

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Pflege zur Mobilitätserhaltung

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 30.05.2014

Vorgelegt von: Jule Delfs
2037487

Erstprüfende: Prof. Petra Weber
Professorin für Pflegewissenschaft
Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Zweitprüfende: Dr. Sünje Prühlen, M.A.
Lehrerin
Albertinen-Schule

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Begriffsdefinitionen	4
2.1 Mobilität	4
2.2 Immobilität.....	5
2.2.1 Bettlägerigkeit	5
2.2.2 Körperlicher Funktionsrückgang	6
3 Theoretischer Hintergrund	7
3.1 Entwicklung der Bettlägerigkeit	7
3.2 Pathologische Auswirkungen des Liegens	10
3.3 Problembeschreibung im Hinblick auf den Aufenthalt im Krankenhaus.....	12
4 Situation im Krankenhaus bezogen auf die Mobilität von Patienten	14
4.1 Rahmenbedingungen.....	15
4.2 Pflegende.....	17
4.3 Patienten.....	19
5 Erstellung von Maßnahmen zur Mobilitätserhaltung im Krankenhaus	21
5.1 Rahmenbedingungen.....	22
5.2 Pflegende.....	29
5.3 Patienten	33
6 Fazit	39
7 Literaturverzeichnis	43

1 Einleitung

Während eines Praxiseinsatzes im Rahmen meines dualen Studiums habe ich folgende Situation erlebt: Eine ältere Dame lag auf der Station, die nach einem Sturz in der eigenen Wohnung zur Behandlung ins Krankenhaus aufgenommen worden war. Die Patientin erhielt auf Grund von starken Schürfwunden an Knien und Ellenbogen täglich chirurgische Verbandswechsel. Sie wirkte anfangs zeitweise zeitlich und situativ desorientiert. Wahrscheinlich war sie durch den plötzlichen Ortswechsel und die damit einhergehende Umstellung des Alltages verunsichert und überfordert. Aus dem Bett stand sie nicht ein einziges Mal auf, sondern sie lag auch während der Mahlzeiten oder bei der Körperpflege durchgehend in ihrem Krankbett und wurde darin von den Pflegenden versorgt. Auf der Station wurde sie als verängstigte und bettlägerige Patientin beschrieben. Das primäre Ziel der Therapie war es, die Wunden der Patientin zu versorgen, um sie schnellstmöglich wieder entlassen zu können. Mit diesem Ziel war die Frage nach regelmäßiger Mobilisation für die Pflegenden scheinbar hinfällig und ihre Krankengeschichte, ihre Sozialanamnese oder ihre Sicht der Situation wurden nicht weiter hinterfragt.

Am dritten Tag besuchte die Tochter die Patientin, war erschüttert und aufgelöst, als sie ihre geschwächte Mutter im Krankbett liegen sah und erzählte mir als Pflegende, dass sich ihre Mutter vor dem Unfall noch fast selbstständig versorgt hätte.

Nach diesem Szenario stellte ich mir die Frage, warum diese Patientin die letzten Tage nur liegend im Bett verbracht hatte und warum wir Pflegenden uns die Frage nach einer regelmäßigen Mobilisation nicht gestellt hatten. Die Patientin hatte sich bei ihrem Sturz nichts gebrochen, es waren lediglich Schürfwunden, die versorgt werden mussten. Dennoch hatte auch ich, ebenso wie die anderen Mitarbeiter¹, die ersten drei Tage nie hinterfragt, warum die Patientin nicht aufstand und ihre Bettlägerigkeit fraglos hingenommen. Doch auch die Patientin selbst zeigte keine Eigeninitiative, noch bat sie um Unterstützung, um das Bett verlassen zu können.

¹ Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit wird im Rahmen dieser Arbeit lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

Als die Patientin am darauffolgenden Tag liegend entlassen wurde, fragte ich mich, ob sie in ihrem gewohnten Umfeld jemals wieder aufstehen würde.

Während der anschließenden Arbeitswochen achtete ich besonders darauf, ob Patienten den gesamten Tag im Krankenbett verbrachten. Mir fiel auf, dass neben vielen älteren Patienten auch etliche junge, mobile Patienten die meiste Zeit des Tages liegend im Bett verbrachten, in eigens mitgebrachter Schlafkleidung oder oftmals auch in den vom Krankenhaus gestellten OP-Hemden.

Ich stellte mir die Frage, was die Gründe dafür sein könnten. Fühlen sich die Patienten dazu verpflichtet, im Krankenhaus ausschließlich zu liegen? Haben Sie Angst, wichtige Untersuchungen oder Gespräche zu verpassen, wenn sie sich nicht in ihrem Bett aufhalten? Oder sind es die vorliegenden Strukturen im Krankenhaus, die die Patienten zum Liegen zwingen oder keine Alternative bieten? Diese Fragen veranlassten mich dazu, mich mit dem Bereich Mobilität/Immobilität von Patienten im Krankenhaus näher zu beschäftigen.

Vor diesem Hintergrund werde ich mich mit den Auswirkungen eines Klinikaufenthaltes auf die Mobilität von Patienten beschäftigen und die Frage bearbeiten, **welche Maßnahmen im Krankenhausalltag zur Mobilitätserhaltung bzw. Mobilitätsförderung erfolgen müssen, um bei Patienten der Gefahr einer Entwicklung zur Bettlägerigkeit entgegenzuwirken.**

Die folgende Bachelorarbeit werde ich mit einer Definition von vier Begriffen, die für den weiteren Verlauf der Arbeit relevant sind, einleiten. Anschließend werde ich mich dem Thema Mobilitätserhaltung bzw. –förderung aus der Perspektive des Risikos, das mit Mobilitätseinschränkungen verbunden ist, nähern und die Entstehung von Bettlägerigkeit beschreiben. In diesem Zusammenhang werde ich außerdem die pathologischen Auswirkungen des Liegens und das Risiko eines Krankenhausaufenthaltes in Bezug auf eine Entwicklung von Bettlägerigkeit auf Basis der bisher veröffentlichten Literatur wiedergeben. Anschließend werde ich die derzeitigen mobilitätshindernden Rahmenbedingungen in Krankenhäusern darstellen und Einstellungen und Verhaltensweisen von Klienten und Pflegenden beschreiben, die Wirkung auf die Mobilität von Patienten haben. Aufbauend auf diesen Vorüberlegungen werden von mir Maßnahmen zur Mobilitätserhaltung im

Krankenhaus entwickelt und die Arbeit wird im Fazit mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick abgeschlossen.

2 Begriffsdefinitionen

Eine jeweilige Definition und Eingrenzung der Begriffe Mobilität, Immobilität, functional decline und Bettlägerigkeit soll für den weiteren Verlauf der Ausarbeitung Klarheit schaffen. Hierbei dienen die Definitionen aus der vorliegenden Literatur zur Unterstützung.

2.1 Mobilität

Obwohl der Begriff in der pflegerischen Praxis regelmäßig Anwendung findet und sich jeder unter Mobilität etwas vorstellen kann, lässt sich weder in deutscher noch in englischsprachiger Literatur eine einheitliche Definition von Mobilität bezogen auf den medizinischen Kontext finden (DNQP, 2014, S.41). In pflegerischen Lehrbüchern wird in der Regel nur der Begriff Mobilitätseinschränkung, nicht aber der Begriff Mobilität aufgeführt und definiert.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt derzeit einen Expertenstandard zum Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege (DNQP, 2014, S.1ff.). In der bisher veröffentlichten Version des Standards für eine geplante Fachkonferenz² wird Mobilität als „Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen“ (DNQP, 2014, S.14) definiert. Lageveränderungen und Fortbewegung umfassen hierbei den Lagewechsel im Liegen und im Sitzen, das Aufstehen, das Umsetzen und das Gehen mit oder ohne Hilfen (DNQP, 2014, S.14).

Einige Autoren, darunter Strupeit & Buss, definieren den Begriff Mobilität auf mehreren Ebenen. Sie weisen darauf hin, dass neben der physischen Komponente auch die psychischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Dimensionen im Mobilitätsbegriff beinhaltet sein müssen (Strupeit & Buss, 2014, S.39f.). Auch wenn diese Auffassung durchaus nachvollziehbar ist, soll sich im Rahmen dieser Arbeit der Begriff Mobilität in erster Linie auf die physische Funktionalität beziehen. Diese

² Die vorliegende Version des Standards ist nur ein Entwurf und wurde im Auftrag der Vertragsparteien nach §113SGB XI entwickelt. Die Inhalte der Arbeitsunterlagen verlieren mit dem Tag der Fachkonferenz ihre Gültigkeit, da im Nachgang der Konferenz entsprechend dem Konsentierungsergebnis Änderungen am Expertenstandard-Entwurf und den Kommentierungen vorgenommen werden.

Einschränkung soll jedoch nicht andeuten, dass Mobilität ausschließlich der körperlichen Fortbewegung dient. Mobilität ist in vielen Bereichen eine grundlegende Voraussetzung für Selbstständigkeit, für eine autonome Lebensführung und maßgeblich für die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden (DNQP, 2014, S.14) für die Sicherheit, für die Würde und die soziale Teilhabe (Wenger, 2010, S.12). Außerdem ermöglicht Bewegung das Erleben des eigenen Körpers, das Spüren der Körpergrenzen und ist elementar für einen gleichwertigen sozialen Beziehungsaufbau (Schaeffer & Wingenfeld, 2014, S.99)

2.2 Immobilität

Auch dem Begriff Immobilität lässt sich keine einheitliche Definition zuordnen: Mit Immobilität verbindet Steigele die stärkste Form der Bewegungseinschränkung, die den Patienten hauptsächlich an das Bett bindet (Steigele, 2012, S.37). Strupeit & Buss führen in ihrem Beitrag eine Definition von beeinträchtigter Mobilität auf, die möglicherweise mit dem Begriff Immobilität vergleichbar ist. Auch hier beschreiben sie den Begriff erneut auf physischer, psychischer, emotionaler und sozialer Ebene (Strupeit & Buss, 2014, S.40). Reuther et al. bezeichnen mit dem Begriff Immobilität eher jegliche Formen der Bewegungseinschränkungen (Reuther et al., 2010, S.139ff.).

