WHAT NURSES DO:

Das ICN Competencies Framework am Beispiel der Functional Consequences Theory und deren Umsetzung in der Pflegepraxis

Von der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd

zur Erlangung des Grades eines

Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

angenommene Dissertation von

von

Benjamin Bohn

aus

Schwäbisch Hall

2023

Erstgutachterin: JProf. Dr. Veronika Anselmann, PH Schwäbisch Gmünd

Zweitgutachter: Prof. Dr. Marcus Mittenzwei, Hamburger Fern-Hochschule

Fach: Pflegewissenschaft

Abgabetermin der Dissertation: 13.03.2023

Die vorliegende Dissertation basiert auf den folgenden Publikationen:

Studie 1

Bohn, B., & Strupeit, S. (2023). Interventions to promote mobility and quality of life in nursing homes: A systematic review. *Nursing Open*, 10, 4172– 4184. https://doi.org/10.1002/nop2.1673

Studie 2

Bohn, B. (2023). WHAT NURSES DO: Das ICN Competencies Framework am Beispiel der Functional Consequences Theory und deren Umsetzung in der Pflegepraxis. [Dissertation, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd].

Bohn, B.; Anselmann, V.; Strupeit, S. (2023). Improving mobility and quality of life through a chatting and exercise table [Plaudertisch] in nursing homes. A one-group pilot study.

Studie 3

Bohn, B., & Strupeit, S. (2022). Der Plaudertisch in der Anwendung. Eine Evaluation in der stationären Altenpflege. In *Pflegewissenschaft*, *24*(1), 11–19.

Studie 4

Bohn, B., Anselmann, V., & Strupeit, S. (2022). Förderung der Adhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege – Die Entwicklung eines Konzepts am Beispiel des Plaudertisches. In *Pflege & Gesellschaft*, *27*(4), 293-307.

Studie 5

Bohn, B., & Anselmann, V. (2022). Quo vadis, Akademisierung? Eine Analyse zum Stand der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland. In *Lehren und Lernen im Gesundheitswesen*, 08/2022, 5-14.

Für alle Personen mit (zukünftigem) Pflegebedarf.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 7

Abbildungsverzeichnis 8

1. Professionalisierung in der Pflege 9

2. Grundlagen der Professionalisierung 13

2.1 Begriffsbestimmung 13

2.2 Pflege als Disziplin 14

2.3 Pflegekompetenzen und -theorie 16

3. Übergeordnete Forschungsfragen 22

4. Studien 30

4.1 Studie 1 30

Interventions to promote mobility and quality of life in nursing homes. A systematic review

4.2 Studie 2 31

Improving mobility and quality of life through a chatting and exercise table [Plaudertisch] in nursing homes. A one-group pilot study

4.3 Studie 3 57

Der Plaudertisch in der Anwendung. Eine Evaluation in der stationären Altenpflege

4.4 Studie 4 58

Förderung der Adhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege – Die Entwicklung eines Konzepts am Beispiel des Plaudertisches

4.5 Studie 5 59

Quo vadis, Akademisierung? Eine Analyse zum Stand der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland

5. Diskussion 61

5.1 Limitationen 64

5.2 Implikationen 65

5.3 Schlussfolgerungen 67

Anteilserklärung an den Publikationen 72

Eidesstattliche Versicherung 74

Abkürzungsverzeichnis

ANA	American Nurses Association
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
EbN	Evidence-based-Nursing
ICN	International Council of Nurses
PflBG	Pflegeberufegesetz
QoL	Quality of Life
SGB	Sozialgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theoretische Verortung der Studien 21
Abbildung 2: Ergebnisse.....60
Abbildung 3: Konzept WHAT NURSES DO 68

1. Professionalisierung in der Pflege

„Pflege kann was!“ (BMFSFJ, 2022). So heißt die Öffentlichkeitskampagne zur Pflegeausbildung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die im November 2022 begann. Hier wird Pflege als ein anspruchsvoller Beruf beschrieben, in dem viele unterschiedliche Fähigkeiten erworben werden (BMFSFJ, 2022). Professionelle Pflege mache einen Unterschied, heißt es weiter (ebd.). Doch wie steht es um die Profession der Pflege? Bis Ende des 20. Jahrhunderts wurde die Pflege mehr als Beruf und nicht als Profession angesehen und auch heute sind, trotz Professionalisierungsbestrebungen, nicht alle Professionalisierungskriterien erfüllt (McEwen, 2019a). Diese Professionalisierungsbestrebungen werden unter anderem durch eine wachsende (pflege-)wissenschaftliche Basis oder dem Bestehen eines Ethikkodex und dessen Weiterentwicklung unterstützt (ebd.). Stegen & Sowerby (2019) nennen die folgenden Kriterien einer Profession: (1) *Possession of a Body of Specialized Knowledge*, (2) *Use of Scientific Method to Enlarge the Body of Knowledge*, (3) *Education Within Institutions of Higher Education*, (4) *Control of Professional Policy, Professional Activity and Autonomy*, (5) *A Code of Ethics*, (6) *Nursing as Lifetime Commitment* und (7) *Service to the Public* (Stegen & Sowerby, 2019). Diese Kriterien werden im Folgenden näher erläutert: (1) Obwohl sich Pflege dem Wissen aus Bezugsdisziplinen (Medizin, Sozialwissenschaft, Biologie etc.) bedient, arbeitet die Pflegewissenschaft daran, das pflegespezifische Wissen weiterzuentwickeln (ebd.). (2) Hierbei gilt Evidence-based Practice und Evidence-based Education als grundlegend für eine zeitgemäße Pflege (ebd.). Bezogen auf die Situation in Deutschland können Forschungsstrukturen und -ansätze beobachtet werden, die jedoch unter anderem durch einen Mangel an (finanziellen) Ressourcen (bspw. längerfristigen Forschungsprojekten) zu einer Abwanderung des qualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchses in benachbarte Gebiete führt (Bartholomeyczik, 2014). In vielen großen Forschungsausschreibungen wird die Pflege angesprochen und bei thematischen Fragen konsultiert, jedoch fehlt nach wie vor eine Förderung expliziter Pflegeforschung, welche weiterer intensiver Entwicklung bedarf (Bartholomeyczik, 2017). (3) Die Einführung des Pflegeberufegesetzes (PflBG) 2020 und die damit verbundene gesetzlich fixierte hochschulische Pflegeausbildung gelten als wichtiger Schritt der weiteren Professionalisierung der Pflege (Vosseler, 2015). (4) Pflegende sind verantwortlich für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege (Stegen & Sowerby, 2019). Diese den Pflegenden vorbehaltenen Tätigkeiten

werden für Deutschland in § 4 des Pflegeberufegesetzes definiert. Hierzu zählen gemäß § 4 Abs. 2 PflBG die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Darüber hinaus gilt der Aufbau länderspezifischer Pflegekammern als weiterer Schritt zur Professionalisierung. Kellnhauser (2016) sieht als Aufgabe der Pflegekammer die eigenständige Regulierung der Pflege sowohl hinsichtlich der Lizensierung, beispielsweise durch das Aushändigen der Berufsurkunde, als auch der Registrierung von Pflegenden. Des Weiteren wurden 2022 erstmals die standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben festgeschrieben (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2022). Hier können weitere Bestrebungen der autonomen Verantwortungsübernahme in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen festgehalten werden. (5) Hinsichtlich der ethischen Handlungsgrundlagen kann die Überarbeitung des ICN-Ethikkodex (ICN, 2021) im Jahr 2021 genannt werden. (6) Pflegekräfte, die ihre vorhandenen Kompetenzen zur Bewältigung der entstandenen Herausforderungen als gut bezeichnen und sich auch als ausreichend informiert fühlen, arbeiten gerne in ihrem Beruf (Anselmann & Bohn, 2022). Dennoch müssen viele Pflegenden auch aufgrund von Burnout früher aus dem Beruf aussteigen (Stegen & Sowerby, 2019). Ebenso führt die steigende und überfordernde Arbeitsbelastung (Dürr et al. 2021), unter anderem bedingt durch die Coronapandemie, zu Ausstiegsgedanken von Pflegenden (Gräske et al. 2020). (7) Abschließend kann festgehalten werden, dass bezogen auf den gesellschaftlichen Nutzen keine Zweifel bestehen (Stegen & Sowerby, 2019). Dies zeigt sich beispielsweise in der politischen Anerkennung der zentralen Rolle von Pflegenden während der Coronapandemie durch die Gesellschaft und Politik (Daly et al., 2020).

Neben den Professionalisierungsbestrebungen gelten auch die steigenden Anforderungen an den Pflegeberuf als aktuelle Herausforderungen in der Pflege. Die Reduktion von Verweildauern in Krankenhäusern (Aiken et al., 2017) sowie der in § 3 SGB XI festgeschriebene Vorrang der häuslichen Pflege bedingen eine Zunahme der Komplexität des Pflegebedarfs in der stationären Pflege. Ein wichtiger Aspekt für die Komplexität von Pflegesituationen wird hierbei in der Multimorbidität der zu pflegenden Personen gesehen (Baldini et al., 2018). Die dadurch bestehende große Heterogenität unterschiedlicher Risikofaktoren, Ressourcen und Einschränkungen überwiegend bei Menschen mit höherem Alter, mündet in komplexen Pflegesituationen (Konopik, 2023).

Hieraus resultiert ein großer Bedarf an qualifizierten Pflegenden, um eine dem Pflegebedarf angemessene Versorgung zu gewährleisten (ebd.), was ebenfalls zu einem Anstieg an interprofessioneller Zusammenarbeit und Kommunikation führt (Conca et al., 2018). Dies bedingt – für eine zukunftsorientierte und bedarfsgerechte Pflege – einen erweiterten Qualifikationsmix in der Pflege unter Einbeziehung von akademisch ausgebildetem Pflegepersonal (Weidner & Schubert, 2022). Auch der zunehmende Einsatz von Technik in der Pflege führt zu einer Erweiterung der notwendigen Kompetenzen in der pflegerischen Arbeit (Kunze, 2017). Die Einführung des Pflegeberufegesetzes im Januar 2020 soll diesem Anspruch und dem Anspruch an die Professionalisierung der Pflege Rechnung tragen.

Wie Pflegende lernen, diesen Ansprüchen gerecht zu werden, beschäftigt die pflegepädagogische Forschung. Zu pflegepädagogischen Themen finden sich in der Zwischenzeit einige Publikationen. Beispielsweise untersuchen Studien das Erleben von Auszubildenden während der Coronapandemie (Anselmann & Bohn, eingereicht; Ulenares et al, 2021) oder ermitteln pflegepädagogische Kompetenzen von Lehrenden in Pflegeschulen (Mittenzwei, 2020). Über pflegewissenschaftliche Bachelorstudiengänge mit dem Ziel der Berufsqualifikation ist wenig bekannt. Lademann et al. (2016) beschreiben Qualifikationsziele von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen sowie die Einordnung der Zielgrößen im Kompetenzniveau 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens. Des Weiteren analysieren sie inhaltliche Merkmale dieser primärqualifizierenden Studiengänge (Lademann et al., 2016). Darmann-Finck & Reuschenbach (2018) beschreiben die Qualifikationsziele dieser Studiengänge als Vertiefung zu den in der Ausbildung angestrebten Kompetenzen sowie als Erwerb von wissenschaftlichen Kompetenzen. Aktuell bestehen keine Daten bezogen auf diese Qualifikationsziele und die Entwicklung der berufsqualifizierenden Studiengänge in Deutschland nach Einführung des Pflegeberufegesetzes im Jahr 2020. Der Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020) gilt als Grundlage der Umsetzung dieses Gesetzes. Dieser beschreibt die professionelle Pflege als den Umgang mit unterschiedlichen Altersgruppen in heterogenen Settings und Situationen (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020). Hierbei bestehen die Aufgaben sowohl im Bereich der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation als auch im palliativen Bereich (ebd.). Die Durchführung der Pflege ist hierbei ethisch gestützt und (pflege-)wissenschaftlich begründet. Die

pflegeempfangenden Personen werden selbstbestimmt mit ihrem jeweiligen Lebenskontext wahrgenommen (ebd.). Die Expertenstandards in der Pflege bereiten wissenschaftliche Erkenntnisse für die Pflegenden auf und sichern die Umsetzung dieser Erkenntnisse in der pflegerischen Praxis (Büscher & Blumenberg, 2018). Dies gilt als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung (ebd.). Die Durchführung einer wissenschaftlich begründeten Pflege bedingt die Durchführung von evidencebasierten Interventionen. Hierfür schlagen Behrens & Langer (2010) die Evidence-based-Nursing-Methode vor. Diese beinhaltet die Schritte Auftragsklärung, Fragestellung, Literaturrecherche, Klinische Beurteilung, Implementierung und Adaption und Evaluation (Behrens & Langer, 2010). Dies hat auch weitreichende Folgen für die pflegeberufliche Bildung (Behrens, 2014), welche innerhalb dieser Methode jedoch nicht berücksichtigt wird. Zu der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Dual-tasking-Intervention zur Förderung der Mobilität der zu pflegenden Personen in der stationären Altenpflege bestehen zum Zeitpunkt der durchgeführten Studien keine wissenschaftlich generierten Daten und Erkenntnisse.

Die vorliegende Dissertation soll die dargestellten Forschungslücken durch insgesamt fünf Studien schließen. Diese sind alle in einem wissenschaftlichen Journal mit einem Peer-Review-Verfahren entweder publiziert oder sie befinden sich in einem Peer-Review-Prozess. Bei den Studien der vorliegenden Arbeit wurden unterschiedliche qualitative und quantitative Methoden verwendet. Dieser Methodenpluralismus hat das Ziel, die Anwendbarkeit der Ergebnisse in der pflegerischen Praxis zu gewährleisten (McEwen, 2019a). Hinsichtlich der Professionalisierungsbestrebungen der Pflege in Deutschland wird sowohl pflegewissenschaftliches Wissen zur einer Dual-tasking-Intervention zur Förderung der Mobilität in der stationären Altenpflege generiert als auch die Pflegebildung im hochschulischen Bereich erstmalig analysiert.

Eine weitere Besonderheit dieser Dissertation ist ihre Perspektive. Durch die Perspektive der Professionalisierung wird es möglich, pflegewissenschaftliche mit pflege- und berufspädagogischen Inhalten zu verbinden. Dies stellt ein Novum in der Pflegewissenschaft dar und ist in der Evidence-based-Nursing-Methode (Behrens & Langer, 2010) nicht vorgesehen.

Nachfolgend wird der Aufbau der vorliegenden Arbeit beschrieben. Insgesamt gliedert sich die Dissertation in fünf Kapitel. In Kapitel 2 wird die Professionalisierung

der Pflege behandelt. Hier werden Grundlagen zum Prozess der Professionalisierung beschrieben, die Pflege als Domäne erläutert und danach pflegerische Kernkompetenzen (ICN, 2009) und die Pflegetheorie am Beispiel der Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults (Miller, 2012) dargestellt. Hier erfolgt ebenfalls die Einordnung der einzelnen Studien in den theoretischen Rahmen. In Kapitel 3 wird das Ziel der Arbeit definiert und die Forschungsfragen zu den einzelnen Studien dargestellt. In Kapitel 4 werden die einzelnen Studien dieser Arbeit vorgestellt. Es wurden Studien zu Interventionen zur Förderung der Mobilität und Lebensqualität in der stationären Altenpflege sowie zum Stand der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 37 PflBG durchgeführt. In Kapitel 5 erfolgt die die Diskussion der Ergebnisse einschließlich der Darstellung von Limitationen und Implikationen. Das Kapitel schließt mit der Darstellung eines Modells ab, das zukünftige Arbeit mit pflegerischen Interventionen im Rahmen von Professionalisierungsbestrebungen unterstützen soll.

2. Grundlagen der Professionalisierung

2.1 Begriffsbestimmung

Pflege befindet sich weiter im Prozess der Professionalisierung. Im Kontext dieser Arbeit wird die folgende Definition von Professionalisierung zugrunde gelegt:

> *A Profession is a disciplined group of individuals who adhere to ethical standards and who hold themselves out as, and are accepted by the public as possessing special knowledge and skills in a widely recognised body of learning derived from research, education and training at a high level, and who are prepared to apply this knowledge and exercise these skills in the interest of others.* (Australian Council of Professions, 2003, o. S.)

