

Titel

Kinaesthetics als Maßnahme des betrieblichen Gesundheits- und Qualitätsmanagements – Reflexion der Implementierung und Kostentransparenz eines Bildungs- und Entwicklungsprojektes in der Altenhilfe

Titel Englisch

Kinaesthetics as a measure of occupational health and quality management - Reflection on the implementation and cost transparency of an education and development project in geriatric care

Autorinnen und Autoren

Gundula Essig¹, Petra Reiber¹, Hildegund Wulfgramm², Bianca Berger¹, Fabian Graeb¹ und Reinhold Wolke¹

Institute

¹Hochschule Esslingen, Fakultät für Soziale Arbeit Gesundheit und Pflege

²Samariterstiftung Nürtingen

Korrespondenzadresse

Gundula Essig

Hochschule Esslingen

Fakultät für Soziale Arbeit, Bildung und Pflege

Flandernstraße 101

73732 Esslingen am Neckar

Tel.: 0711 397 4492

E-Mail: gundula.essig@hs-esslingen.de

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0126-0524>

Zusammenfassung

Zielsetzung

Ein Träger der stationären Altenhilfe schult alle Mitarbeitenden in Kinaesthetics nachhaltig und liefert dafür den konzeptionellen Rahmen. Die ökonomische Begleitevaluation stellt für die erste Projektphase Transparenz über die Kosten dieses Prozesses her und reflektiert die Implementierung.

Methodik

Die Erfassung der Opportunitätskosten erfolgt prospektiv mittels eines transparenten Preis- und Mengengerüsts. Die Reflexion gründet auf Erfahrungen der Projektverantwortlichen.

Ergebnisse

Die Entwicklung summiert sich auf 80.224,94 €, die Implementierung auf 1.043.860,10 €. Hauptkostenfaktoren sind Personalopportunitätskosten. Eine unterstützende Haltung der Verantwortlichen auf allen Ebenen des Unternehmens ist essenziell für das Projekt.

Schlussfolgerung

Ein Projekt dieser Größenordnung ist kostenintensiv, die Investitionen müssen sich an ihren zukünftigen Wirkungen messen lassen.

Schlüsselwörter

Kinaesthetics, Implementierung, betriebliches Gesundheitsmanagement, Qualitätsmanagement, Kosten

Abstract

Aim

A provider of nursing homes trains all employees in kinaesthetics and provides the conceptual framework for this education process. The economic evaluation creates transparency about the costs of this process and reflect on the implementation.

Method

The opportunity costs are recorded prospectively and mainly according to a transparent price and quantity framework. The reflection is based on the experiences of those responsible for the project.

Results

Development costs add up to 80,224.94 €, the implementation to 1,043,860.10 €. The main cost drivers are opportunity costs for training courses and exercise times. A supporting attitude from those responsible at all levels of the company is essential for the project.

Conclusion

A project of this magnitude is cost-intensive, and the investments must be part of future cost-effectiveness analysis.

Keywords

Kinaesthetics, Implementation, Corporate Health Management and Quality Management, Analysis of costs

