

Aktueller denn je

Ortsfixierung – ein Phänomen mangelnder Mobilisation!

ANGELIKA ZEGELIN

Ortsfixierung meint eine Aufstehschwäche – sie führt dazu, dass betroffene Menschen sich am Ort „festgenagelt“ oder „angekettet“ fühlen, und Hilfe benötigen, um beispielsweise den Stuhl oder das Sofa zu verlassen. Eine Ortsfixierung entsteht dabei bereits nach wenigen Tagen mangelnder Mobilisation.

Das Phänomen der „Ortsfixierung“ wurde im Zuge einer Dissertation vom Anfang des Jahrtausends,¹ die die Entstehung von Bettlägerigkeit zum Forschungsgegenstand hatte, identifiziert. Bis dahin war das Phänomen der „Ortsfixierung“ unter professionell Pflegenden kaum bekannt und tauchte somit auch nicht in der gängigen Pflegeliteratur auf.

Wesentlicher Bestandteil der Dissertation war eine Untersuchung von 32 (fast) immobilen Menschen – 19 Frauen und 13 Männer, die je zur Hälfte in einer stationären Altenpflegeeinrichtung bzw. zu Hause versorgt worden sind. In der qualitativen Studie, die dem Forschungsstil der Grounded The-

ory nach Strauss und Corbin folgte, wurden mit den Betroffenen Interviews geführt, in denen diese die Entstehung der eigenen Bettlägerigkeit aus ihrer Sicht schilderten.

Ein in Phasen verlaufender Prozess

Hierbei zeigte sich, dass bei allen der Prozess des Bettlägerigwerdens in folgenden 5 Phasen verlief:

1. Instabilität,
2. Ereignis,
3. Immobilität,
4. Ortsfixierung,
5. Bettlägerigkeit.

Der Prozess beginnt mit **Instabilität**, das heißt die Personen sind in ihrer Bewegung leicht eingeschränkt, benötigen vielleicht einen Rollator zur Fortbewegung und sind möglicherweise bei kalter Witterung stark verunsichert. Dann folgt ein bedeutendes **Ereignis** – das kann beispielsweise ein Aufenthalt im Krankenhaus, der Einzug in ein Altenheim oder auch ein (Beinahe-)Sturz sein. Als Folge dieses Ereignisses nimmt die Beweglichkeit der betroffenen Person sehr plötzlich und sehr rapide ab – es kommt zur **Immobilität**: Dabei sind die Personen meist noch in der Lage einige wenige Schritte selbstständig zu gehen. In der 4. Phase kommt es sodann zur **Ortsfixierung**, das heißt die Betroffenen sind nicht mehr in der Lage ohne Hilfestellung den Platz zu verlassen. Die **Bettlägerigkeit** ist eine Form der Ortsfixierung, auch hier lassen sich – je nach Liegestunden am Tag – verschiedene Formen unterscheiden:

¹ Zegelin (2005); Zegelin (2013).

Zur Person

Prof. Dr. Angelika Zegelin ist Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin, vorm. Uni Witten/Herdecke und Mathias Hochschule Rheine. Seit den 1980er Jahren war Frau Prof. Dr. Zegelin in zahlreichen Gremien tätig. Daneben hat Frau Prof. Dr. Zegelin bis heute mehrere Hundert Beiträge in verschiedenen Fachpublikationen veröffentlicht.

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

Ortsfixierung: Viel häufiger, als vermutet

Das Phänomen der „Ortsfixierung“ ist in der pflegerischen Praxis dabei viel häufiger zu beobachten als das Dauerliegen im Bett, von denen regelmäßig nur sehr wenige Pflegebedürftige betroffen sind. So betrifft die Ortsfixierung mitunter über **50 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner** von Altenheimen und Pflegeeinrichtungen!²

Denn: Bis heute werden in vielen Einrichtungen die Menschen noch immer nur rasch vom Bett in den Rollstuhl umgesetzt und passiv hin- und hergeschoben (statt eine zeitraubende und ggf. mühsame Begleitung des/der Betroffenen durchzuführen). Das erwirkt zwar nach Außen hin den Anschein, die Betroffenen seien mobil³ – faktisch sind sie es jedoch nicht: Es entsteht eine sogenannte „**Schein-Mobilität**“ – mit erheblichen Folgen für die Pflegebedürftigen: So haben die von mir ab Mitte 2005 durchgeführten Praxisprojekte zur Prävention von Immobilisierung in Heimen die in der Studie gewonnenen Erkenntnisse zur Ortsfixierung bestätigen können: Die Menschen fühlen sich von Dritten abhängig und ihrer Freiheit zum autonomen Handeln beraubt, da sie für jede Form der Ortsveränderung stets auf Hilfe warten müssen.

Bewegungsmaßstab ermitteln

In der Folge ist es mir gelungen, zahlreiche Entwicklungen im Bereich der Mobilitätsförderung anzustoßen bzw. umzusetzen. So wurde beispielsweise im Rahmen des Praxisprojektes „Lebensnahe Integration ortsfixierter älterer Menschen in der Altenpflege“

ein Assessment zur Beweglichkeit – der sogenannte „**Erfassungsbogen Mobilität**“ (**EBoMo**) – entwickelt. Er wird heute in vielen Einrichtungen genutzt; dazu kommen eine regelmäßige Erfassung des Bewegungsstatus aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie bei Bedarf ein Konzept für Fallbesprechungen.

Im EBoMo wird der mobilitätsbezogene Status in insgesamt 5 Kategorien ermittelt:

1. Positionswechsel im Bett,
2. Transfer,
3. Sitzen im Stuhl,
4. Stehen/Gehen/Treppen steigen sowie
5. Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung.

