

Kernkategorie der Pflege

Mobilitätsförderung kontra Sturzvermeidung?

Für den Menschen hat die eigene Mobilität einen hohen Stellenwert. Nicht ohne Grund ist sie deshalb auch eine Kernkategorie der Pflege. Doch im Pflegealltag scheint der Erhalt bzw. die Förderung der Mobilität nur eine untergeordnete Rolle einzunehmen. Dies begründet sich u. a. auch in der Angst vor Stürzen.

ANGELIKA ZEGELIN

Im Jahr 2004 wurde im Rahmen meiner Dissertation zum Thema „Entwicklung von Bettlägerigkeit“ das Phänomen des dauerhaften Verbleibs im Bett weltweit erstmalig untersucht. Noch vor rund 15 Jahren war das Stichwort „Bettlägerigkeit“ in Pflege-Lehrbüchern nicht aufzufinden. Über das Entstehen von Bettlägerigkeit war nichts bekannt. Das hat sich geändert, heute stehen in den einschlägigen Büchern bzw. Lexika hinreichend Informationen zur Verfügung. Der Begriff „Bettlägerigkeit“ ist definiert.

In dieser Entwicklung ist insgesamt auch ein Beispiel für die Bedeutung der Pflegewissenschaft zu erkennen. Jede wissenschaftliche Disziplin ist schließlich aufgerufen ihre Forschungsgegenstände selbst zu konturieren.

Das wichtigste Ergebnis der umfangreichen GroundedTheory-Studie war die Entdeckung der **Ortsfixierung**.¹ Hierunter ist ein Zustand zu verstehen, in dem die Betroffenen allmählich zu schwach werden, um allein aufzustehen. Arm- und Beinmuskulatur sind geschrumpft, hinzu kommt die Angst. „Ich bin hier festgenagelt“ oder „ich fühle mich angekettet“ sagten alle 32 Befragten damals, „Ich muss

warten, bis mir jemand hilft“. Bei allen zeigte sich eine ähnliche Entwicklung hin zur Bettlägerigkeit – die eigentlichen Gründe waren den Beteiligten unklar. Die medizinischen Diagnose spielte dabei keine Rolle. Die Befragung wurde damals in Altenheimen und in der häuslichen Pflege durchgeführt.

Später entstanden zahlreiche Auftragsprojekte, über 18 Jahre Erfahrung in der Beratung hinsichtlich Bewegungsförderung führen nun zu diesem Artikel. Die Bedeutung der „Mobilität“ ist inzwischen mehr in das Bewusstsein gerückt – auch durch den anstehenden Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

Verwunderlich ist das Warten der Pflegelandschaft auf die Verabschiedung des Expertenstandards „Mobilität und Mobilitätsförderung“. Mobilität stellt immer schon eine Kernkategorie der Pflege dar. In der Ausbildung, dem Studium und in allen Lehrbüchern nimmt das Thema Raum ein, es wird in allen Pflegemodellen und -theorien bearbeitet. Auch ohne einen Expertenstandard ist es höchste Zeit, der Mobilitätsförderung mehr Bedeutung zu geben. Bewegungsfähigkeit ist ein hohes Gut. Die Möglichkeit sich zumindest im kleinen Radius selbst bewegen zu können, hängt untrennbar mit der menschlichen Autonomie und Würde zusammen. Anthropologen weisen darauf hin, dass der aufrechte Gang das Menschsein auszeichnet und das ein Liegeschicksal für die Natur des Menschen schwer erträglich ist („Niederlage“, Unterlegenheit). Seit einigen Jahren wird über Kognition und Bewegung geforscht, dabei offenbart sich ein enger Zusammenhang: Menschen können in Bewegung besser denken. In der Tat zeigte sich in all'

¹ Abt-Zegelin (2005).



Zur Person

Prof. Dr. Angelika Zegelin ist Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin. Vormalig Universität Witten/Herdecke.

meinen Mobilisationsprojekten bei den betroffenen Menschen auch ein Niedergang der Denkfähigkeit, „ich kann mich nicht mehr konzentrieren“ sagten die Teilnehmer unisono. Manche erlitten auch einen „Zeitverlust“, wussten nicht mehr, welcher Tag/Monat es ist, oder seit wievielen Jahren sie bereits liegen. Dies alles – abgesehen von psychischen Auswirkungen: die Alten klagen durchweg über ihre Abhängigkeit und sind verzweifelt.