Obrecht (2016) beschreibt im Zusammenhang mit diesem Prozess die Kategorien Disziplinäre Aspekte und Personale Aspekte sowie die allgemeine Handlungstheorie. Unter disziplinären Aspekten versteht er die Entwicklung von professionellem, handlungswissenschaftlichem Wissen, unter personalen Aspekten die Ausbildung von Studierenden zu Angehörigen der Profession (Obrecht, 2016). Unter der allgemeinen Handlungstheorie wird in diesem Zusammenhang die systematische wissenschaftliche Bearbeitung von praktischen Problemen im beruflichen Kontext verstanden (ebd.).

Professionelle Handlungen sind in diesem Sinne alle Handlungen, die zielgerichtet, selbstbewusst und unter Anwendung von professionellen Verfahren durchgeführt werden. Professionelle Handelnde versuchen, professionelles Wissen und Können zur Lösung praktischer Probleme anzuwenden (Obrecht, 2016). Dieses professionelle Wissen und Können bedingt theoretische und praktische Bildungsangebote, gilt als Fundament von Professionalisierungsbestrebungen (Ferguson & Ramsay, 2010) und leitet Handlungen, um die expliziten Ziele der Profession hinsichtlich praktischer Problemstellungen zu erreichen (Obrecht, 2016). Diese praktischen Problemstellungen generieren Forschungsinteressen, die einerseits aus bedeutsamen Fragen der Berufsangehörigen und andererseits aus visionären Fragestellungen, für die eine Erklärung gefunden werden müsste, bestehen (Meleis, 2012). Rutty (1998) beschreibt vier Arten von professionellem Wissen, *empiricism*, *aesthetics*, *personal knowledge* und *ethics*. Unter *empiricism* wird das wissenschaftliche Wissen verstanden, das als messbar, spezifisch, beobachtbar und in die Praxis übertragbar ist (Rutty, 1998). Das Wissen zu den *aesthetics* zeigt sich den pflegeempfangenden Personen exklusiv durch pflegerische Handlungen, während das ethische, moralische Wissen (*ethics*) als Grundlage für pflegerische Bewertungen und Entscheidungen gilt (ebd.). Darüber hinaus nennt sie das *personal knowledge*, das komplex und schwer zu lehren ist, jedoch als essentiell für die pflegerische Praxis gilt (ebd.).

Um professionelles Wissen zu generieren ist es grundlegend, die Ziele der entsprechenden Disziplin zu analysieren. Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der Pflege als Disziplin und den damit verbundenen Charakteristika.

2.2 Pflege als Disziplin

Eine Disziplin wird beschrieben als *„[…] defined by goals, structure, and substance. It also has fundamental logic and thought processes embedded within, connecting its parts. A discipline becomes embodied in its members.“* (Meleis, 2012, S. 87). Weiterführend kann die Disziplin der Pflege definiert werden *„[…] through ways by which the structure and substance are viewed, organized, examined, researched, and understood.”* (Meleis, 2012, S. 88)

Um die Pflege und deren Ziele zu definieren, werden die Kategorien *perspective*, *domain* und die *goals of the discipline* genannt (Meleis, 2012). Meleis (2012) beschreibt hierbei vier Kategorien der *perspective* von Pflege. Sie beschreibt Pflege als *Human*

science, eine *Practice-oriented Discipline*, eine *Caring Discipline*, die auf Beziehungen zwischen Pflegenden und den pflegeempfangenden Personen basiert und eine *Health and Wellness perspective* einnimmt (Meleis, 2012). Unter *perspective* wird Folgendes verstanden:

> *A nursing perspective is defined by its unique aspects, the history of the profession, the sociopolitical context in which nursing care is provided, and the nature of the orientation of members of the nursing profession, as well as the discipline.* (Meleis, 2012, S. 88)

Die Einnahme einer Perspektive, die die Werte und Sichtweisen der Pflegenden einnimmt, ermöglicht die zielgerichtete Erweiterung des pflegerischen Wissens in den relevanten Bereichen der pflegerischen Praxis (ebd.). Die Verwendung des Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009) sichert die Übernahme der Perspektive der Pflegenden im Rahmen dieser Arbeit durch die Formulierung von Kernkompetenzen für die Pflegenden. Die Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults unterstützt diese durch das Ziel der *Wellness outcomes* bezogen auf die evidencebasierte Anwendung von pflegerischen Interventionen (Miller, 2012).

Die Implementierung der Ziele von Pflege erfolgt mittels der pflegerischen Praxis, Pflegepädagogik und auf organisationaler Ebene (Meleis, 2012). Hierfür wurde für die vorliegende Arbeit das Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009) verwendet, um die Kernkompetenzen von Pflegenden darzustellen. Darüber hinaus stellt die beispielhaft verwendete Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults die folgenden Ziele von Pflege dar: Diese Theorie basiert auf dem Ziel, eine evidencebasierte Pflege für ältere Menschen zu realisieren, um deren Wohlbefinden zu fördern (Miller, 2012). Die Förderung einer evidenzbasierten pflegerischen Praxis ist relevant, da der Einsatz pflegerischer Interventionen nach wie vor weitestgehend auf Erfahrung, Intuition oder auch auf ungeprüften Theorien beruht (Wills & McEwen, 2019).

Die *domain of nursing* beinhaltet hierbei sowohl den Fokus auf Umgebungsfaktoren wie gesellschaftspolitische oder wirtschaftliche Faktoren, die auf die zu Pflegenden und deren An- und Zugehörigen einwirken, als auch die pflegerische Aufgabe, Selbstpflegekompetenzen zu entwickeln und die Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern und zu erhalten (Meleis, 2012). Hierbei werden die Konzepte *Nursing client*, *Tranistions*, *Interaction*, *Nursing process*, *Environment*, *Nursing*

therapeutics und *Health* genannt (Meleis, 2012, S. 97). Die Domäne der Pflege beinhaltet Konzepte und Probleme, die durch die Theorie und Forschung entwickelt, validiert und kommuniziert werden (Meleis, 2012). Die Theorie organisiert und strukturiert pflegerisches Wissen und dient dazu, systematisch die Pflegepraxis zu beschreiben, zu erklären und vorherzusagen (McEwen, 2019b). Dadurch wird es möglich eine zielgerichtete Pflege anzubieten (ebd.). Hierauf basierend wurde die vorliegende Dissertation beispielhaft mit der Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults (Miller, 2012) fundiert.

Auf dieser Basis wurde ein Systematic Review zu mobilitätsfördernden Interventionen mit Einfluss auf die Lebensqualität durchgeführt, eine Intervention zur Förderung der Mobilität und Lebensqualität implementiert und evaluiert und ein Konzept hierfür entwickelt. Darüber hinaus wurde, bezogen auf die Konzepte *Perspective* und *Domain*, die hochschulische Pflegeausbildung analysiert. Das folgende Unterkapitel beschreibt das zugrundeliegende Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009) und der Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults und ordnet die durchgeführten Studien in die theoretischen Grundlagen ein.

2.3 Pflegekompetenzen und -theorie

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Kernkompetenzen Pflegender – formuliert durch den International Council of Nurses (ICN, 2009) – die mit dem Anspruch auf internationale Gültigkeit generalistisch ausgebildeter Pflegenden entwickelt wurde (Alexander & Runciman, 2003). Diese werden über die Bereiche *Professional, ethical, legal practice*, *Care provision and management* und *Professional, personal and quality development* definiert (ebd.). Der Bereich ‚Professional, ethical, legal practice‘ wurde im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit aufgrund der eingeschränkten Einflussnahme auf die Komponenten *accountability*, *legal practice* und *ethical practice* (ICN, 2009) nicht in der Umsetzung der Studien verwendet. Kompetenzen werden in diesem Zusammenhang folgendermaßen definiert:

> *The effective application of a combination of knowledge, skill and judgement demonstrated by an individual in daily practice or job performance. In nursing definitions, there is wideranging agreement that, in the performance of nursing roles to the standards required in employment, competence reflects the following: Knowledge, understanding and judgement; A range of skills cognitive, technical*

> *or psychomotor and interpersonal; and a range of personal attributes and attitudes.* (ICN, 2005, S. 9)

Der Bereich *Care provision and management* des ICN Competencies Framework (2009), setzt sich im Bereich *Key principles of care* aus den Aspekten *Health promotion*, *Assessment*, *Planning*, *Implementation*, *Evaluation* und *Therapeutic communication and relationship* zusammen (ICN, 2009). Die Bereiche *Care provision and management* und *Professional, personal and quality development*, die die Grundlagen der vorliegenden Arbeit darstellen, werden darüber hinaus mit der Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults (Miller, 2012) fundiert. Die Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults beinhaltet die vier Hauptkonzepte *Person*, *Nursing*, *Health* und *Environment* (Miller, 2012). Das Verständnis dieser Konzepte basiert unter anderem auf den Pflegetheorien von Rogers, Roy, Nightingale, Henderson, King und Watson (ebd.). Darüber hinaus basiert die Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults auf der Annahme, dass altersbedingte Veränderungen und individuelle Risikofaktoren die Steigerung der Vulnerabilität von alten Menschen bedingen und somit negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität haben (Miller, 2012). Unter Functional Consequences werden die beobachtbaren Auswirkungen von Gesundheitsrisiken und altersbedingten Veränderungen verstanden, die Einfluss auf die Lebensqualität und die Aktivitäten des täglichen Lebens haben (ebd.). Diese Veränderungen und Risikofaktoren werden durch die Pflegenden erfasst, um Ansatzpunkte für pflegerische Interventionen (*Nursing Interventions*) zu identifizieren, die in *Wellness Outcomes* (individuelle Leistungsfähigkeit in Relation zu den bestehenden Einschränkungen) resultieren (ebd.). Die **Studien 1**, **2**, **3** und **4** ordnen sich hierbei im Bereich *Nursing Interventions* ein und beziehen sich, im Rahmen dieser Arbeit, auf Interventionen zur Förderung von Mobilität und Lebensqualität im Setting der stationären Langzeitpflege. Diese werden im Zusammenhang mit dem ICN Competencies Framework im Bereich *Care provision and management* gesehen. **Studie 5** basiert auf der Bildung der notwendigen Kompetenzen in der hochschulischen Pflegeausbildung und ordnet sich in den Bereich *Professional, personal and quality development* (ICN, 2009) ein.

Dem Konzept *Person* der Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults liegt ein holistisches Menschenbild zugrunde. Dies beinhaltet

das Wohlbefinden und die Funktionalität, die durch individuelle und externe Faktoren beeinflusst werden (Miller, 2012). Als externe Faktoren werden in diesem Zusammenhang Interventionen zur Förderung der Mobilität und Lebensqualität verstanden, was anhand eines Systematic Reviews **(Studie 1)** näher betrachtet wurde. Dies kann ebenfalls in das Konzept *Evidence based practice* (Miller, 2012) eingeordnet werden.

Das Konzept *Health* beschreibt die Fähigkeit, sich individuell auf das höchstmögliche Niveau zu entwickeln, wobei Wohlbefinden und Lebensqualität von jeder Person individuell definiert werden (Miller, 2012). Im Zusammenhang mit diesem Konzept wurde eine Pilotstudie zur Mobilitätsintervention (Plaudertisch) in der stationären Altenpflege durchgeführt und hinsichtlich der abhängigen Variablen Mobilität und Lebensqualität ausgewertet. Da der Verlust der Mobilität hauptsächlich bei älteren Menschen langfristige Einschränkungen hervorrufen kann (Smart et al., 2018) und somit als kritischer Aspekt der individuellen Gesundheit (Constantin & Dahlke, 2018) und wesentlicher Faktor für eintretende Pflegebedürftigkeit angesehen wird (Wingenfeld et al., 2020), stellen diese negativen Konsequenzen (*Functional Consequences*) Hauptansatzpunkte für pflegerische Interventionen dar, die sich positiv auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität (*Wellness Outcomes*) auswirken (Miller, 2012). Aufgrund des starken Zusammenhangs zwischen Mobilität und Lebensqualität scheint die Förderung der Mobilität am geeignetsten zu sein, um die Lebensqualität von älteren Menschen positiv zu beeinflussen (La Grow et al., 2013) und beispielsweise Immobilität, Verletzungen und kostenintensiven Krankenhausbehandlungen (Larsson et al., 2018; Groessl et al., 2019) zu vermeiden. So beschreiben Personen mit größeren Mobilitätsressourcen die Lebensqualität unabhängig vom Geschlecht höher als Personen mit weniger Mobilitätsressourcen (Shafrin, Sullivan, Goldman & Gill, 2017; Törnvall, Marcusson & Wressle, 2016). Im Zusammenhang mit der durchgeführten Pilotstudie wurden die individuellen Fähigkeiten und Einschätzungen von pflegebedürftigen Menschen hinsichtlich Lebensqualität und Mobilität erhoben. Ziel war es, die Durchführbarkeit in der pflegerischen Praxis sowie mögliche Effekte zu untersuchen **(Studie 2)**. Diese Studie findet sich ebenfalls im Konzept *Nursing* (Miller, 2012) wieder. Das Konzept *Environment* beinhaltet in diesem Zusammenhang alle Aspekte des Settings, in dem die pflegerischen Tätigkeiten stattfinden, und beinhaltet ebenfalls die

Pflegenden selbst (Miller, 2012), die in der vorliegenden Studie durch die Personengruppe der Betreuungskräfte im Setting erweitert werden.

Anhand der Durchführung einer Evaluation der Anwendung des Plaudertisches **(Studie 3)** sollen sowohl Aspekte der Umgebungsfaktoren als auch der direkten Anwendung der Intervention dargestellt werden. Das Konzept *Nursing* beschreibt die Pflege als interaktiven und interpersonellen Prozess zur Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und zur Generierung eines gesundheits- und heilungsförderlichen Umfeldes mit dem Ziel der schnellstmöglichen Wiederherstellung von Unabhängigkeit (Miller, 2012). Dabei besteht die Pflege aus Wissen, Werten, Engagement und der leidenschaftlichen Durchführung von Pflegehandlungen und fördert die Interaktion mit der individuellen Umwelt und die individuelle Weiterentwicklung (ebd.). Zur Schaffung eines Umfeldes, in dem die Förderung der Interaktion, Weiterentwicklung und Unabhängigkeit fokussiert werden kann, wurde ein Konzept zur Förderung der Trainingsadhärenz in der stationären Altenpflege am Beispiel des Plaudertisches entwickelt **(Studie 4)**. Die Trainingsadhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung kann als wichtiger Prädikator für das Wohlbefinden (*Wellness Outcomes*) angesehen werden (Rivera-Torres, Fahey, & Rivera, 2019).

