Kenntnisse:** Wie oben beschrieben, sind sichere Deutsch-Kenntnisse eine wichtige Anforderung, um die Befragungsergebnisse nicht durch fehlende Deutsch-Kenntnisse zu verfälschen.
- **Einverständniserklärung Pflegebedürftige:** Es ist zwingend erforderlich, dass eine Einverständniserklärung von bzw. für die Pflegebedürftigen zur Teilnahme und Datenverarbeitung vorliegt, ggf. durch Ihre Angehörigen gegeben. Sofern diese nicht erlangt werden kann, können die Pflegebedürftigen nicht in die Begleitforschung einbezogen werden.
- **Voraussichtlich kein Zweit-Assessment möglich:** Sofern bereits absehbar ist, dass die / der Pflegebedürftige voraussichtlich nicht für ein Zweit-Assessment der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe zur Verfügung steht (z.B. aufgrund eines Betreuungswechsels o.ä.), sind diese nicht für die Begleitforschung auszuwählen.
- **Ethische Gründe / Gründe der Machbarkeit:** Sofern ethische oder andere Gründe der Machbarkeit dagegen sprechen (z.B. präfinale Patient:innen, palliativbehandelte Patient:innen; gehörlose Pflegebedürftige), sind diese Pflegebedürftigen nicht in die Begleitforschung einzubeziehen.

Anhang 7: Auswahlkriterien Pflegebedürftige (ambulant)

Auswahlkriterien Pflegebedürftige für das Assessment der Lebensqualität, sozialen Teilhabe und Mobilität

Für das Assessment der Lebensqualität, sozialen Teilhabe und Mobilität sind Pflegebedürftige in Ihrer Einrichtung einzubinden. Um die Auswahlkriterien für die Pflegebedürftigen festzulegen, wurden die Angaben aller teilnehmenden Einrichtungen aus der ersten Online-Befragung herangezogen.

Aus diesen Angaben wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Pflegebedürftigen für das Assessment der Lebensqualität, sozialen Teilhabe und Mobilität festgelegt, welche in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind.

Tabelle: Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Pflegebedürftigen

Kriterien	Ambulante Einrichtungen (Pflegebedürftige n = 4)
Einschlusskriterien	- Pflegegrad 1 bis 4 → nach Möglichkeit sollte pro Pflegegrad ein Pflegebedürftiger ausgewählt werden. (ansonsten auffüllen aus den anderen Pflegegraden)
	- es sollten mind. 3 auskunftsfähige Pflegebedürftige eingeschlossen werden (mindestens einfache Auskunftsfähigkeit)
	- Deutsch-Kenntnisse (Verständnis Befragungsinhalte)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegebedürftige mit ausschließlich SGB V Leistungen - Fehlende Deutsch-Kenntnisse der Pflegebedürftigen - Einverständniserklärung der Pflegebedürftigen oder der Angehörigen kann nicht erlangt werden - Voraussichtlich kein Zweit-Assessment möglich - Ethisch oder aus anderen Gründen der Machbarkeit nicht zumutbar (z.B. präfinale Patient:innen, palliativ behandelte Patient:innen)

Es wurden folgende **Einschlusskriterien** festgelegt:

- **Pflegegrade:** In ambulanten Einrichtungen sollen Pflegebedürftige mit Pflegegrade 1 bis 4 einbezogen werden. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 5 sollen nicht einbezogen werden, was sich mit der geringeren Anzahl an Pflegebedürftigen und der ethischen Machbarkeit erklärt.

- **Auskunfts-fähigkeit:** Der Fragebogen für die Mobilität ist sowohl für auskunfts-fähige als auch nicht auskunfts-fähige Pflegebedürftige geeignet. Für den Bereich der Lebensqualität und sozialen Teilhabe gibt es zwei unterschiedliche Fragebögen für die auskunfts-fähigen und die nicht-auskunfts-fähigen Pflegebedürftigen. Bei dem Großteil der einzubeziehenden Pflegebedürftigen soll es sich um auskunfts-fähige Pflegebedürftige handeln (mindestens einfache Auskunfts-fähigkeit).
- **Deutsch-Kenntnisse:** Alle Pflegebedürftigen müssen über sichere Deutsch-Kenntnisse verfügen, um die Fragen zur Lebensqualität, soziale Teilhabe und Mobilität beantworten zu können.

Es wurden folgende **Ausschlusskriterien** festgelegt:

- **SGB V Leistungen:** Sofern Pflegebedürftige ausschließlich mit Leistungen nach SGB V versorgt werden, handelt es sich in der Regel nur um eine temporäre Betreuung. Damit würden diese Pflegebedürftigen für das Zweit-Assessment der Ergebnis-Outcomes nicht zur Verfügung stehen, sodass solche Pflegebedürftige nicht in die Begleitforschung einzubeziehen sind.
- **Deutsch-Kenntnisse:** Wie oben beschrieben, sind sichere Deutsch-Kenntnisse eine wichtige Anforderung, um die Befragungsergebnisse nicht durch fehlende Deutsch-Kenntnisse zu verfälschen.
- **Einverständniserklärung Pflegebedürftige:** Es ist zwingend erforderlich, dass eine Einverständniserklärung von bzw. für die Pflegebedürftigen zur Teilnahme und Datenverarbeitung vorliegt. Sofern diese nicht erlangt werden kann, können die Pflegebedürftigen nicht in die Begleitforschung einbezogen werden.
- **Voraussichtlich kein Zweit-Assessment möglich:** Sofern bereits absehbar ist, dass die / der Pflegebedürftige voraussichtlich nicht für ein Zweit-Assessment der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe zur Verfügung steht (z.B. aufgrund eines Betreuungswechsels o.ä.), sind diese nicht für die Begleitforschung auszuwählen.
- **Ethische Gründe / Gründe der Machbarkeit:** Sofern ethische oder andere Gründe der Machbarkeit dagegen sprechen (z.B. präfinale Patient:innen, palliativ behandelte Patient:innen; gehörlose Pflegebedürftige), sind diese Pflegebedürftigen nicht in die Begleitforschung einzubeziehen.

Anhang 8: Informationsschreiben Assessment (stationär)

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit Wendenstraße 375 20537 Hamburg

Dr. Christof Veit
Institutsleiter

Wendenstraße 375
20537 Hamburg
exmo@bqs.de
Telefon 040-254078-60
Telefax 040- 254078- 48

www.bqs.de

Hamburg, 25.11.2022

Evaluation des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo) im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege Informationsschreiben zu den Assessments

Sehr geehrte Vertreter:in Ihrer Pflegeeinrichtung,

wir freuen uns sehr, dass Sie und Ihre Pflegeeinrichtung die Begleitforschung des Expertenstandards Mobilität in der Pflege durch Ihre Teilnahme an den Assessments maßgeblich unterstützen. Vielen Dank dafür!

Heute möchten wir Ihnen einige weitere Informationen zum Verfahren zukommen lassen:

- Wir werden – Ihr Einverständnis voraussetzend - Ihren **Namen, Ihre Telefonnummer sowie Ihre E-Mail Adresse** an die Pflegeexpert:in weiterleiten, die Ihre Einrichtung betreut. Unsere Pflegeexpert:innen haben bereits eine umfassende Vertraulichkeitserklärung unterzeichnet. Der/die Pflegeexpert:in wird sich bezüglich der Terminfindung für die Assessments bei Ihnen melden.
- Sie haben bereits die **Auswahlkriterien** für die Pflegebedürftigen für das Assessment erhalten (im Anhang nochmals beigelegt). Bitte wählen Sie mindestens sieben Pflegebedürftige für das Assessment aus, die den Auswahlkriterien entsprechen.
- Im Anhang finden Sie eine Liste mit **Pseudonymen**. Bitte ordnen Sie jedem Pseudonym jeweils einen/eine Pflegebedürftige, die Sie für die Assessments ausgewählt haben, zu.
- Bitte holen Sie die **Einverständniserklärung** des/der Pflegebedürftigen oder stellvertretend die Einverständniserklärung eine:r bevollmächtigten Person ein. Eine Vorlage hierzu ist im Anhang beigelegt.
- Bitte machen Sie eine **Kopie der Pseudonymliste** und überreichen Sie diese am Assessmenttag dem/der Pflegeexpert:in.
- Ziel der Assessments ist es, die Mobilität, Lebensqualität und soziale Teilhabe bei den von Ihnen ausgewählten Pflegebedürftigen zu erheben. Die Assessments werden aus Gründen der wissenschaftlichen Neutralität und zu Ihrer Entlastung durch unsere Pflegeexpert:innen durchgeführt.
- Hierzu werden **standardisierte Messinstrumente** genutzt. Dies sind beispielsweise der WHOQOL-BREF (Erhebung der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe) und der EBoMo (Erhebung des Mobilitätsstatus). Außerdem wird der/die Pflegeexpert:in ein Resümee der Assessments anfertigen. Alle Pflegeexpert:innen sind im Umgang mit den Messinstrumenten geschult. Beim gesamten

Assessment soll stets die Fürsorgepflicht für die Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Alle Pflegeexpert:innen sind darauf vorbereitet, das Assessment für die Pflegebedürftigen so angenehm wie möglich zu gestalten und mögliche Belastungen für diese so weit wie möglich zu vermeiden.

- Da für die Begleitforschung auch die Berücksichtigung nicht auskunftsfähiger Personen relevant ist, wird zu Beginn jedes Assessments der **Mini Mental Status Test (MMST Test)** durchgeführt. Ist die Auskunftsfähigkeit von Pflegebedürftigen eingeschränkt, so werden alternative Messinstrumente eingesetzt, wie im Gesamtkonzept beschrieben. Sofern das Ergebnis des MMST für eine pflegebedürftige Person in Ihrer Einrichtung bereits vorliegt (nicht älter als 8 Wochen), teilen Sie dem/der Pflegeexpert:in bitte das Ergebnis sowie das Erhebungsdatum des Tests mit. In solchen Fällen kann auf die Durchführung dieses Tests verzichtet werden.
- Wir bitten Sie auch, wenn möglich die **fünf mobilitätsbezogenen Indikatordaten** des/der ausgewählten Pflegebedürftigen am Assessmenttag bereit zu halten, so dass diese in der Dokumentation berücksichtigt werden können. Anbei finden Sie eine Vorlage für die mobilitätsbezogenen Angaben; gerne können Sie diese auch vorausfüllen und dem/der Pflegeexpert:in am Assessmenttag übergeben. **Bitte beachten Sie dabei: Wir dürfen und wollen keine personenbezogenen Daten erhalten, sondern ausschließlich die pseudonymisierten Daten.**
- Planen Sie bitte den **Assessmenttag** so, dass der Ablauf für die einzelnen Pflegebedürftigen möglichst gut passt. Wenn ein:e Pflegebedürftige:r nachmittags sehr schläfrig ist, wäre es z. B. gut, wenn der/die Pflegebedürftige vormittags für das Assessment zur Verfügung steht.
- Bitte stellen Sie sicher, dass am Assessmenttag **eine Ansprechperson Ihrer Einrichtung für die/den Pflegeexpert:in zur Verfügung steht**. Dadurch, dass auch nicht auskunftsfähige Pflegebedürftige in das Assessment einbezogen werden können, sind wir in diesen Fällen auf eine Fremdeinschätzung durch Ihre Pflegenden angewiesen. Versuchen Sie bitte, dass am Assessmenttag eine pflegende Person zur Verfügung steht, die den/die Pflegebedürftige:n gut kennt.
- Auf der Liste mit den Pseudonymen finden Sie Platz für 14 Pflegebedürftige. Ursprünglich sind wir von einer Anzahl von sieben Pflegebedürftigen ausgegangen. Um die Aussagekraft der Studie erhöhen zu können, wäre es sehr hilfreich, wenn das Assessment bei 14 Pflegebedürftigen in Ihrer Einrichtung durchgeführt werden könnte. Dann käme der/die Pflegeexperte an zwei Tagen in Ihre Einrichtung. Ansonsten entstehen für Sie keine Mehraufwände. Dies würde die Aussagekraft der Begleitforschung sehr unterstützen. Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitwirkung besonders in diesem Punkt!

Was brauchen wir von Ihnen?

- Bitte holen Sie die **Einverständniserklärung direkt bei den Pflegebedürftigen** bzw. bei einer bevollmächtigten Person ein und halten diese am Assessmenttag in einer Kopie vor. Die Einverständniserklärung verbleibt bei Ihnen. Bitte senden Sie uns eine kurze schriftliche Bestätigung zu, wenn alle Einverständniserklärungen vorliegen.

