



Bewegungsförderung

Mobil im Pflegeheim

Schon bald nach dem Einzug in ein Pflegeheim ist fast die Hälfte der Bewohner immobil und benötigt Hilfe, um vom Bett in den Sessel, vom Sofa in den Rollstuhl und von dort auf die Toilette zu gelangen – eine Abhängigkeit mit gefährlichen Folgen. Einige Pflegeeinrichtungen haben sich nun mit der Universität Witten/Herdecke auf den Weg gemacht, mehr Bewegung ins Pflegeheim zu bringen.

Studien haben gezeigt: Die Deutschen haben Angst vor Pflegebedürftigkeit. Die Abhängigkeit wird mit dem Verlust von Autonomie und Würde assoziiert, auch deshalb bedeutet der „Gang“ in ein Altenheim für viele Menschen die Erwartung von Siechtum. 2010 fand an der Universität Witten/Herdecke (UWH) ein Experiment statt, in dem eine Woche lang eine Pflegeheimsituation imitiert wurde – gecastete jüngere Menschen wurden in die Rolle der Bewohner versetzt,



Bewegung muss Spaß machen:
Tanz und Musik scheinen besonders
geeignet



Das „Drei-Schritte-Programm“:
Im Rollstuhl sitzende Menschen gehen
bei allen ohnehin notwendigen Transfers die
letzten Schritte mit Hilfe

gepflegt wurden sie durch Studierende der UWH. Es wurde deutlich, dass die Probanden am meisten unter dem Warten litten. Am schlimmsten war es, „um alles bitten zu müssen, nichts mehr selbstständig machen zu können“.

Mobilität – eine vergessene Kategorie

Diese Abhängigkeit hängt auch mit dem Verlust der Bewegungsfähigkeit im Nahradius zusammen. Umso erstaunlicher ist, dass dem Erhalt der Mobilität bei Altenheimbewohnern keine absolute Priorität eingeräumt wird. In Risikoerfassungssystemen wird der Erhalt der Mobilität kaum erwähnt: Es geht um Sturz, Schmerz, Inkontinenz,

Nahrungsaufnahme, also Bereiche, die bereits durch Expertenstandards erhellt wurden und durch Prüfinstanzen berücksichtigt werden. Möglicherweise wird unter heutigen Bedingungen – Mangel an qualifiziertem Personal, Fluktuation – von der Vielzahl an Problemen nur das Allernötigste „bedient“.

Mobilität ist komplex – für Pflegezusammenhänge geeignete Diagnostik- und Einschätzungsverfahren liegen bis heute nicht vor. Im Rahmen der Pflegeanamnese wird Mobilität nur oberflächlich geprüft und in der Dokumentation meist nur unzureichend beschrieben: immobil, braucht Hilfe, teilmobil, in den Rollstuhl mobilisiert, Gehübungen.

Dabei ist Mobilität eine der grundsätzlichen Fähigkeiten neben der Kognition. Viele weitere täglichen Aktivitäten hängen von der Selbstbewegung ab: ob Menschen sich ein Getränk holen oder ob sie das WC aufsuchen können, ob sie in Kontakt mit anderen Menschen treten oder sich bei Gefahr selbst in Sicherheit bringen können und vieles andere mehr.

„Es ist erstaunlich, dass dem Erhalt der Mobilität bei Pflegeheimbewohnern keine absolute Priorität eingeräumt wird“

Bettlägerigkeit hat fatale Auswirkungen

In solchen Situationen der Abhängigkeit „dosieren“ pflegebedürftige Menschen ihre Hilfeanfragen und schrauben ihre Ansprüche zurück. Sie wollen keine Arbeit machen, nicht zur Last fallen (Zegelin 2004). Damit kommt eine Abwärtsspirale in Gang: Schon nach ein bis zwei Tagen des Liegens beginnt eine Liegepathologie (Abt-Zegelin 2005) mit Auswirkungen auf alle Körpersysteme.