Als pflegerische Fördermaßnahmen der Mobilität sind hier nicht Physiotherapie oder Gruppengymnastikprogramme zu adressieren, diese sind ergänzend sicher nützlich – gemeint ist die Aufrechterhaltung von Alltagsbewegung in der Pflege. Also: stete Bewegungsförderung, verbunden mit täglichen Aktivitäten – genau diese erhalten Menschen selbstständig im eigenen Haushalt. Zum Fenster oder zum Kühlschrank zu gehen, zur Wohnungstür, die Körperpflege oder Speisenzubereitung zu erledigen, ganz abgesehen vom Einkauf, sind wichtig. Nach ihrem Heimeinzug werden Menschen oft passiv, sie verlieren Alltagsbewegungen durch Service, Versorgungsroutinen und die Abgabe von Verantwortung.

Immobilisierung geschieht in Phasen

In meiner ersten Studie konnte gezeigt werden,² dass sich Bettlägerigkeit über folgende Stadien entwickelt: Zunächst tritt eine gewisse Instabilität beim Gehen auf, dann verschlechtert ein Ereignis die Mobilität, z. B. ein Klinikaufenthalt oder ein Sturz. Danach sitzen die Menschen viel, haben Angst vor dem Laufen, sie sind immobil geworden, stützen sich ab, halten sich fest – dafür ist die Umgebungsgestaltung wichtig. Entscheidend ist dann die Phase der Ortsfixierung – dies ist der wichtigste Befund aus den Untersuchungen: die Betroffenen können nicht mehr alleine aufstehen, sie sind zu schwach geworden (Frail, Frailty) für den Transfer und warten bis Hilfe kommt. Diese Ortsfixierung kann bei Alten binnen einer Woche eintreten, die Auswirkungen kommen den Beeinträchtigungen einer

freiheitsentziehenden Maßnahme gleich. Erst in der letzten Phase liegen die Immobilen über 24 Stunden überwiegend im Bett, hier lassen sich je nach Zeitdauer unterscheiden:

- **Leichte Bettlägerigkeit:** 4-5 Stunden werden außerhalb des Bettes verbracht.
- **Mittlere Bettlägerigkeit:** Ein Aufstehen geschieht nur für wenige Tätigkeiten, z. B. der Gang zur Toilette.
- **Schwere Bettlägerigkeit:** Der Mensch steht überhaupt nicht mehr auf.

Diese schwere Bettlägerigkeit ist gekoppelt mit einer Inkontinenzversorgung („machen Sie ruhig in die Windel“). Aus diesem Grund sollte eine komplette Inkontinenzversorgung nicht zu früh angeboten werden. Der Toilettengang ist für die Betroffenen oftmals noch ein wichtiger Impuls. In diesem Fall könnte auch mehr Zeit außerhalb des Bettes, in einem bequemen (Liege-) Stuhl verbracht werden, allerdings wird für den Transfer mehr Zeit benötigt. Bettlägerigkeit ist ein pflegerisches „Syndrom“ mit massiven Auswirkungen auf die Betroffenen, einer Prävention des Dauerliegens kommt deswegen hohe Bedeutung zu.

Jede der Phasen im Prozess des Bettlägerigwerdens ist reversibel – wenn der Betroffene dies möchte und Hilfe verfügbar ist. Allerdings sind die Zusammenhänge zwischen dem Liegen und dem Niedergang nicht immer bekannt. Vielfach wird noch angenommen, „Liegen heilt“ – diese überholte Idee des 19. Jahrhunderts hat viele Zeitgenossen damals in die Bettlägerigkeit gezwungen.