Im Rahmen dieser Arbeit soll der Begriff Immobilität auch als Überbegriff für jegliche Mobilitätseinschränkungen stehen und sich wie der Begriff Mobilität hauptsächlich auf die physische Komponente beziehen. Im Folgenden werden die beiden Extrema von Immobilität näher beschrieben. So soll der Begriff functional decline (2.2.2) eine eher geringe Immobilität, der Begriff Bettlägerigkeit (2.2.1) eine sehr hohe Form der Immobilität darstellen.

2.2.1 Bettlägerigkeit

Bevor sich die Pflegewissenschaftlerin Zegelin dem Thema Bettlägerigkeit in ihrer Doktorarbeit annäherte, ließ sich keine eindeutige Definition von Bettlägerigkeit in deutscher oder englischsprachiger Literatur finden (Zegelin, 2005, S26ff.). Zegelin definierte Bettlägerigkeit schließlich „als einen längerfristigen Daseinszustand, in dem sich die betroffene Person am Tag und in der Nacht überwiegend im Bett aufhält.“

Dabei ist es unerheblich, ob dieser Mensch sich überwiegend in halb sitzender oder flach liegender Position befindet, auch das Sitzen an der Bettkante ist dabei eingeschlossen, sowie alle bettähnlichen Liegemöbel“ (Zegelin, 2005, S.164). Bettlägerigkeit scheint eng mit Pflegebedürftigkeit verbunden zu sein, da ein bettlägeriger Mensch unfähig ist, einen normalen Tagesablauf zu gestalten und bei zahlreichen alltägliche Aktivitäten (Körperpflege, Ausscheidungen oder Nahrungsaufnahme) auf Hilfe angewiesen ist (Zegelin, 2005, S.21).

Nach Zegelin lassen sich drei Formen der Bettlägerigkeit erkennen:

- Die strikte Bettlägerigkeit kennzeichnet sich dadurch, dass die Menschen gar nicht mehr aufstehen (Zegelin, 2005, S.164).
- Bei mittlerer Ausprägung verbringen die Betroffenen die überwiegende Zeit des Tages im Bett, verlassen dies aber noch für einige wenige Aktivitäten wie Toilettengänge (Zegelin, 2005, S.164).
- Liegt eine leichte Bettlägerigkeit vor, kann die Person noch einige Stunden täglich außerhalb des Bettes verbringen, beispielsweise sitzend in einem Rollstuhl. Auch wenn das vermuten lässt, dass durch den Orts- und Positionswechsel die Bettlägerigkeit aufgehoben ist, ist der Umstand, dass der Betroffene erneut im Sessel oder Rollstuhl festsetzt, ein Indiz für eine andauernde Bettlägerigkeit (Zegelin, 2005, S.164).

2.2.2 Körperlicher Funktionsrückgang

Nach Beschreibung des Begriffes Bettlägerigkeit, als höchstes Ausmaß der Immobilität, fehlt die Spezifizierung eines körperlichen Zustandes, dessen Begriff eine leichte Immobilität deckt. In der englischsprachigen Literatur lässt sich dafür häufig der Begriff functional decline finden (Boltz et al., 2012, S.272ff.; Graf, 2006, 58ff.; Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.1ff.). Eine einheitliche Übersetzung ins Deutsche gibt es nicht. Übersetzungen wie körperlicher Abbau, oder körperlicher Verfall sind Begriffe, die im deutschen Sprachgebrauch selten verwendet werden und zu denen sich keine Definitionen finden lassen, die der englischen Definition von functional decline inhaltlich ähneln.

Auf Grund dessen wird die englische Definition des Begriffes functional decline für den weiteren Verlauf der Arbeit inhaltlich mit dem deutschen Begriff körperlicher Funktionsrückgang übersetzt. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff körperlicher Funktionsrückgang als: die Folge physiologischer Veränderungen und die daraus resultierende Unfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) auszuführen, die die Unabhängigkeit einer Person gewährleisten, definiert. Mit der Unabhängigkeit einer Person ist z.B. das Aufstehen von einem Stuhl ohne externe Unterstützung gemeint (Graf, 2006, S.60).

3 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird sich dem Thema Mobilitätserhaltung bzw. –förderung aus der Perspektive des Risikos, das mit Mobilitätseinschränkungen verbunden ist, genähert. Zum besseren Verständnis wird anfangs die Entstehung von Bettlägerigkeit und darauf aufbauen die pathologischen Auswirkungen des Liegens beschrieben. Das Kapitel schließt mit der Beschreibung des Risikos eines Krankenhausaufenthaltes in Bezug auf eine Entwicklung von Bettlägerigkeit auf Basis der bisher veröffentlichten Literatur ab.

3.1 Entwicklung der Bettlägerigkeit

Zegelin veröffentlichte 2006 ihre Dissertation zum Thema Bettlägerigkeit unter dem Titel Festgenagelt sein. Damit war sie die erste Pflegewissenschaftlerin, die sich nicht, wie Wissenschaftler bis dahin, mit den pathophysiologischen Folgen von Bettlägerigkeit befasste, die zu dem Zeitpunkt vor allem durch Mediziner bereits gut erforscht waren (Zegelin, 2005, S.17), sondern die die Ursachen und die Entwicklung von Bettlägerigkeit in den Fokus ihrer Arbeit stellte. Sie führte 32 qualitative Interviews mit als bettlägerig bezeichneten Patienten. Anschließend teilte sie die Entwicklung bis hin zur Bettlägerigkeit anhand der Aussagen der Interviews in fünf Phasen: Instabilität, Ereignis, Immobilität im Raum, Ortsfixierung und Bettlägerigkeit (Zegelin, 2005, S.281ff.).

Da die Ergebnisse ihrer Doktorarbeit als theoretischer Bezugsrahmen für die folgende Ausarbeitung dienen, werde ich die fünf Phasen kurz erläutern und nachfolgend die pathophysiologischen Risiken des Liegens aufzeigen. Anschließend werde ich unter Punkt 3.3 das Problem eines Krankenhausaufenthaltes in Bezug auf die Wichtigkeit der Mobilitätserhaltung bzw. –förderung anhand der derzeitigen Literaturlage näher erläutern.

Viele Menschen erfahren mit zunehmendem Alter eine erste leichte Bewegungseinschränkung beim Gehen. Sie äußern, sich unsicher zu fühlen und verwenden bei längeren Gehstrecken oftmals Hilfsmittel wie Rollatoren oder Gehstöcke, oder stützen sich im bekannten Umfeld an vertrauten Möbeln ab, um ihre Instabilität auszugleichen. Diese erste Phase *Instabilität* kennzeichnet sich durch die Angst und Vorsicht bei Bewegung und die daraus resultierende zunehmende Beschränkung auf die Wohnung (Zegelin, 2005, S.114f).

Durch den unsicheren Gang kann es zu einem erhöhten Risiko eines Sturzes kommen. Dieses plötzliche *Ereignis* kennzeichnet Phase 2. Häufig ist besonders bei älteren Menschen ein Krankenhausaufenthalt damit verbunden, bei einer Operation durch eine Fraktur o.ä. sogar unumgänglich. Stürze können die Immobilisierung der Patienten durch Unsicherheiten und Angst stark beschleunigen. Die Patienten bleiben im Krankenhaus tagelang im Bett liegen und stehen weder zu den Mahlzeiten noch zu Toilettengängen oder bei der Körperpflege auf. So kann sich die Beweglichkeit während eines Aufenthaltes extrem verschlechtern, auch wenn der Grund des Aufenthaltes nichts mit der Beweglichkeit zu tun hat (Zegelin, 2005, S.115ff).

Die Phase der *Immobilität im Raum* fördert die zunehmende Bewegungseinschränkung. Die Menschen reduzieren ihren Bewegungsradius weiter, sitzen viel und lange und liegen auch tagsüber zeitweise im Bett. Das Gehen beschränkt sich auf wenige Schritte oder erfolgt mit Unterstützung. Obwohl der Wechsel zwischen den Sitz- oder Liegegelegenheiten durch Abstütz- oder Transfermöglichkeiten noch zum Größten Teil ohne Hilfe erfolgen kann, ist diese Phase entscheidend für den weiteren Verlauf. Die weitere Entwicklung der Bettlägerigkeit kann in dieser Phase lange Zeit hinausgezögert werden, abhängig von

der Häufigkeit des Wechselns zwischen Sitzen und Liegen und von der Inanspruchnahme von Hilfe (Zegelin, 2005, S.119ff.).

In der vierten Phase spricht man von einer *Ortsfixierung* der Menschen. Im Gegensatz zur dritten Phase sind die Menschen auf Hilfe beim Transfer angewiesen, denn ein selbstständiger Wechsel zwischen Orten ist nicht mehr möglich. Auch nach einem Ortswechsel mit Unterstützung durch Pflegepersonal oder Angehörige stellt sich erneut das Gefühl am Ort fixiert zu sein ein. Die Betroffenen fühlen sich hilflos und abhängig von anderen Menschen. Das Warten müssen und Um Hilfe bitten stellen ebenfalls eine enorme Belastung dar (Zegelin, 2005, S.143). Während dieser Zeit findet bei vielen ein Heranholen der persönlichen Dinge in den noch verfügbaren Bewegungsradius, sowie ein Verabschieden ferner liegender Gegenstände und ein Verlust des Kontaktes zur Außenwelt statt (Zegelin, 2005, S.128).