- Halten Sie am Assessmenttag bitte die **mobilitätsbezogenen Indikatordaten** der ausgewählten Pflegebedürftigen vor. Sofern möglich, übertragen Sie die angefragten Daten je Pflegebedürftige:r bereits in das beigefügte Dokument.
- Wir freuen uns außerdem über **eine Rückmeldung, bei wie vielen Pflegebedürftigen das Assessment in Ihrer Einrichtung durchgeführt werden kann.**

Wir wissen, dass Sie in den Pflegeeinrichtungen über die Maßen schon allein durch die Aufgaben der Pflege belastet sind. Umso mehr möchten wir uns für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme und zur Unterstützung dieser für die Pflege wichtigen Untersuchung herzlich bedanken. Bei Fragen stehen wir gerne unter exmo@bqs.de oder 040-254078 60 zur Verfügung.

Wir freuen uns auf die spannende Fortführung des Projekts mit Ihnen.

Herzlichen Gruß

Dr. Christof Veit
Institutsleiter

Anhang 9: Informationsschreiben Assessment (ambulant)

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit Wendenstraße 375 20537 Hamburg

Dr. Christof Veit
Institutsleiter

Wendenstraße 375
20537 Hamburg
exmo@bqs.de
Telefon 040-254078-60
Telefax 040- 254078- 48

www.bqs.de

Hamburg, 09.12.2022

Evaluation des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo) im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege **Informationsschreiben zu den Assessments**

Sehr geehrte Vertreter:in Ihres Pflegedienstes,

wir freuen uns sehr, dass Sie und Ihr Pflegedienst die Begleitforschung des Expertenstandards Mobilität in der Pflege durch Ihre Teilnahme an den Assessments maßgeblich unterstützen. Vielen Dank dafür!

Heute möchten wir Ihnen einige weitere Informationen zum Verfahren zukommen lassen:

- Anbei finden Sie die **Auswahlkriterien** für die Pflegebedürftigen für das Assessment (im Anhang beigefügt). Bitte wählen Sie mindestens vier Pflegebedürftige für das Assessment aus, die den Auswahlkriterien entsprechen.
- Im Anhang finden Sie eine Liste mit **Pseudonymen**. Bitte ordnen Sie jedem Pseudonym jeweils einen/eine Pflegebedürftige, die Sie für die Assessments ausgewählt haben, zu. Bitte bewahren Sie diese Liste gut auf, da diese essentiell für das Zweitassessment ist.
- Bitte holen Sie die **Einverständniserklärung** des/der Pflegebedürftigen oder stellvertretend die Einverständniserklärung einer bevollmächtigten Person ein. Eine Vorlage hierzu ist im Anhang beigefügt.
- Die Assessments sollen bitte Pflegefachkräfte Ihres Pflegedienstes durchführen, die Sie selbst auswählen können. Sie entscheiden auch, ob nur eine Pflegefachkraft die vier Assessments durchführen wird, oder dies auf mehrere Teammitglieder verteilt wird. Bitte machen Sie eine **Kopie der Pseudonymliste** und überreichen Sie diese jeder Pflegefachkraft, die ein Assessment durchführen wird.
- Ziel der Assessments ist es, die Mobilität, Lebensqualität und soziale Teilhabe bei den von Ihnen ausgewählten Pflegebedürftigen zu erheben.
- Hierzu werden **standardisierte Messinstrumente** genutzt. Dies sind beispielsweise der WHOQOL-BREF (Erhebung der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe) und der EBoMo (Erhebung des Mobilitätsstatus). Außerdem soll bitte ein Resümee der Assessments angefertigt werden. Alle dazu ausgewählten Pflegefachkräfte werden im Umgang mit den Messinstrumenten geschult. Eine Terminabfrage zur Festlegung von Schulungsterminen wurde bereits versendet. Beim gesamten Assessment soll stets die Fürsorgepflicht für die Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Alle

Pflegefachkräfte bitten wir darauf zu achten, dass das Assessment für die Pflegebedürftigen so angenehm wie möglich gestaltet wird und mögliche Belastungen für diese so weit wie möglich vermieden werden.

- Da für die Begleitforschung auch die Berücksichtigung nicht auskunftsfähiger Personen relevant ist, wird zu Beginn jedes Assessments der **Mini Mental Status Test (MMST Test)** durchgeführt. Ist die Auskunftsfähigkeit von Pflegebedürftigen eingeschränkt, so werden alternative Messinstrumente eingesetzt, wie im Gesamtkonzept beschrieben. Sofern das Ergebnis des MMST für eine pflegebedürftige Person in Ihrer Einrichtung bereits vorliegt (nicht älter als 8 Wochen), kann dieses genutzt werden. Teilen Sie dies bitte der/den Pflegefachkräften mit. In solchen Fällen kann auf die Durchführung dieses Tests verzichtet werden.
- Planen Sie bitte den **Assessmenttag** so, dass der Ablauf für die einzelnen Pflegebedürftigen möglichst gut passt. Wenn ein:e Pflegebedürftige:r nachmittags sehr schläfrig ist, wäre es z. B. gut, wenn der/die Pflegebedürftige vormittags für das Assessment zur Verfügung steht.
- Dadurch, dass auch nicht auskunftsfähige Pflegebedürftige in das Assessment einbezogen werden können, sind wir in diesen Fällen auf eine Fremdeinschätzung durch Ihre Pflegenden angewiesen. Versuchen Sie bitte, dass am Assessmenttag eine Pflegefachkraft, die den/die Pflegebedürftige:n gut kennt, das Assessment durchführt.
- Auf der Liste mit den Pseudonymen finden Sie Platz für acht Pflegebedürftige. Ursprünglich sind wir von einer Anzahl von vier Pflegebedürftigen ausgegangen. Um die Aussagekraft der Studie erhöhen zu können, wäre es sehr hilfreich, wenn das Assessment bei acht Pflegebedürftigen in Ihrer Einrichtung durchgeführt werden könnte. Sofern dies für Sie machbar ist, freuen wir uns über eine kurze Rückmeldung. Dies würde die Aussagekraft der Begleitforschung sehr unterstützen. Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitwirkung besonders in diesem Punkt!

Was brauchen wir von Ihnen?

- Bitte holen Sie die **Einverständniserklärung direkt bei den Pflegebedürftigen** bzw. bei einer bevollmächtigten Person ein. Die Einverständniserklärung verbleibt bei Ihnen. Bitte senden Sie uns eine kurze schriftliche Bestätigung zu, wenn alle Einverständniserklärungen vorliegen.
- Wir freuen uns außerdem über **eine Rückmeldung, bei wie vielen Pflegebedürftigen das Assessment in Ihrer Einrichtung durchgeführt werden kann.**

Wir wissen, dass Sie in den Pflegeeinrichtungen über die Maßen schon allein durch die Aufgaben der Pflege belastet sind. Umso mehr möchten wir uns für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme und zur Unterstützung dieser für die Pflege wichtigen Untersuchung herzlich bedanken. Bei Fragen stehen wir gerne unter exmo@bqs.de oder 040-254078 60 zur Verfügung.

Wir freuen uns auf die spannende Fortführung des Projekts mit Ihnen.

Herzlichen Gruß

Dr. Christof Veit
Institutsleiter

Anhang 10: Informationsblatt Einverständniserklärung

Informationsblatt zur Einverständniserklärung für die Erhebung von Mobilität und Lebensqualität im Rahmen der Evaluation des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo)

Sehr geehrte Damen und Herren,

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen informieren wir, die BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH, als Verantwortliche im datenschutzrechtlichen Sinne, Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erhebungen der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe und dessen Verarbeitung und Auswertung.

1. Datenverarbeitung

Gemäß den gesetzlichen Grundsätzen der Zweckbindung und Datenminimierung verarbeiten wir in Bezug auf die Erhebung der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe nur die notwendigen personenbezogenen Daten. Die nachfolgende Übersicht zeigt Ihnen, welche Daten wir für welchen Zweck verarbeiten. Ebenso werden die Empfänger und Löschfristen der Daten dargestellt:

Datenkategorie	Zweck	Rechtsgrundlage	Empfänger	Löschfristen
Erhebung der kognitiven Fähigkeiten	Datenerhebung und -auswertung	Art. 6 Abs. 1 lit. a: Einwilligung	Interne Projektmitarbeitende	Projektende (max. 2 Jahre)
Erhebung der Mobilität	Datenerhebung und -auswertung	Art. 6 Abs. 1 lit. a: Einwilligung	Interne Projektmitarbeitende	Projektende (max. 2 Jahre)
Erhebung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe	Datenerhebung und -auswertung	Art. 6 Abs. 1 lit. a: Einwilligung	Interne Projektmitarbeitende	Projektende (max. 2 Jahre)
Erhebung mobilitätsbezogene Indikatorendaten	Datenerhebung und -auswertung	Art. 6 Abs. 1 lit. a: Einwilligung	Interne Projektmitarbeitende	Projektende (max. 2 Jahre)

2. Ihre Rechte

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die nachfolgenden Rechte uns gegenüber in Anspruch zu nehmen:

- Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DS-GVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)
- Recht auf Widerspruch (Art. 21 DS-GVO)

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen Datenschutzvorschriften verstößt, steht Ihnen ein Beschwerderecht gegenüber der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu.

3. Verantwortliche Abteilung und Datenschutzbeauftragter

Sollten Sie zu der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erhebung der Mobilität und Lebensqualität Fragen haben oder Ihre Rechte in Anspruch nehmen wollen, dann können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden:

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
DER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTE
Wendenstraße 375
20537 Hamburg

Mit freundlichen Grüßen aus Hamburg,

Dr. Christof Veit
Institutsleiter
für das Evaluationsteam

Anhang 11: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Assessments pro pflegebedürftiger Person (stationär)

Einverständniserklärung für die Erhebung von Mobilität und Lebensqualität im Rahmen der Evaluation des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo)

Für Pflegebedürftige ist es sehr wichtig, dass regelmäßig ihre Beweglichkeit gefördert wird. Sie sollen sich möglichst lange selbstständig bewegen können und so am Leben mit ihren Angehörigen und anderen Menschen teilnehmen können. Beweglichkeit ermöglicht viele Arten der Lebensfreude.

Das BQS Institut möchte im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege wissenschaftlich untersuchen, wie diese Beweglichkeit der Pflegebedürftigen am besten gefördert und erhalten werden kann. Ihre Einrichtung, die Sie pflegt, hat sich bereit erklärt, uns bei dieser wichtigen Studie zu unterstützen.

Unsere erfahrenen Pflegeexpert:innen möchten erfahren, wie es Ihnen insgesamt geht und wie gut Sie sich bewegen können. Dazu wollen wir Sie auch befragen. In ein paar Monaten wollen wir Sie erneut befragen und ihre Beweglichkeit feststellen. Auf diese Weise können wir sehen, ob die Maßnahmen für eine gute Beweglichkeit Ihnen geholfen haben.

Das Gespräch mit Ihnen und eventuell auch ein kleiner Beweglichkeitstest werden ungefähr 45 min dauern. Das ist sehr abwechslungsreich und wir machen es so, dass es für Sie keine Belastung darstellt. Das ist uns wichtig.

Natürlich ist uns auch wichtig, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden. Ihre persönlichen Daten bleiben daher in ihrer Pflegeeinrichtung. Wir erhalten die Informationen über die Feststellung Ihrer Beweglichkeit und Ihrer Lebensqualität ohne die persönlichen Informationen. Der Schutz Ihrer Daten hat große Wichtigkeit!

Daher gilt Folgendes:

- Die Teilnahme ist für Sie freiwillig.
- Ihnen entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme Nachteile.
- Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.
- Es werden keine personenbezogenen Angaben (Name) oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, an Dritte weitergegeben.
- Alle Informationen werden nur pseudonymisiert verwendet, um die Vertraulichkeit gewährleisten zu können.

Alle im Zusammenhang mit dieser Evaluation erhobenen Daten werden nach Beendigung des Projektes gelöscht. Wir bitten um Ihre Zustimmung, an unserer Studie teilzunehmen und dass wir Ihre pseudonymisierten Daten für unsere Auswertungen nutzen dürfen.

Wenn Sie noch Fragen haben, kann Ihre Pflegeeinrichtung oder unsere Pflegeexpertin Ihnen helfen.