Einleitung

Die European Kinaesthetics Association proklamiert: "Kinaesthetics kann helfen, neue Bewegungsmöglichkeiten zu entdecken und arbeitsbedingte Rückenschmerzen, Verspannungen oder andere körperliche Beschwerden anzugehen, im Alter beweglich und selbständig zu bleiben, oder auch sich mit der eigenen Kreativität und Flexibilität (z. B. im Umgang mit Stress) auseinanderzusetzen" [1]. Kinaesthetics adressiert damit in der Altenpflege ein zentrales Handlungsfeld: Denn sowohl Bewegungsförderung im Alter als auch die körperliche Belastung durch das Heben und Tragen bei der Pflege alter Menschen, sind Themen, die in der Altenpflege sowohl aus der Perspektive der Bewohnenden als auch der Pflegenden bekannt und äußerst relevant sind. Die Bewegung der Gepflegten und der Pflegenden steht also im Fokus: (I) Das Alter bringt Probleme des Bewegungsapparates mit sich [2]. Menschen im Pflegeheim verbringen lange Phasen des Tages im Sitzen und weisen so ein erhöhtes Risiko auf, dass der altersbedingte Mobilitätsabbau schneller voranschreitet [2]. Bewegungsförderung ist somit ein Schwerpunkt pflegerischen Handelns in der Versorgung alter Menschen. (II) Mehrfach wurde die erhöhte körperliche Belastung der Pflegenden in der Altenpflege im Vergleich zu anderen Berufen untersucht und bestätigt [3–6]. Damit einher geht ein erhöhter Krankenstand [4]. Das betriebliche Gesundheitsmanagement nimmt daher in Unternehmen der Altenhilfe eine immer wichtigere Rolle ein, gerade im Hinblick auf die Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen [7]. (III) Bewegung ist nicht nur für alte Menschen und Pflegenden gleichermaßen relevant, die Situation der Pflegekräfte und die der zu Pflegenden hängt miteinander zusammen: Je mehr Fremdhilfe zur Mobilität benötigt wird, umso größer ist die Belastung für die Pflegepersonen. Auch dieses Zusammenspiel in der Bewegung zwischen Pflegendem und pflegebedürftiger Person soll mit Kinaesthetics neu ausgerichtet werden (u. a. [8]). Bisher gibt es nur wenige, wissenschaftlich fundierte Untersuchungen zu den Auswirkungen von Kinaesthetics auf Bewohnende und Mitarbeitende, die es erlauben, den Schluss auf signifikant-positive Wirkungen zu ziehen [9]. Die Samariterstiftung, kirchliche Stiftung mit Sitz in Nürtingen, ist aufgrund von persönlichen Erfahrungen der Planungsverantwortlichen und positiver Berichte von Vorbildeinrichtungen [10] davon überzeugt, dass Kinaesthetics eine Chance für Mitarbeitende und Bewohnende bietet.

Das Bildungs- und Entwicklungsprojekt

Erfahrungen mit Kinaesthetics werden meist sporadisch von einzelnen Personen erworben, oft im Rahmen der Ausbildung. Eine Anwendung des erworbenen Wissens findet oftmals nicht oder nur eingeschränkt statt, da ein nachhaltiger Transfer in die Praxis nicht gelingt. Um genau diese Probleme zu überwinden, hat die Samariterstiftung ein für das Unternehmen spezifisches und passfähiges Konzept entwickelt [11]. Das Konzept bietet den inhaltlichen und organisatorischen Rahmen, um jeden Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung intensiv – das heißt mit einem Grund- und Aufbaukurs – in Kinaesthetics zu schulen. Im Konzept verankert sind Maßnahmen, die den Theorie-Praxis-Transfer begleiten und zur nachhaltigen Verstetigung beitragen sollen, u. a. Praxisbegleitungen, Fallbesprechungen und Weiterqualifikation einzelner Mitarbeitenden zu Peer-Tutoren. Ziel ist es, die Gesundheit, Lebensqualität und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu erhöhen sowie die Lebensqualität und Mobilität der Bewohner*innen zu fördern und zu erhalten.

Das Projekt versteht sich als Bildungsprojekt: Eine erhöhte Fachkompetenz in Bewegungsaspekten kann die Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und damit die Selbstwirksamkeit und die Attraktivität des Berufes erhöhen (zum Zusammenhang von Berufsstolz, Selbstwirksamkeit und Attraktivität des Pflegeberufes [12]). Der Träger verbindet mit dem Projekt auch die Erwartung, dass

gesunde, zufriedene und in ihrer Kompetenz gestärkte Mitarbeitende weniger die Absicht haben, den Arbeitsplatz zu wechseln und das Projekt sich auch zu einem Magnet für potenzielle Auszubildende und Mitarbeitende entwickeln könnte. Das Projekt gliedert sich aktuell in drei Phasen: In der ersten Phase von 2019 bis 2021 implementierten sechs der über 30 Einrichtungen des Trägers mit durchschnittlich 41 Wohnplätzen das Konzept, in der zweiten Phase von 2022 bis 2024 kommen weitere acht Einrichtungen und in der dritten Phase (2024-2025) nochmals sechs Einrichtungen hinzu. Bis 2021 wurden somit 228 Mitarbeitende auf Grundkursniveau und 174 auf Aufbaukursniveau geschult – darunter examinierte Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte, Alltagsbegleiter*innen, Betreuungsassistent*innen, Mitarbeitende der Hauswirtschaft (sofern direkt auf der Wohngruppe tätig) und Auszubildende.