Die Phase der *Bettlägerigkeit* unterteilt Zegelin in drei Formen (siehe Definition). Die endgültige Bettlägerigkeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten den ganzen Tag und die gesamte Nacht im Bett verbringen und auch für Ausscheidungen nicht mehr aufstehen, sondern mit Vorlagen und/oder Steckbecken und Urinflaschen versorgt werden. Die Betroffenen erleben einen Zeitverlust, es gibt nur noch wenige Orientierungspunkte, wie z.B. die Mahlzeiten am Tag. Außerdem beklagen die Menschen den Mangel an Rückzugsmöglichkeiten, jegliche Privatsphäre wird ihnen genommen und das Bett wird zum öffentlichen Arbeitsort für die Pflegenden oder Angehörigen. Die meisten Menschen sind mit dieser Situation unzufrieden, halten ihr Schicksal jedoch häufig für unausweichlich und unumkehrbar. In einigen Fällen kann diese strikte Bettlägerigkeit allerdings auch die einzig mögliche Daseinsstrategie sein, um die übrige Kraft möglicherweise für andere Dinge zu sammeln (Zegelin, 2005, S.140ff.).

Die Beschreibung der Phasen lässt darauf schließen, dass das Bettlägerigwerden ein komplexer physischer und psychischer Prozess ist, der meist schleichend verläuft. Dennoch kann sich Bettlägerigkeit nicht nur in die eine Richtung entwickeln, sondern kann auch reversibel sein. Wichtig hierbei ist vor allem die intrinsische Motivation der Menschen. Doch auch die extrinsische Motivation durch Einstellungen sowohl seitens

der Betroffenen als auch seitens der Angehörigen oder der Pflegenden, Bettlägerigkeit sei schicksalhaft, ist für den Verlauf und ein Umkehren der Situation kontraproduktiv (Abt-Zegelin, 2006, S.107f). Das Alter ist laut Zegelin für keinen der Betroffenen der ausschlaggebende Aspekt für ihre Bettlägerigkeit. Keiner äußerte „Ich liege im Bett, weil ich alt bin“ (Zegelin, 2005, S.165).

Dennoch gibt es auch immer wieder Fälle von plötzlicher Bettlägerigkeit, bei der Menschen aus einer Vielzahl von Gründen von einem auf den anderen Tag nicht mehr aufstehen wollen (Abt-Zegelin, 2006, S.107f). Dies verdeutlicht erneut, dass die individuellen Aspekte und die Einstellungen der Betroffenen das Geschehen und den Verlauf der Entwicklung bestimmen (Zegelin, 2005, S.165f).

3.2 Pathologische Auswirkungen des Liegens

Seit langem ist bekannt, dass eine beeinträchtigte Mobilität im Zusammenhang mit der Gefahr gesundheitlicher Schädigung und Belastungen steht (Kleina, 2014, S.101). Bei längeren Aufenthalten im Liegen kann sich eine sogenannte Liegepathologie einstellen. Diese Abbauprozesse im Körper können in unterschiedlichem Ausmaß und mit individueller Geschwindigkeit auftreten. So beginnen sich schon nach bereits ein bis zwei Tagen des ausschließlichen Liegens erste Anzeichen einer Leistungsabnahme des Körpers zu entwickeln (Abt-Zegelin, 2005, S.20).

Wie bereits erwähnt, wurde der Bereich der pathophysiologischen Auswirkungen schon im 20. Jahrhundert ausführlich von Medizinern erforscht. Nachfolgend soll nur ein kleiner Einblick in diese Problematik gegeben werden.

Beim Liegen strömt das Blut aus den Beinen in den Körperstamm und die vermehrte Flüssigkeit wird eingelagert. Dadurch steigt die Herzfrequenz und die Herzbelastung nimmt zu, der Blutdruck hingegen sinkt (Convertino, 1997, S. 191ff.). Neben dem Abbau der Herzfunktion kommt es auch zu einer Verschlechterung der Lungenfunktion und zu einer Abnahme des Lungenvolumens. Zudem ist nachgewiesen, dass sich die maximale Sauerstoffaufnahme, unabhängig von Krankheitszustand, Alter oder Geschlecht, beim Liegen reduziert (Convertino, 1997, S.191). Hinzu kommt, dass der Stoffwechsel durch das Liegen herunterfährt und der

Elektrolyt- und der Hormonspiegel, sowie der Flüssigkeitshaushalt negativ beeinflusst werden (Rubin, 1988, S.51f). Schnell kommt es dadurch zur Knochenabnahme und Muskelatrophie und damit einhergehendem Schwindel, Übelkeit oder Gleichgewichtsstörungen (Creditor, 1993, S.220f.; Rubin, 1988, S.50). Diese pathophysiologischen Folgen führen wiederum dazu, dass nicht nur die Mobilisation aus dem Bett, sondern auch die Mobilisation innerhalb des Bettes beeinträchtigt wird (Höwler, 2006, S.105). Da sich im Liegen die Harnblase nicht vollständig entleeren kann, erhöht sich das Risiko der Betroffenen, an Harnwegsinfektionen und Inkontinenz zu erkranken (Creditor, 1993, S.221). Aus diesen genannten Faktoren können sich bekannte Folgen wie Thrombose, Kontrakturen, Pneumonien oder Dekubiti entwickeln (Abt-Zegelin, 2005, S.20).

Bei längerem Liegen treten neben den körperlichen eine Reihe psychischer Veränderungen auf. Zum Beispiel erschwert sich das Denken und es kann zu Desorientiertheit kommen. Beim Liegen über einen längeren Zeitraum lässt auch die Körperwahrnehmung nach. Außerdem tritt nach einigen Wochen ein Zeitverlust auf, Zeiträume schrumpfen zusammen und das Erinnerungsvermögen lässt nach (Rubin, 1988, S.52ff.). Ein dauerhafter Zustand im Bett führt natürlich auch zu seelisch-emotionaler Belastung. So können die Betroffenen Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Ungewissheit oder Machtlosigkeit empfinden (Höwler, 2006, S.105). Eine Studie von Yümin et al. belegt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität wesentlich durch den Grad vorliegender Mobilitätseinbußen und dem Umfang daraus resultierender Autonomieverluste bestimmt wird (Yümin et al., 2011, S.181).

Nicht außer Acht gelassen werden darf der Aspekt, dass diese Abbauprozesse des Körpers durch ein fortgeschrittenes Alter begünstigt werden. Dieser natürliche Alterungsprozess kann sich mit den o.g. Prozessen überlagern und diese beschleunigen (Creditor, 1993, S.219). Eine Beschreibung der Auswirkungen des natürlichen Alterungsprozesses auf den Körper ist im Rahmen dieser Arbeit nicht notwendig. Auch so ist einleuchtend, dass sich ein junger, mobiler Patient nach Zeiten des Liegens schneller wieder erholen kann, als ein Patient, der sich bereits im Alterungsprozess befindet.

3.3 Problembeschreibung im Hinblick auf den Aufenthalt im Krankenhaus

Ein Krankenhausaufenthalt kann ein entscheidender Wendepunkt bei der Entwicklung von Bettlägerigkeit sein. Einhergehend mit den pathophysiologischen Auswirkungen des Liegens können besonders ältere Patienten während des Aufenthaltes eine Abnahme ihres Aktivitäts- und Mobilitätsstandes erfahren (Inouye et al., 2000, S.1697).

Die Patienten liegen, wie im Fallbeispiel beschrieben (siehe Punkt 1), nicht selten mehrere Tage ausschließlich im Bett und stehen weder zu den Mahlzeiten noch zur Körperpflege auf. Eine Studie von Brown et al. bestätigt, dass viele Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus als bettlägerig eingestuft werden und den Krankenhausaufenthalt über im Bett verbleiben, ohne das eine medizinische Indikation dafür gegeben ist. Der Grund der Bettlägerigkeit korreliert oftmals nicht mit der Erkrankung und der Therapie (Brown et al., 2004, S.1267). Bei der Entlassung ist in diesen Fällen das Zurück in den Alltag fast unmöglich. Viele Menschen werden zurück in ihrem gewohnten Umfeld immer gehemmter in ihren Bewegungen bis sie schließlich, sei es aus Eigenentschluss oder aus Kräftemangel, gar nicht mehr aufstehen und den kompletten Tag im Bett liegend verbringen (Zegelin, 2005, S.281ff.; Abt-Zegelin, 2006, S.107).

Um diese Entwicklung zu unterbinden, sollte daher bereits im Krankenhaussetting interveniert werden. Bisher scheint es in Krankenhäusern kaum eine kritische Haltung zu Themen wie Immobilität oder Bettlägerigkeit zu geben und auch der Bereich Mobilität spielt innerhalb des interdisziplinären Teams keine große Rolle. Die Strukturen des Krankenhauses als auch die Denkweisen und Haltungen der Pflegenden sowie der anderen Mitglieder des interdisziplinären Teams und die der Patienten scheinen dazu zu führen, dass viele -auch jüngere -Patienten Krankenhäuser mit dem Aufenthalt im Bett gleichsetzen und die Entwicklung einer Bettlägerigkeit dadurch gefördert wird (Brown et al., 2004, S.1269). **Jedoch darf nicht vergessen werden, dass der Verzicht auf Mobilisationsförderung für hohe Kosten sorgt. Pflege von bettlägerigen Patienten ist deutlich teuer, überschreitet die Fallpauschalen und führt zudem zu kostspieligen weiteren Komplikationen (Quelle)**

Besonders bei älteren Erwachsenen ab 65 Jahren kann es innerhalb weniger Tage zum körperlichen Funktionsrückgang kommen und es kann sich eine Liegepathologie entwickeln (Zegelin, 2005, S.20; Graf, 2006, S.58f).

Diverse Studien untermauern die bereits getroffenen Aussagen.