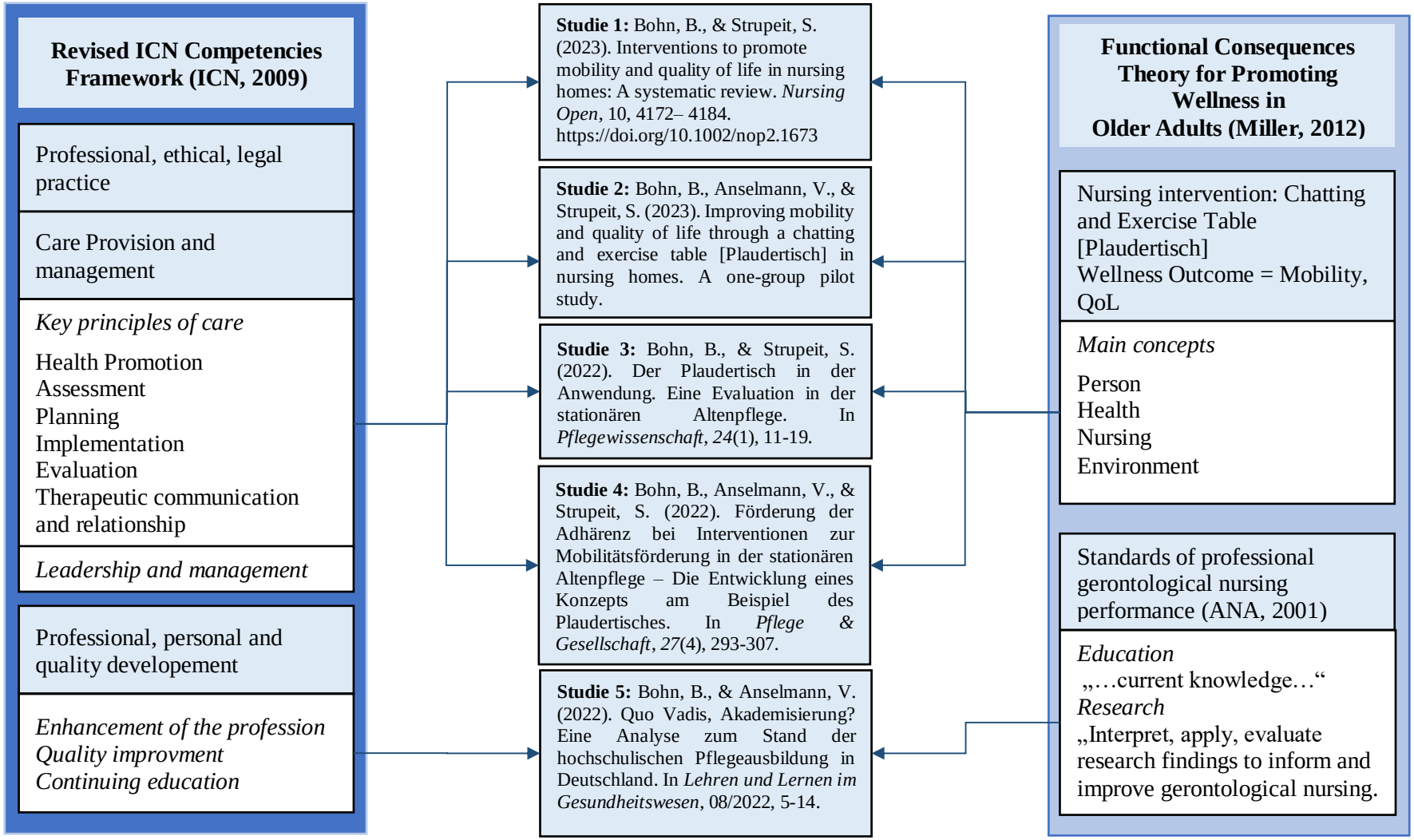
Die Kernkompetenzen für Pflegende des ICN beschreiben im Bereich *Professional, personal and quality development* die Aspekte *Enhancement of the profession*, *Quality improvement* und *Continuing education* (ICN, 2009). Miller (2012) beschreibt in der *Functional Consequences Theory* die Notwendigkeit, dass Pflegende wissenschaftliche Erkenntnisse in die pflegerische Praxis transferieren, Literaturrecherchen durchführen und interpretieren. Zur Darstellung der Qualifikationen für Pflegende übernimmt sie die *Standards of professional gerontological nursing performance* (Miller, 2012) der American Nurses Association. Dies beinhaltet sowohl die Aspekte *Education* und *Research*, welche sowohl durch die Verwendung des aktuellen Wissens als auch den Umgang mit wissenschaftlichen Studien und der Weiterentwicklung der Pflege beschrieben werden (ANA, 2001). Auch die Kernkompetenzen Pflegender beschreiben die Notwendigkeit der persönlichen Entwicklung sowie der Weiterentwicklung der Profession im Kompetenzbereich *Professional, personal and quality development* (ICN, 2009). Den gestiegenen Anforderungen an den Pflegeberuf (Wissenschaftsrat, 2012) wird in Deutschland seit Januar 2020 mit der Fixierung der hochschulischen Pflegeausbildung im

Pflegeberufegesetz Rechnung getragen. Hier werden hauptsächlich wissenschaftliche Kernkompetenzen wie aktuelles pflegerisches Wissen, die wissenschaftliche Recherche und die kritische Überprüfung der Ergebnisse (Strittmatter & Sauer, 2015) gefördert. Die akademisierte Pflege wird in diesem Zusammenhang in der direkten Versorgung von pflegebedürftigen Menschen gesehen (Eberhardt, 2016). Auch die Weiterentwicklung der pflegerischen Praxis gilt als Aufgabe der akademisierten Pflege (Eberhardt, 2016; ICN, 2009; ANA, 2001). Dies wird im Pflegeberufegesetz für die hochschulische Pflegeausbildung erstmals gesetzlich verankert. So heißt es in § 37 Abs. 3 S. 3 PflBG, dass primärqualifizierende Studiengänge unter anderem dazu befähigen, dass „*sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen*“ und die Kompetenzen zu erwerben, um *„forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen.“* Der International Council of Nurses beschreibt diese Aspekte im Kompetenzbereich *Professional, personal and quality development* (ICN, 2009). Um diesen Anspruch für Deutschland zu analysieren, wurde – bezogen auf die Entwicklung und der Qualifikationsziele von berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen in Deutschland – eine genuine Dokumentenanalyse mit den Messzeitpunkten 2019 und 2022, demzufolge vor und nach der Einführung des Pflegeberufegesetzes, durchgeführt **(Studie 5)**.

Im folgenden Kapitel werden, auf die durchgeführten Studien bezogen, die übergeordneten Forschungsfragen beschrieben. Abbildung 1 beschreibt die einzelnen Studien im Kontext der theoretischen Grundlagen.

Abbildung 1

Theoretische Verortung der Studien



3. Übergeordnete Forschungsfragen

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit dem Prozess der Professionalisierung der Pflege mit dem Fokus darauf, wie Pflegende ihre Tätigkeit durchführen und wie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse durch pflegepädagogische Überlegungen wieder in die Praxis transferiert werden können. Hierfür wurden mehrere Studien durchgeführt, um professionelles Wissen (disziplinäre Aspekte (Obrecht, 2016), *empiricism* (Rutty, 1998)) zu generieren, Problemstellungen der pflegerischen Praxis zu bearbeiten (allgemeine Handlungstheorie (Obrecht, 2016)) und die Bedingungen der pflegeberuflichen Bildung (personale Aspekte (Obrecht, 2016)) zu analysieren. Um dies durchzuführen und die Arbeit in den pflegewissenschaftlichen *Body of Specialized Knowledge* (Stegen & Sowerby, 2019) zu integrieren, wurde das Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009) und die Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults (Miller, 2012) als theoretische Fundierung verwendet. Die übergeordnete Forschungsfrage wurde folgendermaßen formuliert:

- *Wie kann praxisrelevantes pflegewissenschaftliches Wissen zu Professionswissen werden?*

Um diese Forschungsfrage zu beantworten, wurde beispielhaft das Konstrukt der Mobilität und Lebensqualität verwendet sowie eine Analyse der hochschulischen Pflegeausbildung durchgeführt. Hierfür wurden die folgenden Forschungsfragen für die einzelnen Studien formuliert:

1. Welchen Einfluss haben pflegerische Interventionen zur Förderung der Mobilität auf die Lebensqualität von pflegebedürftigen älteren Menschen? **(Studie 1)**
2. Wie stellt sich die Umsetzbarkeit der Intervention Plaudertisch bei pflegebedürftigen Menschen in der stationären Altenpflege dar? **(Studie 2)**
3. Welche Erfahrungen machen die Pflege- und Betreuungskräfte bei der Durchführung der Intervention Plaudertisch hinsichtlich der direkten Anwendung und welche Implikationen für Setting, Umfeld und Weiterentwicklung lassen sich daraus ableiten? **(Studie 3)**
4. Wie muss ein Trainingskonzept aussehen, das durch anhaltende Trainingsadhärenz die Interaktion, Weiterentwicklung und Unabhängigkeit der pflegebedürftigen älteren Menschen fördert? **(Studie 4)**

5. Wie entwickelt sich die akademische Pflegeausbildung in Deutschland seit der Einführung des Pflegeberufegesetzes und welche Aussagen lassen sich über die Qualifikationsziele der Studiengänge machen? **(Studie 5)**

Im folgenden Kapitel werden die einzelnen Studien dargestellt.

Studie 1 beschreibt pflegerische Interventionen, die einen Effekt auf die Mobilität und Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen in der stationären Altenpflege haben. Die Studien 2, 3, und 4 beschreiben die Implementierung einer Dual-tasking-Intervention zur Förderung der Mobilität und Lebensqualität in der stationären Altenpflege, deren Evaluation und das daraus entwickelte Konzept zur Förderung der Trainingsadhärenz bei der Anwendung der Intervention. In Studie 5 wir die hochschulische Pflegeausbildung in Deutschland analysiert. Hieraus werden Implikationen für die Evaluation berufsqualifizierender Pflegestudiengänge abgeleitet. Für die Durchführung der Erhebung und der leitfadengestützten Interviews in den Studien 2, 3 und 4 liegt ein positives Ethikvotum des Ethikkommitees der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd vor (EK-2019-03-Bohn-UV). Für die Durchführung der Studien 1 und 5 wurde aufgrund des literaturbasierten Charakters der Studien kein Ethikvotum benötigt.

Literatur

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*, *26*(7), 559–568. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567

Alexander, M. F., & Runciman, P. J. (2003). *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*. International Council of Nurses, Geneva.

American Nurses Association (ANA) (2001). *Scope and standards of gerontological nursing practice (22nd ed.)*. Author.

Anselmann, V., & Bohn, B. (2022). Nurses' professional identity and information needs in the time of Covid-19: A latent cluster analysis. *Journal of Nursing Education and Practice*, *12*(12). https://doi.org/10.5430/jnep.v12n12p1

Anselmann, V., & Bohn, B. (eingereicht). Pflegeausbildung während der Coronapandemie.

Australian Council of Professions (2003). *What is a Profession?* Abgerufen von https://www.professions.org.au/what-is-a-professional/

Bandini, F., Guidi, S., Blaszczyk, S., Fumarulo, A., Pierini, M., Pratesi, P., Spolveri, S., Padeletti, M., Petrone, P., Zoppi, P., & Landini, G. (2018). Complexity in internal medicine wards: A novel screening method and implications for management. *Journal of evaluation in clinical practice*, *24*(1), 285–292. https://doi.org/10.1111/jep.12875

Bartholomeyczik, S. (2014). Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellung und Perspektiven. In Schaeffer, D., & Wingenfeld, K. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (Studienausgabe, S. 67-94). Belz Juventa.

Batholomeyczik, S. (2017). Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – Eine schwere Geburt. *Pflege & Gesellschaft*, *22*(2), 101-118.

Behrens, J., & Langer, G. (Hrsg.) (2010). *Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis*. Huber Verlag.

Behrens, J. (2014). Evidence based Nursing. In Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (Studienausgabe, S. 151-163). Belz Juventa.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2022). Kampagnennewsletter. Abgerufen von https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/Newsletter_Kampagne_11_2022.pdf

Büscher, A., & Blumenberg, P. (2018). Expertenstandards als Instrument der Qualitätsentwicklung. In Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S. , Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.), *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege* (S. 63-70). Springer Open.

Conca, A., Gabele, A., Reutlinger, B., Schuetz, P., Kutz, A., Haubitz, S., Faessler, L., Batschwaroff, M., Schild, U., Caldara, Z., Regez, K., Schirlo, S., Vossler, G., Kahles, T., Nedeltchev, K., Keller, A., Huber, A., De Geest, S., Buergi, U., Tobias, P., Simonette, M. L., Mueller, B., & Schäfer-Keller, P. (2018). Prediction of post-acute care demand in medical and neurological inpatients: diagnostic assessment of the post-acute discharge score - a prospective cohort study. *BMC health services research*, *18*(1), 111. https://doi.org/10.1186/s12913-018-2897-0

Daly, J., Jackson, D., Anders, R., & Davidson, P. M. (2020). Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. *Journal of clinical nursing*, *29*(15-16), 2751–2752. https://doi.org/10.1111/jocn.15305

Darmann-Finck, I., & Reuschenbach, B. (2018). Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S. , Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.), *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege* (S. 163-170). Springer Open

Dürr, L., Forster, A., Bartsch, C. E., & Koob, C. (2021). Anforderungen, Ressourcen und Arbeitsengagement Pflegender während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, *35*(1), 5-14. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000820

Eberhardt, D. (2016). *Integration akademischer Berufsrollen in die Pflegepraxis. Eine empirische Untersuchung aus praxeologischer Perspektive*. Abgerufen von http://digital.bibliothek.uni-halle.de/ulbhalhs/urn/urn:nbn:de:gbv:3:4-20688

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2022). *Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben*. Abgerufen von https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/17717

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*. Abgerufen von https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560

Ferguson, L. H., & Ramsay, J. D. (2010). Development of a Profession. The role of education and certification in occupational safety becoming a profession. *Professional Safety*, *55*(10), 24-30.

Gräske, J., Forbrig, T. A., Koppe, L., Urban, S., Neumann, F., & Boguth, K. (2021). Gratifikationskrisen, Arbeitsfähigkeit und Wunsch nach beruflichen Veränderungen – eine Querschnittsstudie bei Pflegepersonen. *Das Gesundheitswesen*, 10.1055/a-1706-0629. Advance online publication. https://doi.org/10.1055/a-1706-0629

Groessl, E.J., Kaplan, R.M., Rejeski, W.J., Katula, J.A., Glynn, N.W., King, A.C., Anton, S.D., Walkup, M., Lu, C.J., Reid, K., Spring, B., & Pahor, M. (2019). Physical Activity and Performance Impact Long-term Quality of Life in Older Adults at Risk for Major Mobility Disability. *American Journal of Preventive Medicine*, *56*(1), 141-146. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.09.006

ICN - International Council of Nurses (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*. Abgerufen von https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf

ICN - International Council of Nurses (2009). *ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. Abgerufen von https://siga-fsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf

ICN - International Council of Nurses (2005). *Regulation Terminology: International Council of Nurses. Version 1*. Abgerufen von https://www.area-c54.it/public/regulation%20terminology.pdf

Kellnhauser, E. (2016). *Der Gründungsprozess der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Vorgehensweise, Registrierung der Mitglieder & Wahl der Vertreterversammlung*. Schlüttersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Kunze, C. (2017). Technikgestaltung für die Pflegepraxis: Perspektiven und Herausforderungen. In *Pflege & Gesellschaft*, *22*(2), 130-145.

Konopik, N. (2023). Gerontologische Pflege: Theorie, Forschung und Praxis. In Marchwacka, M. A., *Handbuch Pflegebildung. Theorie-Empirie-Praxis* (S. 56-72). Hogrefe Verlag.

La Grow, S., Yeung, P., Towers, A., Alpass, F., & Stephens, C. (2013). The impact of mobility on quality of life among older persons. *Journal of aging and health*, *25*(5), 723–736.

Lademann, J., Latteck, Ä. D., Mertin, M., Müller, K., Müller-Fröhlich, C., Ostermann, R., Thielhorn, U., & Weber, P. (2016). Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. *Pflege & Gesellschaft*, *21*(4), 330–345.

McEwen, M. (2019a). Philosophy, Science, and Nursing. In McEwen, M., Wills, E. M., *Theoretical Basis for Nursing* (5. Auflage, S. 32-48). Walters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

McEwen, M. (2019b). Overview of Theory in Nursing. In McEwen, M., Wills, E. M., *Theoretical Basis for Nursing* (5. Auflage, S. 49-71). Walters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress* (5. Auflage). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Mittenzwei, M. (2020). *Interkulturelle Kompetenz als Beitrag für die professionelle pflegepädagogische Kompetenz. Eine empirische Analyse zur pflegepädagogischen Kompetenzforschung*. Abgerufen von https://www.repo.uni-hannover.de/bitstream/handle/123456789/10381/Dissertation_Mittenzwei.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Obrecht, W. (2009). Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. In Becker-Lenz, R., Busse, S., Ehlert, G., & Müller, S. (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (2. Auflage, S. 27-72). VS Verlag der Sozialwissenschaften.

Rivera-Torres, S., Fahey, T. D., & Rivera, M. A. (2019). Adherence to Exercise Programs in Older Adults: Informative Report. *Gerontology & geriatric medicine*, *5*, 2333721418823604. https://doi.org/10.1177/2333721418823604

Rutty, J. E. (1998). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Anvanced Nursing*, *28*(2), 243-250. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00795.x

Shafrin, J., Sullivan, J., Goldman, D. P., & Gill, T. M. (2017). The association between observed mobility and quality of life in the near elderly. *PloS one*, *12*(8), e0182920. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182920

Smart, D. A., Dermody, G., Coronado, M. E., & Wilson, M. (2018). Mobility Programs for the Hospitalized Older Adult: A Scoping Review. *Gerontology & geriatric medicine*, *4*, 2333721418808146. https://doi.org/10.1177/2333721418808146

Stegen, A. J., & Sowerby, H. (2019). *Nursing in Today´s World. Trends, Issues, and Management* (11. Auflage). Wolters Kluwer.