Ökonomische Begleitevaluation – Forschungsstand und -ziel

Das Projekt wird hinsichtlich der intendierten Wirkungen von der Hochschule Esslingen wissenschaftlich evaluiert. Anhand eines nicht-randomisierten, kontrollierten Vorher-Nachher-Designs wird geprüft, ob die oben genannten Ziele erreicht werden. Zudem werden ökonomische Auswirkungen erfasst, um Transparenz über den Ressourcenverbrauch durch das Bildungs- und Entwicklungsprojekt zu schaffen. Diese Transparenz dient der internen Beurteilung, als Basis für eine weiterführende Kosten-Wirksamkeits-Analyse und ist interessant für potenzielle Nachahmer*innen. Gerade für Letztere wird vor dem Hintergrund der vielfältigen und in der Literatur bereits untersuchten Hürden bei der Implementierung von Kinaesthetics [9] die Kostendarstellung durch die Reflexion des Entwicklungs- und Implementierungsprozesses ergänzt. „Einrichtungen der stationären Langzeitpflege investieren seit Jahren Ressourcen in die Entwicklung der Kinaestheticskompetenz der Pflegenden“ [9], dennoch sind in der Literatur keine detaillierten Kostenerfassungen zu finden, und insbesondere nicht für ein vergleichbares Projekt dieser Größenordnung. Lange-Reichmann untersucht die gesundheitsökonomischen Implikationen von Kinaesthetics in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung und publiziert Schulungs- und Implementierungskosten für drei verschiedene Einrichtungen [13]. Demnach fallen in einer Beispielinrichtung für 22 Mitarbeitende 18.810 Euro Schulungskosten an. In der Literatur werden auch die zeitlichen Auswirkungen der kinästhetischen Pflege im Routinebetrieb und mögliche Einsparungen diskutiert [13, 14]. Eine zuverlässige Aussage dazu ist nach jetzigem Literaturstand nicht möglich. Im vorliegenden Projekt wird diese Diskussion um die Auswirkungen im Routinebetrieb in der aktuell laufenden zweiten Förderphase aufgegriffen und ist daher nicht Gegenstand dieses Beitrages.

Methodik

Die monetäre Belastung durch das Projekt wird deskriptiv am konkreten Fall der Samariterstiftung, zeitlich differenziert nach Entwicklung und Implementierung und aus einzelwirtschaftlicher Perspektive des Trägers dargestellt. Diese zeitliche Zweiteilung stellt eine Vereinfachung dar, im vorliegenden Projekt und im Allgemeinen in Unternehmen verlaufen Veränderungsprozesse nicht exakt linear [15]. In diesem Beitrag und in diesem Projektstadium (2019 bis 2021) sind ausschließlich die tangiblen, direkten Kosten relevant – also die der Einführung und Implementierung direkt zurechenbaren Kosten. Sowohl direkte Kosten und potenzielle Einsparungen des Regelbetriebs als auch indirekte Kosten- oder Nutzeneffekte (wie z. B. verringerte Fehlzeiten) werden zwar im Projekt erfasst, sind aber nicht Gegenstand dieses Beitrags. Direkte Kosten stellen nach Schöffski und Schulenburg „den in Geldeinheiten bewerteten Ressourcenverzehr“ dar [16]. Die Kosten werden nach dem Opportunitätskostenprinzip erfasst [17]: Opportunitätskosten entstehen durch die

Entscheidung für eine bestimmte Mittelverwendung, dadurch werden Ressourcen gebunden [18]. Pflegekräfte, die in einer Schulung sind, üben keine anderen wertschöpfenden, pflegerischen Tätigkeiten aus [19]. Opportunitätskosten stellen daher den entgangenen Nutzen der zweitbesten Alternative der Ressourcenverwendung dar. Im Allgemeinen wird angenommen, dass die Preise bzw. die Löhne den Nutzen der entgangenen Alternative widerspiegeln [16, 20]. Zu den Opportunitätskosten zählen sowohl die expliziten Kosten wie zum Beispiel Kosten für kinästhetische Blocs und Trainerhonorare, als auch die impliziten Kosten wie die Pflegepersonalkosten für den Arbeitgeber und die Kosten für die Nutzung des Raumes [21].