- Gill et al. schätzen, dass bis zu 50% der älteren Menschen während der Hospitalisierung die Fähigkeit verlieren, Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen (Gill et al., 2010, S.1925f).
- Hirsch et al. stellten bereits 1990 fest, dass bei 65% der über 74-jährigen Patienten schon ab dem zweiten Tag im Krankenhaus eine statistisch signifikante Abnahme bei Tätigkeiten wie dem Transfer, Toilettengängen oder der Ernährung eintritt (Hirsch et al., 1990, S. 1300).
- Brown et al. weisen nach, dass viele Patienten das Krankenhaus in einem im Vergleich zur Prähospitalisierung schlechteren körperlichen Zustand verlassen (Brown et al., 2004, S. 1266).
- Brown et al. kommen außerdem zu dem Ergebnis, dass 1/3 der Patienten ab 70 Jahren bei der Entlassung eine Abnahme der ATLS aufwiesen (Brown et al., 2004, S. 1265).
- Eine rasche körperliche Funktionsabnahme wurde als das vorherrschende Problem während eines Krankenhausaufenthaltes von älteren Patienten identifiziert (Inouye et al., 2000, S.1697).
- Brown et al. unterstützen die Annahme, dass eine niedrige Mobilität von Patienten oft damit einhergeht, dass diese Patienten während des Aufenthalt eher im Bett liegen bleiben und damit die Entwicklung einer Bettlägerigkeit begünstigt wird (Brown et al., 2004, S 1269).

Der schnelle Verlust der Mobilität und der damit einhergehende Verlust von Unabhängigkeit sind jedoch keine unvermeidbaren Folgen eines Krankenhausaufenthaltes für ältere Menschen. Mobilitätseinschränkungen sind auch im hohen Alter noch reversibel oder kompensierbar (Pfisterer & Oster in Hansen, 2006, S. 15ff.).

Im Folgenden soll gezeigt werden, wie dem Problem des Mobilitätsverlustes von Krankenhauspatienten entgegengewirkt werden kann. Es werden Maßnahmen aufgeführt, die die Mobilität bei Patienten erhalten bzw. fördern. Um die Maßnahmen auf die individuellen Probleme der Patienten besser abstimmen zu können, werden angelehnt an die Phasen von Zegelin und die Definitionen (s. Punkt 2) drei Patientengruppen unterschieden.

- Zum einen werden Patienten aufgeführt, die noch keine Bewegungseinschränkung erfahren haben und als mobil gelten.
- Eine weitere Gruppe bilden Patienten, die bereits einen körperlichen Funktionsrückgang aufweisen und sich nach Zegelin in Phase 1 befinden, im Folgenden bezeichnet als gering immobile Patienten.
- Alle Patienten, die vor dem Krankenhaus bereits viel gelegen haben und sich in Phase 3 bis Phase 5 nach Zegelin befinden, werden in einer weiteren Gruppe zusammengefasst, die als hoch immobile Patientengruppe bezeichnet wird.

Patienten, bei denen die Bewegungseinschränkung Ursache für den Krankenhausaufenthalt ist und deren Therapie eine vorübergehende Mobilitätseinschränkung beinhaltet, z.B. bei einer Fraktur des Beines, werden bei der Entwicklung der Maßnahmen nicht weiter berücksichtigt. Auch Menschen, die kognitive Einschränkungen aufweisen und damit spezielle Anforderungen an die Entwicklung von Maßnahmen stellen, werden im Folgenden ausgeschlossen. Es werden dementsprechend alle Patienten eingeschlossen, bei denen der Grund der Hospitalisierung nicht im Bewegungsbereich liegt und denen auch keine medizinische Bettruhe verordnet wurde.

4 Situation im Krankenhaus bezogen auf die Mobilität von Patienten

Wie bereits erwähnt, nimmt das Thema Mobilität von Patienten in deutschen Krankenhäusern einen ungenügenden Platz ein. Ein möglicher Grund hierfür können

die bisher wenig am Patienten orientierten gegenwärtigen Strukturen des Krankenhauses sein (Graf, 2006, S.60f.; Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.1). Durch die Einstellungen der Pflegenden und der Patienten zum Thema Mobilität und ihrem daraus resultierenden Verhalten während des Krankenhausaufenthaltes wird eher eine weitere Inaktivität gefördert.

Da die Rahmenbedingungen, sowie die Pflegenden- und Patientenperspektive meines Erachtens die drei wesentlichen Einflussgrößen im Sinne der Förderung bzw. Erhaltung von Mobilität sind, werden im Folgenden die Probleme aus Sicht dieser Faktoren beleuchtet. Die nachfolgenden Beschreibungen können nicht als vollständig betrachtet werden, da es mit Sicherheit viele weitere Einflussfaktoren gibt, die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Die aufgezählten Einflussfaktoren sollen lediglich einen Einblick in die Problematik liefern und die Vielschichtigkeit von Mobilitätsdefiziten im Krankenhaus verdeutlichen und sind außerdem nicht nach Relevanz oder Schweregrad sortiert.

4.1 Rahmenbedingungen

Im Krankenhaus wird das Liegen im Bett oftmals als selbstverständlich und normal angesehen (Höwler, 2006, S.105). Der Patient wird auch im Arbeitsalltag über Aussagen der Mitarbeiter häufig automatisch seinem Aufenthalt im Bett zugeordnet. So wird auch bei mobilen Patienten von Verlegung oder Umschieben gesprochen, wenn der Patient das Zimmer oder die Station wechselt, oder von der Bettenzahl oder der Bettenbelegung statt von der Patientenzahl.

Schaut man sich die Patientenzimmer an, lässt sich einiges anmerken, was im Sinne einer Förderung oder Erhaltung der Mobilität ungünstig ist. Zum einen dominiert das Bett den Raum. Dies begünstigt den Rückzug in das Bett seitens der Patienten und lädt Pflegende passiv dazu ein, das Bett als zusätzlichen Arbeitsort umzufunktionieren und die notwendigen Pflegematerialien im Bett zu lagern (Zegelin, 2005, S.122f.). Hinzu kommt, dass die Betten oftmals veraltete Standards aufweisen, sich nicht vollständig herunterfahren lassen und damit das Ein- und Aussteigen aus dem Bett erschweren (Graf, 2006, S.61).

Neben den Betten ist wenig Platz für Sitzmöbel. So reichen diese häufig nicht einmal für die Anzahl der im Zimmer anwesenden Patienten oder sind mit Lagerungsmaterialien oder anderen Pflegeartikeln belegt (Zegelin, 2005, S.115). Auch die jeweils hohe Patientenanzahl in verhältnismäßig kleinen Räumen ist für ein mobilitätsförderndes Krankenhauskonzept eher hinderlich, da die Patienten in ihrer Bewegung eingeschränkt werden, wenn z.B. ein Wäschewagen am Nachbarbett den Ausgang versperrt.

Die Stationsflure und anderer Arbeitsräume sind in ihrer Gestaltung und Ausstattung wenig patientenorientiert oder im Sinne von altersbedingten Veränderungen eingerichtet. So gibt es wenige Anreize, sich in den tristen, eintönig gestalteten Krankenhausfluren bewegen zu wollen. Unadäquate Beleuchtung, unaufgeräumte Flure und fehlende Handläufe (Boltz et al., 2010, S.384ff.) fördern ebenso wie defekte Rollstühle, unbequeme Sitzmöbel oder als Sitzstuhl missbrauchte Roll- und Toilettenstühle (Abt-Zegelin, 2006, S.212f.) die Inaktivität bei Patienten. Da die Stationsflure hauptsächlich dem Transport dienen, sind Patienten auf den Fluren oftmals unerwünscht, da sie den Verkehr unterbrechen.

Neben Mängeln in der Ausstattung lassen sich auch Defizite in den Patientendokumentationen finden. Es sind diverse Assessmentinstrumente identifizierbar, anhand derer sich Mobilität einschätzen lässt. Dies sind sowohl Instrumente, die Merkmale zur Beurteilung der Mobilität umfassen (z.B. der Barthel Index), als auch spezifische Instrumente, die speziell der Einschätzung der Mobilität dienen (z.B. Timed Up and Go Test) (DNQP, 2014, S. 58ff.). Welches Assessmentinstrument Anwendung findet, entscheidet, wenn der Mobilitätsstand überhaupt gemessen wird, oftmals jede Station für sich. Alle Assessmentinstrumente messen zwar im gewissen Umfang die Mobilität von Patienten, haben hierbei jedoch unterschiedliche Schwerpunkte und unterschiedliche Einteilungen, ab wann ein Patient als körperlich eingeschränkt gilt (Graf, 2006, S.63). Hinzu kommt, dass die Anamnese bei jeder Patientengruppe die gleichen Fragen zur Mobilität beinhaltet, die oftmals nicht sehr tiefgründig gehen. So erhält z.B. ein älterer Patient, der im Bett

liegt, die gleiche Anzahl von Fragen zu seiner Mobilität und/oder seinem letzten Sturzhergang, wie ein vollkommen mobiler jüngerer Patient.

Jedoch nicht nur bei der Aufnahme und der Auswahl der Assessmentinstrumente, sondern auch bei der Entlassung zeigen sich Probleme bezogen auf eine Mobilitätsförderung. Eine Pflegeüberleitung ist oft sehr defizitorientiert aufgebaut und verhindert damit, dass die Ressourcen des Patienten erkannt und eingesetzt werden (Britz, 2005, S.23). Liest eine Pflegende z.B. über einen Patienten, dass dieser sich nicht alleine in den Rollstuhl mobilisieren kann, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie einen solchen Transfer nicht erneut versucht.

4.2 Pflegende

Für Pflegende ist der Umstand, dass Patienten ganztägig im Bett liegen, in der Regel normal, die Ursache dafür wird, ähnlich wie im Fallbeispiel, oftmals nicht hinterfragt (Abt-Zegelin, 2006, S.210) oder mit dem Alter begründet (Zegelin, 2005, S.165). Hinzu kommt, dass Pflegende häufig bereits einen Ortswechsel des Patienten (z.B. aus dem Bett in den Stuhl) als mobilitätsfördernd und als eine aktivierende Pflegehandlung bezeichnen (Wenger, 2010, S.12). Hinzu kommt, dass Themen wie Mobilität, Bettlägerigkeit oder auch Maßnahmen zur Mobilitätsförderung (z.B. das Konzept der Kinästhetik) in der Ausbildung von Pflegenden nicht ausreichend bis gar nicht diskutiert werden (Höwler, 2006, S.104f). Das führt dazu, dass eine kritische Haltung in solchen Bereichen fehlt und ein Problem wie eine Bettlägerigkeit zu wenig hinterfragt und damit zu selbstverständlich hingenommen wird (Abt-Zegelin, 2006, S.210).

