

KEINE LEBENSAKTIVITÄT OHNE BEWEGUNG

UMGANG MIT KÖRPERLICHEN ASPEKTEN ZUR BEWEGUNGSFÖRDERUNG

Siegfried Huhn

Erhalt und Förderung der Mobilität wird bisher in allen Pflegesettings zu wenig gewürdigt. In diesem Beitrag wird ein Überblick über die verschiedenen Aspekte der körperlichen Mobilität gegeben.

Begriffsbestimmungen

Unter körperlicher Mobilität wird die Fähigkeit verstanden, die Körperposition und den Aufenthaltsort im Raum selbstständig zu verändern. Dies gilt auch, wenn der Ortswechsel im Raum nur durch den Gebrauch von Hilfsmitteln möglich ist. Als gehfähig gilt eine Person, die in der Lage ist, aus einem ihr angemessenen Sitzmöbel aufzustehen, einige Schritte zu gehen, sich zu drehen, umzukehren und wieder hinzusetzen. Unter einer beeinträchtigten Mobilität werden Einschränkungen der unabhängigen und zielgerichteten Bewegung des Körpers oder einzelner Extremitäten gesehen. Immobilität heißt, keinerlei selbstständige Bewegung ausführen zu können. Der Begriff „Mobilisation“ bedeutet im eigentlichen Sinne, etwas in Bewegung zu bringen oder Bewegung zu ermöglichen und zu erhalten. In Pflegesituationen kommt der Begriff häufig zur Anwendung, meint jedoch in der Regel lediglich den Vorgang eines Ortswechsels. So finden sich Empfehlungen wie „Mobilisation“ ohne weitere Erläuterung als eine Maßnahme zur Prophylaxe oder in der Dokumentation Beschreibungen wie „Mobilisation in den Sessel“ für die pflegerische Assistenz beim Transfer. Nach dem Ortswechsel bleibt die Person jedoch über teilweise lange Zeiträume an dem vorgegebenen Ort, weshalb die Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin hierfür den Begriff der „Ortsfixierung“ verwendet und den Vorgang als das Verbringen von „einer Ortsfixierung in eine andere Ortsfixierung“ bezeichnet (Zegelin 2005).

Kaum einem gesunden und mobilen Menschen ist bewusst, dass es nahezu keinen Lebensbereich gibt, der nicht an Mobilität gebunden ist und bei Mobilitätseinschränkungen in Mitleidenschaft gezogen wird.

Kaum einem gesunden und mobilen Menschen ist bewusst, dass es nahezu keinen Lebensbereich gibt, der nicht an Mobilität gebunden ist und bei Mobilitätseinschränkungen in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Abhängigkeit in den vielen Alltagssituationen ist häufig das ausschlaggebende Moment für Menschen mit Mobilitätseinbußen, um persönliche Wünsche aufzugeben, in Resignation und Selbstaufgabe überzugehen und sich weitgehend an die Organisation und deren Bedingungen anzupassen (adaptive Selbstreglementierung).

Wie belastend es ist, nur mit fremder Hilfe einen anderen Ort aufsuchen zu können, ist für die meisten Menschen nachvollziehbar. Wie belastend es jedoch ist, einen Ort nicht verlassen können, wird viel zu selten reflektiert. Dabei vermeiden es viele Personen mit Assistenzbedarf geradezu, ihren angestammten Platz zu verlassen, weil sie es als zu belastend erleben, von einem anderen Ort nicht wieder wegzukommen, sobald sie weg wollen und dadurch einer unangenehmen Situation zu lange ausgesetzt bleiben (Huhn 2017).

Altersbedingungen

Im höheren Alter ergeben sich typische körperliche Veränderungen mit Mobilitätseinschränkungen. So verringert sich die Muskelkraft, der Gang wird kleinschrittig, die Seitwärtsbewegungen werden eingeschränkt und das Drehen auf der Stelle wird schwieriger. Hinzu kommen das Nachlassen der Reaktionsgeschwindigkeit, etwa um schnell zu greifen und sich festzuhalten sowie eine längere Imbalance-Regulations-Zeit. Diese altersbedingten Einschränkungen vollziehen sich langsam. Der Mensch „altert“ in diese Einschränkungen hinein und erlernt gleichzeitig zahlreiche Möglichkeiten, die Einbußen zu kompensieren. Am deutlichsten wird das bei Alltagsaktivitäten, die insgesamt etwas langsamer ablaufen. Entscheidend in diesem Prozess ist jedoch das tägliche Training, wobei Training in der realen Situation durch die Alltagsbewältigung stattfindet. Das Anziehen der Kleidung und Schließen der Knöpfe wird langsamer, gelingt aber aufgrund der täglichen Durchführung weiterhin. Wird diese Funktion jedoch wohlwollend oder aus Zeitgründen von der Pflegeperson übernommen, verliert sich diese Fähigkeit relativ schnell. So lässt sich beobachten, dass alte Menschen bereits nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt ohne Bewegungsaktivität weitere Mobilitätseinschränkungen entwickeln und danach kaum in