Insbesondere Denken und Bewegen hängen eng zusammen, und es deutet alles darauf hin, dass Immobilität zu einem kognitiven Abbau führt. In der Studie von 2004 wurden ausschließlich Gespräche mit Betroffenen geführt und Beobachtungen gesammelt. Schon damals zeigten sich viele Einflüsse auf die Mobilitätsentwicklung: Rollstuhlversorgung, Qualität des Transfers, immer wieder auch Krankenhausaufenthalte, Angst und Warnungen vor Stürzen. Auf jeden Fall ist die schleichende Immobilisierung kein singuläres Ereignis, sondern eine Verkettung unglücklicher Umstände.

Prozess des Bettlägerigwerdens

Abb. 1



Ein wesentlicher Befund der Studie war: Es gibt einen Prozess des Bettlägerigwerdens in fünf Phasen (Abb. 1). Dieser beginnt mit Instabilität, es folgt ein Ereignis, zum Beispiel ein Krankenhausaufenthalt, danach wird der Mensch immobil (bewegt sich wenig) und schließlich die Ortsfixierung als viertes Stadium. Ortsfixierung bedeutet: Der Mensch ist nicht mehr in der Lage, sich selbst zu transferieren. Er braucht Hilfe, um vom Bett in den Sessel, vom Sofa in den Rollstuhl, von dort auf die Toilette zu gelangen und so weiter. Die Betroffenen fühlen sich „festgenagelt“ und bleiben viel sitzen. Sie verlieren das Stehen und Gehen immer weiter. Dieser Zustand scheint sehr häufig zu sein. Erst die letzte Phase ist die Bettlägerigkeit. Hier lassen sich je nach Liegestunden am Tag eine leichte, mittlere und schwere Form unterscheiden.

Mobilität im Pflegeheim fördern

Seit 2007 werden vom Department Pflegewissenschaft (UWH) zum Thema Mobilität Projekte in Pflegeheimen durchgeführt. Diese bieten die Chance, auch institutionelle Bedingungen zusätzlich in den Blick zu nehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass etwa 30 bis 50 Prozent der Bewohner ortsfixiert sind – dies geschieht in der Regel innerhalb der ersten 18 Monate nach Einzug. Eine eindeutige Erklärung, warum diese Menschen dann im Roll-

stuhl sitzen, gibt es nicht. Die Wahrscheinlichkeit der Rollstuhlnutzung ist höher bei Menschen, die besonders viel Hilfe brauchen oder sehr langsam sind. Eine (falsch verstandene) Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe scheint die Immobilität zu verfestigen. Manche Beteiligte sind froh, wenn sich die Bewohner nicht zu sehr bewegen – ein Sturz wird als Katastrophe empfunden.

Einige Einrichtungen haben sich zusammen mit der Universität Witten/Herdecke auf den Weg gemacht, Konzepte zu entwickeln, Ortsfixierung zu verhindern und Immobilität rückgängig zu machen. Die Projekte sind so aufgebaut, dass zunächst eine mehrmonatige Ist-Analyse erfolgt. Dabei werden verschiedene Aspekte in den Blick genommen: Einstellungen der Pflegenden (auf den Wohnbereichen, Leitungspersonen) und anderer Berufsgruppen (Ergo-Physiotherapie), Abläufe, Architektur und anderes mehr.

Es erfolgt eine Hospitation, und es werden pro Einrichtung alle immobilen Bewohner erfasst. Im Mittelpunkt der Ist-Erhebung stehen Fallanalysen von ortsfixierten Bewohnern, Gespräche mit den Menschen, Befragung der Angehörigen und des Hausarztes. Dabei zeigt sich, dass pro Bewohner die Einschätzungen völlig unterschiedlich sind. Untersucht wird auch die Pflegedokumentation, sie ist im Bereich Mobilität kaum aussage-

kräftig. Offensichtliche Gründe für die schleichende Immobilisierung sind meistens nicht vorhanden.