Ein anderes, sehr grundlegendes Problem ist die Qualität der Unterstützung bei der Mobilisation. Viele Pflegende haben wenig Erfahrung und Wissen im Umgang mit professioneller, patientenorientierter Mobilisation, wodurch es schnell zu Unsicherheiten bei der Ausführung kommt (Höwler, 2006, S.105). Bewegungsabläufe werden auch von professionell Pflegenden oft als eine selbstverständliche menschliche Tätigkeit angesehen, so dass nicht daran gedacht wird, den Patienten die anstehenden Bewegungsabläufe detailliert zu beschreiben (Zegelin, 2005, S.119).

Ein Grund dieser unprofessionellen Transfersituationen liegt in den fehlenden Absprachen innerhalb des interdisziplinären Teams (Creditor, 1993, S.219; Reuther, et al., 2010, S.140f). Ein missglückter Transfer wird den Kollegen oftmals vorenthalten, so dass eine gegenseitige Unterstützung und damit eine optimale Zusammenarbeit im interdisziplinären Team unmöglich sind. Dies wird dadurch erschwert, dass Mobilitätsbeeinträchtigungen und ihre Folgen in den Zuständigkeitsbereich unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen fallen. So liegt die Bewegung und Mobilisation von Patienten auch im Aufgabenbereich der Physiotherapie und der Ergotherapie (DNQP, 2014, S.41). Damit kann die Möglichkeit bestehen, dass sich die Gruppen ihrer Aufgabenbereiche nicht bewusst sind und dass Pflegende die Mobilisation von Patienten auslassen und damit begründen, dass Mobilisation keine pflegerische Kernaufgabe, sondern vielmehr Aufgabe der Physiotherapie sei (Reuther et al., 2010, S.141).

Hinzu kommen die chronischen Einsparungen auf Seiten des Personals, die dafür Sorgen, dass in der Regeln am Limit zur Unterbesetzung gearbeitet wird. So sind die Pflegenden alleine mit der Körperpflege und der zusätzlichen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zeitlich so eingebunden zu sein, dass für Bewegungsübungen oder Mobilisationen keine Zeit zur Verfügung steht. Die Konsequenz daraus ist, dass nur das Notwendige geleistet wird, was auf die Dauer zur Normalität wird (DBfK, 2009, S.5ff.; Reuther et al., 2010, S.141).

Ein weiterer Aspekt, der ein Problem bezogen auf die Mobilitätsförderung offenbaren kann, ist die Tatsache, dass Pflegende häufig Aufgaben für Patienten übernehmen. Dies können kleine Aufgaben, wie das Reichen der Brille, oder größere Aufgaben, wie das Servieren von Getränken sein. In den meisten Fällen beinhalten diese Aufgaben Formen von Bewegungen und würden bei selbstständiger Ausführung von den Patienten einen gewissen Grad an Bewegung fördern. Gründe für diese Übernahme von Aufgaben gibt es viele. Zum einen wird mit Pflegenden eine gewisse Fürsorge assoziiert und von vielen als unersetzbare Eigenschaft dieser Profession angesehen. So verbinden auch viele Pflegende selbst mit ihrem Beruf die Aufgabe, dem Patienten bei jeglichen Aktivitäten helfen zu müssen. Diese Hilfe wird jedoch

häufig nicht auf die langfristige Unterstützung und das Fördern der Ressourcen, sondern auf die gegenwärtige Hilfe in Form einer kompletten Übernahme einer Tätigkeit bezogen. Neben dem Bedürfnis nach Fürsorge kann das Übernehmen von Aufgaben jedoch auch Folge von Zeitmangel der Pflegenden sein, da eine Übernahme oftmals weniger Zeit kostet, als eine Anleitung zur Selbstständigkeit.

4.3 Patienten

Auch aus Sicht der Patienten gibt es einige Verhaltens- und Denkweisen, die das Risiko von Mobilitätseinschränkungen erhöhen. Patienten sind oftmals noch der Auffassung, dass das Liegen im Bett zur Heilung der Erkrankung beiträgt. Besonders ältere Patienten haben in früheren Jahren gelernt, dass die Krankheit bei Rückzug ins Bett schneller ausheilt. Hinzu kommt, dass Sie kein Wissen über die negativen Folgen des Liegens haben und ihnen dadurch das Verständnis des Nutzens körperlicher Aktivitäten fehlt (Abt-Zegelin, 2006, S.210; Boltz et al., 2010, S.385). Andererseits muss man jedoch auch bedenken, dass Patienten nicht nur durch den Eintritt in das Krankenhaus inaktiver werden, sondern oftmals schon im Alltag körperlich wenig aktiv waren und einen sitzenden Lebensstil bevorzugten (DNQP , 2014, S. 74).

Die Tatsachen, dass viele Patienten im Krankenhaus auch tagsüber ein Nachthemd tragen und dass viele von den Patienten offensichtlich darauf warten, zum Aufstehen aufgefordert zu werden (Zegelin, 2005, S.115), sind weitere Faktoren, die die Inaktivität fördern. Hinzu kommt die Tatsache, dass Menschen sich im Alltag immer nur aus bestimmten, für sie notwendigen Gründen bewegen (Zegelin, 2005, S.154). Diese fehlen häufig im Krankenhaus, da die Patienten fremden Routinen ausgeliefert sind und dadurch ihren Alltagsaktivitäten vorerst nicht weiter nachgehen können (Höwler, 2006, S.105).

Ein weiteres Problem aus Sicht der Mobilitätsförderung ist der Aspekt der Verfügbarkeit. Patienten haben im Krankenhaus das Gefühl, dauerhaft anwesend und bei Arztvisiten, bei regelmäßigen Vitalzeichenkontrollen oder während der Essensverteilung gegenwärtig sein zu müssen. Ihnen wird scheinbar das Gefühl vermittelt, bei Abwesenheit nicht widerrufbare Dinge zu verpassen oder anschließend

für einen erhöhten Arbeitsaufwand zu sorgen. Pflegende neigen meines Erachtens dazu, Patienten alle in den jeweiligen Krankenzimmern zu wissen, um den Überblick über die gesamte Situation nicht zu verlieren. So wird den Patienten häufig sogar davon abgeraten, das Krankenhaus bzw. die Station zu verlassen, oft begründet mit der angeblich fehlenden Versicherung außerhalb des Hauses.

Gefühle, wie die Angst vor Stürzen, betreffen über die Hälfte der über 65-jährigen Patienten (Kalinowski et al., 2012, S.412). Die angegebene Studie fand zudem heraus, dass Sturzängste und eine Instabilität beim Gehen signifikant miteinander assoziiert werden können. Die Angst, bei der Mobilisation zu stürzen, ist dadurch sehr groß und hindert manche Patienten daran, das Bett zu verlassen (Kalinowski et al., 2012, S.411ff.). Ein unsicheres Auftreten der Pflegenden bei unterstützenden Mobilisationsmaßnahmen (siehe Punkt 4.2) und die in den meisten Krankenhäusern vorhandenen hohen Betten können die Angst zu stürzen noch verstärken (Boltz et al., 2010, S.385; Zegelin, 2005, S.117ff.).

Auch beunruhigte Angehörige, die sich um das Wohl ihrer Lieben sorgen, oder Warnungen von Mitarbeitern (Abt-Zegelin, 2005, S.18) sind hinderlich und begünstigen den Rückzug ins Bett, da dies im Krankenhaus der einzige private Ort ist. Im Bett liegen zu bleiben, kann ebenfalls eine Form von Selbstschutz implizieren, was eine Rolle bei der Angst vor weiteren Stürzen spielt (Höwler, 2006, S.105). Zegelin berichtet zudem von einer erhöhten Sturzgefahr durch eiliges Gehen nach der Gabe von Diuretika oder Abführmitteln (Zegelin, 2005, S.173). Auch andere Medikamente wie Psychopharmaka oder Antiarrhythmika stehen im Zusammenhang mit einer erhöhten Sturzgefahr (DNQP, 2006, S.64). Laut Zegelin meinen viele Patienten, Sturzereignisse seien unausweichlich und müssten schicksalhaft hingenommen werden (Zegelin, 2005, S.173).

Natürlich kann es auch zu plötzlichen Entschlüssen, dauerhaft im Bett liegen zu bleiben, kommen. So kann ein Patient, der über einen langen Zeitraum in einem unbequemen Rollstuhl mobilisiert wurde, eine erneute Mobilisation ablehnen. Hat ein Patient das Gefühl, viel Pflege in Anspruch zu nehmen, sieht er sich oftmals als Belastung für die Pflegenden: Die Patienten wollen keine weitere Belastung

darstellen (Höwler, 2005, S.105) und stellen so keine weiteren Ansprüche an Unterstützung bei der Mobilisation. Anziehen und Aufstehen werden für solche Patienten zu Luxusleistungen (Abt-Zegelin, 2005, S. 19).

Es wird deutlich, dass sich die drei Faktoren, allgemeine Strukturen, Haltungen der Pflegenden und Einstellungen der Patienten, gegenseitig bedingen, häufig miteinander zusammenhängen und dadurch ähnliche Probleme aufweisen. Im Folgenden sollen Maßnahmen aufgeführt werden, die der Anregung für ein mobilitätsförderndes Krankenhaus dienen, die derzeitigen Strukturen und Denkweisen aufbrechen und im besten Fall positive Auswirkungen auf alle drei Faktoren haben.