Zur prospektiven, transparenten – also nach Art, Menge und Preis aufgeschlüsselten [14] – Erfassung der Kosten wird ein detailliertes Modul in Excel (in Anlehnung an [22]) genutzt. Pauschalen werden für die Raummiete im Falle eigener genutzter Räume und für die Verpflegung kalkuliert (Raum 50 Euro pro Kurstag, Verpflegung 7,80 Euro pro Person und Tag). Die Anforderungen an Kursräume sind nicht zu unterschätzen. Es werden vor allem Platz für Bewegungsübungen und Übungsbetten gebraucht, weshalb in einem Fall tatsächlich Räume angemietet werden mussten. Da keine vergleichende Analyse durchgeführt wird und ein dreijähriger Betrachtungszeitraum nicht überschritten wird, wird auf eine Berechnung von Gegenwartswerten und die damit verbundene Diskontierung verzichtet [23]. Sach- bzw. im obigen Fall Mietkosten werden mit dem tatsächlichen Bruttopreis bewertet, Personalkosten mit dem durchschnittlichen Arbeitgeber-Bruttogehalt pro Stunde [24]. Für die Grund- und Aufbaukurse wird keine Differenzierung nach Berufsgruppe im Bewertungssatz vorgenommen, vielmehr mit einem durchschnittlichen Bruttolohn „Pflege“ (33,25 Euro) gerechnet, den das Einrichtungs-Controlling errechnete und der den Qualifikationsmix der Teilnehmenden widerspiegelt. Bei den Grund- und Aufbaukursen werden die Fahrtkosten für die gebuchten Dozenten exakt einbezogen, für die Teilnehmenden nur bei der Peer-Tutoren Ausbildung. Bei den zahlreichen Praxisbegleitungen wurde mit einer Pauschale für die Fahrtkosten Kinaesthetics-Trainer*innen gearbeitet (50 Euro).

Ergebnisse

Entwicklung – Kosten und Reflexion

Die Entwicklungskosten sind im Wesentlichen die Personalkosten der eigens dafür geschaffenen Projektleitungsstelle. Im Zentrum steht die „logistische Planung“ der Grund- und Aufbaukurse, die Anpassung des Implementierungsweges auf die konkreten Unternehmensgegebenheiten. Die Akquise von Fördergeldern sollte rechtzeitig vor Projektstart beginnen. Die Organisation der Kinaesthetics-Grundkurse muss ebenso Monate im Voraus stattfinden, da Kinaesthetics-Trainer*innen in der Regel für das aktuelle Jahr ausgebucht sind. Im Konzept ist vorgesehen, dass die Grundkurse für alle Mitarbeitenden der Modelleinrichtungen innerhalb eines halben Jahres stattfinden. Dem schließt sich im nächsten halben Jahr eine Phase des gemeinsamen Lernens in der Praxis an. Für das zweite Jahr sind die Aufbaukurse vorgesehen. Dieses Vorgehen wurde von der Projektleitung positiv bewertet. Für das Lernen im Kursgeschehen sind Gruppengrößen zwischen zehn und 14 Personen ideal. Bei zu kleinen Gruppen ist die Variation und das Arbeiten in Kleingruppen beschränkt und bei zu großen Gruppen kann nicht mehr auf die Individualität der einzelnen Kursteilnehmerinnen von Seiten der Trainerin eingegangen werden.

Die Entscheidung, das Projekt auf Ebene der Hauptverwaltung in allen Phasen bei einer ausschließlich dafür zuständigen Referentin zu verorten, ist kostenintensiv, hat sich aber als richtig erwiesen: Angesichts der zahlreichen Herausforderungen und der Zeitknappheit in den Pflegeeinrichtungen bedarf es einer treibenden Kraft, die wider alle Schwierigkeiten das Projekt vorantreibt und auf

Einhaltung der Vereinbarungen dringt. Das gilt nicht nur vor dem Hintergrund, dass der erste Projektabschnitt in die Covid-19-Pandemie fiel, sondern auch angesichts der „normalen“ Schwierigkeiten in den Einrichtungen wie Personalknappheit und Fluktuation. Ein Bildungs- und Entwicklungsprojekt in diesem Umfang zu planen und zu organisieren, kann nicht von einer Haus- oder Pflegedienstleitung nebenbei geleistet werden. Die Erfahrung des Trägers bestätigt die Untersuchung von Maurer et al. [9], die in einer Multiple Case-Study die ungenügende Wahrnehmung von Implementierungsverantwortung und inkonsequente Planung als hemmende Faktoren in der Implementierung von Kinaesthetics ausgemacht haben. Ein Kernkriterium für das gute Gelingen eines Kinaesthetics-Bildungsprojektes sind die Leitungspersonen einer Einrichtung dennoch: Um das Projekt vom Träger zur Arbeitsebene, respektive den Einrichtungen, zu tragen, nehmen Haus-, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen eine Schlüsselrolle ein (analog [9]). Für die örtlichen Leitungspersonen wurde eine zweitägige Auftaktveranstaltung angeboten. Die Entwicklungskosten sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Hinter jedem Zelleintrag in den Tabellen 1-3 steht eine Detailfassung, die den Ressourcenverbrauch nach Art, Menge und Preis erfasst.