Siegfried Huhn, M.A.,

Krankenpfleger für geriatrische Rehabilitation; Studium Gesundheitswissenschaften, Sozial- und Bildungsmanagement; Arbeitsschwerpunkte: Klinische Pflege, Prävention und Gesundheitsbildung, Sucht und Abhängigkeitserkrankungen, Resilienztraining; Fachbuchautor

Kontakt:

www.pflegeberatung-siegfried-huhn.de

der Lage sind, die neu erworbenen Einschränkungen wieder auszugleichen. Das ist einer der Gründe, weshalb in geriatrischen Krankenhausabteilungen außerhalb der Bettzeiten das Tragen von normaler Tageskleidung empfohlen wird und fast immer Gruppen mit Bewegungstraining angeboten werden (Sölsch 2015; Huhn 2017).

Risiken für Mobilitätseinschränkungen

In einem Projekt zu seniorenfreundlichen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wurden Risiken identifiziert, die Mobilitätseinschränkungen begünstigen bzw. Mobilitätsförderung behindern. Die Risiken werden unterteilt in die Kategorien pflege- und therapieabhängige Faktoren, psychologische Faktoren und umgebungsabhängige Faktoren. In der Kategorisierung wird deutlich, dass die Bedingungen der Einrichtung und die mangelhafte Information durch Pflegepersonen oft die Ursache einer nicht notwendigen Immobilisierung von Patienten und Bewohnern sind. Alte Menschen verbinden mit einem Krankenhausaufenthalt häufig noch die Anordnung, im Bett zu bleiben und verlassen das Bett oft nicht ohne ausdrückliche Erlaubnis. In Krankenhäusern und Pflegeheimen wird der einmal zugewiesene Ort in Erwartung von notwendigen Pflege- und Betreuungshandlungen nicht verlassen. Bei Personen mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit wird die doch vorhandene Mobilität häufig nicht berücksichtigt oder gar eingeschränkt, etwa durch fixiertes Lagern im Bett oder Fixierung im Stuhl aus Angst vor Stürzen mit nachfolgender Regresspflicht. Häufig wird für ein fixiertes Lagern im Bett sogar argumentiert, dass Patienten oder Bewohner sich selbstständig aus der Position herausbewegen. Statt diesen Vorgang positiv als Ausnutzen und Förderung vorhandener Mobilität zu sehen, wird oft von „entlagern“ gesprochen und es werden Maßnahmen dagegen ergriffen.

Tabelle: Risiken Mobilitätseinschränkungen

PFLEGE- ODER THERAPIEABHÄNGIGE FAKTOREN
<ul style="list-style-type: none"> • verordnete Bettlägerigkeit • Fixierungsmaßnahmen • Mobilitätseinschränkung durch Katheter, Infusionen oder ähnliche Versorgungen • Mangelernährung: längere Nahrungskarenz bzw. keine orale Nahrungsaufnahme; kaum Berücksichtigung der Patientenpräferenz in der Ernährung; nicht ausreichende Flüssigkeitsversorgung • Einschränkung in einer oder mehreren AEDLs • Polypharmazie, Einnahme von Medikamenten mit Einfluss auf die Mobilität (z. B. Schlafmittel, psychoaktive Substanzen) • zu erwartende pflegerische oder medizinische Versorgung, die eine Ortsbindung erfordert
PSYCHOLOGISCHE FAKTOREN
<ul style="list-style-type: none"> • vermeintliche Bettruhe oder Angst, das Bett zu verlassen • soziale Isolation / Vereinsamung – geringe oder keine Unterstützung durch Angehörige • fehlende Kommunikation / fehlende Beschäftigung während des Aufenthalts • fehlende Orientierung im Raum und im Umfeld • pflegerische Versorgung ist aus praktischen Gründen auf das Bett bezogen und weniger auf Mobilitätsförderung oder Patientenbedürfnisse
UMGEBUNGSABHÄNGIGE FAKTOREN
<ul style="list-style-type: none"> • mangelhafte Förderung der Mobilität, z. B. durch zu hohe Betten, Bettgitter oder Servieren der Mahlzeiten am Bett • fehlende / nicht ausreichende Sitzgelegenheiten und Essplätze im Zimmer • fehlende Hilfen zur Unterstützung einer sicheren Mobilität: Handläufe, Haltegriffe, feststehende Nachttische, feste Toilettensitze, Duschstühle • mangelhafte Orientierungshilfen: Uhr, Kalender, die Lichtverhältnisse lassen die tageszeitliche Orientierung nicht zu; glänzende Bodenbeläge lassen den Boden glatt erscheinen (Sturzangst) • Lärmbelastung im Umfeld verhindert Entspannung und stört die Nachtruhe/ den Schlaf • sensorische Deprivation: fehlendes Bereitstellen von Brille oder Hörgerät
<p>Quelle: Seniorfriendly Hospital (2015): Factors Related to Hospitalization that Contribute to Functional Decline. (Übersetzung Huhn 2015)</p>