Hier können Sie Ihre **Einverständniserklärung** abgeben:

Ich erkläre hiermit, dass ich über den Inhalt und Zweck der Studie und der Datenerhebungen informiert wurde. Ich bin mit der Nutzung meiner pseudonymisierten Daten wie beschrieben einverstanden. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass ich jederzeit dieses Einverständnis ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort und Datum: _____

Name der Pflegebedürftigen Person: _____

Unterschrift: _____

Wenn die pflegebedürftige Person ihr Einverständnis nicht geben kann, kann dies auch durch eine bevollmächtigte Person gegeben werden.

Einverständniserklärung durch eine Person, die die Vollmacht hat, die oder den Pflegebedürftigen zu vertreten:

Ort und Datum: _____

Name der bevollmächtigten Person: _____

Bezug zur pflegebedürftigen Person: _____

Unterschrift: _____

Anhang 12: Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Assessments pro Pflegebedürftiger Person (ambulant)

Einverständniserklärung für die Erhebung von Mobilität und Lebensqualität im Rahmen der Evaluation des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo)

Für Pflegebedürftige ist es sehr wichtig, dass regelmäßig ihre Beweglichkeit gefördert wird. Sie sollen sich möglichst lange selbstständig bewegen können und so am Leben mit ihren Angehörigen und anderen Menschen teilnehmen können. Beweglichkeit ermöglicht viele Arten der Lebensfreude.

Das BQS Institut möchte im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege wissenschaftlich untersuchen, wie diese Beweglichkeit der Pflegebedürftigen am besten gefördert und erhalten werden kann. Ihr Pflegedienst, der Sie pflegt, hat sich bereit erklärt, uns bei dieser wichtigen Studie zu unterstützen.

Ihre Pflegekraft wird Ihnen ein paar Fragen stellen, wie es Ihnen geht, und sie wird messen, wie gut Sie sich bewegen können. In ein paar Monaten soll das wiederholt werden, um zu sehen, ob die Maßnahmen Ihnen geholfen haben.

Dies wird ungefähr 45 min dauern. Es ist sehr abwechslungsreich und wird so gemacht, dass es für Sie keine Belastung darstellt. Das ist uns wichtig.

Natürlich ist uns auch wichtig, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden. Ihre persönlichen Daten bleiben daher in Ihrem Pflegedienst. Wir erhalten die Informationen über die Feststellung Ihrer Beweglichkeit und Ihrer Lebensqualität ohne die persönlichen Informationen. Der Schutz Ihrer Daten hat große Wichtigkeit!

Daher gilt Folgendes:

- Die Teilnahme ist für Sie freiwillig.
- Ihnen entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme Nachteile.
- Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.
- Es werden keine personenbezogenen Angaben (Name) oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, an Dritte weitergegeben.
- Alle Informationen werden nur pseudonymisiert verwendet, um die Vertraulichkeit gewährleisten zu können.

Alle im Zusammenhang mit dieser Evaluation erhobenen Daten werden nach Beendigung des Projektes gelöscht. Wir bitten um Ihre Zustimmung, an unserer Studie teilzunehmen und dass wir Ihre pseudonymisierten Daten für unsere Auswertungen nutzen dürfen.

Wenn Sie noch Fragen haben, kann Ihr Pflegedienst Ihnen helfen.

Hier können Sie Ihre **Einverständniserklärung** abgeben:

Ich erkläre hiermit, dass ich über den Inhalt und Zweck der Studie und der Datenerhebungen informiert wurde. Ich bin mit der Nutzung meiner pseudonymisierten Daten wie beschrieben einverstanden. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass ich jederzeit dieses Einverständnis ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort und Datum: _____

Name der Pflegebedürftigen Person: _____

Unterschrift: _____

Wenn die pflegebedürftige Person ihr Einverständnis nicht geben kann, kann dies auch durch eine bevollmächtigte Person gegeben werden.

Einverständniserklärung durch eine Person, die die Vollmacht hat, die oder den Pflegebedürftigen zu vertreten:

Ort und Datum: _____

Name der Pflegebedürftigen Person: _____

Name der bevollmächtigten Person: _____

Bezug zur pflegebedürftigen Person: _____

Unterschrift: _____

Anhang 13: Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Pseudonym des/der Befragten:

Erhebende:r Pflegeexpert:in:

Datum des Tests:

1. Aufgabe: Orientierung

Hinweis: Ab der sechsten Frage geht es darum, dass der aktuelle Aufenthaltsort genannt wird. Es geht konkret darum, ob die Person weiß, wo sie sich gerade befindet.

Frage	gelöst?	
	Ja	Nein
1. Welches Datum ist heute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Welche Jahreszeit haben wir gerade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Welches Jahr haben wir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Welcher Wochentag ist heute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Welcher Monat ist gerade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In welchem Bundesland befinden wir uns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. In welchem Landkreis/ welcher Stadt befinden wir uns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In welcher Stadt/ in welchem Stadtteil befinden wir uns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In welchem Krankenhaus/ welcher Pflegeeinrichtung sind wir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. In welcher Station/ welchem Stockwerk/ Wohnbereich/ welcher Etage sind wir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Aufgabe: Merkfähigkeit

Hinweis: Vorab wird die Person gefragt, ob sie mit einem kleinen Gedächtnistest einverstanden ist. Dann soll sie sich drei Begriffe merken, die langsam und deutlich genannt werden, im Anschluss soll die Person die drei Begriffe wiederholen. Dafür gibt es maximal sechs Versuche. Konnte sich die Person die drei Begriffe nicht merken, kann der Gedächtnistest nicht durchgeführt werden (siehe Aufgabe 4).

Begriffe	gemerkt?	
	Ja	Nein
11. Apfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schlüssel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Versuche (max. 6): <input type="text"/>		

3. Aufgabe: Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit

Hinweis:

1. Die betroffene Person wird aufgefordert, von 100 jeweils fünfmal 7 zu subtrahieren (abzuziehen). Jeder einz elne Rechenschritt wird einzeln gewertet.

2. Alternativ kann sie auch das Wort „STUHL“ rückwärts buchstabieren. Die Punktzahl ergibt sich dann aus der Anzahl der Buchstaben, die in der richtigen Reihenfolge genannt wurden.

Antwort 1	Antwort 2	gelöst?	
		Ja	Nein
14. 93	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 86	H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 79	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 72	T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 65	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aufgabe: Erinnerungsfähigkeit

Hinweis: Die Person soll nun jene drei Begriffe nennen, die er sich bei der Aufgabe 2 „Merkfähigkeit“ (s. Seite 1) merken sollte

	Begriffe	gemerkt?	
		Ja	Nein
19.	Apfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Schlüssel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

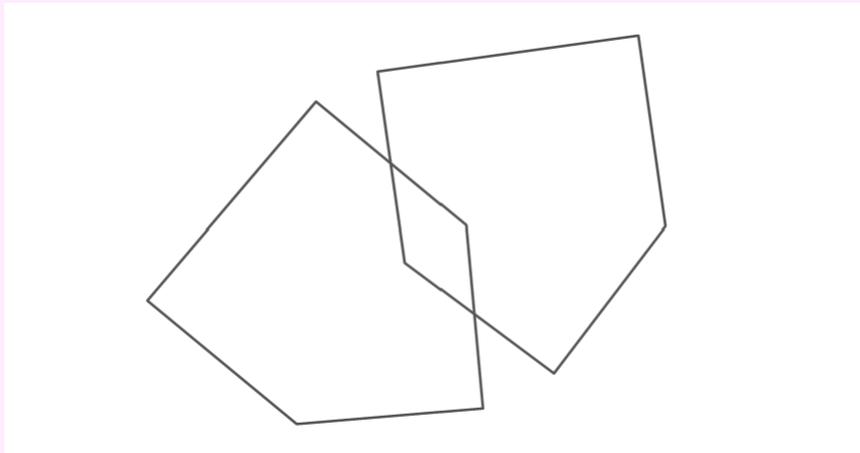
5. Aufgabe: Sprache

Hinweis: Der Person werden Gegenstände (Uhr und Bleistift) gezeigt – diese muss sie richtig benennen.

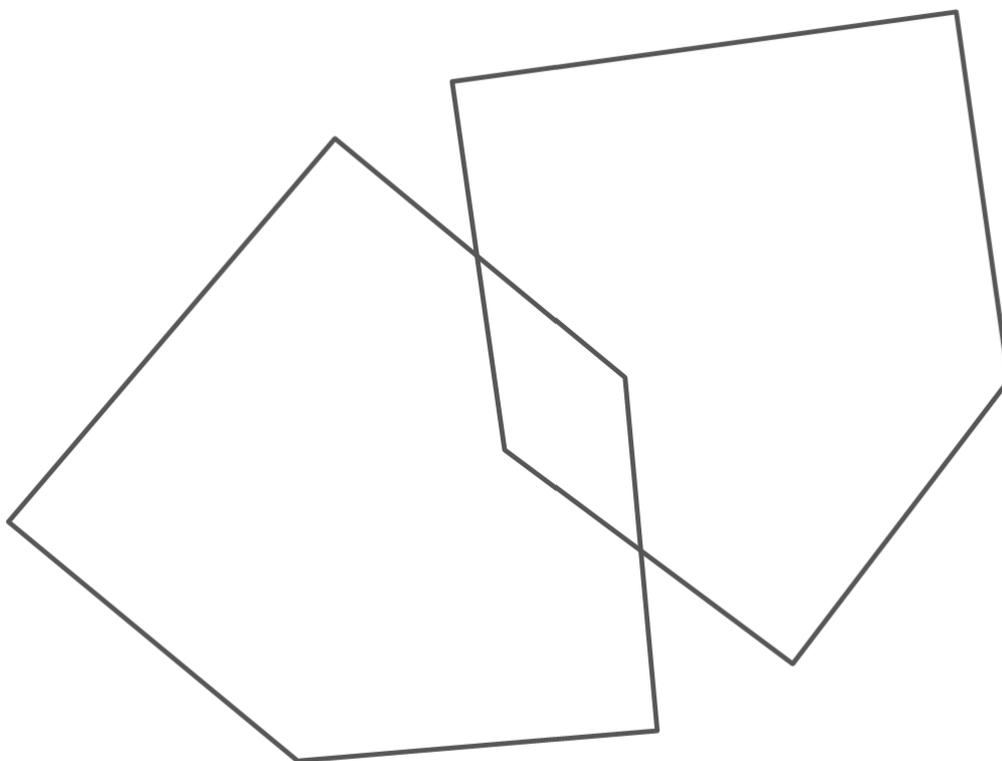
	Frage	gelöst?	
		Ja	Nein
22.	Was ist das? Armbanduhr benennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Was ist das? Bleistift/ Kugelschreiber benennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Nachsprechen des Satzes „Kein wenn und oder aber“ (maximal drei Wiederholungen). Die Person muss genau diesen Satz wiederholen und hat dafür nur einen Versuch. Wenn sie die Redewendung „Kein Wenn und Aber“ benutzt, ist dies falsch.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25-27	Kommandos befolgen: Die Person erhält ein Blatt Papier und dazu drei Kommandos, die nur einmal wiederholt werden. Es gibt einen Punkt für jedes Kommando, das korrekt befolgt wird.		
25.	„Nehmen Sie bitte das Blatt Papier.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	„Falten Sie es bitte in der Mitte.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	„Lassen Sie es auf den Boden fallen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Schriftliche Anweisung befolgen: Schreiben Sie auf ein Blatt Papier die Anweisung „AUGEN ZU“ und prüfen Sie, ob der Proband darauf reagiert und die Augen schließt. Die Buchstaben müssen so groß sein, dass sie auch bei eingeschränktem Sehvermögen noch gut lesbar sind. „Ja“ wird angekreuzt, wenn die schriftliche Anweisung auch wirklich befolgt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Mündliche Anweisung „Schreiben Sie bitte irgendeinen Satz!“ Es wird kein Satz diktiert, der Klient muss spontan irgendeinen vollständigen Satz (Subjekt, Prädikat enthalten) schreiben. Grammatik oder Interpunktion sind nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. **Fünfeck nachzeichnen**

Auf einem Blatt Papier sind zwei sich überschneidende Fünfecke dargestellt. Der Klient soll diese so exakt wie möglich nachzeichnen. Alle 10 Ecken und auch jene 2, die sich überschneiden, müssen wiedergegeben werden (Siehe Anlage).