Leider werden auch durch die Kostenträger falsche Anreize gesetzt, eine Mobilitätsförderung scheint sich in der Langzeitpflege nicht zu lohnen. Mobilitätsförderung braucht Zeit und Know-how. In all’ den Jahren und nach Hunderten von Schicksalen heißt es stets: Wir haben nichts von dem Aufwand, bei einer Prüfung resultiert dann eine Rückstufung. Die „besten“ Bewohner sind hoch pflegeabhängig und machen keine Arbeit – angesichts der ausgedünnten Personalstruktur ist diese Ansicht durchaus verständlich.

² Abt-Zegelin (2005).

Mehr als die Hälfte aller Heimbewohner sind ortsfixiert

Bettlägerig sind nur wenige Menschen, **aber die Ortsfixierung betrifft über 50% aller Heimbewohner!** Die zunehmende Schwäche wird nach dem Heimeinzug billigend in Kauf genommen, rasch werden die Alten in einen Rollstuhl verfrachtet und passiv hin- und hergeschoben. Dies geht schneller, als eine zeitraubende Begleitung mühsamer Bewegung, auch angesichts einer Sturzgefahr.

Es entsteht eine „Schein-Mobilität“.

Meistens handelt es sich bei den Transportmitteln um Billig-Rollstühle (Falt-Transport-Rollstuhl), individuell nicht passend – in der Regel wird der Rollstuhl nicht mehr verlassen. In einer falsch verstandenen „aktivierenden Pflege“ heißt es: „bei uns liegt niemand, alle werden herausgesetzt“. Das passive Heraussetzen ändert nichts am Mobilitätsstatus. Die Eigenbewegung wird nicht gefördert, die Bewohner werden passiv transferiert. Leider gibt es auch Altenheime, in denen zwischendurch kein Transfer auf einen Stuhl oder Sessel erfolgt, der ganze Tag wird von den Bewohnern sitzend im Rollstuhl verbracht.

Für alle Seiten scheint es normal, dass Altenheimbewohner in Rollstühlen sitzen – viele Jahre wurde dieser Umstand auch vom MDK nicht hinterfragt, es ging vielfach eher um Sauberkeit statt um Sinn. Die Immobilitätsentwicklung wurde nicht nachvollzogen – zugegebenermaßen fällt dies schwer. Bis heute ist die Mobilität schlecht dokumentiert („teilmobil“), es fehlt an Begrifflichkeiten und an der Regelmäßigkeit der Dokumentation. Die Pflege hat bis heute keinen passenden Untersuchungs- und Sprachduktus zur Mobilität entwickelt, geriatrische oder physiotherapeutische Vorgehensweisen passen nicht. Während andere Bereiche mit Assessments usw. ausgestattet sind, müssen in der Pflege noch Beobachtungsübungen zur Versprachlichung von Gangbildern gemacht werden.

Nötig sind auch ein Entscheidungsbaum und eine strenge Verordnung von Rollstühlen, verbunden mit einer Prüfung der Erforderlichkeit.

Es zeigt sich auch, dass jeder Klinikaufenthalt

für Heimbewohner auch hinsichtlich ihrer Mobilität eine Katastrophe ist „wir fangen jedes mal von vorne an mit der Mobilität“ sagen die engagierten Heimmitarbeiterinnen.

Oft können „gute“ Heime wieder eine bescheidene Selbstständigkeit der Menschen herbeiführen. In jedem Fall sind alle Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhauszeiten sinnvoll.

Viele Einflussfaktoren

Im Prozess des Bettlägerigwerdens sind zahlreiche Einflussfaktoren wirksam.³ Fünf grundlegende Aspekte zeigten sich schon in der ersten Studie: Die Persönlichkeit der Betroffenen spielt eine Rolle, ob sie sich rasch aufgeben oder sich als „Steh-Auf-Männchen“ (O-Ton) sehen. Auch die Ausprägung der Ortsfixierung/Liegepathologie ist wichtig. Wenn jemand schon seit Jahren immobil ist, ist der Aufwand zum Gehenlernen größer, ganz abgesehen davon, dass Komplikationen wie beispielsweise eine Thrombose oder eine Infektion die Mobilität wieder zurückdrehen können. Entscheidend ist auch die Bewältigung der Zukunftsperspektiven. Knüpft die betroffene Person noch Erwartungen an ihr Leben? Dann wird sie gegen die Immobilisierung ankämpfen. Letzlich sind auch Wissen und Engagement der Pflegenden maßgeblich, wenn kaum Bewegungskompetenz vorhanden ist und die Einstellung „der ist ja schon 80“ (O-Ton) vorherrscht, dann wird die Förderung unterbleiben. Auch in der häuslichen Pflege durch die Familie spielen Ansichten und Beziehungen bei der Bewegungsförderung eine Rolle.