Strittmatter, V., & Sauer, M. (2015). Pflege studieren? Die Diskussion um die Akademisierung der Pflege in Deutschland. In: Schäfer, M., Kriegel, M. & Hagemann, T. (Hrsg). *Neue Wege zur akademischen Qualifizierung im Sozial- und Gesundheitssystem. Berufsbegleitend studieren an Offenen Hochschulen (S.* 69–80). Waxmann.

Törnvall, E., Marcusson, J., & Wressle, E. (2016). Health-related quality of life in relation to mobility and fall risk in 85-year-old people: A population study in Sweden. *Ageing and Society*, *36*(9), 1982-1997. https://doi.org/10.1017/S0144686X15000896

Ulenaers, D., Grosemans, J., Schrooten, W., & Bergs, J. (2021). Clinical placement experience of nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nurse education today*, *99*, 104746. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104746

Vosseler, B. (2015). Lernortkooperation: Standpunkte für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Pflegeausbildung. In: Pundt, J. & Kälble, K. *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Themenband des 5. Apollon Symposiums der Gesundheitswirtschaft* (S. 199–228). Apollon Univ. Press.

Weidner, F., & Schubert, C. (2022). Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Abgerufen von https://qualifikationsmix-pflege.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht-360Grad_Pflege_Qualifikationsmix.pdf

Wills, E. M., & McEwen, M. (2019). Evidence-Based Practice and Nursing Theory. In McEwen, M. & Wills, E. M. *Theoretical Basis for Nursing* (5. Auflage, S. 246-262). Walters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Wingenfeld, K., Becker, U., Beckmann, M., Berger, B., Eifert, B., Freiberger, E., Horn, A., Krampen, R., Kretschmar, D. , Metzelthin, S., Püttjer, A, Reuther, S., Schiff, A., Skiba, T., Schlesselmann, E., & Strupeit, S. (2020). Der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. 1. Aktualisierung 2020. In Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP). *Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Aktualisierung 2020*. Abgerufen von https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/12/Expertenstandard-„Erhaltung-und-Förderung-der-Mobilität-in-der-Pflege“-Aktualisierung-2020.pdf

4. Studien

4.1 Studie 1

Interventions to promote mobility and quality of life in nursing homes. A systematic review

Dieses Kapitel basiert auf:

Bohn, B., & Strupeit, S. (2023). Interventions to promote mobility and quality of life in nursing homes: A systematic review. *Nursing Open*, 10, 4172– 4184. https://doi.org/10.1002/nop2.1673

4.2 Studie 2

Improving mobility and quality of life through a chatting and exercise table [Plaudertisch] in nursing homes. A one-group pilot study

Bohn, B.; Anselmann, V.; Strupeit S.

Abbildungsverzeichnis

Figure 1: Chatting and exercise table [Plaudertisch] 38
Figure 2: Flowchart Participants 45

Tabellenverzeichnis

Table 1: Health status.....46
Table 2: Post hoc Test Results: Care dependency scale and QUALIDEM.....49
Table 3: Descriptive statistics.....51

Abstract

Background: Age-related changes in the human body, such as the loss of muscle mass in older age, cause a decline in mobility and quality of life. The aim of the study was to examine whether there is an effect of an activity-based dual-tasking intervention using a special chatting and exercise table [Plaudertisch] on the mobility and quality of life of people living in German nursing homes.

Methods: This pilot study used a one-group pretest-posttest design. The total duration of the study was 18 weeks, with a 6-week intervention period. During the intervention period, the participants (n=15) exercised twice a week for 30 minutes in two nursing homes. The parameters mobility, need for care and quality of life were collected as part of the study six weeks before the study started (t0), at baseline (t1), three weeks after the beginning of the intervention period (t2), at the end of the intervention period (t3) and at the follow-up (t4). For the data analysis of this study, we used descriptive statistics, the Friedman test and the Dunn-Bonferroni post hoc test.

Results: We found no effect in the need for care, measured based on the Barthel Index and range of motion (H.I.L. D.E. Assessment, Life Space Assessment). We found different changes in the range of the descriptive statistics. The statistical significance value was set at $p < 0.05$. The Friedman and post hoc tests showed significant differences in the quality of life of participants with dementia, measured with the QUALIDEM assessment (p=0.008) between t3 (d=0.56) and t4 (d=0.3). Likewise, the Care Dependency Scale scores were significantly different (p=0.002) between t0 (d=0.49) and t4 (d=0.45) and between t3 (d=0.46) and t4 (d=0.45).

Conclusions: The exercise intervention had a possible impact on different indicators of quality of life and the need for care.

Keywords**:** mobility, quality of life, geriatric nursing, nursing homes, prepost test

Background

This study is based on the functional consequences theory for promoting wellness in older adults. Here, the focus of holistic nursing lies on risk factors and wellness outcomes and is related to the nursing setting (Miller, 2012). Related to long-term care, nursing focuses on the risk factors that influence functional abilities and the quality of life (ibid.). Aging is associated with significant changes in the human body (Picca, Landy & Cesari, 2020). These age-related changes affect cognition, hearing, skin, thermoregulation or safety and mobility (Miller, 2012). For example, the age-related decline in muscle mass caused by changes in muscle structure and function, leads to a loss of mobility, reduced quality of life of old people (Larsson et al., 2018).

There is evidence that physical rehabilitation interventions improve the physical and mental functions of people living in nursing homes (Crocker et al. 2013). Because nurses assess these risk factors to plan nursing interventions to avoid negative functional consequences and create wellness outcomes (e.g., quality of life) (Miller, 2012), nurses use interventions to encourage mobility, including training, advice and instruction for nursing home residents (Wingenfeld & Büscher, 2017). The broad review of McArthur et al. (2017) noted a knowledge gap in the relevant goals of interventions, such as quality of life. Crocker et al. (2013) pointed out that it is unclear which intervention is most beneficial for nursing home residents to improve their physical ability. La Grow et al. (2013) stated that because of the strong link between mobility and quality of life, interventions to improve mobility seem to be most appropriate to influence the quality of life of older people. We performed a systematic review on interventions that support mobility and quality of life in nursing homes. Several interventions simultaneously focus on quality of life and mobility improvement, but these interventions have little effect on residents' quality of life (Bohn & Strupeit, 2023). This means that although the connection between mobility and quality of life can be established from the literature, there is a lack of interventions in inpatient geriatric care that promote both mobility and quality of life. Because of this research gap and the decline in quality of life caused by mobility impairments, it is necessary to use interventions that improve the mobility and quality of life of nursing home residents and report results based on valid measurements. In this study, quality of life is defined as

> *[...] an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad concept of how people live, including physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and their relationship to salient features of their environment.* (WHOQOL Group, 1993)

Dichter et al. (2016) noted the importance of the multidimensional and subjective aspects of the quality of life of people with dementia. As there are different perspectives (self- and proxy reports) in assessing quality of life for people with dementia, it must be noted that ratings from nurses or family members could give negative more importance to negative behavior than they actually have individually (Burks, des Bordes, Chadha, Holmes & Rianon, 2021).

Mobility is a multidimensional construct. Mobility includes the meaning of mobility to the individual, which is reflected in self-concepts, strategies, goals, needs and social mobility; mobility refers to functional mobility (physical and mental disposition) as well as physical, psychological and social activities (Strupeit & Buss, 2014).

Aim and research questions

This study focuses on a dual-tasking intervention program to encourage mobility among residents of nursing homes based on the use of a chatting and exercise table [Plaudertisch]. The manufacturer's expectation of an effect of the combination of exercise and society corresponds to the results of the review by Yarmohammadi et al. (2019). They showed evidence in the motivator for exercise in being social (Yarmohammadi et al., 2019). Four people can sit around the table at the same time and perform different exercises with their arms and legs in combination with, e.g., singing, talking or memory training. During the intervention, residents used the chatting and exercise table [Plaudertisch] twice a week.

This study is a pilot study with the goal of ensuring the feasibility of the intervention (Hertzog, 2008). This pilot study has a pre-posttest designed to be able to determine if the objectives of the interventions are achieved (Donald, 2018). Therefore, mobility and quality of life were measured at four points to analyze differences at the points of data collection. With regard to this design, we first used descriptive statistics to determine differences. Further analyses were performed to determine whether the

intervention was feasible, including determining whether there were any differences caused by the intervention. We did not use control groups, since the feasibility of the identical treatment, apart from the chatting table, was not the aim of the study. The research questions are as follows:

1. Does the intervention program change residents' perceived quality of life, mobility and the need for care?
2. Is there a change in quality of life, mobility and the need for care after the end of the intervention period?

Methods

Design

The study was designed as a nonrandomized pilot study with a pretest-posttest design and five different data collection time points over a period of 18 weeks. Data were collected over a period of 18 weeks. The intervention period was six weeks. Data collection was performed six weeks before the intervention started in December 2019 (t0), at the beginning of the intervention in January 2020 (t1), three weeks after the beginning of the intervention (t2), at the end of the intervention in February 2020 (t3), and at a six-week follow-up in April 2020 (t4). After the end of the intervention period, the participants did not have the opportunity to continue. Therefore, we analyzed the data t0 to t3 for research question one and t3 to t4 for research question two.

Participants

Sixty-nine residents had the opportunity to participate in the study, and 15 residents wanted to participate. Willingness to participate, being a resident of the facilities and the physical and cognitive resources to use the intervention are inclusion criteria. The nurses and the managers of the nursing homes reflected the individual suitability of the nursing home residents based on the nursing documentation and individual valuation before the study started. These participants represented one study group, with n=2 in one institution and n=13 in the other facility. The exercising times (two times a week) were planned weekly, and the groups and the persons in charge were selected before the start of the intervention period. Before the start of each exercise, the unlicensed staff asked the participants whether they would like to take part and accompany them to the chatting and

exercise table [Plaudertisch]. During the dual-task exercise, different methods were used, such as singing, memory training or conversations about current topics or the past (Bohn, & Strupeit, 2022).

The study was performed in two nursing homes in the state of Baden-Württemberg, Germany. Both institutions were long-term care facilities; one nursing home had the capacity to offer care for 33 persons, and the other had the capacity to offer care for 36 persons. Both nursing homes are located in a rural area near Stuttgart and have long-term and short-term care facilities. One nursing home also offers assisted living apartments.

Interventions

The intervention section is based on the TIDieR Checklist to make the intervention comprehensible and reproducible for future research (Hoffmann et al., 2014).

Figure 1

Chatting and exercise table [Plaudertisch]

The intervention has already been used in over 50 different nursing homes in southern Germany. The table was developed with nurses and nursing home residents to create a mobility-improving exercise device for use in everyday nursing. The subsidiary Astro Sport GmbH of the developing company Merath Metallsysteme specializes in developing

exercise devices for fitness and rehabilitation. The researchers are not involved in the development of the intervention.

The chatting and exercise table [Plaudertisch] is a mobility device that allows four participants to improve their physical mobility with different exercise equipment (figure 1). For example, in using a device that resembles a coffee grinder, participants have to make horizontal circular movements with their arms. Participants using the barrel organ performed the same circular movements in a vertical direction, such as playing the instrument. Using the device resembling a cable pull on a lawn mower engages the shoulders, elbows and upper back. On the bottom part of the table, there are pedals similar to those on a bicycle and on a sewing machine. The bicycle-like pedal simulates riding a bike and mobilizes the legs and knees, while the sewing machine-like pedal activates the leg muscles and the ankles. Because the goal of the intervention is a dual tasking exercise, the developer recommends the combination of mobility exercise and memory training, singing or conversations.

The unlicensed staff (n=8) in both nursing homes carried out the intervention. Because the focus of the intervention is on integration into the everyday life of the residents and not on rehabilitation, it was carried out by the unlicensed staff. Another argument for this was the general opinion of the nurses that they did not have time to use the device and that a suitable intervention that fits into everyday nursing care must also be used by the unlicensed staff. The nursing specialists and the managers of the facilities were involved in the group assignment, regarding the individual suitability to participate and in the professional assessment before each exercise (with regard to the individual indication of the exercise). Before the program started, the company that developed the [Plaudertisch] device conducted a briefing for the unlicensed staff on the proper and safe use of the table. The briefing included an introduction to the mechanics and tools of the [Plaudertisch] device as well as possible applications for the dual-task exercise (e.g., singing, songs, games). The training was offered in one day for approximately two hours. Eight unlicensed staff members were trained. Some of the participants provided daily support and activity as well as nursing in equal parts (n=4), the other part were exclusively responsible for daily support and activity (n=4). One person worked in the nursing home with n=2 participants, and the other seven people worked in the institution with n=13 participants.

Because no scientific data or exercise concepts were available at the beginning of the study, the intervention period was set to six weeks. The exercise interval was 30 minutes twice weekly, guided by the unlicensed staff in the nursing homes. This follows the current practice in developing complex interventions in older adults (e.g., Rantos-Rocha et al., 2019). The execution time depended on the working hours of the employees and took place both in the morning and in the afternoon. A total of 15 people with and without dementia indicated their willingness to take part in the study. The care level was between one and four; most of the participants were female. The intervention period and exercise duration and frequency were approved by the participating institutions based on the residents' daily routines.

Outcomes and Instruments

The present study used the theoretical framework of the Wilson-Cleary model (1995) of patient outcomes to select our survey tools. This health-related quality of life model measures patient outcomes based on five levels: biological and physiological variables, symptoms, functioning, general health perceptions and overall quality of life (Wilson & Cleary, 1995). Because of the aim of the study, we focused on the individual characteristics of the model using the following instruments.

We used the Care Dependency Scale (CDS) to assess the need for care in relation to research questions. We used a scale with a range from 1 to 5, with 1 indicating the lowest and 5 indicating the highest level of care dependency. The German version of the Care Dependency Scale is an appropriate and reliable scale with good construct validity (Dassen et al., 2001). We tested the reliability of the whole instrument after t0 using our own data and obtained a very good Cronbach's alpha value (α=.86). We also used the German version of the Barthel Index (BI) (Mahoney & Barthel, 1965). We used a scale with a range from 0-15, with 0 indicating the lowest and 15 indicating the highest level of independence. The reliability kappa coefficient of .93 is classified as excellent (Heuschmann et al., 2005). These assessments were carried out by the nurses of the nursing homes. We used these two instruments to assess the need for care because negative functional consequences in mobility cause difficulties in performing the activities of daily living (Miller, 2012). Therefore, it is necessary to assess the need for care. To assess range of motion, we used the Life Space Assessment (LSA) developed by Baker et al. (2003), which is a validated instrument with a test-retest reliability

Cronbach's alpha score of .96 (Johnson, Rodriguez & Al Snih, 2020). This instrument was collected as self-assessments by the residents of the nursing homes. Here, the residents were asked to answer questions with yes or no. With a yes answer, they had to pick the level of support from 1 to 3, with 1 indicating much support and 3 indicating no support. After that, they had to pick their range of motion. Therefore, we used a scale from 1 to 4, with 1 indicating the lowest and 4 indicating the highest range of motion. All of the instrument results were measured as a sum.

To assess quality of life, we used the WHOQOL-BREF. The German version of the instrument includes the domains physical quality of life, psychological quality of life, social relationships and environment (Conrad et al., 2016). The Cronbach's alpha values were between α=.74 and α=.91, which describe the reliability of the instrument as satisfactory to very good (Conrad et al., 2016). The factor loading structure of the confirmatory factor model showed significant loads and R2 values, and the construct validity of the instrument was also described as satisfactory to very good (Conrad et al., 2016). The WHOQOL-OLD) instrument was used because of the older age of the participants. The reliability of the facets, measured with Cronbach's alpha, sensory ability, autonomy, activities, social participation, death and dying and intimacy, was described as satisfactory (α=.75) to very good (α=.92) (Conrad et al., 2016). Both instruments use a scale with a range from 1 to 5, with 1 indicating low quality of life and 5 indicating high quality of life, and were evaluated with the sums of the individual domains. These instruments were collected as self-assessments by the residents of the nursing homes.