Anlage zu Frage 30



MMST, Hamburg, 15.11.2022, V.4

© BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH;

In Anlehnung an: MMST / MMSE » Mini-Mental-Status-Test / State Examination (pflege.de) [November 2022]

Anhang 14: EBoMo (stationär)

Erfassungsbogen „Mobilität“ (EBoMo) – für stationäre Einrichtungen

Pseudonym des:der Befragten: _____

Erhebende:r Pflegeexpert:in: _____

Datum: _____

Bemerkungen:	selbstständig	mit Hilfsmitteln	mit Personenhilfe	komplett unselbstständig	Handlungsbedarf
A1: POSITIONSWECHSEL IM BETT					
A1.1 Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A1.2 Stellt die Beine auf	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A1.1 – A1.2 (Summe der erzielten Punkte)					
A2: TRANSFER					
A2.1 Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A2.2 Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A2.3 Richtet den Oberkörper auf	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A2.1 – A2.3 (Summe der erzielten Punkte)					
A3: SITZEN IM STUHL					
A3.1 Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A3.2 Sitzt frei (Rumpfkontrolle) für _____ Minuten (falls nicht möglich 0 eintragen)	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A3.1 – A3.2 (Summe der erzielten Punkte)					
A4: STEHEN/ GEHEN/ TREPPEN STEIGEN					
A4.1 Hält beim Stehen das Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.2 Steht _____ Sekunden (falls nicht möglich 0 eintragen)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.3 Hält beim Gehen das Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.4 Geht auf der Ebene _____ Meter (falls nicht möglich 0 eintragen)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.5 Steigt Treppen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A4.1 – A4.5 (Summe der erzielten Punkte)					
A5: BEWEGUNG INNERHALB/ AUßERHALB DER EINRICHTUNG					
A5.1 Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>

A5.2 Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A5.1 – A5.2 (Summe der erzielten Punkte)					

EBoMo für stationäre Einrichtungen, Hamburg, 14.11.2022, V.4

© BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH;

https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw_pflege/EBoMo.pdf [November 2022]

Anhang 15: EBoMo (ambulant)

Erfassungsbogen „Mobilität“ (EBoMo) – für ambulante Einrichtungen

Pseudonym des:der Befragten: _____

Erhebende:r Pflegeexpert:in:

Datum:

Bemerkungen:					
	selbstständig	mit Hilfsmitteln	mit Personenhilfe	komplett unselbstständig	Handlungsbedarf
A1: POSITIONSWECHSEL IM BETT					
A1.1 Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A1.2 Stellt die Beine auf	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A1.1 – A1.2 (Summe der erzielten Punkte)					
A2: TRANSFER					
A2.1 Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A2.2 Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A2.3 Richtet den Oberkörper auf	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A2.1 – A2.3 (Summe der erzielten Punkte)					
A3: SITZEN IM STUHL					
A3.1 Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A3.2 Sitzt frei (Rumpfkontrolle) für _____ Minuten (falls nicht möglich 0 eintragen)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A3.1 – A3.2 (Summe der erzielten Punkte)					
A4: STEHEN/ GEHEN/ TREPPEN STEIGEN					
A4.1 Hält beim Stehen das Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.2 Steht _____ Sekunden (falls nicht möglich 0 eintragen)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.3 Hält beim Gehen das Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.4 Geht auf der Ebene _____ Meter (falls nicht möglich 0 eintragen)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A4.5 Steigt Treppen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A4.1 – A4.5 (Summe der erzielten Punkte)					

A5:	BEWEGUNG INNERHALB/ AUßERHALB DER WOHNUNG/ DES HAUSES					
A5.1	Bewegt sich innerhalb der Wohnung/ des Hauses	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
A5.2	Bewegt sich außerhalb der Wohnung/ des Hauses	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
GESAMT A5.1 – A5.2 (Summe der erzielten Punkte)						

EBoMo für ambulante Einrichtungen, Hamburg, 14.11.2022, V.3

© BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH; In Anlehnung an https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw_pflege/EBoMo.pdf [Nov. 2022]

Anhang 16: WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF Fragebogen

Pseudonym des:der Befragten: _____

Erhebende:r Pflegeexpert:in:

Datum: _____

Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der **vergangenen zwei Wochen**. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben, die sie brauchen, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

Über Sie

Ihr Geschlecht: männlich weiblich Wann sind Sie geboren? _____

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

Kein Abschluss Hauptschule Mittlere Reife

Fachhochschulreife Abitur

Fachhochschule Universität Postgraduiert (Dr.)

Was ist ihr Familienstand?

Allein lebend Getrennt lebend Mit Partner lebend

Verwitwet Geschieden Verheiratet

Sind Sie gegenwärtig krank? ja nein

Wenn ja, was ist Ihre Diagnose? _____

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Sehr Schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Wie gut können Sie ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Können Sie ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

In der folgenden Frage geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depressionen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen?

Ja

Nein

Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? _____ Minuten

Haben Sie irgendwelche Anmerkungen zu diesem Fragebogen?

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

WHOQOL, Hamburg, 15.11.2022, V.4

© BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH; Conrad et al. (2016). Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter. Wien: Hogrefe.

Anhang 17: QUALIDEM (stationär)

+

+

QUALIDEM – für stationäre Einrichtungen

Pseudonym des/der Befragten: _____

Erhebende:r Pflegeexpert:in: _____

Datum: _____

Bezogen auf die letzte Woche, die Person mit Demenz ...	Nie	Sehr selten	Selten	Manchmal	Oft	Häufig	Sehr häufig	Nicht zutreffend
1. macht unruhige Bewegungen	<input type="checkbox"/>							
2. hat Kontakt mit anderen Bewohnern	<input type="checkbox"/>							
3. hat eine zufriedene Ausstrahlung	<input type="checkbox"/>							
4. macht einen ängstlichen Eindruck	<input type="checkbox"/>							
5. ist verärgert	<input type="checkbox"/>							
6. kann Dinge im täglichen Leben genießen	<input type="checkbox"/>							
7. will nicht essen	<input type="checkbox"/>							
8. reagiert auf Kontaktaufnahme positiv	<input type="checkbox"/>							
9. hat Konflikte mit den Pflegenden	<input type="checkbox"/>							
10. genießt die Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>							
11. wird von anderen Bewohnern abgewiesen	<input type="checkbox"/>							
12. ist unruhig	<input type="checkbox"/>							
13. weist Kontakt mit anderen klar zurück	<input type="checkbox"/>							
14. hat ein Lächeln um den Mund	<input type="checkbox"/>							
15. hat eine angespannte Körpersprache	<input type="checkbox"/>							
16. weint	<input type="checkbox"/>							
17. schottet sich von der Umgebung ab	<input type="checkbox"/>							
18. möchte gern (im Bett) liegen	<input type="checkbox"/>							
19. nimmt Hilfe an	<input type="checkbox"/>							
20. ruft	<input type="checkbox"/>							
21. Stimmung lässt sich positiv beeinflussen	<input type="checkbox"/>							

Bemerkungen:

QUALIDEM – für stationäre Einrichtungen, Hamburg, 15.11.2022, V.3

© BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH; Dichter et al. (2011). Validity, reliability, and feasibility of a quality of life questionnaire for people with dementia. Z Gerontol Geriatr, 44(6), 405-410. doi: 10.1007/s00391-011-0235-9.

+ QUALIDEM

000 +

Anhang 18: QUALIDEM (ambulant)

+ +

QUALIDEM – für ambulante Einrichtungen

Pseudonym des/der Befragten: _____

Erhebende:r Pflegeexpert:in: _____

Datum: _____

Bezogen auf die letzte Woche, die Person mit Demenz ...	Nie	Sehr selten	Selten	Manchmal	Oft	Häufig	Sehr häufig	Nicht zutreffend
1. macht unruhige Bewegungen	<input type="checkbox"/>							
2. hat Kontakt mit anderen Personen	<input type="checkbox"/>							
3. hat eine zufriedene Ausstrahlung	<input type="checkbox"/>							
4. macht einen ängstlichen Eindruck	<input type="checkbox"/>							
5. ist verärgert	<input type="checkbox"/>							
6. kann Dinge im täglichen Leben genießen	<input type="checkbox"/>							
7. will nicht essen	<input type="checkbox"/>							
8. reagiert auf Kontaktaufnahme positiv	<input type="checkbox"/>							
9. hat Konflikte mit den Pflegenden	<input type="checkbox"/>							
10. genießt die Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>							
11. wird von anderen Personen abgewiesen	<input type="checkbox"/>							
12. ist unruhig	<input type="checkbox"/>							
13. weist Kontakt mit anderen klar zurück	<input type="checkbox"/>							
14. hat ein Lächeln um den Mund	<input type="checkbox"/>							
15. hat eine angespannte Körpersprache	<input type="checkbox"/>							
16. weint	<input type="checkbox"/>							
17. schottet sich von der Umgebung ab	<input type="checkbox"/>							
18. möchte gern (im Bett) liegen	<input type="checkbox"/>							
19. nimmt Hilfe an	<input type="checkbox"/>							
20. ruft	<input type="checkbox"/>							
21. Stimmung lässt sich positiv beeinflussen	<input type="checkbox"/>							

Bemerkungen:

QUALIDEM – für ambulante Einrichtungen, Hamburg, 15.11.2022, V.2

© BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH; In Anlehnung an: Dichter, M., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., Achterberg, W., & Halek, M. (2011). Validity, reliability, and feasibility of a quality of life questionnaire for people with dementia. *Z Gerontol Geriatr*, 44(6), 405-410. doi: 10.1007/s00391-011-0235-9.

+ QUALIDEMAMB

000 +

Anhang 19: Erstanschreiben Dokumentationspaket

Projekt ExMo - Ablauf und Erklärung der Dokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihre Unterstützung bei der Begleitforschung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ (ExMo).

Sie haben mit dem beigefügten Paket Unterlagen von uns erhalten, welche Sie für das Assessment der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe der Pflegebedürftigen stationärer Einrichtungen benötigen.

Bestandteile des Dokumentationspakets

Das Paket umfasst 14 vorbereitete Dokumentationspakete. Ein Dokumentationspaket besteht dabei aus:

- 1x Bogen: **Mini Mental Status Test (MMST)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Mobilität (EBoMo)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität** und **soziale Teilhabe** bei **auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**WHOQOL-BREF**)
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität** und **soziale Teilhabe** bei **nicht auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**QUALIDEM**)
- 1x Bogen: **Dokumentationsbogen des Erstassessments**
- 1x grüner Bogen: **Kurzresümee Erstassessment**
- 1x **Umschlag** mit einem **grünen Sticker** gekennzeichnet

Zusätzlich haben Sie von uns erhalten:

- 1x Bogen: **Gesamtresümee des Erstassessments**
- 1x vorfrankierten **Rücksendeumschlag**
- 1x **Umschlag** gekennzeichnet mit einem blauen Sticker

Erklärung der unterschiedlichen Bestandteile des Dokumentationspakets

- **MMST:** Dieser Bogen dient zur Einordnung der kognitiven Kompetenz der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **EBoMo:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Mobilität der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **WHOQOL-BREF:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch die Pflegebedürftigen auszufüllen.
- **QUALIDEM:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch Sie in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften des/der Pflegebedürftigen auszufüllen.
- **Dokumentationsbogen des Erstassessments:** Dieser Bogen dient Ihnen als allgemeine Übersicht über die durchzuführenden Assessments und zu erhebenden Daten je Pflegebedürftige:r. Schicken Sie uns diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **Kurzresümee des ersten Assessments:** Auf diesem grünen Bogen fassen Sie Ihre Einschätzungen zum ersten Assessment des/der Pflegebedürftigen zusammen.

- **Gesamtresümee des Erstassessments:** Zum Abschluss der Assessments fassen Sie bitte auf diesem Bogen Ihren Gesamteindruck zur Durchführung und Organisation von Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhalt in der Einrichtung zusammen. Schicken Sie diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **Vorfrankierter Umschlag:** In diesen an das BQS Institut vorfrankierten Umschlag legen Sie die dokumentierten Assessmentergebnisse des MMST, des EBoMo, des WHOQOL-BREF oder des QUALIDEM. Außerdem werden hier die Ergebnisse zu den Indikatorendaten beigefügt. Diesen Umschlag übersenden Sie an das BQS Institut. **Wichtig: Bitte beachten Sie, dass auf jedem Bogen das Pseudonym des/der Pflegebedürftigen zu notieren ist. Andernfalls können die Ergebnisse nicht verwertet werden.**
- **Umschlag mit dem grünen Sticker:** In diesen Umschlag mit dem grünen Sticker legen Sie bitte die grünen Bögen (Kurzresümee). **Wichtig: Bitte beachten Sie, dass auf jedem Bogen das Pseudonym des/der Pflegebedürftigen zu notieren ist.** Dieser Umschlag verbleibt bis zum Zweitassessment bei Ihnen. Bitte verwahren Sie diese Dokumente verschlossen bei sich auf, Sie werden diese Dokumente für das Zweitassessment benötigen.
- **Umschlag mit dem blauen Sticker:** In diesen Bogen legen Sie die kopierte Pseudonymliste der Einrichtungen. Bitte bewahren Sie die Liste gut und verschlossen auf. Sie werden diese für das Zweitassessment benötigen.