Rücksichtnahme

Ein Hemmnis für die Mobilitätsförderung ist die Rücksichtnahme der Pflegebedürftigen, sie wollen „keine Arbeit machen“. Viele spüren den Arbeits- und Zeitdruck und schrauben ihre Bedürfnisse zurück – egal ob in der Klinik oder im Altenheim. „Morgens kommt so eine kleine Koreanerin“,

³ Abt-Zegelin (2005); Zegelin (2013).

dann stehe ich nicht auf, sagte einmal ein Mann, der an einer Studie teilnahm oder „die haben so wenig Zeit hier, da ist das Anziehen nicht so wichtig“ oder „Sonntags bleib ich liegen, da ist nur die halbe Mannschaft da“. Mehrere Tage unterbliebener Mobilisation verstärken die Schwäche. Diese Entschuldigungen ziehen sich bis heute durch alle Mobilitätsprojekte.

Transfer hat hohe Bedeutung

Der Transfer ist besonders wichtig, dies belegen die Ergebnisse der ersten Studie und bestätigten sich später immer wieder. Er muss freundlich und professionell erfolgen – Hilfskräfte können das meistens nicht. Hier wäre eine gute (dokumentierte) Anleitung, auch der Angehörigen, erforderlich.⁴

Ein guter Transfer stärkt das Selbstvertrauen der Pflegebedürftigen, er vermittelt Sicherheit, folgt einem gleichen Ablauf, der „Hinfällige“ wird durch feste Griffe gestützt, es wird auf Schuhe geachtet. Viele Einrichtungen haben für diese Bewohnergruppe inzwischen Transferprotokolle eingeführt, manchmal wird der individuell passende Transfer mit Physiotherapeuten erarbeitet. Die Pflegebedürftigen unterscheiden die Transferkompetenz sehr gut, „mit Heidi stehe ich auf, aber mit Ina nicht“ sagen die Menschen in Interviews. Sie haben Angst „auf den Boden zu knallen“ (O-Ton). Ungünstig ist auch ein Stöhnen der Pflegeperson während des Transfers oder gar eine Beschimpfung des Pflegebedürftigen („sie müssen besser mithelfen“).

Insgesamt ist es wichtig, möglichst viel Bewegung und Anbahnung bei der betroffenen Person zu belassen – sie also nicht wie eine „Last“ passiv zu bewegen. Diese kinästhetischen Grundsätze werden mittlerweile in den Pflegeausbildungen unterrichtet. Das „auf die Füße Kommen, die Beine wahrzunehmen und zu organisieren, den Oberkörper als Gegengewicht nach vorn zu beugen“ bereiten das Aufstehen vor.

Drei-Schritte-Programm

Das Drei-Schritte-Programm ist eine Sonderform des Transfers, ein mehrwöchiges Übungs- und Motivationsprogramm um Menschen wieder „auf die Beine zu bringen“. Es beinhaltet, dass die Betroffenen bei jedem Transfer unterstützt aufstehen und zwei bis drei Schritte zum Ziel in Begleitung gehen. Mit „Ziel“ ist hier die angestrebte Sitzgelegenheit gemeint, die Toilette, der Stuhl am Esstisch oder das Bett.