5 Erstellung von Maßnahmen zur Mobilitätserhaltung im Krankenhaus

Obwohl Mobilität einen immer größeren Stellenwert in der Gesundheits- und Krankenpflege einnimmt, fehlt es besonders in Deutschland an klaren Handlungsorientierungen und Konzepten zur Mobilitätsförderung. Bewegungsprogramme zur Steigerung der Leistungsfähigkeit und Mobilität in der Langzeitpflege gibt es viele (DNQP, 2014, S. 84ff.; Horn et al., 2014, S.144ff.), diese können auf Grund der notwendigen Kontinuität und ihres Aufwandes jedoch im Krankenhaus kaum Anwendung finden. An die Akutpflege im Krankenhaus stellen sich auf Grund der kurzen Verweilzeiten, dem primären Ziel der Behandlung der akuten Erkrankung und der baldigen Entlassung oft abweichende Anforderungen (DNQP, 2014, S.15; Graf, 2006, S.60). Mobilitätsförderung wird nach wie vor häufig gleichgesetzt mit der Mobilisierung bettlägeriger Patienten. Das ist zwar eine wichtige Maßnahme, aber Maßnahmen zur Mobilitätsförderung haben bedeutend mehr Potenzial und sind wesentlich vielfältiger (Schaeffer & Wingenfeld, 2014, S.99).

Die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Selbstständigkeit und damit gleichermaßen auch die Mobilität der Patienten zu erhalten bzw. zu fördern. Gleichzeitig leisten die Maßnahmen einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung der Entstehung neuer Funktionseinbußen und gesundheitlicher Störungen, die sich wiederum negativ auf die Mobilität auswirken könnten (DNQP, 2014, S.14). Jedoch können nicht zu allen unter Punkt 4 aufgeführten Problemen Maßnahmen entwickelt werden. Vor allem Probleme, die Ausdruck veralteter Denkweisen sind, lassen sich meines Erachtens nicht kurzerhand unterbinden. Diese Probleme müssen sich vielmehr durch die Einführung anderer Maßnahmen mit der Zeit bessern.

Da sich nicht alle Probleme und damit auch nicht alle Maßnahmen auf jede Patientengruppe zuschreiben lassen, werden die drei bereits erwähnten Gruppen (mobile Patienten, gering immobile Patienten und hoch immobile Patienten) – wenn notwendig- unterschieden (siehe Punkt 3.3). So werden z.B. Maßnahmen aufgeführt, die einen Vorteil für mobile Patienten haben, die aber für weniger mobile Patienten keinen Nutzen haben und umgekehrt. Außerdem bleiben bei der Auflistung der Maßnahmen die finanziellen und personellen Aspekte innerhalb des Krankenhauses unbeachtet. Unter den folgenden Gliederungspunkten werden zudem einige Programme vorgestellt, die sich mit der Verbesserung von körperlichen Funktionsrückgängen im Krankenhaus beschäftigen und der jeweilige Erfolg dieser Konzepte aufgezeigt.

5.1 Rahmenbedingungen

Eine Veränderung in den Strukturen und den Rahmenbedingungen des Krankenhauses sollte der erste Schritt sein, um so leichter eine Veränderung in den Einstellungen und dem Verhalten der Pflegenden und der Patienten zu erreichen. Die nachfolgenden Vorschläge werden ohne Berücksichtigung der möglichen Kosten gemacht.

Ein großes Problem ist die wenig optimale Ausstattung der Patientenzimmer. Um dem Bett die Dominanz im Raum zu nehmen, gibt es verschiedene Möglichkeiten das

Krankenzimmer umzugestalten. Bei mobilen Patienten könnten die Betten tagsüber hochgeklappt oder mit einer Tagesdecke überworfen werden (Zegelin, 2005, S.175). Es wäre sicherlich interessant zu beobachten, wie sich dadurch das Mobilitätsverhalten von Patienten verändern würde.

Bei einem dreimonatigen Praxiseinsatz in einem dänischen Pflegeheim wurde mir deutlich, dass die Betten tagsüber zu einem (in Dänemark häufig verwendeten) Sitzbett umfunktioniert werden könnten. Diese Maßnahme wäre sowohl für mobile als auch für leicht immobile Patienten eine Möglichkeit, die Zeit im Bett nicht nur in liegender Position zu verbringen. Zudem erleichtert solch ein Bett meines Erachtens nach das Ein- und Aussteigen aus diesem. Ein leichteres Ein- und Aussteigen kann ebenfalls durch ein höhenverstellbares Bett realisiert werden. Sogenannte Niedrigbetten verbessern nicht nur die Mobilisation in und aus dem Bett, sondern können zusätzlich die Angst, aus dem Bett zu fallen, reduzieren (Graf, 2006, S. 61; Boltz et al., 2010, S.386).

Selbstverständlich ist der Aspekt, dass ausreichend Sitzmöbel und genügend Lagerungsmaterialien in den Patientenzimmern vorhanden sein müssen. Damit nicht die Stühle mit Lagerungsmaterial besetzt werden, sollte es eine Möglichkeit geben, die überflüssigen Materialien in den Zimmern zu verstauen. Es wäre denkbar, Pflegebetten einzusetzen, die neben einem ausziehbaren Fußteil und einer verstellbaren Höhe zusätzlich einen Bettkasten haben, um z.B. bei einer Lagerung ein nunmehr überflüssiges Kissen unterbringen zu können und bei erneuter Lagerung schnell wieder verfügbar zu haben.

Für stark immobile Patienten wäre ein Zimmer mit ausreichendem Platz für Wäschewagen, Transportgeräten, wie Roll- oder Toilettenstühle, und Platz, um das Bett je nach Situation verschieben zu können, optimal. Mobile Patienten brauchen hingegen weniger große Räume. Geht man davon aus, dass man die Betten am Tag hochklappt oder zum Sitzbett umfunktioniert, ist auch in kleineren Räumen immer noch genügend Platz für Besucher oder andere Aktivitäten. Bei Patienten mit leichter Immobilität kann ein kleiner Raum ebenfalls eine zusätzliche Unterstützung sein. Viele Patienten halten sich beim Gehen gern an Möbeln oder Wänden fest, um ihre

Instabilität auszugleichen und ein Gefühl von Sicherheit zu erlangen (Zegelin, 2005, S.114) Die Einteilung der Räume nach den jeweiligen Patientengruppen würde implizieren, dass Patienten bei der Aufnahme abhängig von ihrem Bewegungsgrad den unterschiedlichen Zimmer zugewiesen werden würden.

Bisher gibt es wenige Studien, die sich mit einer Verbesserung der körperlichen Situation von immobilen Menschen im Krankenhaus bezüglich der Krankenhausgestaltung beschäftigen (Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.8). Zwar lassen sich in vielen Studien einzelne Ideen hinsichtlich einer Umgestaltung der Stationsflure oder Patientenzimmer finden, ob solche Maßnahmen einen positiven Nutzen hätten, ist jedoch bisher noch nicht untersucht worden.

Zum einen muss ein Stationsflur aufgeräumt sein und Möbel bzw. Geräte, wie z.B. Personenwaagen oder Wäsche- und Verbandswagen, die den Weg versperren, müssen in dafür ausgelegte Räume untergebracht werden. Nur so bietet ein Flur genügend Platz für Transportdienste und den alltäglichen Fußgängerverkehr und bietet den Patienten die Möglichkeit, den Flur dazu zu nutzen, sich zu bewegen. Zudem würden bunte Wände oder Bilder, auf denen es etwas zu sehen oder zu entdecken gibt, dazu führen, dass sich Patienten in einem ansprechendem farblich gestalteten Ambiente deutlich lieber bewegen.

Graf schlägt vor, Distanzmarker auf dem Boden in den Fluren anzubringen. Besonders unsichere Patienten wären laut Graf so motivierter und hätten ein klares Ziel, dass sie im Verlauf des Aufenthaltes weiter ausbauen könnten. Außerdem rät sie dazu, Stühle im Flur zu platzieren, damit sich Patienten in Sicherheit wissen, jederzeit anhalten und sich kurz ausruhen zu können (Graf, 2006, S.65). Um Platz zu sparen, wären ausklappbare Stühle von Vorteil.

Kleinpell et al. empfehlen, große Uhren und Kalender aufzuhängen (Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.10). Diese würden bewirken, dass Patienten in ihren Gedanken in ihren Tagesablauf zurück versetzt werden und damit würde das Bedürfnis, sich zu bewegen automatisch gefördert werden

Die Flure sollten zudem mit Haltegriffen an beiden Seiten ausgestattet werden, um auch immobilere Patienten Sicherheit und Motivation zu geben, einige Schritte auf dem Flur zu laufen. Damit die Sicherheit der Patienten umfassend gewährleistet ist, muss auch die Ausstattung der Badezimmer ausklappbare Duschstühle und diverse Handgriffe an notwendigen Stellen aufweisen (Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.10).

Mehrere Autoren sprechen von der Idee, „safe areas“ zu errichten (Graf, 2006, S.65; Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.8ff.). Damit sind Bereiche gemeint, die ausschließlich von Patienten zur Bewegung genutzt werden können und bestenfalls spezielle stoßabsorbierende Böden aufweisen. Kleinpell et al. weisen jedoch daraufhin, dass der Nutzen eines solchen Bereiches überprüft werden müsste (Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.8). Auch mir stellt sich hier die Frage, ob es Patienten als sinnstiftend erleben, sich zum Bewegen in einem dafür hergerichteten Bereich aufzuhalten. Es wäre denkbar, eine Trainings- bzw. Bewegungseinheit bei immobilen Patienten, die beim Gehen durch Pflegende oder Physiotherapeuten unterstützt werden müssen, in solchen Bereichen auszuführen, um den Patienten ausreichend Sicherheit und genügend Platz zu gewährleisten. Ebenfalls denkbar wäre das Aufstellen geeigneter Fitnessgeräte, die für mobile und leicht immobile Patienten neben der Bewegungsförderung Abwechslung und Ablenkung im oft sehr eintönigen Stationsalltag bringen könnten.