Ablaufbeispiel zur Datenerhebung in der Einrichtung

Schritte	Inhalt	Dauer
1.	Ankommen in der Einrichtung und Entgegennahme einer Kopie der Pseudonymliste der Pflegebedürftigen. Kurzes Gespräch zur Einführung mit dem/der Ansprechpartner:in seitens der Einrichtung für den Assessment-Tag.	
2.	Begrüßung und Vorstellung bei dem/der Pflegebedürftigen, Beginn der Ausfüllung des Dokumentationsbogens	5 Minuten
3.	Durchführung des MMST Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> - es liegt ein MMST-Test vor, welcher nicht älter als 8 Wochen ist - der/die Pflegebedürftige ist nicht auskunftsfähig Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
4.	Assessment der Mobilität <ul style="list-style-type: none"> - unabhängig von der kognitiven Fitness des/der pflegebedürftigen ist der EBoMo zu nutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
5.	Assessment der Lebensqualität und sozialen Teilhabe <ul style="list-style-type: none"> - bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der WHOQOL-BREF zu benutzen - bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der QUALIDEM zu benutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
6.	Dokumentierte Assessment-Ergebnisse der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe sind in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen.	
7.	Vervollständigung des Dokumentationsbogens, welcher anschließend ebenfalls in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen ist.	
8.	Erstellung des Kurzresümees zu dem/der Pflegebedürftigen	5 Minuten
9.	Das erstellte Kurzresümee ist in den Briefumschlag, gekennzeichnet mit einem grünen Sticker zu legen.	
10.	Dieses Vorgehen ist bei allen Pflegebedürftigen zu wiederholen. Wichtig: Bitte stellen Sie sicher, dass auf jedem Dokument die jeweiligen Pseudonyme der Pflegbedürftigen eingefügt sind. Andernfalls können die Daten nicht verwendet werden.	
11.	Bitte füllen Sie das Gesamtresümee nach dem Abschluss aller Assessments aus. Diesen Bogen legen Sie bitte in den an das BQS Institut adressierten, vorfrankierten Umschlag.	10 Minuten

Schritte	Inhalt	Dauer
12.	Nachdem die Assessments bei allen Pflegebedürftigen abgeschlossen sind und Sie alle erforderlichen Daten dokumentiert haben, ist der vorfrankierte Briefumschlag an das BQS Institut zu übersenden.	
13.	Der Briefumschlag gekennzeichnet mit dem grünen Sticker ist nach Abschluss der Assessments fest zu verschließen. Dieser verbleibt bei Ihnen. Bitte sehen Sie die Ergebnisse bis <u>nach</u> dem Zweitassessment nicht mehr an. Bitte bewahren Sie diesen Umschlag für das Zweitassessment gut auf.	
14.	Der Briefumschlag gekennzeichnet mit einem blauen Sticker wird mit der kopierten Pseudonymliste befüllt. Dieser Umschlag wird verschlossen und bleibt bei Ihnen. Bitte bewahren Sie diesen Umschlag für das Zweitassessment gut auf.	

Für Rückfragen oder Anmerkungen steht Ihnen das Projektteam gerne zur Verfügung!

E-Mail: exmo@bqs.de

Telefon: +49 40-254078 60

Herzliche Grüße

Ihr ExMo-Projektteam

Anhang 20: Dokumentationsbogen (1. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

Dokumentationsbogen

Pflegeeinrichtung: _____ **Datum:** _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Einwilligungserklärung liegt vor

- Ja
- Nein

Wurde in den letzten acht Wochen der MMST durchgeführt und ist seither kein Ereignis aufgetreten, dass das Testergebnis stark beeinflusst (z. B. ein Schlaganfall)?

- ➔ Wenn Ja: Der MMST muss nicht erneut durchgeführt werden.
 - Der MMST wurde am _____ durchgeführt.
 - Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30
- ➔ Wenn Nein: Bitte führen Sie den MMST durch.

Anwendung MMST

MMST durchgeführt?

- Ja
- Nein

Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30

Weiteres Vorgehen:



Allgemeine Fragen an die Pflegebedürftigen zur Mobilitätsförderung und -erhalt

Ziele der Mobilitätsmaßnahmen

Frage: Welches Ziel haben Sie in Bezug auf Ihre Mobilität? Möchten Sie Ihre Mobilität erhalten oder möchten Sie diese fördern?

- Mobilitätserhalt
- Mobilitätsförderung

Motivation der Pflegebedürftigen:

Frage: Machen Ihnen die Übungen zur Beweglichkeit Spaß oder möchten Sie eher in Ruhe gelassen werden?

- Sehr motiviert
- Teils/Teils
- nicht motiviert

Anwendung des EBoMo zur Mobilität

EBoMo – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil _____

Anwendung des QUALIDEM für die Lebensqualität

QUALIDEM – Daten gemeinsam mit einer Pflegekraft erhoben?

- Ja
- Nein, weil der WHOQOL durchgeführt wird
- Nein, weil _____

ODER

Anwendung des WHOQOL-BREF für die Lebensqualität

Diesen Fragebogen **beantwortet der/die Pflegebedürftige selbst**. Bitte legen Sie dem/der Pflegebedürftigen den Bogen vor.

WHOQOL-BREF – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil der QUALIDEM durchgeführt wird
- Nein, weil _____

Haben Sie alle Dokumente mit dem passenden Pseudonym versehen?

- Ja
- Nein, weil _____

Vorliegen der mobilitätsbezogenen Indikatordaten

- Ja
- Nein

Sofern die Indikatoren Daten vorliegen, Ergebnisdokumentation der mobilitätsbezogenen Indikatoren Daten:

1. Positionswechsel im Bett

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

2. Halten einer stabilen Sitzposition

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

3. Sich Umsetzen

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

4. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

5. Treppensteigen

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

Wie lange haben Sie insgesamt für das Assessment mit dem/der Pflegebedürftigen gebraucht?

_____ Minuten

Abschluss des Assessments

Anhang 21: Kurzresümee (1. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

Kurzresümee
nach dem Erstassessment eines/einer Pflegebedürftigen

Diese Kurzzusammenfassung verbleibt bei Ihnen bis zum Zweitassessment im Sommer 2023.

Pflegeeinrichtung: _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Nach den verschiedenen Messungen und Befragungen bitten wir Sie um ein kurzes Resümee, das die/den Pflegebedürftigen in ihrer/seiner Gesamtsituation würdigt.

Prognose der Mobilität des/der Pflegebedürftigen:

- eher stabil
- mit Verbesserungspotenzial
- eher abnehmend/fragil
- keine Prognose möglich (bitte so selten wie möglich auswählen).

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

→ Der/die Pflegebedürftige scheint eine gute Mobilitätsförderung zu erhalten.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Die Organisation der Mobilitätsförderung für die/den Pflegebedürftige:n scheint gut zu funktionieren.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige angemessen mobil.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige bezüglich der Mobilität zufrieden.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf seine/ihre Gesamtsituation kann die/der Pflegebedürftige am sozialen Leben teilhaben.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

Sonstige Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 22: Gesamtresümee (1. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

**Gesamtresümee zur Pflegeeinrichtung
nach Abschluss der Erstassessments**

Pflegeeinrichtung: _____

Im Folgenden bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zur Mobilitätsförderung und zur Organisation der Mobilitätsförderung in der besuchten Pflegeeinrichtung. Bitte füllen Sie diese Fragen nach Abschluss aller Assessments aus. Die Begegnung mit mehreren Pflegebedürftigen und deren Assessment hat Ihnen wahrscheinlich einen Eindruck verschafft, in welchem Grad die Möglichkeiten der Mobilitätsförderung und ihrer Organisation in dieser Einrichtung genutzt werden.

Haben Sie den Eindruck, dass Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung in der Einrichtung gut organisiert werden? Welche Schulnote würden Sie für die Organisation der Mobilitätsförderung geben?

Haben Sie den Eindruck, dass die Pflegebedürftigen regelmäßig eine gute Mobilitätsförderung bekommen und dass dadurch der Erhalt und/oder die Förderung ihrer Mobilität gut gelingt? Welche Schulnote würden Sie der Pflegeeinrichtung für die Qualität der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und zum Mobilitätserhalt geben?

Haben Sie den Eindruck, dass die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige in die Planung der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung einbezogen werden?

Haben Sie den Eindruck, dass die Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung dokumentiert und geprüft werden, und dass bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmen erfolgt?

Hier können Sie weitere Eindrücke formulieren.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 23: Erstanschreiben Dokumentationspaket (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

Projekt ExMo - Ablauf und Erklärung der Dokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihre Unterstützung bei der Begleitforschung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ (ExMo).

Sie haben mit dem beigefügten Paket Unterlagen von uns erhalten, welche Sie für das Zweitassessment der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe der Pflegebedürftigen stationärer Einrichtungen benötigen.

Bestandteile eines Dokumentationspakets

- 1x Bogen: **Mini Mental Status Test (MMST)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Mobilität (EBoMo)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität** und **soziale Teilhabe** bei **auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**WHOQOL-BREF**)
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität** und **soziale Teilhabe** bei **nicht auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**QUALIDEM**)
- 1x Bogen: **Dokumentationsbogen des Zweitassessments**
- 1x gelber Bogen: **Kurzresümee Zweitassessment**
- 1x blauer Bogen: **Einschätzung der Lebenssituation** (Gesamtstatus)

Zusätzlich haben Sie von uns erhalten:

- 1x Bogen: **Gesamtresümee des Zweitassessments**
- 1x vorfrankierten **Rücksendeumschlag**

Erklärung der unterschiedlichen Bestandteile des Dokumentationspakets

- **MMST:** Dieser Bogen dient zur Einordnung der kognitiven Kompetenz der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **EBoMo:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Mobilität der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **WHOQOL-BREF:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch die Pflegebedürftigen auszufüllen.
- **QUALIDEM:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch Sie in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften des/der Pflegebedürftigen auszufüllen.
- **Dokumentationsbogen des Zweitassessments:** Dieser Bogen dient Ihnen als allgemeine Übersicht über die durchzuführenden Assessments und zu erhebenden Daten je Pflegebedürftige:r. Schicken Sie uns diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **Kurzresümee des Zweitassessments:** Auf diesem gelben Bogen fassen Sie Ihre Einschätzungen zum zweiten Assessment des/der Pflegebedürftigen zusammen.

- **Einschätzung der Lebenssituation (Gesamtstatus):** Auf diesem blauen Bogen fassen Sie Ihre Einschätzung der Lebenssituation des/der Pflegebedürftigen zusammen.
- **Gesamtresümee des Zweitassessments:** Zum Abschluss der Assessments fassen Sie bitte auf diesem Bogen Ihren Gesamteindruck zur Durchführung und Organisation von Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhalt in der Einrichtung zusammen. Schicken Sie diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **Vorfrankierter Umschlag:** In diesen an das BQS Institut vorfrankierten Umschlag legen Sie die dokumentierten Assessmentergebnisse des MMST, des EBoMo, des WHOQOL-BREF oder des QUALIDEM sowie beide Kurzresümees und die Einschätzung der Lebensqualität. Außerdem werden hier die Ergebnisse zu den Indikatorendaten beigefügt. Diesen Umschlag übersenden Sie an das BQS Institut.
Wichtig: Bitte beachten Sie, dass auf jedem Bogen das Pseudonym des/der Pflegebedürftigen zu notieren ist. Andernfalls können die Ergebnisse nicht verwertet werden.