Anfänglich ist hierbei viel Hilfe erforderlich, evtl. zwei Personen zum Aufstehen/Halten, Festhaltungsmöglichkeiten überlegen usw., vor allem eine freundliche Motivation und Lob. Der Bewohner muss mit den Maßnahmen einverstanden sein. Wichtig ist, dass alle Beteiligten darüber informiert sind, dass der Mensch offiziell in das Drei-Schritte-Programm aufgenommen wird. Es gibt einen Stempel in der Dokumentation und kurze Fallbesprechungen. Die beteiligten Pflegenden und auch die betroffenen Angehörigen halten sich daran. In allen Projekten wirkte sich das Drei-Schritte-Programm wie eine „Wunderheilung“ aus, schon nach wenigen Tagen zeigen sich Erfolge, das Selbstvertrauen steigt, Hunderte von Senioren sind wieder aus dem Rollstuhl herausgekommen, bewegen sich selbstständig oder mit Rollator. Ziel sollte sein, dass der immobile Mensch wenigstens im Nahradius, im eigenen Zimmer, wieder allein gehen kann. Ratsam ist, zunächst mit jenen Pflegebedürftigen zu beginnen, bei denen ein Erfolg wahrscheinlich sein könnte.

Allerdings benötigt das Drei-Schritte-Programm pro Transfer 6 Minuten (3 Minuten hin, 3 Minuten zurück) mehr Zeit als ein „Rüber-Schieben, Heben oder Zerrn“ – abgesehen davon, dass Letzteres auch abträglich ist für die Gesundheit der Pflegenden.

Das Erfolgsgeheimnis liegt in der durchgängigen konsequenten Einhaltung und in der Zielorientierung. Wir Menschen bewegen uns nur intentional, wir „wollen etwas oder irgendwo hin“. Bei alten Menschen ist die Bewegung mühsam, manchmal auch schmerzhaft – **niemand bewegt sich, nur um der Bewegung willen.**

⁴ Vgl. hierzu Di Bella (2008).

Beweggründe schaffen

Heime erstarren oft in Versorgungsroutinen, zwar werden Bespaßungen angeboten, aber auch diese beschränken sich oft auf Rituale. Singen, Basteln, Gedächtnistraining, Sturzvorbeugung sind geplant, daneben werden Jahresfeste begangen. Dazwischen entsteht Langeweile. Es fehlt oft an kleinen, kurzfristigen Aktivitäten, an biografisch orientierten und Sinn stiftenden Events – Beschäftigungen im ganzen Haus (und draußen), die intrinsisch motiviert und mit Bewegung verbunden sind. „Wir sind hier auf dem Abstellgleis“ sagen viele Heimbewohner und beklagen, dass sie nichts mehr zu tun haben, ihrer Verantwortung, ihrer Kompetenz beraubt sind.

Die Hirnforschung zeigte im letzten Jahrzehnt, wie eng Gedanken, Gefühle, Verhalten und körperliche Reaktionen verbunden sind. Erst muss die Seele bewegt werden, dann folgt der Körper – diese Auffassung sollte sich die Langzeitpflege zunutze machen.

Warten auf den Standard?

Mobilisationsförderung in der Pflege kostet Zeit, richtige Griffe, Motivation, Angst nehmen, überhaupt Beweggründe schaffen ... vielleicht ist dies der Grund, warum der aktuelle Expertenstandard nicht verbindlich gemacht wird? Seit Sommer 2016 wird auf die Veröffentlichung gewartet. Ein wenig kann ich das Warten verstehen, zum Nulltarif kann Mobilitätsförderung nicht geschehen – bisher hat diese wichtigste Kategorie eher ein Schattendasein in den SGB XI-Katalogen geführt. **Dabei hängen alle anderen Probleme und ihre Pflegestandards von der Mobilität ab – sie ist eigentlich die entscheidende Kategorie**, am Ende der Fahnenstange steht dann die Gelenk-Kontraktur.

Andererseits: Aus fachlicher Sicht ist es unsinnig, den Krankenhausbereich „außen vor“ zu lassen, ein Großteil der Immobilisierungen entsteht im Krankenhaus, hier beginnt die eigentliche Prävention. Unzählige Studien belegen den Niedergang der Alltagsaktivitäten, auch der Kognition, bei älteren Klinikpatienten.