For people diagnosed with dementia, we used a different set of assessments for quality of life and mobility. To assess quality of life for people diagnosed with dementia, we used the 40-item QUALIDEM assessment version 2.0. For this instrument, we used a scale with a range from 1 to 7. For the data analysis, we recoded the items with negative characteristics. Therefore, the lowest score indicated a lower quality of life, and a high score indicated a higher quality of life. A strong internal consistency of most subscales of the assessment (α >.7) was noted (Dichter et al., 2016). After t0, we found very good reliability with Cronbach´s alpha (α=.92) of the instrument using our own data. The structural validity of most subscales of the instrument was confirmed in different studies (Dichter et al., 2016). To assess the range of motion, the "activity of the person living in the nursing home" and the "range of motion" scales of the Heidelberger Instrument for

the Assessment of the Quality of Life of People Suffering from Dementia (H.I.L. DE) were used (Becker et al., 2005). Both instruments consist of a list of daily activities or visited places in the nursing homes. The nurses assessed the sum of the activities or the visited places. The more activities and places people frequent, the better their quality of life. All instruments were collected by the nursing staff.

In addition, the participants' sociodemographic data and data on their health status were collected from the rechearcher from care documentation at baseline (t1) and after the end of the intervention period (t3). The sociodemographic data included the gender, age and care level of the participants. Data on health status included diagnosis, total medications per day, individual pain, risk of falls, risk of malnutrition, body mass index, tools used for mobility and visual aids (e.g., glasses). The nurses assessed the risk of falls individually based on observations. Pain was measured using an NRS (numerical rating scale). The cutoff score for pain not requiring treatment was set by the institutions to be 3 or less. For the people with dementia, the BESD (Assessment of Pain in Dementia) was used. This instrument is the German transcription of the PAINAD Assessment. The cutoff score was set at ≤ 2. The use of the assessments to record pain of people with dementia (NRS or BESD) was chosen by the nursing staff on the basis of individual assessment. For all participating people with dementia, the nurses chose the BESD to assess the individual pain. The risk of malnutrition was measured using the PEMU (Nursing registration of malnutrition and its causes) assessment (Schreier, Volkert & Bartholomeyczik, 2009). The unlicensed staff members who carried out the intervention asked to use an observation sheet developed for this purpose to document the duration of the training, the number of participants, the methods used and the physical enjoyment. The reasons for nonparticipation were not documented.

Procedures

The data collection was carried out by the nurses and the unlicensed staff in the nursing homes. The self-assessments were individually guided by the nurses with the assessment sheet. All nurses or unlicensed staff members who carried out the data were involved in the exercise or the group assignment of the participants. All involved nurses and unlicensed staff members were trained in handling the instruments in November 2019 by the researchers. The data extraction of the nursing documentation was carried out by the researchers in December 2019 and February 2020. The results were reported at an

individual agreed time. To record possible changes in mobility and quality of life without intervention, data were also collected six weeks before baseline. The six weeks were chosen analogously to the intervention period and follow-up.

Sample size

We performed a power analysis a priori to determine the necessary sample size for the outcomes mobility, quality of life and the need for care. Based on the power analysis with an assumed, rather low, effect size of .50, a study population of n=9 was determined for the pretest-posttest study design. We chose a low effect size due to the pilot character of the study. We followed the recommendations of Hertzog (2008), who describes that for a feasibility study "samples as small as 10-15 per group sometimes being sufficient" (p. 190).

Due to the unequal distribution of the participants in the two homes, the small sample size and the different instruments used for people with and without dementia, no cluster effects were anticipated. The duration and interval of the exercise sessions and the devices on the table are comparable. We carried out the main measurements at t1 and t3 based on the pretest posttest design of the study.

Statistical methods

Data analysis included different steps: (1) first, we conducted descriptive analysis and calculated means and standard deviations for all measures and all measurement points, (2) second, to determine if differences were significant, we calculated t tests (Friedman tests). Third (3), using Bonferroni post hoc tests gave us the possibility of determining which measurement point measures are different. Fifth, for the significant differences, effect sizes were calculated.

The data analysis was performed with SPSS Statistics Version 25 for Windows. Descriptive statistics were used to describe the demographic characteristics and health status of the participants. Because of the small sample size, nonparametric statistical methods were used to analyze the data. To take into account the heterogeneity of the sample, different measuring instruments were used and analyzed to survey quality of life and mobility. External assessment tools (QUALIDEM, H.I.L. DE) were used for people

with dementia, and self-assessment tools (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, Life Space Assessment) were used for people without dementia.

To analyze changes over time, mean values were calculated for each scale and measurement time (Döring & Bortz, 2016). The reversed items of the QUALIDEM assessment were recoded. The WHOQOL-BREF and the WHOQOL-OLD were analyzed for each domain with the mean score. There were a few missing values. For imputation, we used linear interpolation with SPSS. After the calculation of the mean values of all the assessments at the different data collection times, the Friedman test was performed. The Dunn-Bonferroni test was used as a post hoc test. This method is globally applicable to all multiple test situations (Bender, Lange & Ziegler, 2007). The statistical significance value was set at $p < .05$.

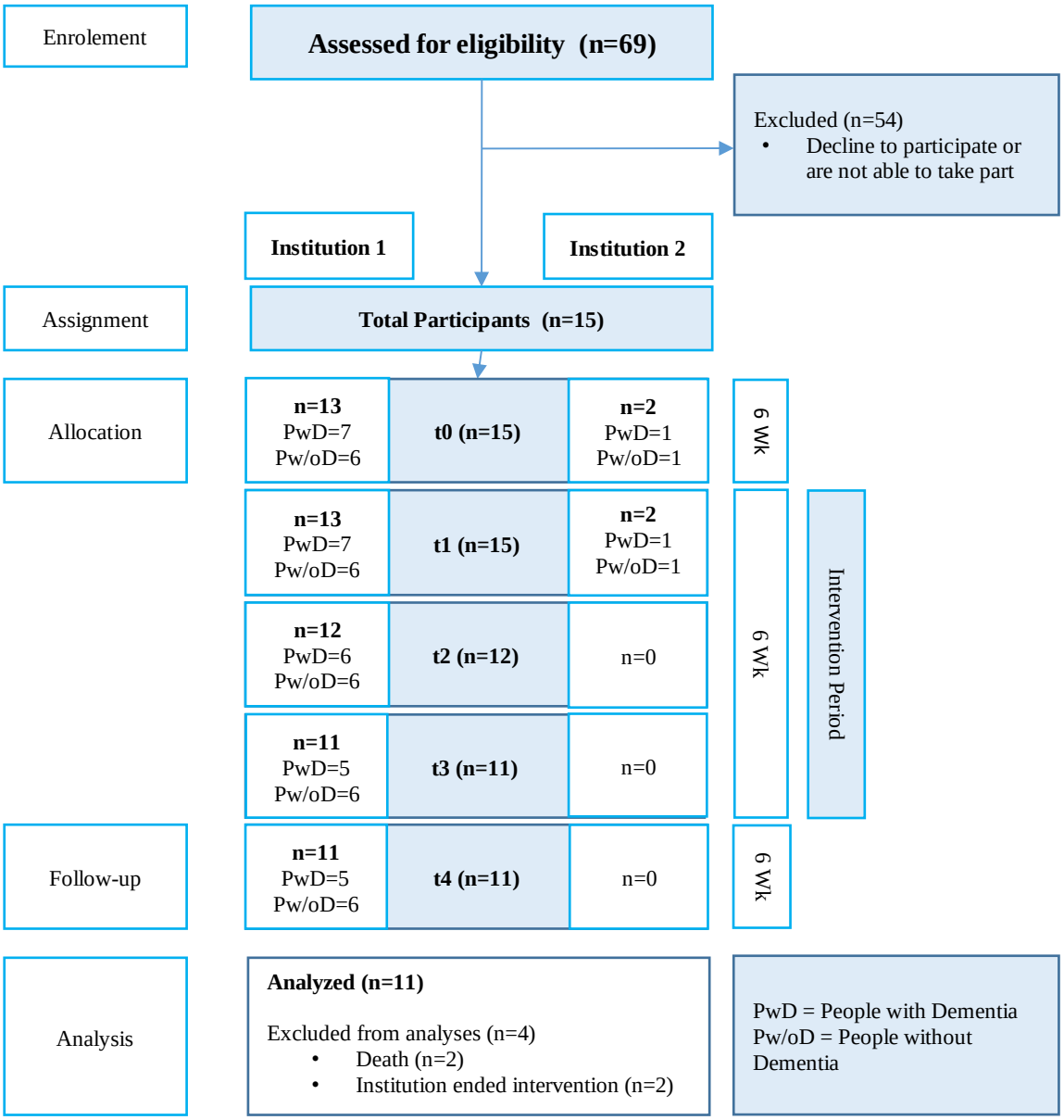
Results

Participants

The intervention program (t1) started with 15 participants (n =15). Eight participants had been diagnosed with dementia. Between t1 and t2, there was a drop out of three participants, and another participant dropped out between t2 and t3. Eleven of the participants participated in the data collection at all time points through the end of the intervention period (t3) and were thus included in the six-week follow-up (t4). All assessments were used at t0, t1, t3 and t4. Sociodemographic data were once collected at t0, and data on health status were collected at t1 and t3. Four of the 15 participants (3 women and 1 man) did not participate for the entire study period. Two of these participants did not complete the study because of death, and the other two participants dropped out because one institution ended the intervention before the data collection was complete. This institution stopped participating because the person who was supposed to perform the exercise became ill.

Figure 2:

Flowchart Participants



Most of the participants were female (73.3%). The average age of the participants was 83.87 years. The average care level was 2.87 (range of 0 to 5, with 0 indicating the lowest level). The median number of prescribed medications among the residents was 10.00 single medications per day. Most of the participants had a risk of falling (n=11) and pain (n=10). The average body mass index was 28.05, and only two people were at risk of malnutrition. Twelve participants in the study used care aids for movement, and 7 people used visual aids such as glasses (table 1). Another data collection was obtained at t3. Both the risk of falling and the specified pain have not changed at this point. In addition, no

changes in the risk of malnutrition or the prescribed medication could be determined. The distribution of people with dementia was n=1 in facility one (n=2) and n=7 in facility two (n=13).

Exercise

Institution 1 exercised with four groups. There were two groups with four people with dementia in one group and two people in the other group. Another two groups exercised with people without dementia, with four people in one and three people in the other group. Institution 2 began the exercise with one mixed group of two participants. As Figure 2 shows, institution 2 ended the intervention after the beginning of the intervention period. In Institution 1, two people with dementia dropped out between t1 and t3. Within the 6-week period, a total of 42 exercises were carried out (38 exercises institution 1, four exercises institution 2), n=31 exercise units with an average duration of approximately 28.87 minutes, and a mean of 3.42 participants per exercise could be documented through the unlicensed staff members (Bohn & Strupeit, 2022). In addition to the dropout, the participants had the option not to take part in the training at any time. Only the numbers of the participating residents were documented with the observation sheets.

Table 1

Health status

Health status (n=15)	**freq.**	**percent**	
Risk of falling	11	73.3	
Risk of malnutrition	2	13.3	
Pain	10	66.7	
Use of care aids for movement	12	80.0	
Use of visual aids	7	46.7	
Falls (last 2 weeks)	2	13.3	
Hospital stays (last 2 week)	3	20.0	
	mean	**median**	**std. deviation**
Care level	2.9	3.0	.9
Prescribed medication	10.2	10.0	4.4
Body mass index (BMI)	28.1	27.3	6.3

During the dual-task exercise, most of the unlicensed staff provided feedback and combined the exercise with singing, playing little games and conversations about the past. Some family members were very astonished by the performance of the users. The participants, the unlicensed staff and family members saw working with the table as a welcome change in their daily routine. Furthermore, the unlicensed staff report a positive response on both sides due to the intuitive usability of the table (Bohn & Strupeit, 2022). At the beginning of the intervention period, instruction on how to use the individual devices was required more frequently (ibid.). The unlicensed staff in interviews reported this after the study. During the intervention period, the unlicensed staff used an observation sheet to record the physical activity enjoyment of the participants. This observation sheet was developed based on the goal of the intervention (physical activity enjoyment) to evaluate the work with the intervention and the dual-tasking exercise (Bohn & Strupeit, 2022). Both anticipation and enjoyment during the exercise were assessed positively by the nursing staff (ibid.). Some residents, while watching, also expressed an interest in participating. It was found to be challenging by the staff, as fixed groups had already been formed as part of the study (ibid.).

Descriptive statistics

The descriptive statistics showed (Table 3) a nearly identical mean value of the Care Dependency Scale scores (Scale: 1-5; larger scores indicate higher care dependency) between t0 and t3. There is a minimal increase in the mean value at t4. The QUALIDEM assessment (scale: 1-7; larger scores indicate a higher quality of life) also shows similar values between t0 and t3. The mean value decreases at t4. The Barthel Index (scale 0-15; larger scores indicate a higher level of independence) shows lower mean scores at t2 and t3. The WHOQOL-BREF (scale 1-5; larger scores indicate a higher quality of life) shows the lowest median score at T1, and the other values are between 54.2 and 62.5. We cannot state any values for the WHOQOL-OLD (Scales 1-5; larger scores indicate a higher quality of life) assessment because there were not enough data to analyze. The H.I.L. DE Assessment (sum of the activities per week) related to the activities offered by the nursing homes showed a decrease in activities after the end of the intervention after the 6-week follow-up. The H.I.L. DE. Assessment related to the activities that the nursing home residents performed on their own; the lowest median score was reported at t1, and the highest was reported at t3. The Life Space Assessment (Scale 1-4, larger scores indicate a higher range of motion) shows the highest score six weeks before the intervention

period, after which the mean value is at the lowest score at t3. After the interpretation of the descriptive statistics, we used the Friedman test to analyze whether differences were significant and by using the Bonferroni post hoc test, between which measurement points this significance can be stated.

Friedman test

The analyses indicated no significant result for the need for care, measured based on the Barthel Index and range of motion (H.I.L. D.E. Assessment, Life Space Assessment). There was a significant difference in the global score of the WHOQOL-BREF, which was used to measure the quality of life of people without dementia, according to the Friedman test (χ^2=9.182, p=0.027). There was also a significant change in the score of the QUALIDEM (χ^2= 7.898, p=0.048), which was used to measure the quality of life of people diagnosed with dementia. The Friedman test showed a significant difference in the assessed dependency on care (χ^2=16.787, p=0.002) with the Care Dependency Scale for all participants (with and without dementia).

Post hoc test

Post hoc testing with the Dunn-Bonferroni test did not show significant results at the WHOQOL-BREF. There was a significant result on the Care Dependency Scale in the post hoc test between t0 and t4 (z=-2.300, p=.011) and between t3 and t4 (z=-2.300, p=.011). There were also significant changes in the QUALIDEM score (χ^2=13.013, p=.011) between all data collection time points. The Dunn-Bonferroni test of the difference in the QUALIDEM score between t3 and the 6-week follow-up (z=3.750, p=.008) was significant.

We analyzed the effect size of the significant results after Bonferroni correction and interpreted it (Cohen, 1988). There was a medium effect on the dependency on care on t0 (d=0.49), t3 (d=0.46) and t4 (d=0.45). The care dependency scale indicated a higher level of the need for care with a higher score. The descriptive statistics show (table 3) that the mean score at t3 (2.14) increased to the highest mean score at t4 (2.40). There was also a medium effect on the QUALIDEM score at t3 (d=0.56) and a small effect on t4 (d=0.3). The QUALIDEM Assessment indicates a higher quality of life at a higher score. The descriptive statistics show (Table 3) that the highest mean QUALIDEM score occurred at t3 (5.84) and the lowest mean score occurred at t4 (4.52).