		Personal	Sachkosten/Ausstattung	Summe
Kick-Off (2 Tage)	für Leitungspersonen der Häuser	Tag 1: 24 Personen, 5 Stunden à 54,53 €	Catering, Dozentenonorar, Fahrtkosten, Tagungsunterlagen	23.235,64 €
		Tag 2: 20 Personen, 8 Stunden à 54,53 €		
		15.218,00 €	8.017,64 €	
Projektleitung	Projektentwicklung und Organisation	56.989,30 €	nicht erfasst	56.989,30 €
Summe		72.207,30 €	8.017,64 €	80.224,94 €

Tabelle 1: Zusammenfassung der Entwicklungskosten des Bildungs- und Entwicklungsprojektes, eigene Darstellung

Implementierung – Kosten und Reflexion

Neben der Projektleitung wurden in der Implementierungsphase weitere zwei tragende Ebenen des Projekts aufgebaut: (I) Hausarbeitsgruppen und (II) Multiplikatoren, die in den Wohnbereichen arbeiten und die nachhaltige Implementierung begleiten. Für die *Hausarbeitsgruppen* ist es sinnvoll, auch Personen ohne Leitungs- oder Sonderaufgabe aus den unterschiedlichen Berufsgruppen auszuwählen. Das kann die Motivation zur Umsetzung der Maßnahmen in den Pflege- und Betreuungsteams erhöhen. Im Rahmen der Jahresgespräche mit den Mitarbeitenden werden Interessierte dazu motiviert und darin gefördert, eine Weiterqualifizierung als Kinaesthetics-Peer-Tutor und zum/zur Kinaesthetics-Trainerin*in anzustreben. Die passenden Mitarbeitenden auszuwählen und als Expert*innen aufzubauen, obliegt den Leitungspersonen einer Einrichtung. Diese Aufgabe gestaltet sich vor allem in sehr kleinen Pflegeeinrichtungen nicht immer einfach: Kinaesthetics ist ein Spezialisierungsbereich neben anderen (z. B. Hygiene, Ernährung). Diese Spezialthemen sind für alle Einrichtungen dieselben, aber in großen Einrichtungen können diese auf mehr Fachkräfte mit speziellem Pflegewissen und pädagogischem Geschick besser verteilt werden. In der ersten Förderphase konnten 16 Mitarbeitende zum/zur Peer-Tutor*in qualifiziert werden.

Perspektivisch sollen die Investitionen in die Qualifizierung der Peer Tutor*innen bzw. Trainer*innen dazu führen, Praxisbegleitungen und Workshops vor Ort zu initiieren und so das Roll-out auf weitere Einrichtungen kostengünstiger zu gestalten. Nach Absolvieren des Grund- und Aufbaukurses erhalten alle Mitarbeitenden nach dem Konzept jeweils zwei Begleitungen durch eine*n Kinaesthetics-Trainer*in. Die Mitarbeitenden und Leitungspersonen haben diese Praxisbegleitungen als ein sehr effektives Instrument kennengelernt. Die drei tragenden Ebenen des Projektes (Projektleitung, Hausleitung, Hausarbeitsgruppen) schließen sich zusammen in der KinSPI-AG (Kinaesthetics - AG für

Steuerung – Planung – Implementierung). Ihre Aufgabe ist es, die Inhalte des Bildungsprojekts zu konkretisieren und so zu gestalten, dass diese für die Modellhäuser umsetzbar sind.

Berechnung exemplarisch* pro Person für gesamte Kursdauer bei Kurs mit 10 Teilnehmenden und einer Dauer von 7 Tagen	
Zeit-Opportunitätskosten 7h pro Tag à 40,56 €	1.987,44 €
Dozent anteilig	455,00 €
Verpflegung	54,60 €
Zertifikat/Material	60,00 €
Fahrtkosten durchschnittlich pro Teilnehmer	230,66 €
Raum anteilig	35,00 €
	2.822,70 €

*Die Summe "Peer-Tutorenkurse" in Tabelle 3 ist größer als das Produkt der hier berechneten Einzelkosten x 16 Peer-Tutoren. Dies ist begründet in uneinheitlichen Honoraren/Spesen der Trainer*innen und unterschiedlicher Belegungszahl der Kurse.