Liegepathologie

Dabei sind die Liegefolgen sehr gut untersucht, zahlreiche „Bedrest“-Forschungen zeigen die ungünstige Kaskade; schon nach 24 Stunden Dauerliegen sind erste Auswirkungen messbar. Es kommt zu Kreislaufveränderungen, Atemwegsproblemen, Stoffwechselabsenkungen, Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen – letztlich ist jedes Körpersystem betroffen. Am augenscheinlichsten ist der Muskelschwund, die Alten deuten auf ihre dünn gewordenen Oberschenkel innerhalb einer Woche. Mit einer Umfangmessung zu Beginn und nach einigen Tagen könnte ein deutlicher Unterschied festgestellt werden. Nochmal: die Rede ist nicht von gelähmten oder amputierten Menschen. Allein die Schwäche, die fehlende Mobilisation führt zum Zustand des Dauerliegens.

Interessant war eine Notiz in der Zeitschrift „Pro Alter“ (Herausgeber: Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA) vor einigen Jahren. Zunehmend buchen Altenheime auch „Sport“-Angebote umliegender Vereine. Bei einer ersten Veranstaltung mit einem Trainer aus dem Behindertensport stürzte ein alter Mensch bei einem Ballwurfspiel und brach sich die Hüfte – mit erheblichen gesundheitlichen und juristischen Konsequenzen. Der Trainer sah sich einer Gruppe von Rollstuhl-Alten gegenüber, rechnete nicht damit, dass jemand dem Ball entgegen sprang. Er war völlig erstaunt, dass diese Menschen nicht gelähmt waren.

Angst vor Stürzen

Verwunderlich ist auch, dass in Einrichtungen die Mobilitätsförderung gegen den Sturzstandard ausgespielt wird. „Wir mobilisieren kaum, wir haben Angst vor Stürzen“, tönt es. In der Tat ist es seltsam, wenn nie jemand stürzt. Der Sturz ist aber im Allgemeinen für uns zweibeinige Menschen ein gewöhnliches Lebensrisiko. Inzwischen wird mit dem Sturzstandard moderater umgegangen. Allmählich spricht es sich herum, dass eine gute Mobilitätsförderung auch das Sturzrisiko senkt.

Dabei sind die Folgen einer Nicht-Mobilisation ungleich gravierender als ein (leichter) Sturz.

Der Schaden: Muskelschwund, die Folge: Ortsfixierung mit dauerhafter Schwäche, ein Schicksal in Abhängigkeit, Rollstuhl. Dabei wird der Rollstuhl von den Alten auch nicht selbst gefahren, auch in den Armen fehlt die Muskulatur.

In der Akutversorgung ist eine unterbleibende Frühmobilisation ein Kunstfehler, zu groß ist die Angst vor Thrombose. Für Alte im Krankenhaus ist diese Mobilitätsförderung sicher noch zu wenig, aber immerhin wird fast jeder Patient postoperativ vor das Bett gestellt, muss Medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe tragen und erhält täglich eine Heparinspritze.

Ich wünsche mir, dass in der Langzeitpflege mehr auf die Schäden durch mangelnde Mobilisation aufmerksam gemacht wird und auch die entsprechenden Rahmenbedingungen eingeklagt werden.

Engagierten Einrichtungen ist zu raten, über die Präventionsgesetzgebung Ressourcen zu erhal-

ten. Mobilität ist der entscheidende Faktor aller Aktivitäten des täglichen Lebens, davon hängen viele andere Probleme ab. Es ist ein Skandal, dass in Deutschland die schleichende Immobilisierung in der Langzeitpflege in Kauf genommen und in der Regelversorgung nicht beachtet wird. ■

Literatur

Abt-Zegelin, A (2005): „Festgenagelt sein – der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung.“ In: *Pflege* 18 (5), S. 281-288

Zegelin, A (2013): *Festgenagelt sein – der Prozess des Bettlägerigwerdens*. 2. Auflage, Bern: Huber

Di Bella M (2008): *Delegation der Behandlungspflege. Perspektiven für die praktische Umsetzung*. Band 2 der Schriftenreihe „Kölner Schriften für das Gesundheitswesen“. Köln: G&S Verlag



Umfangreiche Literaturliste unter:

<http://www.angelika-zegelin.de/Materialien>