Table 2

Post hoc Test Results: Care dependency scale and QUALIDEM

Care Dependency Scale** (n=15)

Time period	Test Statistic	Std.Error	Std. Test Statistik	Sig.	Adj. Sig
T0-T3	.00	.7	.00	1.000	1.000
T0-T1	-.35	.7	-.50	.621	1.000
T0-T2	-.35	.7	-.50	.621	1.000
T0-T4	-2.30	.7	-3.53	.001	.011*
T3-T1	.35	.7	.50	.621	1.000
T3-T2	.35	.7	.50	.621	1.000
T3-T4	-2.30	.7	-3.25	.001	.011*
T1-T2	.00	.7	.00	1.000	1.000
T1-T4	-1.95	.7	-2.76	.006	.058
T2-T4	-1.95	.7	-2.76	.006	.058

QUALIDEM*** (n=8)

Time period	Test Statistic	Std.Error	Std. Test Statistik	Sig.	Adj. Sig
T4-T1	1.63	1.12	1.45	.146	1.000
T4 -T2	1.75	1.12	1.57	.118	1.000
T4 -T0	2.88	1.12	2.57	.010	.101
T4 -T3	3.75	1.12	3.35	<.001	.008*
T1 -T2	-.13	1.12	-.11	.911	1.000
T1 -T0	1.25	1.12	1.12	.264	1.000
T1 -T3	-2.13	1.12	-1.90	.057	.573
T2 -T0	1.13	1.12	1.01	.314	1.000
T2 -T3	-2.00	1.12	-1.79	.074	.736
T0 -T3	-.88	1.12	-.78	.434	1.000

* significant results

**max. range 1-5; larger scores indicate higher care dependency

*** max. range 1-7; larger scores indicate higher quality of life

Discussion

This pilot study has the goal of investigating the feasibility of the intervention using a chatting and exercise table [Plaudertisch] with the aim of developing new research questions (Döring & Bortz, 2016). Based on the functional consequences theory for promoting wellness in older adults (Miller, 2012), we wanted to know whether the chatting and exercise table [Plaudertisch] is suitable as an intervention to create wellness outcomes. To test the feasibility of the intervention, we had to focus on resident-related outcomes such as mobility, the need for care and the quality of life. Therefore, we used a

pretest-posttest design to determine whether there is an effect on quality of life, mobility and the need for care. There were no criteria except dual tasking (e.g., singing and exercising), the frequency and the duration of the exercise itself. The unlicensed staff, which conducted the intervention apart from the frequency of the individual exercise at their own judgment (ibid.). Regarding the research questions, the following can be stated. (1) Our results indicate significant changes in quality of life and mobility among the residents participating in the dual-tasking intervention program. The significant results for the WHOQOL-BREF and QUALIDEM indicate that the intervention was possibly useful in changing perceptions of quality of life among people with dementia as well as for those without diagnosed dementia. Information about when the changes occurred could not be provided (2). The results regarding the analysis of the follow-up test data show that after the end of the intervention, no effect of the WHOQOL-BREF findings persisted. Therefore, it seems that the need for care, measured with the Care Dependency Scale, increased after the end of the intervention period (2). This indicates a possible positive effect during the exercise with the intervention on the need for care. It must be stated that this effect, caused by the small change and scale size, may be statistically significant but not clinically relevant. Accordingly, it seems that the quality of life of people with dementia, measured with the QUALIDEM Assessment, decreased after the end of the intervention. This also indicates a possible positive effect of the intervention on the quality of life of people with dementia. Regarding research question (1), it can be determined that there is a possible effect of the intervention program on the quality of life and the need for care of older people living in nursing homes. We could not find any direct effect of the intervention on the mobility of the residents. This coincides with the result of the systematic review, which also identifies many interventions that have an effect on quality of life but not on mobility (Bohn & Strupeit, 2023). Based on the functional consequences theory for promoting wellness in older adults, the study was conducted on the concept of health, which describes the ability to develop individually to the highest possible level with individual definitions of quality of life (Miller, 2012). As the quality of life decreases and the need for care increases, the participants likely experience a desire to continue the intervention. Finally, it must be stated that due to the lack of a control group, the small number of participants and the small effects found, the meaningfulness of the results described is very low. To determine whether the intervention is effective, a design with a control group and a larger sample is necessary.

Table 3:

Descriptive statistics

	T0					T1					T2					T3					T4				
Instrument	**n**	**mean**	**SD**	**Min**	**max**	**n**	**mean**	**SD**	**min**	**max**	**n**	**mean**	**SD**	**min**	**max**	**n**	**mean**	**SD**	**min**	**max**	**n**	**mean**	**SD**	**min**	**max**
CDS *	15	2.1	.5	1.4	3.0	15	2.1	.5	1.3	3.0	12	2.2	.6	1.5	3.1	11	2.1	.5	1.4	2.7	11	2.4	.4	1.6	3.1
QUALIDEM **	8	5.6	.7	4.5	6.5	8	5.5	.6	4.5	6.5	6	5.2	.6	4.6	6.1	5	5.8	.5	5.1	6.5	5	4.5	.4	4.1	5.0
BI ***	15	57.8	13.3	40.0	85.0	15	58.3	13.2	40.0	80.0	12	55.0	12.0	40.0	80.0	11	53.3	15.2	35.0	80.0	11	56.1	12.2	45.0	80.0
WHOQOL-BREF ****	7	62.5	12.5	50.0	75.0	7	45.8	19.1	25.0	62.5	6	62.5	12.5	50.0	75.0	6	54.2	19.1	37.5	75.0	6	58.3	12.4	50.0	75.0
H.I.L. DE Activities NH *****	8	7.8	2.0	5.5	9.3	8	7.5	2.0	6.0	9.8	6	8.3	2.4	6.5	11.0	5	7.7	.9	6.8	8.50	5	4.6	.4	4.2	5.0
H.I.L. DE Own activities *****	8	10.3	3.8	6.5	14.0	8	4.8	2.5	3.3	7.8	6	8.3	1.9	6.8	10.5	5	10.8	3.2	7.3	13.5	5	8.3	4.1	5.8	13.0
LSA******	7	21.0	12.7	12.0	30.0	7	7.0	1.4	6.0	8.0	6	7.0	4.2	4.0	10.0	6	5.0	1.4	4.0	6.0	6	9.0	4.2	6.0	12.0
WHOQOL-OLD ****	*Not available for descriptive statistics due lack of results*																								

*	Scale: 1-5; larger scores indicate higher care dependency
**	Scale: 1-7; larger scores indicate a higher quality of life
***	Scale: 0-15; larger scores indicate a higher level of independence
****	Scale: 1-5; larger scores indicate a higher quality of life
*****	Sum of the activities per week
******	Scale: 1-4; larger scores indicate a higher range of motion

Limitations

The main limitations of the study are the small sample size, the duration of the study and the pilot character of the study without a control group and no randomization. Therefore, our results should be interpreted as central tendencies with regard to the effects. Furthermore, we cannot make any clear statement as to which components of the dual-tasking training have caused the small effects shown. As a pilot study, the aim of this study was to collect data to provide a basis for further research (e.g., research questions). As the aim of the study was to explore the feasibility of the intervention in nursing homes, it can be stated that the chatting and exercise table [Plaudertisch] might be an appropriate intervention for the unlicensed staff or the nurses to create wellness outcomes for older people. Therefore, it must be stated that the effects may come from other interventions or treatments (e.g., social interaction, medical treatment) during the intervention period. Further studies to obtain more insights are planned.

Conclusions

Future research should include a larger sample size to increase the generalizability of the results. Furthermore, a longer intervention period should be used to provide effective exercise for elderly participants. A cluster randomized controlled trial with more participants is recommended. The intervention program could also be used and evaluated in other nursing settings, such as rehabilitation facilities, hospitals or facilities for people with disabilities. Comparing the results from different settings would also broaden our understanding of the intervention effects.

References

Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2003). Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*, 1610–1614. https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51512.x

Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., & Seidl, U. (2005). The Heidelberg instrument for the assessment of quality of life in people suffering from dementia (H. I. L. DE.)—dimensions of quality of life and methods of operationalization. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *38*(2), 108-121. https://doi.org/10.1007/s00391-005-0297-7

Bohn, B., & Strupeit, S. (2022). Der Plaudertisch in der Anwendung. Eine Evaluation in der stationären Altenpflege. *Pflegewissenschaft*, *24*(1), 11-19. https://doi.org/10.3936/11984

Bohn, B., & Strupeit, S. (2023). Interventions to promote mobility and quality of life in nursing homes. A systematic review. *Nursing open*, *00*, 1-13. https://doi.org/10.1002/ nop2.1673

Burks, H., B., des Bordes J., K., A., Chadha, R., Holmes, H., M., & Rianon, N., J. (2021). Quality of Life Assessment in Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *50*, 103-110. https://doi.org/10.1159/000515317

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Edition). Routledge.

Conrad, I., Matschinger, I., Kilian, R., & Riedel-Heller, S. (2016). *WHOQOL-OLD and WHOQOL-BREF. Manual for the German-language versions of the WHO instruments for recording quality of life in old age.* Hogrefe Verlag.

Crocker, T., Forster, A., Young, J., Brown, L., Ozer, S., Smith, J., Green, J., Hardy, J., Burns, E., Glidewell, E., & Greenwood, D. C. (2013). Physical rehabilitation for older people in long-term care. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2*, CD004294. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004294.pub3

Dassen, T., Balzer, K., Bansemir, G., Kühne, P., Saborowski, R., & Dijkstra, A. (2001). The Care Dependency Scale, a methodological study. *Pflege*, *14*(2), 123-127. https://doi.org/10.1024/1012-5302.14.2.123

Dichter, M. N., Ettema, T. P., Schwab, C. G. G., Meyer, G., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2016). *QUALIDEM user manual for the German-language QUALIDEM version 2.0*. Witten.

Donald, G. (2018). A Brief Summary of Pilot and Feasibility Studies: Exploring Terminology, Aims, and Methods. *European Journal of Integrative Medicine*, *24*, 65-70. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.10.017

Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Research methods and evaluation in the social and human sciences* (5th edition). Springer.

Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in nursing & health*, *31*(2), 180-191

Heuschmann, P. U., Kolominsky-Rabas, P. L., Nolte, C. H., Hünermund, G., Ruf, H.-U., Laumeier, I., Meyrer, R., Alberti, T., Rahmann, A., Kurth, T., & Berger, K. (2005). The Reliability of the German Version of the Barthel-Index and the Debelopment of a Postal, and Telephone Version for the Application on Stroke Patients. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, *72*(2), 74-82. https://doi.org/10.1055/s-2004-830172

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A. W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (Clinical research ed.)*, *348*, g1687. https://doi.org/10.1136/bmj.g1687

Johnson, J., Rodriguez, M. A., & Al Snih, S. (2020). Life-Space Mobility in the Elderly: Current Perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, *15*, 1665-1674. https://doi.org/10.2147/CIA.S196944

La Grow, S., Yeung, P., Towers, A., Alpass, F., & Stephens, C. (2013). The impact of mobility on quality of life among older persons. *Journal of aging and health*, *25*(5), 723–736. https://doi.org/10.1177/0898264313490198

Larsson, L., Degens, H., Li, M., Salviati, L., Lee, Y., Thompson, W., Kirkland, J. L., & Sandri, M. (2018). Sarcopenia: Aging-Related Loss of Muscle Mass and Function. *Physiological Reviews*, *99*, 427–511. https://doi.org/10.1152/physrev.00061.2017

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 56-61.

McArthur, C., Gibbs, J. C., Patel, R., Papaioannou, A., Neves, P., Killingbeck, J., Hirdes, J., Milligan, J., Berg, K., & Giangregorio, L. (2017). A scoping review of physical rehabilitation in long-term care: Interventions, outcomes, tools. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, *36*(4), 435–452. https://doi.org/10.1017/S071498081700040X

Miller, C. A. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults* (Sixth Edition). Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Picca, A., Landi, F., & Cesari, M. (2020). Editorial: Age-Related Changes in Body Composition: Mechanisms, Clinical Implications and Possible Treatments. *Frontiers in medicine*, *7*, 230. https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00230

Santos-Rocha, R., Freitas, J., Ramalho, F., Pimenta, N., Costa Couto, F., & Apóstolo, J. (2019). Development and validation of a complex intervention: A physical exercise programme aimed at delaying the functional decline in frail older adults. *Nursing open*, *7*(1), 274–284. https://doi.org/10.1002/nop2.38

Schreier, M. M., Volkert, D., & Bartholomeyczik, S. (2009). Instrument for detecting the nutritional situation in nursing homes: PEMU. In Bartholomeyczik, S., Halek, M. M. *Assessment tools in nursing* (pp. 137-149). Schlütersche.

Strupeit, S., & Buss, A. (2014). A multidimensional construct. Definition of mobility from a nursing science perspective. *Pflegezeitschrift*, *67*(1), 38-40.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA The Jorunal of the American Medical Association*, *273*(1), 59-65. https://doi.org/10.1001/jama.273.1.59

Wingenfeld, K., & Büscher, A. (2017). *Structuring and description of care tasks on the basis of the new concept of need for care*. Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf

WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research 2*, 153–159. https://doi.org/10.1007/BF00435734

Yarmohammadi, S., Mozafar Saadati, H., Ghaffari, M., & Ramezankhani, A. (2019): A systematic review of barriers and motivators to physical activity in elderly adults in Iran and worldwide. *Epidemiology and health*, *41*, e2019049. https://doi.org/10.4178/epih.e201904

4.3 Studie 3

Der Plaudertisch in der Anwendung. Eine Evaluation in der stationären Altenpflege

Dieses Kapitel basiert auf:

Bohn, B., & Strupeit, S. (2022). Der Plaudertisch in der Anwendung. Eine Evaluation in der stationären Altenpflege. In *Pflegewissenschaft, 24*(1), 11–19.

4.4 Studie 4

Förderung der Adhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege – Die Entwicklung eines Konzepts am Beispiel des Plaudertisches

Dieses Kapitel basiert auf:

Bohn, B., Anselmann, V., & Strupeit, S. (2022). Förderung der Adhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege – Die Entwicklung eines Konzepts am Beispiel des Plaudertisches. In *Pflege & Gesellschaft*, *27*(4), 293-307.

4.5 Studie 5

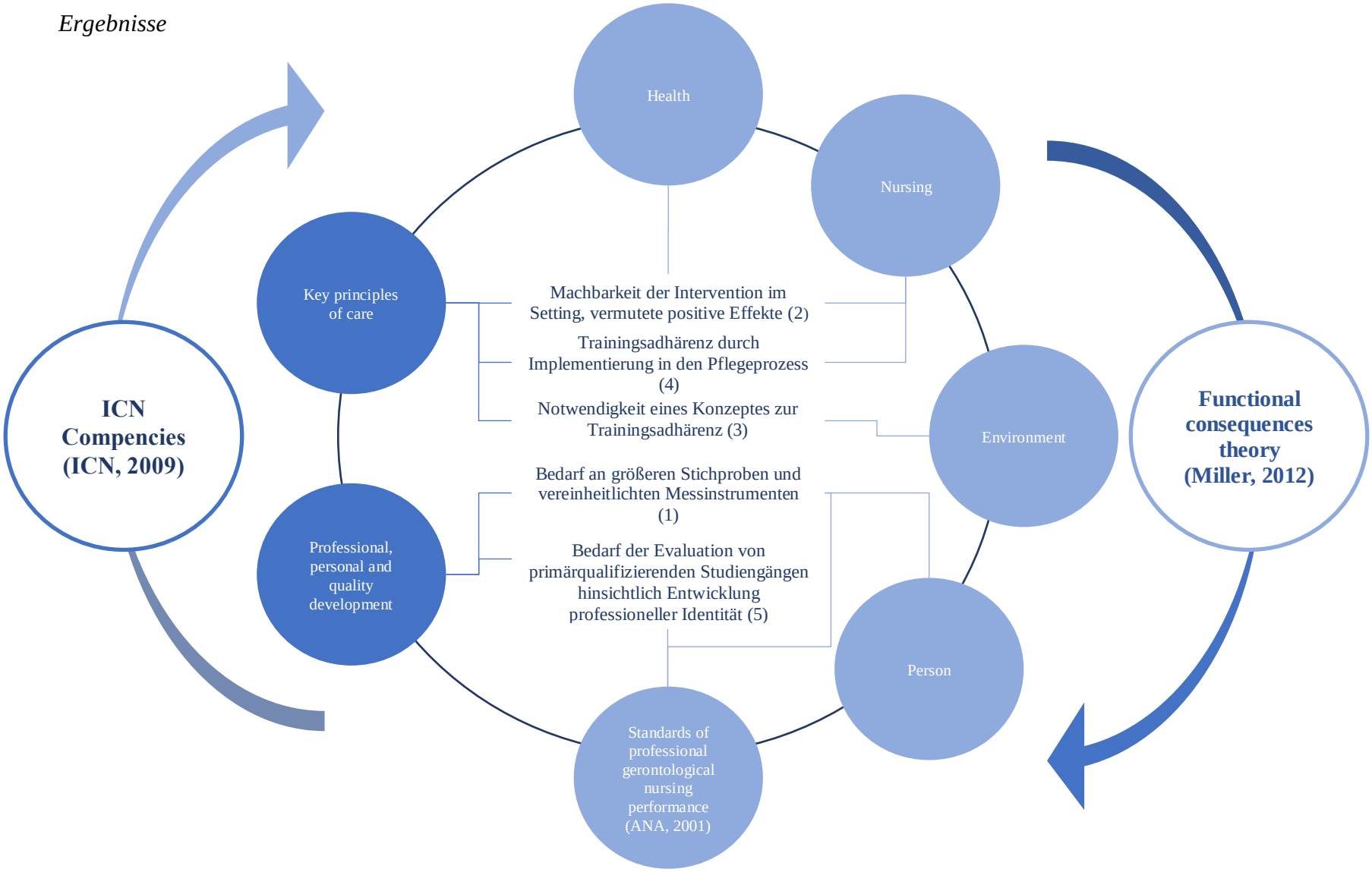
Quo vadis, Akademisierung? Eine Analyse zum Stand der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland

Dieses Kapitel basiert auf:

Bohn, B., & Anselmann, V. (2022). Quo vadis, Akademisierung? Eine Analyse zum Stand der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland. In *Lehren und Lernen im Gesundheitswesen*, 08/2022, 5-14.