Nach dieser ersten Phase erfolgt in den Projekten ein Implementierungsvorschlag und gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe werden etwa im Zeitraum eines Jahres einige Ideen umgesetzt. Bis jetzt zeigt sich dieses Vorgehen als sehr erfolgreich. Das Bewusstsein, die tägliche Pflege bewegungsfördernd auszurichten, wird gesteigert. Bei Neueinzügen kommt es nicht mehr zum Rückgang der Beweglichkeit und in vielen Fällen konnte die Entwicklung zurückgedreht werden – alte Menschen bewegten sich wieder mehr.

Mehr Lebendigkeit und Alltagsorientierung gefragt

Die Gründe für die schleichende Immobilisierung sind zahlreich und beeinflussen sich gegenseitig. Auf einem Wohnbereich wurden durch Wechsel der Leitung mehrere ortsfixierte Menschen innerhalb weniger Monate wieder mobiler (Abt-Zegelin 2010 a). Insgesamt scheint die Institutionalisierung selbst einen Rückzug zu bewirken. Sämtliche Beteiligten scheinen zu erwarten, dass alte Menschen sich nun „auf dem Abstellgleis zur Ruhe setzen“. Alltagsaktivitäten werden nicht mehr selbst erledigt, durch den Service verkümmern die Restfähigkeiten, die Menschen passen sich an die ritualisierten Abläufe an („Ich verlerne alles, wird ja alles gemacht.“)

Gefährlich ist die Zeit nach dem Einzug: Die alten Menschen empfinden vielfach Verlust und Kränkung und wollen mit den anderen „Alten und Kranken“ nichts zu tun haben.

Um dies zu verhindern, müssten viel mehr Lebendigkeit und Alltagsorientierung angestrebt werden. Menschen müssten mittelfristig auch wohnbereichsübergreifend miteinander etwas unternehmen und ihre Erfahrungen einbringen können.

Drei Aspekte scheinen besonders wichtig:

1. Eine biografische Orientierung darf sich nicht im anfänglichen Sammeln (und Abheften) von Daten erschöpfen. Vielmehr geht es ja darum, Vergangenes zu nutzen, um Bewegungsförderung anzuregen, Interessantes anzubieten.

2. Bewegung muss auch Freude machen, Sinn ergeben – ein stumpfes Balance- und Krafttraining wird rasch wieder aufgegeben, Musik und Tanz scheinen eher geeignet.

3. Weiter wollen Menschen wertgeschätzt werden, sich einbringen. In der Psychologie ist dieses Streben unter dem Begriff „Reziprozität“ (Wechselseitigkeit) bekannt – wer sich nur noch als „Pflegerlast“ sieht, wird auch keine Perspektive der Beweglichkeit entwickeln. Überhaupt folgt die körperliche Aktivität eher der seelischen Bewegung und der sozialen Aufforderung.

Ein bloßes „Heraussetzen“ – falsch verstanden als aktivierende Pflege – ändert an der Ortsfixierung nichts.

Beispiele für eine bessere Praxis

Die Implementierungsvorschläge sind zum Teil übergreifend, zum Teil einrichtungsspezifisch. Eine interne Arbeitsgruppe setzt die Vorhaben unter Begleitung des Teams der Universität um.

■ Zu den „Hits“ gehört das „Drei-Schritte-Programm“. Dies bedeutet, dass im Rollstuhl sitzende Menschen bei allen ohnehin notwendigen Transfers die letzten Schritte mit Hilfe gehen. Es wird überlegt, welche Bewohner in das „Drei-Schritte-Programm“ aufgenommen werden und alle Pflegenden (und andere Personen) halten sich daran – die Erfahrung zeigt, dass aus drei Schritten oft mehr werden.

■ Immer wird auch eine Vereinheitlichung des Transfers bei jedem Bewohner angestrebt, die alten Menschen berichten, dass alle sich unterschiedlich „an

ihnen zu schaffen machen“ – oft geht der Transfer mit Angst einher. Ein gelungener Transfer bedarf einer guten pflegerischen Kompetenz, die optimale Variante wird in einem „Transferprotokoll“ festgelegt.