In jeder Kategorie wird das Ausmaß der verfügbaren Ressourcen in eine von vier Antwortkategorien, die wiederum mit einem Punktwert zwischen 1 („komplett unselbstständig“) und 4 („selbstständig“) verbunden sind, eingeschätzt. Die vergebenen Punkte werden aufaddiert und bilden so einen Gesamtscore, der Auskunft über den mobilitätsbezogenen Status gibt.⁴

Drei-Schritte-Programm

Ein weiteres, sehr bekanntes Ergebnis ist das „Drei-Schritte-Programm“. Dabei geht es darum, dass immobile Menschen mit etwas Unterstützung wieder lernen, wenige Schritte zu gehen.

Im Kern handelt es sich dabei um ein mehrwöchiges Motivations- und Trainingsprogramm, das insbesondere auf die Situation von Bewohner- bzw. Patiententransfers (zum Beispiel vom Bett in den Stuhl) abzielt. Forschungen haben gezeigt, dass dem Transfer gerade bei ängstlichen Menschen eine besondere Bedeutung zukommt, weshalb dieser auch eine hohe fachliche Kompetenz bedarf.

Der Grundgedanke des Programms ist, dass bei jedem Transfer mit der/dem Pflegebedürftigen drei Schritte bis zum Ziel (dem Bett, dem Stuhl, das WC

² Zegelin (2017, S. 124).

³ Als Ausfluss einer falsch verstandenen „aktivierenden Pflege“.

⁴ Vgl. hierzu auch das Strukturkriterium S1 im Expertenstandard des DNQP nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

etc.) gegangen werden. Wird jeder Transfer in dieser Weise genutzt, kommen so im Durchschnitt 6 bis 8 Gehübungen am Tag zusammen.

Die jeweiligen Pflegebedürftigen sollten gut ausgesucht und offiziell in das Programm aufgenommen werden; hierüber sind alle Beteiligten zu informieren. Aus Zeitgründen sollten am besten zunächst nur ein oder zwei Pflegebedürftige fokussiert werden. Messungen haben ergeben, dass für jedes Aufstehen im „Drei-Schritte-Programm“ etwa 6 Minuten mehr gebraucht werden als beim üblichen Rüberschieben oder -zerren. Aber: Bei konsequenter Durchführung reicht bereits eine Woche aus, um beim Pflegebedürftigen erste Sicherheit zu erzielen.

Bis heute erreichen mich erfolgreiche Berichte. Es geht also um die selbstständige Bewegung im Nahradius, mit Festhalten, Abstützen und anderen Hilfen. Mir persönlich ist dabei der Gang zur Toilette besonders wichtig, er sollte eingeübt werden.

Größere Forschungsanträge zum „Drei-Schritte-Programm“ sind leider nicht bewilligt worden. Ähnlich schwierig war es für mich, einen geprüften Performentest zum Aufstehen wissenschaftlich auf den Weg zu bringen. Mehrere bekannte Lehrstuhlinhaber Geriatrie haben sich interessiert, aber dann abgewunken wegen Zeit- und Geldmangels.

Wohnberatung und Ortsfixierung

Noch lange ein autonomes Leben in den gewohnten vier Wänden zu führen, ist mir persönlich sehr wichtig. Mit aus diesem Grund beschäftige ich mich zurzeit mit der Thematik „Wohnberatung“ – auch dies hat viel mit Problematik der Ortsfixierung zu tun.⁵

⁵ Zegelin (2024).

Oft reichen bereits kleine Hilfsmittel aus, um beispielsweise die Nutzung des Badezimmers sicherer zu gestalten. Doch leider agiert die Wohnraumanpassung in einem Nebelfeld, dabei müsste sie eigentlich einen großen Aufschwung nehmen. In einer Quartiersuntersuchung vor 10 Jahren konnte eine ökonomische Begleitforschung zeigen, dass sich jeder vermeidbare Tag in einem Altenheim auch finanziell lohnt.⁶

Fazit und Ausblick

Das Buch „Festgenagelt sein“ geht jetzt in die 3. Auflage bei Hogrefe,⁷ mit neuen Beiträgen. Mir selbst ist in den letzten Jahren die Motivation der Immobilien wichtig geworden, dazu habe ich viele Aspekte umsetzen können. Bewegung muss sich „lohnend“, individuell sinnvoll sein – der Begriff „Beweggründe“ steht im Vordergrund. In das neue Buch ist auch die Pflegediagnose „Ortsfixierung“ aufgenommen worden, darüber bin ich sehr stolz.

Letztlich geht es bei alledem um Freiheit und Würde bei der Vermeidung von Ortsfixierung. Es gibt dazu viele Ansätze. Bitte helfen Sie mit, Ortsfixierung zu reduzieren. ■

⁶ Zegelin/Segmüller/Bohnet-Joschko (2017).

⁷ Zegelin (2013); die 3. Auflage erscheint Herbst 2024 bei Hogrefe.

Literatur

1. Zegelin A (2024): „Wohnberatung – ein besonderes Entwicklungsfeld.“ In: Padua 19(2), S. 107-111. DOI: 10.1024/1861-6186/a000796
2. Zegelin A (2017): „Mobilitätsförderung kontra Sturzvermeidung?“ In: RDG 14(3), S. 122-127.
3. Zegelin A (2013): Festgenagelt sein, Huber.
4. Zegelin A (2005): „'Festgenagelt sein' – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung.“ In: Pflege 18(5), S. 281-288
5. Zegelin A, Segmüller T, Bohnet-Joschko S (2017): Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger, Schlütersche