Außerdem schlägt Graf vor, „walking routines“ für Patienten einzuführen (Graf, 2006, S.65). Sie vergleicht ihren Einfall mit den bekannten postoperativen Gangübungen auf chirurgischen Stationen, führt diesen Vorschlag jedoch in ihrem Beitrag nicht weiter aus (Graf, 2006, S.65). Ist damit lediglich ein stupides Auf- und Ablaufen gemeint, wäre meines Erachtens die Wahrscheinlichkeit erneut hoch, dass die Patienten wenig Sinn darin sehen, sich ohne Ziel zu bewegen (s. Punkt 2.1). Walking routines in Form von Gehparcours, die für jeden in offenen Bereichen zugänglich sind, könnte jedoch für die unterschiedlichen Patientengruppen reizvoll sein.

Das Programm Walking for Wellness ist ein 6-monatiges „Walking“ Programm für ältere Patienten in der Akutversorgung und wurde in Piedmont Hospital in Atlanta vor einigen Jahren entwickelt (Tucker et al., 2004, S.242). Dabei werden die Patienten

nach einem ausgiebigen Assessment von ausgebildetem Personal beim mehrmals täglichen Gehen unterstützt, gemeinsam mit den Angehörigen über die Notwendigkeit von Bewegung und Mobilisation während der Hospitalisierung unterrichtet und sie erhalten die Möglichkeit, innerhalb und außerhalb des Krankenhauses an sogenannten „walking activities“ teilzunehmen (Tucker et al., 2004, S.242ff.). Nach diesem 6-monatigen Probelauf schienen alle Patienten, Angehörige und Mitarbeiter des Krankenhauses mit dem Programm sehr zufrieden (Graf, 2006, S.65f). Nähere Aussagen zum Erfolg des Programmes lassen sich in der Literatur leider nicht finden.

Das Klinikum Nürnberg entwickelte ein Modell zur Bewegungsförderung von Patienten, Angehörigen und Besuchern in Anlehnung an eine Anregung von Abt-Zegelin. Sie gestalteten das Bewegen in der Klinik interessanter und entwickelten einen Flyer, der neunzehn Haltestellen beschreibt. Diese Haltestellen laden die Klinikspaziergänger zum Verweilen und zum Kennenlernen von Kunst oder Wissenswertem aus den einzelnen Abteilungen ein (Petrich, 2007).

Um das Problem der Sinnlosigkeit bei der Bewegung zu umgehen, könnten Mahlzeiten nicht im Zimmer, sondern in dafür vorgesehenen Räumen, die von Patienten unterschiedlicher Stationen genutzt werden können, eingenommen werden. So würden vor allem mobile und leicht immobile Patienten mehrmals täglich das Krankenzimmer verlassen und die kurze Bewegungseinheit mit einem Ziel, z.B. dem Mittagessen verknüpfen.

Bei der Ausstattung der Transportgeräte muss besonders auf eine individuelle und patientengerechte Anpassung geachtet werden. Stühle müssen ausreichend Sitzkomfort bieten, sodass Patienten nicht auf Grund von Schmerzen den Wunsch äußern, zurück ins Bett zu wollen (Abt-Zegelin, 2006, S. 212). Auch eine regelmäßige Überprüfung der Geräte durch einen Reha-Techniker eines Sanitätshauses ist meines Erachtens unabdingbar.

Zudem legt Zegelin die Verwendung von leichten Laufrädern nahe (Abt-Zegelin, 2006, S.212). Wie bereits erwähnt, ist ein immobiler Patient, der in einen Rollstuhl mobilisiert wurde, in diesem weiter bewegungseingeschränkt. In einem Rollstuhl mit

kleinen Laufrädern könnte der Patient sich durch ein Toppeln mit den Füßen selbstständig fortbewegen. Er wäre so nicht mehr auf externe Hilfe bei der Fortbewegung angewiesen und könnte eine gewisse Form der Selbstständigkeit verspüren.

Bisher fehlt ein geeignetes Instrument, um den Mobilitätsstatus einer Person einheitlich zu erfassen (Buurmann et al., 2011, S.619ff.). Der Mobilitätsgrad eines Patienten bei Entlassung sollte bestenfalls in einer anderen Einrichtung oder bei Wiederaufnahme von anderen Mitarbeitern ähnlich eingeschätzt werden. Die Studie von Buurmann et al. kommen zu der Auffassung, dass es einen dringenden Bedarf nach einem standardisierten Messverfahren, das sowohl reliabel als auch valide ist, gibt (Buurmann et al., 2011, S.619f.).

Der Entwurf des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität geht davon aus, dass eine Risikoeinschätzung zu dem Thema nicht notwendig ist, da alle Patienten, die sich in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung befinden, auf einen gewissen Grad an pflegerischer Unterstützung, und damit auch Unterstützung bei der Mobilität, angewiesen sind (DNQP, 2014, S.93³). Dies ist im Krankenhaussetting jedoch nicht der Fall, da hier auch Patienten aufgenommen werden, die keine Einschränkung in der Mobilität aufweisen. So muss ein Assessment im Krankenhaus meiner Meinung nach sowohl das allgemeine Risiko als auch den Grad der Mobilitätseinschränkung erfassen können. Wichtig ist es ebenfalls, den Verlauf der Mobilität der einzelnen Patienten sichtbar im Pflegeprozess darzustellen, um so auf Veränderungen im Verlauf schneller und gezielter reagieren zu können (Reuther, Abt-Zegelin, Simon, 2010, S.142).

Damit ein mobiler Patient nicht der gleichen Anzahl und Intensität von Fragen unterliegt wie ein hoch immobiler Patient, sollten nach Erfassung eines Risikos, das auf eine Mobilitätseinschränkung hindeutet, weitere Fragen zur genaueren Spezifikation sichtbar werden. Im besten Falle findet das Assessment direkt bei der

³ Der Expertenstandard wird sich hauptsächlich an Pflegende und Einrichtungen in der ambulanten, teilstationären und stationären Langzeitpflege richten, also in Versorgungsbereichen, in denen die Begleitung pflegebedürftiger Menschen eine gewisse Kontinuität aufweist und damit eine stetige Förderung der Mobilität möglich ist (DNQP, 2014, S.14).

Aufnahme Anwendung und wird nicht nur einmal, sondern individuell der jeweiligen Patientensituation angepasst, mehrmals wiederholt.

Graf gibt Beispielfragen an, die ein solches Instrument beinhalten sollte: „Haben sie Schwierigkeiten beim Gehen, beim Treppensteigen, oder beim Anziehen?“ oder „Benutzen Sie einen Rollator oder einen Gehstock?“ (Graf, 2006, S.62). Zegelin fängt mit der Frage „Wie hat sich der jeweilige Patient vor der Aufnahme bewegt?“ bereits früher an (Abt-Zegelin, 2006, S.109). Höwler schlägt vor, ein Instrument wie den Functional Independence Measure (FIMc) auch in Deutschland zu nutzen. Dieser gibt Auskunft darüber, wie selbstständig gewisse Tätigkeiten von Patienten ausgeführt werden und entscheidet somit indirekt über den Grad der Bewegungseinschränkung (Höwler, 2006, S.106). Reuther et al. entwickelten während ihres Projektes einen Mobilitätserfassungsbogen (EBOMO) für die Langzeitpflege, der sich derzeit in einer Testphase befindet. Das Instrument erfasst neben den Fähigkeiten des Patienten bezüglich der Beweglichkeit auch Risikofaktoren, die einen Einfluss auf Mobilität haben könnten (Reuther, Abt-Zegelin, Simon, 2010, S.142). Fraglich ist, ob dieser Bogen auf Grund seiner Ausführlichkeit nur für die Langzeitpflege geeignet ist, oder auch im Krankenhaussetting implementiert werden könnte.

Deutlich wird, dass es bereits viele Ideen und Anregungen in Hinblick auf eine Mobilitätsstatuserfassung gibt, aber ein geeignetes Assessmentinstrument bisher noch nicht gefunden wurde. Zegelin entwickelt derzeit einen Einschätzungs-Leitfaden zur Bettlägerigkeit (Abt-Zegelin, 2006, S.213). Der Leitfaden ist kein Instrument, das Relevanz für jeden Patienten im Krankenhaus hätte, sondern eher jenen Patienten gilt, die bereits eine gewisse Form der Immobilität aufweisen. Dennoch kann dieser Leitfaden meines Erachtens eine Orientierungshilfe bei der Entwicklung eines Assessments zur Mobilitäts(risiko)einschätzung sein.

Das sogenannte Hospital Elderly Life Program (HELP) wurde an der Yale University of Medicine entwickelt und ist ein strukturiertes Screening Programm für Krankenhauspatienten, die über 70 Jahre alt sind. Es hat zum Ziel, körperliche Funktionsrückgänge bei Patienten zu vermeiden. Dazu werden bei Aufnahme sechs Risikofaktoren der Bereiche: Kognitive Beeinträchtigungen, Schlafentzug, Immobilität,

Dehydration, Verlust der Sehkraft und Hörvermögen, erfasst und aus diesen anschließend gemeinsam mit dem interdisziplinären Team ein individueller Pflegeplan erstellt. Das Programm demonstrierte signifikante Ergebnisse, denn nach Überprüfung in einer Studie erfuhren in der Interventionsgruppe nur 14% der Patienten einen körperlichen Funktionsrückgang im Vergleich zu 33% in der Kontrollgruppe (Inouye et al., 2000, S.1697).

Mit der Absicht Gesundheit und damit auch Mobilität zu erhalten bzw. zu verbessern, sollten die Fähigkeiten und nicht die Defizite des Patienten im Mittelpunkt stehen (Britz, 2005, S.22). Dies ist besonders bei den Pflegeüberleitungsbögen, die bei einer Entlassung in eine andere Einrichtung genutzt werden, wichtig, da diese eine Schnittstelle zwischen zwei Pflegebereichen darstellen. Um die Mobilität auch Krankenhausübergreifend zu fördern, sollten hierbei die Ressourcen der Patienten im Fokus stehen (Britz, 2005, S.22f.). So kann die Bereichspflegende die individuelle Situation und die Ressourcen des Patienten besser einschätzen und erhält Anregungen zur weiteren Mobilitätsförderung.