Mobilitätsstatus erheben

Für den Erhalt der Mobilität ist eine systematische Erfassung der Bewegungsfähigkeit der Patienten oder Bewohner unerlässlich. Eine Arbeitsgruppe der Universität Witten-Herdecke hat hierfür einen Erfassungsbogen zur Mobilität (EBoMo) entwickelt, der als sicher und praktikabel gilt (Stulier 2014). Der EBoMo enthält insgesamt fünf Mobilitätskategorien, denen 14 Items zur Einschätzung der mobilitätsbezogenen Ressourcen zugeordnet sind. Die Bewertung erfolgt in den Möglichkeiten „selbstständig“, „mit Hilfsmitteln“, „mit Personenhilfe“ und „komplett unselbstständig“. Der Bogen dient der Statuserhebung und in der wiederholten Einschätzung zur Abbildung der Entwicklung (ebenda; Huhn 2017). **Der Einschätzungsbogen kann über die Homepage des EFAKS abgerufen werden.**

Mobilitätserhalt und Mobilitätsförderung

Im Wesentlichen müssen zum Mobilitätserhalt und zur Mobilitätsförderung die vier Bereiche

- interprofessionelle Bewegungskonzepte
- mobilitätsunterstützende Hilfsmittel
- Umfeldgestaltung/Wohnraumanpassung
- Neubewertung der Medikation

beachtet und umgesetzt werden.

Medikamente, insbesondere bei mehr als drei Medikamenten mit entsprechenden Nebenwirkungen, haben einen deutlichen Einfluss auf die Mobilität von Patienten und Bewohnern. Bei der Neubewertung der Medikation soll der Arzt die medizinische Indikation prüfen und dabei die Beobachtung durch Pflegepersonen einbeziehen. Oft haben sich Verbesserungen im Krankheitsgeschehen und Verhalten ergeben, die eine Veränderung der Medikation ermöglichen.

Die Umfeldgestaltung soll neben dekorativen, wohnlichen Aspekten auch immer der Bewegungsförderung Rechnung tragen. Das Umfeld soll Bewegung ermöglichen und Sicherheit gewähren. Dazu müssen Handläufe immer gut zugänglich sein. An den Türen, an denen Handläufe unterbrochen sind, dürfen keine Hindernisse stehen. Handläufe sollen möglichst um die Ecke gehen. Überall da, wo ein Richtungswechsel stattfindet, muss unbedingt für Festhaltungsmöglichkeiten gesorgt werden. Die Wohnraumanpassung erfolgt am besten mit dem Bewohner zusammen. Veränderungen sollen schrittweise vorgenommen werden und so stattfinden, dass eine sichere Gewöhnung möglich ist.

Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität beziehen sich auf Gehhilfen, Hilfen im Umfeld wie Haltegriffe, Toilettensitzerhöhung, Badwanneneinstiegshilfen, aber auch Notrufsysteme, die eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Zur sicheren und leichteren Versorgung kommen kleine Hebehilfen, Transferhilfen oder technische Hilfen wie Patientenhilfen in Betracht.

Bewegungskonzepte bedeuten ein systematisches Ermöglichen und Fördern von Mobilität. Aus den Möglichkeiten der Einrichtung heraus und den Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten und Bewohner werden entsprechende Angebote gemacht. Dazu zählen aus Versorgungssicht Vorgehensweisen wie Aktivitas-Pflege® oder Kinästhetik in der Pflege®, oder das Drei-Schritte-Programm nach Zegelin. In der Einrichtung selbst sollen motivierende und zur Bewegung auffordernde Maßnahmen erfolgen. Im Außenbereich

Praxisheft Mobilität in überarbeiteter Version erschienen

In der Reihe Praxishefte des DBfK Nordost e.V. ist das beliebte Heft zum Thema Mobilität in einer überarbeiteten Version erschienen.