Ablaufbeispiel zur Datenerhebung in der Einrichtung

Schritte	Inhalt	Dauer
1.	Ankommen in der Einrichtung. Kurzes Gespräch zur Einführung mit dem/der Ansprechpartner:in seitens der Einrichtung für den Assessment-Tag.	
2.	Begrüßung und Vorstellung bei dem/der Pflegebedürftigen, Beginn der Ausfüllung des Dokumentationsbogens	5 Minuten
3.	Durchführung des MMST Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> - es liegt ein MMST-Test vor, welcher nicht älter als 8 Wochen ist - der/die Pflegebedürftige ist nicht auskunftsfähig Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
4.	Assessment der Mobilität <ul style="list-style-type: none"> - unabhängig von der kognitiven Fitness des/der Pflegebedürftigen ist der EBoMo zu nutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
5.	Assessment der Lebensqualität und sozialen Teilhabe <ul style="list-style-type: none"> - bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der WHOQOL-BREF zu benutzen - bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der QUALIDEM zu benutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
6.	Dokumentierte Assessment-Ergebnisse der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe sind in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen.	
7.	Vervollständigung des Dokumentationsbogens, welcher anschließend ebenfalls in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen ist.	
8.	Erstellung des Kurzresümees des Zweitassessments zu dem/der Pflegebedürftigen	5 Minuten
9.	Verfassen der Einschätzung der Lebenssituation (Gesamtstatus) .	5 Minuten
10.	Dieses Vorgehen ist bei allen Pflegebedürftigen zu wiederholen. Wichtig: Bitte stellen Sie sicher, dass auf jedem Dokument die jeweiligen Pseudonyme der Pflegbedürftigen eingefügt sind. Andernfalls können die Daten nicht verwendet werden.	
11.	Bitte füllen Sie das Gesamtresümee nach dem Abschluss aller Assessments aus. Diesen Bogen legen Sie bitte in den an das BQS Institut adressierten, vorfrankierten Umschlag.	10 Minuten

Schritte	Inhalt	Dauer
12.	Nachdem die Assessments bei allen Pflegebedürftigen abgeschlossen sind und Sie alle erforderlichen Daten dokumentiert haben, ist der vorfrankierte Briefumschlag an das BQS Institut zu übersenden.	

Für Rückfragen oder Anmerkungen steht Ihnen das Projektteam gerne zur Verfügung!

E-Mail: exmo@bqs.de

Telefon: +49 40-254078 60

Herzliche Grüße

Ihr ExMo-Projektteam

Anhang 24: Dokumentationsbogen (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

Dokumentationsbogen

Pflegeeinrichtung: _____ Datum: _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Einwilligungserklärung liegt vor

- Ja
 Nein

Wurde in den letzten acht Wochen der MMST durchgeführt und ist seither kein Ereignis aufgetreten, dass das Testergebnis stark beeinflusst (z. B. ein Schlaganfall)?

- Wenn Ja: Der MMST muss nicht erneut durchgeführt werden.
- Der MMST wurde am _____ durchgeführt.
 - Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30

→ Wenn Nein: Bitte führen Sie den MMST durch.

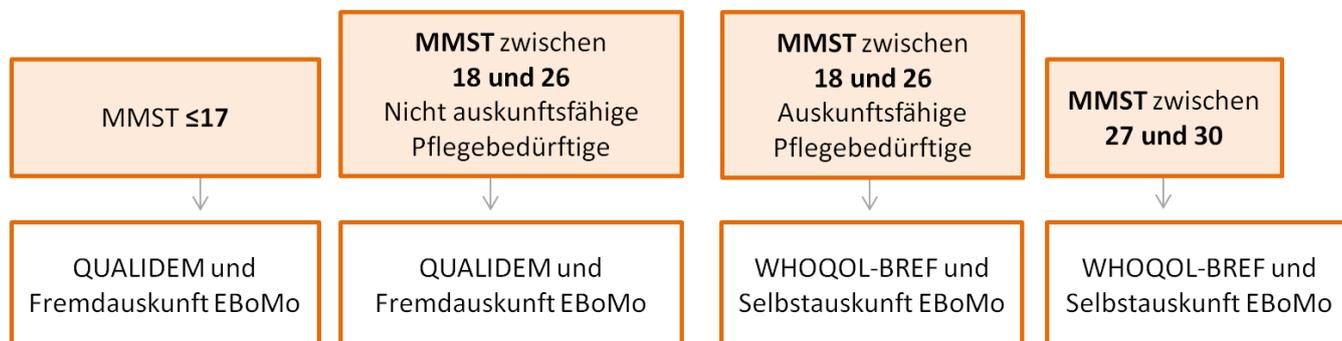
Anwendung MMST

MMST durchgeführt?

- Ja
 Nein

Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30

Weiteres Vorgehen:



Allgemeine Fragen an die/den Pflegebedürftige:n zur Mobilitätsförderung und -erhalt

Ziele der Mobilitätsmaßnahmen

Frage: Welches Ziel haben Sie in Bezug auf Ihre Mobilität? Möchten Sie Ihre Mobilität erhalten oder möchten Sie diese fördern?

- Mobilitätserhalt
- Mobilitätsförderung

Motivation der/des Pflegebedürftigen:

Frage: Machen Ihnen die Übungen zur Beweglichkeit Spaß oder möchten Sie eher in Ruhe gelassen werden?

- Sehr motiviert
- Teils/Teils
- nicht motiviert

Anwendung des EBoMo zur Mobilität

EBoMo – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil _____

Anwendung des QUALIDEM für die Lebensqualität

QUALIDEM – Daten gemeinsam mit einer Pflegekraft erhoben?

- Ja
- Nein, weil der WHOQOL durchgeführt wird
- Nein, weil _____

ODER

Anwendung des WHOQOL-BREF für die Lebensqualität

Diesen Fragebogen **beantwortet der/die Pflegebedürftige selbst**. Bitte legen Sie dem/der Pflegebedürftigen den Bogen vor.

WHOQOL-BREF – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil der QUALIDEM durchgeführt wird
- Nein, weil _____

Haben Sie alle Dokumente mit dem passenden Pseudonym versehen?

- Ja
- Nein, weil _____

Vorliegen der mobilitätsbezogenen Indikatorendaten

- Ja
- Nein

Sofern die Indikatoren Daten vorliegen, Ergebnisdokumentation der mobilitätsbezogenen Indikatoren Daten:

6. Positionswechsel im Bett

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

7. Halten einer stabilen Sitzposition

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

8. Sich Umsetzen

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

9. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

10. Treppensteigen

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

Wie lange haben Sie insgesamt für das Assessment mit dem/der Pflegebedürftigen gebraucht?

_____ Minuten

Abschluss des Assessments

Anhang 25: Kurzsüme (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

Kurzresüme

nach dem Zweitassessment eines/einer Pflegebedürftigen

Pflegeeinrichtung: _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Nach den verschiedenen Messungen und Befragungen bitten wir Sie um ein kurzes Resüme, das die/den Pflegebedürftigen in ihrer/seiner Gesamtsituation würdigt.

Prognose der Mobilität des/der Pflegebedürftigen:

- eher stabil
- mit Verbesserungspotenzial
- eher abnehmend/fragil
- keine Prognose möglich (bitte so selten wie möglich auswählen).

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

→ Der/die Pflegebedürftige scheint eine gute Mobilitätsförderung zu erhalten.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Die Organisation der Mobilitätsförderung für die/den Pflegebedürftige:n scheint gut zu funktionieren.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige angemessen mobil.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige bezüglich der Mobilität zufrieden.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf seine/ihre Gesamtsituation kann die/der Pflegebedürftige am sozialen Leben teilhaben.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

Sonstige Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte öffnen Sie jetzt das Kurzresümee des ersten Assessments bezogen auf diese/diesen Pflegebedürftige:n.

Anhang 26: Gesamtresümee (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

Gesamtresümee zur Pflegeeinrichtung
nach Abschluss der Zweitassessments

Pflegeeinrichtung: _____

Im Folgenden bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zur Mobilitätsförderung und zur Organisation der Mobilitätsförderung in der besuchten Pflegeeinrichtung. Bitte füllen Sie diese Fragen nach Abschluss aller Assessments aus. Die Begegnung mit mehreren Pflegebedürftigen und deren Assessment hat Ihnen wahrscheinlich einen Eindruck verschafft, in welchem Grad die Möglichkeiten der Mobilitätsförderung und ihrer Organisation in dieser Einrichtung genutzt werden.

Haben Sie den Eindruck, dass Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung in der Einrichtung gut organisiert werden?

Welche Schulnote würden Sie für die Organisation der Mobilitätsförderung geben?

1 2 3 4 5 6 keine Angabe

Haben Sie den Eindruck, dass die Pflegebedürftigen regelmäßig eine gute Mobilitätsförderung bekommen und dass dadurch der Erhalt und/oder die Förderung ihrer Mobilität gut gelingt?

Welche Schulnote würden Sie der Pflegeeinrichtung für die Qualität der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und zum Mobilitätserhalt geben?

<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	keine Angabe

Haben Sie den Eindruck, dass die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige in die Planung der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung einbezogen werden?

Haben Sie den Eindruck, dass die Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung dokumentiert und geprüft werden, und dass bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmen erfolgt?

Hat es seit den Erstassessments Änderungen in der Einrichtung ergeben, die relevanten Einfluss auf die Mobilitätsförderung in der Einrichtung haben bzw. haben könnten? Wenn ja, welche? Sind diese Veränderungen förderlich oder hemmend für die Mobilitätsförderung?

Hier können Sie weitere Eindrücke formulieren.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 27: Lebenssituation (2. Dokumentationspaket für Pflegeexpert:innen)

Einschätzung der Lebenssituation (Gesamtstatus)
nach dem Zweitassessment eines/einer Pflegebedürftigen

Die Gesamtsituation betrachtend:

Bitte schätzen Sie ein, inwiefern sich die Lebenssituation (bezogen auf die Mobilität, die Lebensqualität und die soziale Teilhabe) der/des Pflegebedürftigen verändert hat:

- Die Lebenssituation hat sich relevant verbessert
- Die Lebenssituation ist stabil geblieben
- Die Lebenssituation hat sich relevant verschlechtert
- Keine Einschätzung möglich (bitte so selten wie möglich auswählen)

Wenn sich die Lebenssituation relevant verschlechtert hat, ist dies Ihrer Meinung nach durch ein bestimmtes Ereignis begründbar?

- Ja
- Nein

Wenn „Ja“, bitte erläutern Sie Ihre Auswahl:

Sonstige Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 28: Erstanschreiben (1. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)

Projekt ExMo - Ablauf und Erklärung der Dokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihre Unterstützung bei der Begleitforschung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo).

Sie haben mit dem beigefügten Paket Unterlagen von uns erhalten, welche Sie für das Assessment der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe der Pflegebedürftigen Ihres ambulanten Pflegedienstes benötigen.

Bestandteile des Dokumentationspakets

Das Paket umfasst 8 vorbereitete Dokumentationspakete. Ein Dokumentationspaket besteht dabei aus:

- 1x Bogen: **Mini Mental Status Test (MMST)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Mobilität (EBoMo)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität** und **soziale Teilhabe** bei **auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**WHOQOL-BREF**)
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität** und **soziale Teilhabe** bei **nicht auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**QUALIDEM**)
- 1x Bogen: **Dokumentationsbogen des Erstassessments**
- 1x grüner Bogen: **Kurzresümee Erstassessment**
- 1x **Umschlag** mit einem **grünen Sticker** gekennzeichnet

Zusätzlich haben Sie von uns erhalten:

- 1x Bogen: **Gesamtresümee des Erstassessments**
- 1x vorfrankierten **Rücksendeumschlag**
- 1x **Umschlag** gekennzeichnet mit einem blauen Sticker

Erklärung der unterschiedlichen Bestandteile des Dokumentationspakets

- **MMST:** Dieser Bogen dient zur Einordnung der kognitiven Kompetenz der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **EBoMo:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Mobilität der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **WHOQOL-BREF:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch die Pflegebedürftigen auszufüllen.
- **QUALIDEM:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch Sie auszufüllen.
- **Dokumentationsbogen des Erstassessments:** Dieser Bogen dient Ihnen als allgemeine Übersicht über die durchzuführenden Assessments und zu erhebenden Daten je Pflegebedürftige:r. Schicken Sie uns diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **Kurzresümee des ersten Assessments:** Auf diesem grünen Bogen fassen Sie Ihre Einschätzungen zum ersten Assessment des/der Pflegebedürftigen zusammen.
- **Gesamtresümee des Erstassessments:** Zum Abschluss der Assessments fassen Sie bitte auf diesem Bogen Ihre Einschätzung zur Durchführung und Organisation von Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhalt in Ihrem Pflegedienst zusammen. Schicken Sie diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **Vorfrankierter Umschlag:** In diesen an das BQS Institut vorfrankierten Umschlag legen Sie die dokumentierten Assessmentergebnisse des MMST, des EBoMo, des WHOQOL-BREF oder des QUALIDEM, den Dokumentationsbogen und das Gesamtresümee. Diesen Umschlag übersenden Sie an das BQS Institut. **Wichtig: Bitte beachten Sie, dass auf jedem Bogen das Pseudonym des/der Pflegebedürftigen zu notieren ist. Andernfalls können die Ergebnisse nicht verwertet werden.**
- **Umschlag mit dem grünen Sticker:** In diesen Umschlag mit dem grünen Sticker legen Sie bitte die grünen Bögen (Kurzresümee). **Wichtig: Bitte beachten Sie, dass auf jedem Bogen das Pseudonym des/der Pflegebedürftigen zu notieren ist.** Dieser Umschlag verbleibt bis zum Zweitassessment bei Ihnen. Bitte verwahren Sie diese Dokumente verschlossen bei sich auf, Sie werden diese Dokumente für das Zweitassessment benötigen.
- **Umschlag mit dem blauen Sticker:** In diesen Bogen legen Sie die kopierte Pseudonymliste Ihres Pflegedienstes. Bitte bewahren Sie die Liste gut und verschlossen auf. Sie werden diese für das Zweitassessment benötigen.