Tabelle 2: Kosten einer Qualifizierung zum/zur Peer Tutor*in, eigene Darstellung

		Personal	Sachkosten/ Ausstattung*	Raum	Summe
Implementierung	6 Treffen der PDLs/Einrichtungsleitung 2019	12.228,75 €	2.467,14 €		14.695,89 €
	4 Treffen der PDLs/Einrichtungsleitung 2020 (davon 1 online)	6.983,98 €	1.234,73 €		8.218,71 €
KinSpiAG	3 Treffen der PDLs/Einrichtungsleitung 2021 (davon 3 online) + 1 Workshop z. Nachhaltigkeit	13.160,40 €	2.865,00 €	206,00 €	16.231,40 €
Projektstelle	ohne Aufwand für Evaluation	108.505,95 €			108.505,95 €
Grundkurse	20 Grundkurse (je 4 Tage)	185.490,00 €	65.571,45 €	4.200,00 €	255.261,45 €
	5 Grundkurse für neue Mitarbeitende	28.728,00 €	14.268,60 €		42.996,60 €
Aufbaukurse	24 Aufbaukurse (je 4 Tage)	147.979,02 €	78.311,80 €	4.800,00 €	231.090,82 €
Peer-Tutorenkurse	2 Kurse für 16 Mitarbeitende	33.502,56 €	14.486,23 €	350,00 €	48.338,79 €
Trainerausbildung	5 Trainer*inne Stufe 1, 1 Trainerin Stufe 2	87.052,50 €	43.020,00 €		130.072,50 €
Praxisbegleitungen	804 Praxisbegleitungen an 201 Tagen	39.798,00 €	130.650,00 €		170.448,00 €
Kinästhet. Material	Pauschale 3000 € pro Einrichtung mit 40 - 60 Bewohner*innen; 6 Einrichtungen		18.000,00 €		18.000,00 €
Summe		663.429,16 €	370.874,95 €	9.556,00 €	1.043.860,10 €

* Sachkosten/Ausstattung: Zertifikate, Kursmaterial, Verpflegung am Kurstag & Kosten Dozent (Honorar, Fahrt- und Übernachtung)

Tabelle 3: Übersicht zu den Kosten des Implementierungsprozesses, eigene Darstellung

Insgesamt konnten 228 Mitarbeitende einen Grundkurs erfolgreich abschließen, 174 einen Aufbaukurs. Laut Projektleitung absolvierten Mitarbeitende der Hauswirtschaft und Mitarbeitende, die ein freiwilliges soziales Jahr absolvierten, nach dem Grundkurs keinen Aufbaukurs. Die durchschnittliche Ausbildung eines Mitarbeitenden auf Grundkurs-Niveau kostet inklusive der Opportunitätszeitkosten – also die mit dem Bruttogehalt bewertete Kurszeit – 1.308 Euro. Der Aufbaukurs kostet für einen Mitarbeitenden durchschnittlich 1.328 Euro. Dieser Durchschnittswert

wurde berechnet, indem die Gesamtsumme aller Kurse durch die Anzahl der erfolgreich Absolvierenden geteilt wurde. Das bedeutet, es sind auch Zeitopportunitätskosten inkludiert von Mitarbeitenden, die den Kurs nicht erfolgreich abschlossen (276 Kursteilnahmen an den Kursen vs. 228 Absolventen). Bei den Aufbaukursen ist diese Diskrepanz zu vernachlässigen, da hier nur eine Differenz von drei Mitarbeitenden besteht.

Die Gründe für einen vorzeitigen Abbruch der Kurse sind vielfältig: kurze Unternehmenszugehörigkeit (z. B. Freiwilligendienst) und Langzeitkrankheit, in einzelnen Fällen auch Desinteresse. Da zusätzlich eine vom Träger geschätzte Fluktuation von ca. 15 % Prozent während des Projektzeitraums berücksichtigt werden muss, ist eine Schulungsquote von 100 % der Mitarbeitenden als unrealistisch einzuschätzen.