Das Praxisheft „Mobilität für die ambulante und stationäre Versorgung. Welchen Auftrag hat die Pflege?“ erläutert die gesundheits- und berufspolitische Bedeutung der Fragestellungen rund um das Thema Mobilität. In der überarbeiteten Version gibt es ein Unterkapitel, das speziell das wichtige Thema zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen nach dem Werdenfeller Weg® behandelt. Der Verzicht von freiheitsentziehenden Maßnahmen fördert den Erhalt von Mobilität. Dies wirkt sich positiv auf die Lebensqualität von Betroffenen aus. Ein weiterer Vorteil: weniger Dokumentationsaufwand für die Pflegekräfte und somit mehr Zeit für Pflegebedürftige.

Das Kapitel 7 ist ebenfalls neu in dieser Auflage. Es beschäftigt sich mit interessanten und praxisrelevanten Themen wie Sorgfaltspflicht, evidenzbasierte Pflege und Handlungsanleitungen von Einrichtungen.

In diesem Praxisheft wird die gesundheits- und berufspolitische Bedeutung der Fragestellungen rund um das Thema Mobilität erläutert. Dabei steht die Einschätzung der vorhandenen Mobilität im Vordergrund. Franziska Rahmel, Geschäftsführerin des DBfK Nordost e.V.,

zeigt sich sehr zufrieden mit der überarbeiteten Publikation: „Die Anforderungen in der Pflege entwickeln sich immer weiter fort. Dabei zeigt sich, dass Pflegenden immer wieder aufkommende Fragen im Kontext Mobilität haben. Diesem Bedarf wollen wir mit dieser Publikation Rechnung tragen.“ Das Praxisheft hat daher für viele Bereiche in der Pflege eine hohe Relevanz.

Die Inhalte lassen sich überwiegend auf alle Versorgungsbereiche übertragen. Wo spezielle Bereiche gemeint sind, ist dies entsprechend kenntlich gemacht.

*Praxisheft Mobilität
ambulante und stationäre Versorgung.
Welchen Auftrag hat die Pflege?*

Siegfried Huhn

2. überarbeitete und ergänzte Auflage., August 2017

Hrsg.: DBfK Nordost e.V.

ISBN 978-3-00-051229-2

Preis: 12,- Euro zuzüglich Porto und Versand

Bestelladresse: DBfK Nordost nordost@dbfk.de oder online im DBfK-Shop



haben sich Erlebnisparkgärten mit Kräutern oder jahreszeitlichen Pflanzen bewährt. Im Innenbereich können Informations- und Erinnerungsrundgänge die Patienten und Bewohner animieren, durch das Haus zu gehen und hierdurch aktiv und mobil zu bleiben. Auch Aufenthaltsbereiche außerhalb der Station mit speziellen Angeboten unabhängig von Betreuungspersonen oder besondere Programme, wie Tanztee oder Filmvorführungen, fordern zur Bewegung auf (Zegelin 2018).

Kontinuität im Pflegeangebot

Eine Förderung der Mobilität und Mobilisation findet nur statt, wenn das pflegerische Vorgehen geplant und einheitlich gestaltet wird. Das bedeutet, unter Einbeziehen der Möglichkeiten der Patienten und Bewohner wird ein Angebot gestaltet, dass von allen beteiligten Akteuren gleichbleibend angeboten wird. Nur dann kann ein Mobilitätseffekt eintreten. Wechselt die Vorgehensweise bei Wechsel der Pflegeperson, führt das zu Irritationen und Unsicherheit und der Erfolg bleibt aus. Dabei muss bedacht werden, dass Bewegungsabläufe über die körperliche Aktion gelernt werden. Selbst wenn mit Patienten oder Bewohnern keine Absprachen möglich sind, wächst die Person über die Körperwahrnehmung in die Bewegungsabläufe hinein. Die Abläufe werden gebahnt, gefestigt und automatisiert. Sie gestalten sich zunehmend leichter, was auch den Kraftaufwand und die Belastung für die Pflegeperson reduziert.