■ Die Pflegeanamnese wird im Bereich Mobilität qualifiziert. An der Universität ist dazu ein kurzer Erfassungsbogen entstanden (wird noch wissenschaftlich getestet) – die Überprüfung soll alle drei Monate erfolgen. Überhaupt wird auf die Verbesserung der Dokumentation im Projekt Wert gelegt. Dabei brauchen die Pflegenden sprachliche Hilfen, um Bewegungsaspekte zu formulieren. Bei Problemen wird eine Fallbesprechung zur Mobilität (kurz, während der Übergabe) anberaumt und dokumentiert.

■ Immer wieder wird die Pflegeplanung hinsichtlich Mobilität eingeübt und nach realistischen, mit dem Bewohner abgesprochenen Zielen gesucht.

■ In alle Aktivitäten werden verschiedene Gruppen einbezogen: Angehörige, ehrenamtliche Kräfte, Praktikanten, Hilfskräfte und so weiter. Ein Augenmerk dient auch der verbesserten Zusammenarbeit mit der Krankengymnastik. Auch die Rollstuhlqualität ist ein Thema – eine Ausstattung mit geeigneten Hilfsmitteln ist wichtig. Dabei sollte aber möglichst auf den Rollstuhl verzichtet werden.

■ Die Möbel im eigenen Zimmer sollten umgestellt werden, wenn dadurch mehr selbstständige Bewegung ermöglicht wird.

■ Zugehende Kurzinterventionen werden entwickelt, um einen Zugang zu dösenden Bewohnern im Tagesraum zu bekommen.

Die Einrichtung wird darauf untersucht, welche Anreize sie zur Bewegung bietet: Gibt es interessante, einladende Ecken, muss der Speisesaal aufgewertet werden? Wird der Garten genutzt, gibt es Impulse von außerhalb? Kommen die Bewohner „an die frische Luft“? Kann zusätzlich eine Wii-Konsole em-

pfohlen werden, einige Trimm-Dich-Geräte, ein Parcours durch das Haus, eventuell mit Wandbild (Abt-Zegelin 2010 b)? Gibt es ein Gruppengymnastik-Programm?

Mehr Bewegung in die Pflegeabläufe bringen

Insgesamt geht es darum, mehr Bewegung in die Pflegeabläufe zu bringen – und mehr Bewusstsein für die Wichtigkeit der Mobilität zu schaffen. Eine Vorgabe ist dabei stets, dass kein zusätzliches Personal möglich ist.

„Ein bloßes „Heraussetzen“ – falsch verstanden als aktivierende Pflege – ändert an der Ortsfixierung nichts“

So wird daran gearbeitet, aus jeder Pflegeintervention eine Bewegungsaktion anzustoßen – aus einem bloßen Waschvorgang eine „wirkliche Körperpflege“ zu machen. Als positiver Nebeneffekt zeigt sich dabei auch, dass der Erfolg die Pflegenden zufriedener macht. Und mit mehr Spaß können auch andere Entwicklungen vorangebracht werden ...

Literatur:

Abt-Zegelin, A. (2005): Leiden durch Liegen. Die Schwester Der Pfleger
Zegelin (2005): Festgenagelt sein – Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Huber-Verlag
Abt-Zegelin, A. (2010 b): Ein Wandbild lädt zum Erinnern ein. Die Schwester Der Pfleger
Abt-Zegelin, A. (2010 a): „Es ist jetzt viel lebendiger bei uns.“ Die Schwester Der Pfleger

Anschrift für die Verfasser:

Dr. Angelika Abt-Zegelin,
Pflegerwissenschaftlerin
Institut für Pflegewissenschaften der
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 12, 58453 Witten
E-Mail: Angelika.Zegelin@uni-wh.de