Ablaufbeispiel zur Datenerhebung in der Einrichtung

Schritte	Inhalt	Dauer
1.	Begrüßung und Vorstellung bei dem/der Pflegebedürftigen, Beginn der Ausfüllung des Dokumentationsbogens	5 Minuten
2.	Durchführung des MMST Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> - es liegt ein MMST-Test vor, welcher nicht älter als 8 Wochen ist - der/die Pflegebedürftige ist nicht auskunftsfähig Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
3.	Assessment der Mobilität <ul style="list-style-type: none"> - unabhängig von der kognitiven Fitness des/der Pflegebedürftigen ist der EBoMo zu nutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
4.	Assessment der Lebensqualität und sozialen Teilhabe <ul style="list-style-type: none"> - bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der WHOQOL-BREF zu benutzen - bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der QUALIDEM zu benutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
5.	Dokumentierte Assessment-Ergebnisse der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe sind in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen.	
6.	Vervollständigung des Dokumentationsbogens, welcher anschließend ebenfalls in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen ist.	
7.	Erstellung des Kurzresümees zu dem/der Pflegebedürftigen	5 Minuten
8.	Das erstellte Kurzresümee ist in den Briefumschlag, gekennzeichnet mit einem grünen Sticker zu legen.	
9.	Dieses Vorgehen ist bei allen Pflegebedürftigen zu wiederholen. Wichtig: Bitte stellen Sie sicher, dass auf jedem Dokument die jeweiligen Pseudonyme der Pflegbedürftigen eingefügt sind. Andernfalls können die Daten nicht verwendet werden.	
10.	Bitte füllen Sie das Gesamtresümee nach dem Abschluss aller Assessments aus. Diesen Bogen legen Sie bitte in den an das BQS Institut adressierten, vorfrankierten Umschlag.	10 Minuten
11.	Nachdem die Assessments bei allen Pflegebedürftigen abgeschlossen sind und Sie alle erforderlichen Daten dokumentiert haben, ist der vorfrankierte Briefumschlag an das BQS Institut zu übersenden.	
12.	Der Briefumschlag gekennzeichnet mit dem grünen Sticker ist nach Abschluss der Assessments fest zu verschließen. Dieser verbleibt bei Ihnen. Bitte sehen	

Schritte	Inhalt	Dauer
	Sie die Ergebnisse bis <u>nach</u> dem Zweitassessment nicht mehr an. Bitte bewahren Sie diesen Umschlag für das Zweitassessment gut auf.	
13.	Der Briefumschlag, der mit einem blauen Sticker gekennzeichnet ist, wird mit der kopierten Pseudonymliste befüllt. Dieser Umschlag wird verschlossen und bleibt bei Ihnen. Bitte bewahren Sie diesen Umschlag für das Zweitassessment gut auf.	

Für Rückfragen oder Anmerkungen steht Ihnen das Projektteam gerne zur Verfügung!

E-Mail: exmo@bqs.de

Telefon: +49 40-254078 60

Herzliche Grüße

Ihr ExMo-Projektteam

Dokumentationsbogen

Pflegedienst: _____ Datum: _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Einwilligungserklärung liegt vor

- Ja
- Nein

Wurde in den letzten acht Wochen der MMST durchgeführt und ist seither kein Ereignis aufgetreten, dass das Testergebnis stark beeinflusst (z. B. ein Schlaganfall)?

- Wenn Ja: Der MMST muss nicht erneut durchgeführt werden.
 - Der MMST wurde am _____ durchgeführt.
 - Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30

→ Wenn Nein: Bitte führen Sie den MMST durch.

Anwendung MMST

MMST durchgeführt?

- Ja
- Nein

Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30

Weiteres Vorgehen:



Allgemeine Fragen an die Pflegebedürftigen zur Mobilitätsförderung und -erhalt

Ziele der Mobilitätsmaßnahmen

Frage: Welches Ziel haben Sie in Bezug auf Ihre Mobilität? Möchten Sie Ihre Mobilität erhalten oder möchten Sie diese fördern?

- Mobilitätserhalt
- Mobilitätsförderung

Motivation der Pflegebedürftigen:

Frage: Machen Ihnen die Übungen zur Beweglichkeit Spaß oder möchten Sie eher in Ruhe gelassen werden?

- Sehr motiviert
- Teils/Teils
- nicht motiviert

Anwendung des EBoMo zur Mobilität

EBoMo – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil _____

Anwendung des QUALIDEM für die Lebensqualität

QUALIDEM – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil der WHOQOL durchgeführt wird
- Nein, weil _____

ODER

Anwendung des WHOQOL-BREF für die Lebensqualität

Diesen Fragebogen **beantwortet der/die Pflegebedürftige selbst**. Bitte legen Sie dem/der Pflegebedürftigen den Bogen vor.

WHOQOL-BREF – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil der QUALIDEM durchgeführt wird
- Nein, weil _____

Haben Sie alle Dokumente mit dem passenden Pseudonym versehen?

- Ja
- Nein, weil _____

Wie lange haben Sie insgesamt für das Assessment mit dem/der Pflegebedürftigen gebraucht?

_____ Minuten

Abschluss des Assessments

Kurzresüme

nach dem Erstassessment eines/einer Pflegebedürftigen

Diese Kurzzusammenfassung verbleibt bei Ihnen bis zum Zweitassessment im Sommer 2023.

Pflegedienst: _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Nach den verschiedenen Messungen und Befragungen bitten wir Sie um ein kurzes Resüme, das die/den Pflegebedürftigen in ihrer/seiner Gesamtsituation würdigt.

Prognose der Mobilität des/der Pflegebedürftigen:

- eher stabil
- mit Verbesserungspotenzial
- eher abnehmend/fragil
- keine Prognose möglich (bitte so selten wie möglich auswählen).

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

→ Der/die Pflegebedürftige scheint eine gute Mobilitätsförderung zu erhalten.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Die Organisation der Mobilitätsförderung für die/den Pflegebedürftige:n scheint gut zu funktionieren.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige angemessen mobil.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige bezüglich der Mobilität zufrieden.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf seine/ihre Gesamtsituation kann die/der Pflegebedürftige am sozialen Leben teilhaben.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

Sonstige Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 31: Gesamtresümee (1. Dokumentationspaket für Pflegefachkräfte)

**Gesamtresümee zum Pflegedienst
nach Abschluss der Erstassessments**

Pflegedienst: _____

Im Folgenden bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zur Mobilitätsförderung und zur Organisation der Mobilitätsförderung in Ihrem Pflegedienst. Bitte füllen Sie diese Fragen nach Abschluss aller Assessments aus. Die Assessments haben Ihnen vielleicht nochmal bewusst gemacht, in welchem Grad die Möglichkeiten der Mobilitätsförderung und ihrer Organisation in Ihrem Pflegedienst genutzt werden.

Würden Sie der Aussage, dass Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung in Ihrem Pflegedienst im Rahmen Ihrer ambulanten Möglichkeiten gut organisiert werden, zustimmen? Welche Schulnote würden Sie für die Organisation der Mobilitätsförderung geben?

Würden Sie der Aussage, dass die Pflegebedürftigen regelmäßig eine gute Mobilitätsförderung bekommen (ggf. von dritter Seite) und dass dadurch der Erhalt und/oder die Förderung der Mobilität dieser Pflegebedürftigen gut gelingt, zustimmen? Welche Schulnote würden Sie Ihrem Pflegedienst für die Unterstützung der Mobilitätsförderung geben?

Führen andere Personen bei Ihren Pflegebedürftigen Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt von deren Mobilität durch?

Wenn ja:

- a. Besprechen Sie sich mit diesen?

- b. Haben Sie einen Einfluss darauf, wie oft und welche Maßnahmen durchgeführt werden?

- c. Welche Schulnote würden Sie diesen Personen für die Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität der Mobilitätsförderung geben?

Würden Sie der Aussage, dass die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige in die Planung der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung einbezogen werden, zustimmen?

Würden Sie der Aussage, dass die Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung dokumentiert und geprüft werden, und dass bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmen erfolgt, zustimmen?

Hier können Sie weitere Eindrücke formulieren.

Ort, Datum

Unterschrift

Projekt ExMo - Ablauf und Erklärung der Dokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihre Unterstützung bei der Begleitforschung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo).

Sie haben mit dem beigefügten Paket Unterlagen von uns erhalten, welche Sie für das Assessment der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe der Pflegebedürftigen Ihres ambulanten Pflegedienstes benötigen.

Bestandteile des Dokumentationspakets

Das Paket umfasst 8 vorbereitete Dokumentationspakete. Ein Dokumentationspaket besteht dabei aus:

- 1x Bogen: **Dokumentationsbogen des Zweitassessments**
- 1x Bogen: **Mini Mental Status Test (MMST)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Mobilität (EBoMo)**
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität und soziale Teilhabe bei auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**WHOQOL-BREF**)
- 1x Bogen: Messinstrument **Lebensqualität und soziale Teilhabe bei nicht auskunftsfähigen** Pflegebedürftigen (**QUALIDEM**)
- 1x gelber Bogen: **Kurzresümee Zweitassessment**
- 1x blauer Bogen: **Einschätzung der Lebenssituation (Gesamtstatus)**

Zusätzlich haben Sie von uns erhalten:

- 1x Bogen: **Gesamtresümee des Zweitassessments**
- 1x vorfrankierten **Rücksendeumschlag**

Erklärung der unterschiedlichen Bestandteile des Dokumentationspakets

- **Dokumentationsbogen des Zweitassessments:** Dieser Bogen dient Ihnen als allgemeine Übersicht über die durchzuführenden Assessments und zu erhebenden Daten je Pflegebedürftige:r. Schicken Sie uns diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **MMST:** Dieser Bogen dient zur Einordnung der kognitiven Kompetenz der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **EBoMo:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Mobilität der Pflegebedürftigen. Dieser ist durch Sie auszufüllen.
- **WHOQOL-BREF:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch die Pflegebedürftigen auszufüllen.
- **QUALIDEM:** Dieser Bogen dient zur Erfassung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen und ist durch Sie auszufüllen.
- **Kurzresümee des Zweitassessments:** Auf diesem gelben Bogen fassen Sie Ihre Einschätzungen zum zweiten Assessment des/der Pflegebedürftigen zusammen.