Konzeptentwicklung und Handlungsanweisung

Beim Erhalt der Mobilität oder deren Förderung bei Patienten und Bewohnern handelt es sich um einen berufsgruppenübergreifenden Anspruch. In die Versorgung sollen deshalb die beteiligten Professionen ihre jeweilige Expertise und Ausführungsmöglichkeiten einbringen. Die Angebote der beteiligten Berufsgruppen werden sich ergänzend angelegt. Die einzelnen Schritte müssen daher unter den Akteuren besprochen und abgestimmt werden, damit es nicht zu einer Diskontinuität oder sonstigen Versorgungsbrüchen kommt. Konzepte und Handlungsanweisungen sind multiprofessionell zu erstellen, wobei mögliche Schnittstellenprobleme berücksichtigt werden müssen.

Literatur

Huhn, S. (2017): Praxisheft Mobilität für ambulante und stationäre Versorgung. Berlin: DBfK Nordost

Sölsch, S. (2015): Altern und Bewegungseinschränkung. In: Z Gerontol Geriat 48 (1) 35-40

Strupeit, S.; Busse, A. (2014): Ein multidimensionales Konstrukt. Definition von Mobilität aus pflegerischer Perspektive. In: Pflegezeitschrift 67 (1) 38-40

Stulier, N. (2014): Ausgewählte Qualitätskriterien des Erfassungsbogen Mobilität. Eine empirische Untersuchung. In: Pflegewissenschaft 13 (3) 144-154

Zegelin, A. (2005): Festgenagelt sein. Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Bern: Huber

Zegelin, A. (2018): Die Biografie im Blick. In: Die Schwester/Der Pfleger 57 (2) 40-43

SACHSTAND EXPERTENSTANDARD ERHALT UND FÖRDERUNG DER MOBILITÄT

Siegfried Huhn

Für die Entwicklung des „Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege“ wurde das DNQP vom Gesetzgeber beauftragt. Der Expertenstandard richtet sich primär an Leistungserbringer nach SGB XI, also an die stationäre, teilstationäre und ambulante Langzeitversorgung. Der Expertenstandard ist wie alle vorherigen entwickelt, konsentiert und modelhaft implementiert worden. Der Expertenstandard ist veröffentlicht und in seinem kompletten Entwurf über das Internet abrufbar.

Der Entwicklung von Expertenstandards nach §113a SGB XI liegt ursprünglich die Idee zugrunde, diese Expertenstandards über den Bundesanzeiger zu veröffentlichen und damit wie bei einem Gesetz alle Einrichtungen zu verpflichten, diesen Expertenstandard umzusetzen. Das ist bisher nicht erfolgt. Ob es jemals erfolgen wird, ist derzeit nicht zu prognostizieren. Aus berufspolitischer und auch fachlicher Sicht ist dieses Vorgehen mehr als umstritten. Eine Profession kennzeichnet sich auch darüber, dass sie Fachlichkeit und ihre Herangehensweise an Fachlichkeit selbst bestimmt und nicht durch den Gesetzgeber auferlegt bekommt. Hinzu kommt, dass Pflegeeinrichtungen bereits eine gesetzliche auferlegte Garantenstellung haben, die sie ohnehin zum Schutz des Klienten schon zu weitreichenden Maßnahmen verpflichtet.

Mit Übernahme der Pflege haben Einrichtungen ihren Klienten gegenüber eine Sorgfalts- oder Fürsorgepflicht. Das beinhaltet, Schaden fernzuhalten, Pflege nach neuesten Erkenntnissen anzubieten und das Angebot personen- und situationsgerecht zu gestalten. Expertenstandards sind eine mögliche Quelle, um neue Erkenntnisse zu erhalten. Expertenstandards beantworten literaturbasiert Fragen zu Pflege Themen. Sie sind wissenschaftsorientiert auf einer Metaebene angesiedelt. Für die Handlungsebene bieten sie nur begrenzt Wissen. Deshalb kann pflegerisches Handeln wie Mobilitätsförderung, nicht alleine auf Basis eines Expertenstandards implementiert werden. Es müssen immer weitere Quellen einbezogen werden und handlungsgebendes Fachwissen und die Erfahrungen der Pflegepersonen einfließen.

Unabhängig davon, ob es jemals zu einer Freigabe des Expertenstandards durch den Gesetzgeber kommen wird, liegen die Erkenntnisse des Expertenstandards vor, sollten also nach Maßgabe der neuesten Erkenntnisse neben anderen Veröffentlichungen und den Erfahrungen der Pflegepersonen in das Pflegehandeln einfließen.

Weitere Infos unter:

https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandards/expertenstandards.jsp