Abbildung 2

Ergebnisse



5. Diskussion

Die Weiterentwicklung der Profession – das lebenslange Lernen, das in diesem Kontext durch die Analyse der hochschulischen Pflegeausbildung abgebildet wurde – und die Mobilitätsförderung stellen zentrale Aufgaben der pflegerischen Praxis dar (ICN, 2009; Miller, 2012; Wingenfeld et al., 2020). Im Rahmen dieser Dissertation wurden das ICN Competencies Framework (ICN, 2009) und die Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults (Miller, 2012) verwendet, um anhand der Konzepte *Person*, *Health*, *Environment* und *Nursing* (ebd.) sowie den *Key principles of nursing* (ICN, 2009) unterschiedliche Facetten von Interventionen zur Förderung der Mobilität und Lebensqualität zu beschreiben. Darüber hinaus wurden die Kernkompetenzen *Professional, personal and quality development* (ICN, 2009) und die *Standards of professional gerontological nursing performance* (ANA, 2001) anhand einer Analyse der berufsqualifizierenden Pflegestudiengänge in Deutschland eingebunden. Ziel war es, im Sinne der Professionalisierungsbestrebungen der Pflege Wissen für die Pflegepraxis zu generieren, das sowohl pflegewissenschaftliche als auch pflegepädagogische Fragestellungen beinhaltet und diese miteinander kombiniert. Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Studien diskutiert und Implikationen hieraus gegeben werden.

Basierend auf dem Konzept *Person* (Miller, 2012) und den *Standards of professional gerontological nursing performance* (ANA, 2001) sowie der Domäne *Professional, personal and quality development* des ICN Competencies Framework (ICN, 2009) wurde ein Systematic Review **(Studie 1)** durchgeführt, um Interventionen zu identifizieren, die sowohl die Mobilität als auch die Lebensqualität von pflegebedürftigen älteren Menschen beeinflussen. Hier konnte hinsichtlich der Forschungsfrage 1 „Welchen Einfluss haben pflegerische Interventionen zur Förderung der Mobilität auf die Lebensqualität von pflegebedürftigen älteren Menschen?“ gezeigt werden, dass in der Literatur einige Interventionen mit einem nachweisbaren Effekt auf die Mobilität genannt werden, diese sich allerdings nur selten messbar auf die Lebensqualität auswirken. Darüber hinaus machen kleine Stichprobenzahlen sowie heterogen verwendete Messinstrumente die Ergebnisse schwer vergleichbar. Hierauf aufbauend wurden weitere Studien bezüglich einer konkreten Intervention zur Förderung der Mobilität und Lebensqualität, dem Plaudertisch, durchgeführt, zu dessen Anwendung noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse bestanden. Basierend auf dem Konzept

Health und *Nursing* (Miller, 2012) und den *Key principles of care* (ICN, 2009), insbesondere im Bereich *Implementation*, erfolgte die Durchführung einer Pilotstudie. Deren Ziel war es, den Plaudertisch hinsichtlich der Durchführbarkeit der Intervention in der pflegerischen Praxis und dessen Wirkung auf die Mobilität und die Lebensqualität zu überprüfen **(Studie 2)**. Bezogen auf die Forschungsfrage 2 „Wie stellt sich die Umsetzbarkeit der Intervention Plaudertisch bei pflegebedürftigen Menschen in der stationären Altenpflege dar?“ konnten signifikante Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten festgestellt werden, die zentrale Tendenzen hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit und der Lebensqualität zeigen. Darüber hinaus zeigte sich die Durchführbarkeit der Intervention im pflegerischen Alltag. Um die Intervention bezüglich der Anwendung innerhalb des Settings der stationären Langzeitpflege zu evaluieren und die Bedarfe der Pflege diesbezüglich zu ermitteln, wurde – bezogen auf das Konzept *Environment* (Miller 2012) und auf die *Key principles of care* (ICN, 2009), insbesondere im Bereich *Evaluation* – eine Evaluation nach Beendigung des Interventionszeitraumes durchgeführt **(Studie 3)**. Diese beinhaltet sowohl dokumentierte Beobachtungen durch die anwendenden Pflege- und Betreuungskräfte anhand eines standardisierten Fragebogens als auch qualitative Interviews mit diesen Personen. Bezogen auf die Forschungsfrage 3 „Welche Erfahrungen machen die Pflege- und Betreuungskräfte bei der Durchführung der Intervention Plaudertisch hinsichtlich der direkten Anwendung und welche Implikationen für Setting, Umfeld und Weiterentwicklung lassen sich daraus ableiten?“ zeigte sich eine überwiegend positive Resonanz durch die Pflegenden und die pflegebedürftigen älteren Menschen. Auch vereinzelte positive Veränderungen der individuellen Fähigkeiten konnten beobachtet werden. Als zentrale Aussage der Evaluation kann die sinkende Motivation bei der Teilnahme an den Trainings gesehen werden. Dies bedingt die Notwendigkeit eines Konzeptes zur Verbesserung der Trainingsadhärenz in der stationären Altenpflege. Diese scheint ein wichtiges Merkmal (Rivera-Torres, Fahey, & Rivera, 2019) für *Wellness outcomes* (Miller 2012) zu sein. Das Konzept wurde, basierend auf dem Konzept *Nursing* (Miller, 2012) und den *Key principles of care* (ICN, 2009), in drei Phasen entwickelt und exemplarisch auf die Trainings mit dem Plaudertisch bezogen **(Studie 4)**. Bei der Beantwortung der Forschungsfrage 4 „Wie muss ein Trainingskonzept aussehen, welches durch anhaltende Trainingsadhärenz die Interaktion, Weiterentwicklung und Unabhängigkeit der pflegebedürftigen älteren Menschen fördert?“ zeigte sich der Bedarf eines kompletten pflegediagnostischen Prozesses, um die Trainingsadhärenz zu steigern.

Dieser beginnt mit der Feststellung eines individuellen Bedarfs, das eigene Verhalten hinsichtlich der Mobilitätsförderung zu ändern, und beinhaltet ebenso die Beratung hinsichtlich offener Fragen oder positiven Auswirkungen von Seiten der Pflegenden. Die abschließende Evaluation nach der Erstellung und Durchführung eines individuell erstellten Plans erfolgt durch eine individuelle Bestandsaufnahme, in der neue Ziele für einen erneuten Prozessdurchlauf vereinbart werden können. Das Konzept beinhaltet somit die Bereiche *Assessment*, *Planning*, *Implementation*, *Evaluation* und *Therapeuthic communication & relationships* des Bereiches *Care provision and management* des ICN Competencies Framework (ICN, 2009). Für eine erfolgreiche Umsetzung pflegerischer Interventionen ist es notwendig, dass die Pflegenden über einen aktuellen Wissenstand (ANA, 2001) verfügen und sich kontinuierlich fortbilden (ICN, 2009). Der Anspruch, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu transferieren (ANA, 2001), bedingt hierbei den Erwerb von hochschulischen Kompetenzen, die in § 37 PflBG definiert sind. Um die aktuellen Entwicklungen in Deutschland zu evaluieren, wurde eine Dokumentenanalyse für die bestehenden berufsqualifizierenden Pflegestudiengänge in Deutschland durchgeführt **(Studie 5)**. Bezogen auf die Forschungsfrage 5 „Wie entwickelt sich die akademische Pflegeausbildung in Deutschland seit der Einführung des Pflegeberufegesetzes und welche Aussagen lassen sich über die Qualifikationsziele der Studiengänge machen?“ lässt sich ein Rückgang der Pflegestudiengänge seit 2019 feststellen. Die Analyse der Module und Qualifikationsziele weist auf ein Fehlen des Zielclusters *personal development* (Angelo & Cross, 1993) im Aufbau der Studiengänge hin, was wiederum hinderlich in der Entwicklung einer pflegeprofessionellen Identität sowie der Handlungskompetenz zu sein scheint. Zusammenfassend lässt sich zur übergeordneten Forschungsfrage „Wie kann praxisrelevantes pflegewissenschaftliches Wissen zu Professionswissen werden?“ die folgende Aussage treffen: Es besteht die Notwendigkeit, pflegewissenschaftliche Interventionen auf ihre Umsetzbarkeit in der pflegerischen Praxis zu überprüfen. Um eine nachhaltige Implementierung dieser – basierend auf dem Anspruch einer zeitgemäßen Wissenschaft (Fleßa & Hübner, 2022) – zu ermöglichen, müssen diese Interventionen in der Pflegepraxis evaluiert und Konzepte für die praktische Anwendung entwickelt werden. Um eine professionelle Identität und Handlungskompetenz von Pflegenden zu entwickeln, müssen die bestehenden Angebote der pflegeberuflichen Bildung auf ihre Passung hin überprüft werden. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, bereits in der Planung pflegewissenschaftlicher Projekte eine direkte Verbindung zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik herzustellen. Hierbei

geht es nicht um methodisch-didaktische Überlegungen, wie sie beispielsweise pflegedidaktische Modelle beantworten, sondern um die zielgerichtete Auseinandersetzung mit den konkreten curricularen Inhalten. So kann zwischen der direkten pflegerischen Versorgung (*Care provision and management* (ICN, 2009)) und der Weiterentwicklung der Pflege als Profession (*Professional, personal and quality development* (ICN, 2009); *Standards of professional gerontological nursing performance* (ANA, 2001)) eine Verbindung hergestellt werden.

5.1 Limitationen

Einschränkend muss der Pilotcharakter der Studien **(Studie 2 und Studie 3)** angemerkt werden, der durch die geringe Stichprobengröße Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Ergebnisse bedingt. Die komplexe Akquise der Teilnehmenden der Studie 2 auf der Seite der pflegeempfangenden Personen gilt als Hauptgrund für diese Stichprobengröße. Auch die teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräfte in Studie 3 wurden bereits durch die Verfügbarkeit der einzelnen Mitarbeitenden in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen limitiert. Dadurch werden weitere Erhebungen mit der Intervention hinsichtlich der Zielgrößen Mobilität und Lebensqualität notwendig.

Dies verdeutlicht sich ebenfalls im Zusammenhang des Systematic Reviews **(Studie 1)** in einigen Studien zu diesem Themengebiet. Die Studie zeigt einige Forschungsprojekte zu pflegerischen Interventionen auf, die jedoch häufig über eine kleine Stichprobe verfügen. Auch in der durchgeführten Studie müssen Einschränkungen der Ergebnisse beschrieben werden. Die enge Suchstrategie des Reviews, welche durch den Ausschluss von spezifischen Krankheitsbildern bedingt ist, schränkt die Zahl der Ergebnisse ein. Hierdurch könnten relevante Studien nicht erfasst worden sein. Darüber hinaus wurden Publikationen, die nicht in den verwendeten Suchmaschinen gelistet sind, nicht erfasst.

Das im Rahmen dieser Dissertation entwickelte Konzept zur Trainingsadhärenz kann Hinweise darauf geben, wie die Trainingsadhärenz bei pflegebedürftigen Menschen in der stationären Altenpflege auf einer kontinuierlichen Basis aufrechterhalten werden kann **(Studie 4)**. Einschränkend muss festgestellt werden, dass der empirische Teil der Konzeptentwicklung aus einer von der Personalausstattung bedingten Anzahl an Interviews besteht. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass das durchgeführte

Systematic Review der theoretischen Phase ebenfalls die Gefahr birgt, durch die festgelegten Einschlusskriterien relevante Studien nicht erfasst zu haben. Hier sollten eine Implementierung und eine Evaluation im Rahmen eines hieran anknüpfenden Projektes erfolgen, was im Zusammenhang mit dieser Dissertation jedoch nicht durchgeführt wurde.

Einschränkend bezüglich der Aussagekraft der Dokumentenanalyse zu den Pflegestudiengängen in Deutschland **(Studie 5)** kann Folgendes festgestellt werden: Die Analyse basiert einerseits auf einer digital verfügbaren Auflistung aller Pflegestudiengänge in Deutschland, andererseits auf Aussagen aus Modulhandbüchern auf den Informationsseiten der Hochschulen. Hier muss einschränkend festgestellt werden, dass lediglich auf digital vorhandene Materialien zurückgegriffen wurde, die weder auf Vollständigkeit noch auf Aktualität überprüft werden können. Dies ist durch die Verantwortlichkeit der Hochschulen für die Verfügbarkeit von Informationen zu den angebotenen berufsqualifizierenden Studiengängen bedingt.

Für die gesamte Dissertation kann festgestellt werden, dass die Aussagen beispielhaft für die Förderung der Mobilität und Lebensqualität generiert wurden und keinen Anspruch auf den Transfer hinsichtlich weiterer Pflegephänomene haben. Ebenfalls finden die Ergebnisse aus Studie 5 lediglich in der hochschulischen Pflegeausbildung Anwendung, was die Aussagekraft bezüglich der beruflichen Pflegeausbildung einschränkt.