Der Anteil der Sachkosten an den Implementierungskosten, respektive der Ist-Kosten / expliziten Kosten ist mit 35,5 % größer als bei anderen pflegerischen Interventionen (Vgl. z.B. [25]). Dies liegt an den Honoraren und Spesen für die Kinaesthetictrainer*innen. Bei den Implementierungskosten wird, wie bei den Entwicklungskosten, die Stabsstelle berücksichtigt. Um den Aufwand für die Begleitevaluation nicht dem Projekt anzulasten, wurde von den Kosten für die Stabsstelle ein (geschätzter) Abschlag von 10 % auf den Arbeitsumfang einer Vollzeitstelle abgezogen. Nicht in den Implementierungskosten enthalten sind die Zeitressourcen, die im Vorstand der Hauptverwaltung und der Referatsleitung Altenhilfe sowie vor Ort bei den Hausleitungen und PDLs für die Organisation der Kurse angefallen sind. Die Organisation hatte nach Rückmeldung der Beteiligten einen erheblichen, aber nicht exakt zu quantifizierenden Kostenumfang.

Diskussion und Ausblick

Eine Intervention, die einen Träger mit zunächst sechs Einrichtungen auf einen Bildungs- und Entwicklungsweg schickt, ist komplex und ressourcenintensiv. Lernwege einzelner Personen und einer Organisation, die jeweils über Jahre gewachsen sind, müssen verknüpft und verändert werden. Auch wenn bei der Erfassung der Kosten aufgrund des prospektiven Charakters von einer hohen Präzision ausgegangen werden kann, markiert die Summe aus Entwicklungs- und Implementierungskosten von 1.124.085 Euro nur einen unteren Rand, da auch Kostenaspekte bewusst unberücksichtigt gelassen wurden, um eine Überkomplexität der Kostenerfassung zu vermeiden. Einrichtungen lassen seit Jahren Ressourcen in Kinaesthetics fließen [9], bislang liegt aber kaum Evidenz zur Wirkung vor (u. a. [9]). Daher ist eine Einordnung dieser Kosten im Rahmen einer Kosten-Effektivitäts-Analyse dringend geboten. Dieser Beitrag leistet hierzu den ersten Schritt und legt die Investitionen in Entwicklung und Implementierung offen. Wirkungen werden in personenzentrierten Konzepten vor allem langfristig erzielt [15]. Eine weiterführende Kosten-Effektivitäts-Analyse muss also klären, (I) wie die Startinvestition sinnvoll auf die Nutzungsdauer geschlüsselt wird, (II) welche Wirkungen, (III) Kosten und Einsparungen im (nachhaltigen) Regelbetrieb auftreten. Diese Weiterführung der Analyse wird im zweiten Projektabschnitt adressiert. Konkret sind das z. B. folgende Fragen: Welche Ressourcen müssen aufgewandt werden, um die „Startinvestition“ in Wissen und kinästhetische Fertigkeit zu halten? Welche ressourcenwirksamen Änderungen, z. B. im Hilfsmittelverbrauch zeigen sich in der alltäglichen Pflege?

Bereits auf Basis der bisherigen Erfahrungen des Trägers kann folgendes Zwischenfazit gezogen werden: Das alleinige Angebot der Kinaestheticskurse reicht nicht. Es braucht umfangreiche organisationsintensive flankierende Maßnahmen (Projektstelle, Praxisbegleitungen/Tutoren etc.), um die Voraussetzungen für mögliche Verbesserungen überhaupt erst zu erzielen. Keine der

Projektaktivitäten und damit keine der investierten Ressourcen wurden als unnötig empfunden. Kurz und auf den Punkt gebracht lautet das Zwischenfazit: „Ganz oder gar nicht“. Die Untersuchung zeigt erstmals die korrespondierenden ökonomischen Dimensionen dieses umfassenden Prozesses und unterstreicht damit die Notwendigkeit weiterführender Kosten-Effektivitäts-Analysen.

Förderung des Bildungs- und Entwicklungsprojektes in der ersten Projektphase:

AOK Baden-Württemberg, Stiftung Deutsches Hilfswerk, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Diakonisches Werk Württemberg, Porsche Stiftung)

Förderung der Evaluation durch die Hochschule Esslingen in der ersten Förderphase:

IKKclassic

Interessenkonflikte

Hildegund Wulfgramm hat die Stabstelle zur Koordination des Bildungs- und Entwicklungsprojektes inne und ist zertifizierte Kinästhetiktrainerin Stufe 2