- **Einschätzung der Lebenssituation:** Auf diesem blauen Bogen fassen Sie Ihre Einschätzung der Lebenssituation des/der Pflegebedürftigen zusammen.
- **Gesamtresümee des Zweitassessments:** Zum Abschluss der Assessments fassen Sie bitte auf diesem Bogen Ihre Einschätzung zur Durchführung und Organisation von Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhalt in Ihrem Pflegedienst zusammen. Schicken Sie diesen Bogen bitte gemeinsam mit den anderen Dokumenten im vorfrankierten Umschlag an das BQS Institut zurück.
- **Vorfrankierter Umschlag:** In diesen an das BQS Institut vorfrankierten Umschlag legen Sie die dokumentierten Assessmentergebnisse des MMST, des EBoMo, des WHOQOL-BREF oder des QUALIDEM, den Dokumentationsbogen und das Gesamtresümee. Diesen Umschlag übersenden Sie an das BQS Institut. **Wichtig: Bitte beachten Sie, dass auf jedem Bogen das Pseudonym des/der Pflegebedürftigen zu notieren ist. Andernfalls können die Ergebnisse nicht verwertet werden.**

Ablaufbeispiel zur Datenerhebung in der Einrichtung

Schritte	Inhalt	Dauer
1.	Begrüßung und Vorstellung bei dem/der Pflegebedürftigen, Beginn der Ausfüllung des Dokumentationsbogens	5 Minuten
2.	Durchführung des MMST Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> - es liegt ein MMST-Test vor, welcher nicht älter als 8 Wochen ist - der/die Pflegebedürftige ist nicht auskunftsfähig Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
3.	Assessment der Mobilität <ul style="list-style-type: none"> - unabhängig von der kognitiven Fitness des/der Pflegebedürftigen ist der EBoMo zu nutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
4.	Assessment der Lebensqualität und sozialen Teilhabe <ul style="list-style-type: none"> - bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der WHOQOL-BREF zu benutzen - bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen ist der QUALIDEM zu benutzen Verschriftlichung der Ergebnisse im Dokumentationsbogen	15 Minuten
5.	Dokumentierte Assessment-Ergebnisse der Mobilität, Lebensqualität und sozialen Teilhabe sind in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen.	
6.	Vervollständigung des Dokumentationsbogens, welcher anschließend ebenfalls in den an das BQS Institut adressierten und vorfrankierten Briefumschlag zu legen ist.	
7.	Erstellung des Kurzresümeees des Zweitassessments zu dem/der Pflegebedürftigen.	5 Minuten
8.	Verfassen der Einschätzung der Lebenssituation . Bitte legen Sie das Kurzresümee des Erst- sowie des Zweitassessments (siehe Punkt 7) und das Dokument zur Einschätzung der Lebenssituation ebenfalls in den an das BQS adressierten und vorfrankierten Briefumschlag.	5 Minuten

Schritte	Inhalt	Dauer
9.	Dieses Vorgehen ist bei allen Pflegebedürftigen zu wiederholen. Wichtig: Bitte stellen Sie sicher, dass auf jedem Dokument die jeweiligen Pseudonyme der Pflegbedürftigen eingefügt sind. Andernfalls können die Daten nicht verwendet werden.	
10.	Bitte füllen Sie das Gesamtresümee nach dem Abschluss aller Assessments aus. Diesen Bogen legen Sie bitte in den an das BQS Institut adressierten, vorfrankierten Umschlag.	10 Minuten
11.	Nachdem die Assessments bei allen Pflegebedürftigen abgeschlossen sind und Sie alle erforderlichen Daten dokumentiert haben, ist der vorfrankierte Briefumschlag an das BQS Institut zu übersenden.	

Für Rückfragen oder Anmerkungen steht Ihnen das Projektteam gerne zur Verfügung!

E-Mail: exmo@bqs.de

Telefon: +49 40-254078 60

Herzliche Grüße

Ihr ExMo-Projektteam

Dokumentationsbogen

Pflegedienst: _____

Datum: _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Einwilligungserklärung liegt vor

- Ja
- Nein

Wurde in den letzten acht Wochen der MMST durchgeführt und ist seither kein Ereignis aufgetreten, dass das Testergebnis stark beeinflusst (z. B. ein Schlaganfall)?

- Wenn Ja: Der MMST muss nicht erneut durchgeführt werden.
 - Der MMST wurde am _____ durchgeführt.
 - Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30

→ Wenn Nein: Bitte führen Sie den MMST durch.

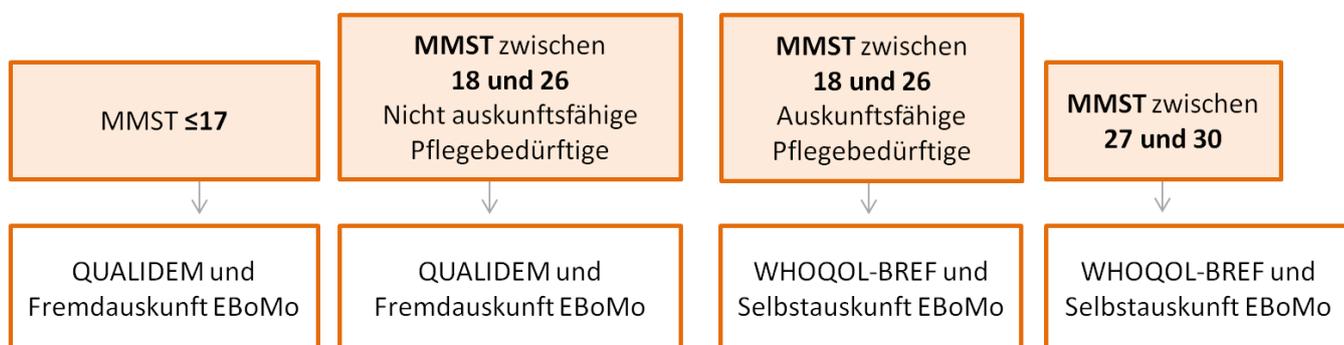
Anwendung MMST

MMST durchgeführt?

- Ja
- Nein

Gesamtergebnis MMST (Punkte): _____ / 30

Weiteres Vorgehen:



Allgemeine Fragen an den/die Pflegebedürftige:n zur Mobilitätsförderung und -erhalt

Ziele der Mobilitätsmaßnahmen

Frage: Welches Ziel haben Sie in Bezug auf Ihre Mobilität? Möchten Sie Ihre Mobilität erhalten oder möchten Sie diese fördern?

- Mobilitätserhalt
- Mobilitätsförderung

Motivation des/der Pflegebedürftigen:

Frage: Machen Ihnen die Übungen zur Beweglichkeit Spaß oder möchten Sie eher in Ruhe gelassen werden?

- Sehr motiviert
- Teils/Teils
- nicht motiviert

Anwendung des EBoMo zur Mobilität

EBoMo – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil _____

Anwendung des QUALIDEM für die Lebensqualität

QUALIDEM – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil der WHOQOL durchgeführt wird
- Nein, weil _____

ODER

Anwendung des WHOQOL-BREF für die Lebensqualität

Diesen Fragebogen **beantwortet der/die Pflegebedürftige selbst**. Bitte legen Sie dem/der Pflegebedürftigen den Bogen vor.

WHOQOL-BREF – Daten erhoben?

- Ja
- Nein, weil der QUALIDEM durchgeführt wird
- Nein, weil _____

Haben Sie alle Dokumente mit dem passenden Pseudonym versehen?

Ja

Nein, weil _____

Wie lange haben Sie insgesamt für das Assessment mit dem/der Pflegebedürftigen gebraucht?

_____ Minuten

Abschluss des Assessments

Kurzsüme

nach dem Zweitassessment eines/einer Pflegebedürftigen

Pflegedienst: _____

Pseudonym des/der Pflegebedürftigen: _____

Nach den verschiedenen Messungen und Befragungen bitten wir Sie um ein kurzes Resüme, das die/den Pflegebedürftigen in ihrer/seiner Gesamtsituation würdigt.

Prognose der Mobilität des/der Pflegebedürftigen:

- eher stabil
- mit Verbesserungspotenzial
- eher abnehmend/fragil
- keine Prognose möglich (bitte so selten wie möglich auswählen).

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

→ Der/die Pflegebedürftige scheint eine gute Mobilitätsförderung zu erhalten.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Die Organisation der Mobilitätsförderung für die/den Pflegebedürftige:n scheint gut zu funktionieren.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige angemessen mobil.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf ihre/seine Gesamtsituation wirkt die/der Pflegebedürftige bezüglich der Mobilität zufrieden.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

→ Im Hinblick auf seine/ihre Gesamtsituation kann die/der Pflegebedürftige am sozialen Leben teilhaben.

Stimme gar nicht zu Stimme voll und ganz zu

Sonstige Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte **öffnen Sie jetzt das Kurzfassende des ersten Assessments** bezogen auf diese/diesen Pflegebedürftige:n.

Gesamtresümee zum Pflegedienst nach Abschluss der Zweitassessments

Pflegedienst: _____

Im Folgenden bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zur Mobilitätsförderung und zur Organisation der Mobilitätsförderung in Ihrem Pflegedienst. Bitte füllen Sie diese Fragen nach Abschluss aller Assessments aus. Die Assessments haben Ihnen vielleicht nochmal bewusst gemacht, in welchem Grad die Möglichkeiten der Mobilitätsförderung und ihrer Organisation in Ihrem Pflegedienst genutzt werden.

Würden Sie der Aussage, dass Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung in Ihrem Pflegedienst im Rahmen Ihrer ambulanten Möglichkeiten gut organisiert werden, zustimmen?

Welche Schulnote würden Sie für die Organisation der Mobilitätsförderung geben?

<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	keine Angabe

Würden Sie der Aussage, dass die Pflegebedürftigen regelmäßig eine gute Mobilitätsförderung bekommen (ggf. von dritter Seite) und dass dadurch der Erhalt und/oder die Förderung der Mobilität dieser Pflegebedürftigen gut gelingt, zustimmen?

Welche Schulnote würden Sie der Pflegeeinrichtung für die Qualität der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und zum Mobilitätserhalt geben?

1 2 3 4 5 6 keine Angabe

Führen andere Personen bei Ihren Pflegebedürftigen Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt von deren Mobilität durch?

Wenn ja:

- a. Besprechen Sie sich mit diesen?

- b. Haben Sie einen Einfluss darauf, wie oft und welche Maßnahmen durchgeführt werden?

- c. Welche Schulnote würden Sie diesen Personen für die Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität der Mobilitätsförderung geben?

Würden Sie der Aussage, dass die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige in die Planung der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung einbezogen werden, zustimmen?

Würden Sie der Aussage, dass die Maßnahmen zur Mobilitätsförderung und -erhaltung dokumentiert und geprüft werden, und dass bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmen erfolgt, zustimmen?

Hat es seit den Erstassessments Änderungen in Ihrem Pflegedienst ergeben, die relevanten Einfluss auf die Mobilitätsförderung in Ihrem Pflegedienst haben bzw. haben könnten? Wenn ja, welche? Sind diese Veränderungen förderlich oder hemmend für die Mobilitätsförderung?

Hier können Sie weitere Eindrücke formulieren.

Ort, Datum

Unterschrift

Einschätzung der Lebenssituation (Gesamtstatus)

nach dem Zweitassessment eines/einer Pflegebedürftigen

Die Gesamtsituation betrachtend:

Bitte schätzen Sie ein, inwiefern sich die Lebenssituation (bezogen auf die Mobilität, die Lebensqualität und die soziale Teilhabe) der/des Pflegebedürftigen seit dem Erstassessment verändert hat:

- Die Lebenssituation hat sich relevant verbessert
- Die Lebenssituation ist stabil geblieben
- Die Lebenssituation hat sich relevant verschlechtert
- Keine Einschätzung möglich (bitte so selten wie möglich auswählen)

Wenn sich die Lebenssituation seit dem Erstassessment relevant verschlechtert hat, ist dies Ihrer Meinung nach durch ein bestimmtes Ereignis begründbar?

- Ja
- Nein

Wenn „Ja“, bitte erläutern Sie Ihre Auswahl:

Sonstige Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 37: Teilnehmerinnenliste Expertenworkshop

Nachname	Vorname	Funktion
Prof. Dr. Sörensen	Constanze	Professorin für Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg; Externe Fachexpertin der Begleitforschung
Pätzmann-Sietas	Birgit	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Präsidiumsmitglied Deutscher Pflegerat e.V.; Externe Fachexpertin der Begleitforschung
Lange	Lara	Projektteilnehmende aus ambulanter Einrichtung
Weyerts	Antje	Projektteilnehmende aus stationärer Einrichtung
Blumenberg	Petra	Diplom-Pflegewirtin an der Hochschule Osnabrück. Mitarbeiterin des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Mitautorin des ExMo
Prof. Dr. Horn	Annett	FH Münster. Fachbereich Gesundheit. Lehr- und Forschungsgebiet: Public Health Nursing.
Dr. Hoppe	Theresa	Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Deutschen Sporthochschule Köln. Forschungsgebiet: Sport und Bewegung in Altenpflegeeinrichtungen aus sportsoziologischer Perspektive.