5.2 Implikationen

Betrachtet man die Auswirkungen von Mobilitätsverlusten auf die Lebensqualität und alle Aktivitäten des täglichen Lebens (Wingenfeld et al., 2020), wird die Relevanz der Mobilitätsförderung als Aufgabe aller Pflegenden deutlich. Um den Pflegenden die hierfür notwendigen Instrumente an die Hand zu geben erscheint es notwendig, auch Erkenntnisse dieser Dissertation in die Pflegepraxis zu transferieren. Zusammenfassend lassen sich unterschiedliche Interventionen zur Förderung der Mobilität in der stationären Altenpflege empfehlen, obwohl sich ein Großteil dieser nicht auf die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen auswirkt **(Studie 1)**. Auch die Anwendung des Plaudertisches scheint in diesem Zusammenhang sinnvoll zu sein. Hierbei zeigen die Ergebnisse eine große Akzeptanz in der pflegerischen Praxis **(Studie 3)**. Die ermittelten

Veränderungen in Bereichen der Lebensqualität und der Pflegeabhängigkeit lassen einen positiven Nutzen in der pflegerischen Praxis vermuten **(Studie 2)**. Im Zusammenhang mit den dargestellten Limitationen der Studien 2 und 3 stellt sich die Frage, ob sich die pflegewissenschaftliche Forschung ausschließlich über die Größe der Stichprobe und damit durch Generalisierung des erhobenen Wissens definieren muss. Da große Stichprobenzahlen meist größere Projekte implizieren, würde dies bedeuten, dass eine wertige pflegewissenschaftliche Praxis ausschließlich von der Höhe der finanziellen Zuwendung der Forschungsausschreibungen abhängt, ohne zu bedenken, dass diese Zuwendungen in der Praxis nur selten erfolgen (Bartholomeyczik, 2017). Studie 1 zeigt, dass die geringen Stichprobenzahlen zu Interventionen zur Förderung der Mobilität und Lebensqualität ein internationales Thema darstellen. Als Ursachen können hierbei eine fehlende finanzielle Ausstattung der Projekte oder ein aufwändiger Zugang zu den Teilnehmenden der Studien vermutet werden. Es stellt sich daher die Frage, ob eine zeitgemäße praxisorientierte pflegewissenschaftliche Perspektive zur Generierung eines *Body of Knowledge* (Stegen & Sowerby, 2019) ebenfalls – wie in Studie 2 und 3 gezeigt – die Nachhaltigkeit der wissenschaftlichen Projekte in den Vordergrund stellen muss. Die Sicherung der Nachhaltigkeit wissenschaftlicher Studien beschreibt ein häufig vorkommendes Problem, obwohl diese aus einer zeitgemäßen Wissenschaft nicht mehr wegzudenken ist (Fleßa & Hübner, 2022). Diese Nachhaltigkeit kann beispielsweise über die Entwicklung von Konzepten für die pflegerische Praxis erfolgen, mit dem Ziel, einen weiteren Nutzen der Projektaktivitäten nach Beendigung des Projektzeitraumes (Fleßa et al., 2021) zu generieren. Das entwickelte Konzept zur Förderung der Trainingsadhärenz kann ein Anhaltspunkt für die erfolgreiche und nachhaltige Anwendung innerhalb des Pflegeprozesses darstellen **(Studie 4)**. Dies bietet den Pflegenden wirksame Handlungsoptionen für ihre tägliche Arbeit, um im Sinne einer bedürfnisorientierten und individuellen Pflege dieser relevanten pflegerischen Aufgabe nachkommen zu können. Hinsichtlich der zugrundeliegenden Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults (Miller, 2012) und den ICN Core Competencies (ICN, 2009) lässt sich festhalten, dass der Transfer dieser Ergebnisse eingebettet in ein individuelles Assessment erfolgen muss, um Risikofaktoren und Einschränkungen zu erheben. So wird eine evidencebasierte pflegerische Praxis möglich. Die Kompetenzen hierzu bauen Pflegende seit 2020 generalistisch, auch über ein primärqualifizierendes Hochschulstudium auf. Die hierfür entwickelten Studiengänge sollten hinsichtlich ihrer Qualifikationsziele **(Studie 5)** evaluiert werden, um eine hohe berufliche

Handlungskompetenz und die Entwicklung einer professionellen Identität zu unterstützen.

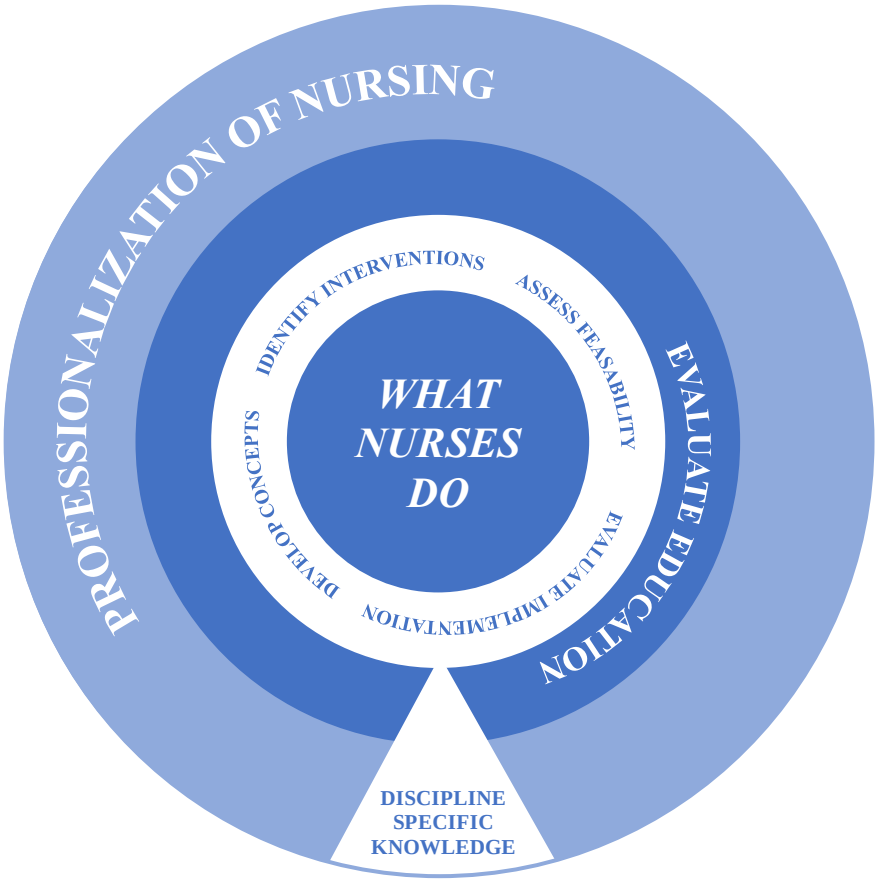
In der vorliegenden Dissertation wurde beispielhaft die Verwendbarkeit der Dual-tasking-Intervention durch die Implementierung, Evaluation und eines hierfür entwickelten Konzeptes für die pflegerische Praxis gesichert. Die Analyse der berufsqualifizierenden Pflegestudiengänge in Deutschland enthält konkrete Hinweise auf die Evaluation und Weiterentwicklung von Studienangeboten in der Pflege. Weiterführende Forschung sollte vor diesem Hintergrund sowohl die Nachhaltigkeit der pflegewissenschaftlichen Studien fokussieren als auch die Verbindung von Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik in den Fokus nehmen. Dies erscheint in diesem Zusammenhang wichtige Aspekte für die Umsetzung von pflegewissenschaftlichem Wissen in der direkten pflegerischen Praxis zu sein, die über eine Qualitätsdefinition durch Stichprobengrößen hinausgeht.

5.3 Schlussfolgerungen

Bezogen auf die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege in Deutschland gibt die vorliegende Dissertation die folgenden Hinweise: Hinsichtlich der Kriterien einer Profession (Stegen & Sowerby, 2019) lässt sich der Prozess der Professionalisierung sowohl durch die Generierung von professionsspezifischem Wissen, das eine praktische Relevanz besitzt, als auch durch die pflegeberufliche Bildung unterstützen (Obrecht, 2016). Dies bedingt die Generierung pflegewissenschaftlichen Wissens für die Pflegepraxis einerseits, die Evaluation edukativer Maßnahmen, wie die Angebote der pflegerischen Ausbildung, andererseits. Auch die Forschungsinteressen fundieren sich in diesem Zusammenhang aus Fragestellungen der Berufspraxis (Meleis, 2012). Hieraus begründet sich für eine erfolgreiche Umsetzung der Professionalisierung der Fokus auf die Bildung der Pflegenden und die Anwendbarkeit von Forschungsergebnissen in der Pflegepraxis. Dies bedeutet, dass eine Disziplin auf dem Weg zur Profession die Frage danach stellen muss, wie Pflegende ihre Tätigkeit ausführen und ihre Praxis gestalten können.

Abbildung 3

Konzept WHAT NURSES DO



Für die direkte pflegerische Praxis empfiehlt es sich, evidencebasierte pflegerische Interventionen zu identifizieren (*identify interventions*), um die gewünschten pflegerischen Outcomes in der Praxis sicherzustellen (Abbildung 3). Hierauf basierend muss die Umsetzbarkeit der Intervention in der entsprechenden pflegerischen Praxis (*assess feasability*) mit der Unterstützung von wissenschaftlicher Methodik (Stegen & Sowerby, 2019) ermittelt werden. Auf Basis dieser Erkenntnisse muss die Implementierung evaluiert werden (*evaluate intervention*), um so wichtige Daten zu generieren, die es ermöglichen, Konzepte für eine nachhaltige Anwendung der Interventionen zu entwickeln (*develop concepts*). Um die Ziele der Pflege zu definieren, ist es darüber hinaus relevant, diesen Überlegungen eine Theorie zugrunde zu legen, um die Fragen nach der *perspective*, der *domain* und der *goals of the discipline* (Meleis, 2012) im Vorfeld zu definieren. Um die Lücke zwischen Theorie und Praxis zu schließen, muss – bezogen auf die übergeordnete Forschungsfrage – eine wechselseitige Beziehung

zwischen Theorie, Praxis und Wissenschaft bestehen (McEwen, 2019). Hierzu muss durch (hochschulische) Kompetenzentwicklung der Pflegenden weiter an den Professionalisierungsbestrebungen festgehalten werden, wodurch die Pflegenden nicht nur zu Teilnehmenden von wissenschaftlichen Studien, sondern zu einem aktiven Teil der Profession werden (Obrecht, 2016). Dies bedingt die Evaluation von Bildungsangeboten hinsichtlich deren Qualifikationszielen und Inhalten (*evaluate education*), die als Fundament der Professionalisierung (Ferguson & Ramsay, 2010) gelten.

Die vorliegende Dissertation erweitert somit die Erkenntnisse der EbN-Methode (Behrens & Langer, 2010) um die Perspektive der Pflegebildung und fokussiert nun nicht ausschließlich pflegewissenschaftliche Outcomes, sondern auch die Rahmenbedingungen, in denen die pflegeberufliche Bildung stattfindet. Dies impliziert, dass Pflegewissenschaft und pflegewissenschaftliches Wissen mehr ist als die evidencebasierte Fundierung pflegepraktischer Fragestellungen. Die vorliegende Dissertation zeigt, dass die Pflegwissenschaft und die Pflegepädagogik keinesfalls getrennte Wissenschaftsbereiche darstellen, sondern dass es eine unabdingbare Voraussetzung für nachhaltige und praxisorientierte Forschungsbestrebungen im Sinne der Professionsentwicklung ist, eine Verbindung herzustellen. Das bedeutet, dass sich eine zeitgemäße Pflegewissenschaft ebenfalls mit der pflegeberuflichen Bildung auseinandersetzen muss, um evidencebasierte Pflege zu ermöglichen. Hierdurch wird die Pflegepädagogik nicht nur zur Teildisziplin der Pflegewissenschaft, sondern die pflegepädagogische Forschung zu einer unabdingbaren Konsequenz der Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege.

Literatur

American Nurses Association (ANA) (2001). *Scope and standards of gerontological nursing practice* (22. Auflage). Author.

Angelo, T. A. & Cross, K. P. (1993). *Classroom Assessment Techniques: A Handbook for College Teachers* (2. Auflage). Jossey-Bass.

Batholomeyczik, S. (2017). Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – Eine schwere Geburt. *Pflege & Gesellschaft*, *22*(2), 101-118.

Behrens, J., & Langer, G. (Hrsg.) (2010). *Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis.* Huber Verlag.

Ferguson, L. H., & Ramsay, J. D. (2010). Development of a Profession. The role of education and certification in occupational safety becoming a profession. *Professional Safety*, *55*(10), 24-30.

Fleßa, S., & Hüber, C. (2022). Dynamische Nachhaltigkeit von Forschungsprojekten. Beispiele aus dem Transfervorhaben im RESPONSE-Forschungsprojekt. *Wissenschaftsmanagement*, 1-6.

Fleßa, S., Kuntosch, J., Rübsam, M.-L., & Laslo, T. (2021). Nachhaltigkeitsfaktoren von Forschungsprojekten. Am Beispiel der grenzüberschreitenden Notfallrettung. *Wissenschaftsmanagement*, *5*, 239–252.

ICN - International Council of Nurses (2009). *ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. Abgerufen von https://siga-fsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf

McEwen, M. (2019). Application of Theory in Nursing Practice. In McEwen, M., Wills, E. M. . *Theoretical Basis for Nursing* (5. Auflage, S. 398-413). Walters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress* (5. Auflage). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Miller, C.A. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults* (6. Auflage). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Obrecht, W. (2009). Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. In Becker-Lenz, R., Busse, S., Ehlert, G., & Müller, S. (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (2. Auflage, S. 27-72). VS Verlag der Sozialwissenschaften.

Stegen, A. J., & Sowerby, H. (2019). *Nursing in Today´s World. Trends, Issues, and Management* (11. Auflage). Wolters Kluwer.

Wingenfeld, K., Becker, U., Beckmann, M., Berger, B., Eifert, B., Freiberger, E., Horn, A., Krampen, R., Kretschmar, D. , Metzelthin, S., Püttjer, A, Reuther, S., Schiff, A., Skiba, T., Schlesselmann, E., & Strupeit, S. (2020): Der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. 1. Aktualisierung 2020. In Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) (2020). *Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Aktualisierung 2020.* Abgerufen von https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/12/Expertenstandard-„Erhaltung-und-Förderung-der-Mobilität-in-der-Pflege“-Aktualisierung-2020.pdf

Anteilserklärung an den Publikationen

Benjamin Bohn hatte den folgenden Anteil an den Publikationen:

Studie 1: Bohn, B., & Strupeit, S. (2023). Interventions to promote mobility and quality of life in nursing homes: A systematic review. *Nursing Open*, 10, 4172– 4184. https://doi.org/10.1002/nop2.1673

Beitrag im Einzelnen: 85 Prozent – Formulierung der Fragestellung, Konzeption des Systematic Reviews, Durchführung und Auswertung der Literaturrecherche, Manuskripterstellung und -gestaltung.

Studie 2: Bohn, B., Anselmann, V., & Strupeit, S. (2023). Improving mobility and quality of life through a chatting and exercise table [Plaudertisch] in nursing homes. A one-group pilot study.

Beitrag im Einzelnen: 75 Prozent – Formulierung der Fragestellung, Literaturrecherche, Konzeption der Studie, Durchführung der Studie, Auswertung der Daten, Manuskripterstellung und -gestaltung.

Studie 3: Bohn, B., & Strupeit, S. (2022). Der Plaudertisch in der Anwendung. Eine Evaluation in der stationären Altenpflege. In *Pflegewissenschaft*, *24*(1), 11–19.

Beitrag im Einzelnen: 80 Prozent – Formulierung der Fragestellung, Literaturrecherche, Konzeption Interviewleitfaden und Erhebungsinstrument für die Beobachtungen, Auswertung der Interviews und Daten, Manuskripterstellung und -gestaltung.

Studie 4: Bohn, B., Anselmann, V., & Strupeit, S. (2022). Förderung der Adhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege – Die Entwicklung eines Konzepts am Beispiel des Plaudertisches. In *Pflege & Gesellschaft*, *27*(4), 293-307.

Beitrag im Einzelnen: 85 Prozent – Formulierung der Fragestellung, Literaturrecherche, Konzeption der Studie, Datenerhebung und -auswertung, Manuskripterstellung und -gestaltung.

Jun.Prof. Dr. Veronika Anselmann	Prof. Dr. Steve Strupeit	Benjamin Bohn

Studie 5

Bohn, B., & Anselmann, V. (2022). Quo vadis, Akademisierung? Eine Analyse zum Stand der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland. In *Lehren und Lernen im Gesundheitswesen*, 08/2022, 5-14.

Beitrag im Einzelnen: 85 Prozent – Formulierung der Fragestellung, Literaturrecherche, Konzeption der Studie, Datenerhebung und -auswertung, Manuskripterstellung und -gestaltung.

Jun. Prof. Dr. Veronika Anselmann	Benjamin Bohn

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere an Eides statt, dass die Dissertation „*WHAT NURSES DO:* Das ICN Competencies Framework am Beispiel der Functional Consequences Theory und deren Umsetzung in der Pflegepraxis“ selbstständig angefertigt wurde, wörtliche wie inhaltliche Entlehnungen kenntlich gemacht sind und außer den in der Dissertation genannten keine weiteren Hilfsmittel Verwendung fanden.

Zudem versichere ich an Eides statt, dass die Dissertation „*WHAT NURSES DO:* Das ICN Competencies Framework am Beispiel der Functional Consequences Theory und deren Umsetzung in der Pflegepraxis“ weder im Ganzen noch in Teilen Gegenstand eines Promotionsverfahrens an einer anderen Hochschule war oder ist.

Des Weiteren versichere ich an Eides statt, dass die Dissertation „*WHAT NURSES DO:* Das ICN Competencies Framework am Beispiel der Functional Consequences Theory und deren Umsetzung in der Pflegepraxis“ weder im Ganzen oder in Teilen Gegenstand einer anderen akademischen Prüfung oder einer Staatsprüfung war oder ist.

Leinzell, 13.03.2023

Ort, Datum	Unterschrift