Alle anderen Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] European Kinaesthetics Association. "Was ist Kinaesthetics?". Im Internet: https://www.kinaesthetics.net/download/eka/infoblaetter/deutsch/Infoblatt_1_Was_ist_Kinaesthetics.pdf; Stand: 06.03.2023
- [2] Berger B, Graeb F. Bewegtes Altern oder Altern in Bewegung?! In: Förderung und Erhaltung der Mobilität in der Pflege alter Menschen. Empfehlungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; 2022: 11–18
- [3] Frey D, Rieger S, Diehl E, et al. Einflussfaktoren auf chronische Rückenschmerzen bei Pflegekräften in der Altenpflege in Rheinland-Pfalz. Gesundheitswesen 2018; 80: 172–175. doi:10.1055/s-0043-104693
- [4] Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Schwinger A, Klauber J. Pflege-Report 2019. Springer Open; 2020
- [5] Rothgang H, Müller R. BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Bd. 26. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Wuppertal: Barmer; 2020
- [6] Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Im Internet: <https://www.tk.de/resource/blob/2059766/4b258e2d255360e7e55b4739c4abba3e/gesundheitsreport-2019-data.pdf>; Stand: 06.03.2023
- [7] AOK-Bundesverband. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. Report 2021. Im Internet: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/pflege_kraefte_staerken/report_bgf_pflege_rz_bf.pdf; Stand: 20.03.2023
- [8] Grüneberg B. Kinaesthetics in der Pflege. Bewegung fördern - Wahrnehmung schulen. Altenpflege. Hannover: Vincentz Network; 2019
- [9] Maurer C, Gattinger H, Mayer H. Die Problematik der Implementierung von Kinästhetik in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege - Eine Multiple Case-Study. Pflege 2021; 34: 13–21. doi:10.1024/1012-5302/a000780
- [10] Asmussen M. Ein Kinaesthetics-Bildungsprojekt im Pflegeheim. Pro Alter 2013: 51-55

- [11] Wulfgramm H. Mit Kinästhetik Mitarbeitende binden. *Pflegez* 2022; 75: 20–23. doi:10.1007/s41906-022-1209-9
- [12] Zegelin A, Quernheim G. Wie lässt sich durch Stärkung des Berufsstolzes die Attraktivität der professionellen Pflege steigern? *Pflege* 2022; 35: 65–66. doi:10.1024/1012-5302/a000865
- [13] Lange-Riechmann L. Wirtschaftlicher Nutzen von Kinaesthetics und die Bedeutung für Diakonie und Gesundheitsökonomie. Stuttgart: Steinbeis-Edition; 2015
- [14] Friess-Ott G, Müller M. Kinästhetik - ein ökonomisches Pflegekonzept? Mitarbeiter bewerten die Einführung positiv. *Pflegez* 2006: 110–113
- [15] Hochuli Freund U, Gebert J, Sprenger R, et al. Wie Entwicklungs- und Implementierungsprozesse gelingen können. *Organisationsberat Superv Coach* 2023; 30: 59–78. doi:10.1007/s11613-022-00799-8
- [16] Schöffski O, Graf von der Schulenburg J-M, Hrsg. Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012. doi:10.1007/978-3-642-21700-5
- [17] Graf von der Schulenburg J-M, Greiner W, Jost F, et al. Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation - dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. *Gesundh ökon Qual manag* 2007; 12: 285–290. doi:10.1055/s-2007-963505
- [18] Schöffski O, Graf von der Schulenburg J-M, Hrsg. Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011
- [19] Wolke R. Kosten-Nutzen-Analyse zum Nationalen Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. *Gesundh ökon Qual manag* 2011; 16: 27–34. doi:10.1055/s-0029-1245577
- [20] Liersch S. Gesundheitsökonomische Bewertung von Präventionsmaßnahmen. Dissertation: Springer Gabler; 2016
- [21] Mankiw NG, Taylor MP. Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. Lehrbuch. 7. Aufl. Stuttgart, Freiburg: Schäffer-Poeschel Verlag; 2018
- [22] Korber K, Wolfenstetter SB. Erfassung und Bewertung der Kosten von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen – Entwicklung eines Konzepts am Beispiel ‚Bewegungsförderung‘. *Gesundheitswesen* 2019; 81: e101-e108. doi:10.1055/s-0042-120269
- [23] Görres S, Rothgang H. Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" (ExMo). Abschlussbericht. Bremen; 2016
- [24] Wolke R, Allgeier C, Frank A. Expertenstandard Ernährungsmanagement - nur Kosten oder auch Nutzen? Gesundheitsökonomische Analysen zum nationalen Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“. Lage: Jacobs; 2012
- [25] Wolke R, Essig G, Graeb F, Hrsg. Wenn Ernährung in Kliniken zum Problem wird. Bedeutung und Prävention von Mangelernährung im Krankenhaus. Detmold: Jacobs Verlag; 2021