5.2 Pflegendende

Die Pflegenden spielen eine große Rolle in der Bewegungsförderung der Menschen im Krankenhaus, da sie diejenigen sind, die die meiste Zeit mit den Patienten verbringen (Reuther et al., 2010, S.141).

Viele Verhaltensmuster von Pflegenden lassen sich durch mangelnde Kenntnis in Mobilitätsfragen erklären. Diesem Thema sollte deswegen bereits während der Ausbildung mehr Beachtung geschenkt und/oder während der Berufslaufbahn durch Schulungen immer wieder aufgearbeitet werden. Pflegendende müssen lernen, besonders kritisch mit dem Thema Immobilität umzugehen und eine Bettlägerigkeit nicht nur im Kontext der Prophylaxen kennenzulernen (Höwler, 2006, S.106), sondern als „eine vermeidbare pflegerische Komplikation bewerten“ können (Abt-Zegelin, 2006, S.210). So sollten die pathologischen Auswirkungen des Liegens besonders im Hinblick auf einen Krankenhausaufenthalt ausgiebig besprochen und Maßnahmen zur Vermeidung dieses Problems und damit Maßnahmen zur Förderung der Mobilität

aufgezeigt und eingeübt werden. Nur so lässt sich das Verständnis von Mobilisation und die Auffassung ändern, dass ein passiver Transfer nicht mit einer aktiven Bewegungsförderung gleichzusetzen ist (Zegelin, 2005, S.171ff.). Auch der Kontext einer Immobilität sollte viel kritischer hinterfragt werden, um Aussagen oder Entscheidungen der Klienten bezüglich der individuellen Situation richtig einzuschätzen. So kann Pflegenden ein plötzlicher Entschluss, das Bett nicht mehr verlassen zu wollen, z.B. auf Grund eines misslungenen Transfers, auffallen und eine Lösung gefunden werden.

Meines Erachtens liegt eine sehr wichtige Maßnahme darin, eine Verbesserung der Qualität von Transfer- oder Mobilisationssituationen bei immobilen bis stark immobilen Patienten durch die Pflegenden zu erlangen. Die Situation des Transfers hat eine große Wirkung auf die Häufigkeit der Mobilisation (Zegelin, 2005, S.119). Ein qualifiziertes Vorgehen kann in regelmäßigen Schulungen der Mitarbeiter gelehrt werden. Alle Themenbereiche einer Schulung zu Transfersituationen lassen sich im Rahmen dieser Arbeit nicht erörtern, deswegen werden im Folgenden nur einige wichtige Hinweise gegeben.

Ein Transfer (z.B. vom Bett in den Rollstuhl) oder eine Mobilisation (z.B. vom Liegen zum Stehen) ist eine sehr feinsinnige Interaktion, bei der sich Patient und Pflegende aufeinander einstellen müssen (Abt-Zegelin, 2006, S.108). Eine Orientierung an den Fähigkeiten des Patienten sollte im Mittelpunkt bei jeder Interaktion stehen (Zegelin, 2005, S.171). Die Pflegenden brauchen viel Geduld und müssen den Patienten schrittweise anleiten und motivieren. Dabei gilt es, die Privatsphäre des Patienten auch in unmittelbarer Nähe zu bewahren (Zegelin, 2005, S.172) und die geplante Intervention vorher mit dem Patienten abzusprechen (Höwler, 2006, S.107f.). Die Pflegenden benötigen Sicherheit und Zuversicht, um den Patienten mit professionellen Griffen zu unterstützen (Abt-Zegelin, 2006, S.108). Sind die Patienten seit einiger Zeit nicht mehr aufgestanden, ist die Vorbereitung und das Wissen um mögliche auftretende Symptome wie Schwindel oder Übelkeit (Zegelin, 2005, S.172f.) beim Transfer von besonderer Bedeutung.

Alle diese Ansätze umfasst das Konzept der Kinästhetik. Kinästhetik wird im deutschsprachigen Raum als „die Lehre von Bewegungsempfindungen“ bezeichnet und lässt sich bei fast jedem Krankheitsbild anwenden (Bauder-Mißbach, 2006, S.13). Dieses handlungsorientierte Konzept fördert das Verständnis von Pflegenden für Bewegungsabläufe und gibt ihnen Sicherheit bei der Mobilisation von Patienten. Der Patient soll dabei als selbstbestimmter und fähiger Mensch wahrgenommen werden und die Geschwindigkeit der Handlung davon abhängen, wie der Patient die Bewegung nachvollziehen kann. Dies erfordert dementsprechend ein ausgeprägtes Empathievermögen seitens der Pflegenden (Höwler, 2006, S.105f.). Zudem sorgt das Arbeiten nach kinästhetischen Prinzipien auch zur Gesundheitserhaltung der Pflegenden und verändert so das Verständnis für Bewegung (Friess-Ott & Müller, 2006, S.110ff.). Eine Studie an der Universität Heidelberg initiierte im Zeitraum von 1998-2003 das Konzept der Kinästhetik bei seinen Mitarbeitern und konnte dadurch die Qualität pflegerischen Handelns und Mobilisationssituationen seitens der Pflegenden und der Patienten nachhaltig verbessern (Friess-Ott & Müller, 2006, S.113). Jedoch kann die Umsetzung nicht alleinig durch Grundkurse stattfinden, es sollten Aufbaukurse folgen und bestenfalls Schulungspersonal in den Krankenhäusern etabliert werden.

Zudem sollte die Begrifflichkeit Aktivierende Pflege, die bei vielen Pflegenden mangels fehlenden Fachwissens falsch interpretiert wird (s. Punkt 4.2), zur besseren Verständlichkeit und im Sinne von Kinästhetik in den Begriff Fördernde Pflege umgewandelt werden (Zegelin, 2005, S.171).

Außerdem muss eine bessere Vernetzung und Absprache im interdisziplinären Team erfolgen. Pflegende sollten sich nach einer Transfersituation oder einer Mobilisation untereinander beraten und Absprachen halten, sowie sich darüber austauschen, was sich beim nächsten Transfer verbessern ließe (Zegelin, 2005, S.172) und zudem Rücksprache mit dem Patienten halten. Bei stark immobilen Patienten wären auch eine Absprache mit den Physiotherapeuten und eine anschließend gemeinsame Mobilisation sinnvoll. Reuther et al. berichten von sogenannten Transferprotokollen.

Diese werden für jeden immobilen Patienten geschrieben und darin wird festgelegt, wonach sich andere Pflegende richten sollen (Reuther et al., 2010, S.142).

Bereits im Jahr 1990 wurde am University Hospital of Cleveland ein Konzept entwickelt, dessen Grundlage die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team war. Dieses Konzept bestand darin, Krankenseinheiten zu entwickeln, die sich speziell an den Bedürfnissen von älteren Menschen im Krankenhaus orientierten. Der Fokus liegt darauf, die Patienten durch eine dauerhafte fachkundige Betreuung mobil zu halten. So werden innerhalb dieser „Acute Care for Elders“ (ACE) Einheiten Aktivitäten wie das Gehen in Fluren oder Fitnessübungen aktiv gefördert (Barnes et al., 2012, S.122). Der individuelle Pflegeplan wird im interdisziplinären Team bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten und Apothekern regelmäßig besprochen und die medizinische Versorgung im Kontext der individuellen Gegebenheiten angeglichen (Barnes et al., 2012, S.1227ff.). Untersuchungen, die ACE-Einheiten mit herkömmlichen Stationen verglichen haben, zeigen eine Verbesserung in der Patientenzufriedenheit und bei den Pflegeprozessen, ohne den Krankenhausaufenthalt zu verlängern, die Kosten zu erhöhen oder eine Zunahme an körperlichen Funktionsrückgängen herbeizuführen (Counsell et al., 2000, S.1577).

Schulungen zu Bewegungskonzepten wie das der Kinästhetik können Pflegenden nochmals verdeutlichen, wie Ressourcen des Patienten bestenfalls genutzt werden. Schulungen zu Fachthemen wie pathologische Auswirkungen des Liegens können die Sensibilität von Pflegenden hinsichtlich mobilitätsunfähiger Patienten stärken. All dies soll dazu beitragen, dass Pflegende lernen, ihren Aufgabenbereich anders wahrzunehmen, Patienten stärker zu fördern und Tätigkeiten, die Patienten selbstständig ausführen können, nicht zu übernehmen. Die Patienten sollten und wollen oftmals auch stärker selbst für die Ausführung alltäglicher Aktivitäten verantwortlich sein (Zegelin, 2005, S.171; Boltz et al., 2010, S.384f.). So muss die Rufklingel nicht immer in Reichweite gelegt werden, damit der Patient beim Tätigen dieser möglichst wenig Aufwand verspürt. Ein Ausstrecken des Armes und ein leichtes Beugen des Oberkörpers sind bereits kleine Bewegungseinheiten. Auch das

Servieren von Getränken können viele Patienten selbstständig ausführen, zudem wäre der Weg zum Wasserspender mit einem Ziel verbunden, das die Motivation steigern könnte.

Das Konzept Function Focused Care (FFC) ist sehr ressourcenorientiert aufgebaut. Es zielt darauf ab, Aufgaben für Patienten einfach und verständlich zu erläutern und die Patienten zu motivieren, sich selbstständig bei Aktivitäten wie dem Essen, Medikamenteneinnahme oder der regelmäßigen Bewegung zu engagieren. So sollen Patienten z.B. aufgefordert werden, aufzustehen und ins Bad zu gehen, anstatt augenblicklich eine Bettpfanne zu benutzen (Boltz et al., 2012, S.273). Studienergebnisse bestätigen, dass FFC in der Akutversorgung anwendbar ist und eine körperliche Funktionsabnahme in gewissem Umfang mildern kann (Boltz et al., 2011, S.233).

5.3 Patienten

Nicht nur Pflegende, auch die Patienten und deren Angehörige sollten ein anderes Verständnis in Bezug auf die Wichtigkeit der Bewegung im Krankenhaus zur Entstehung eines mobilitätsfördernden Krankenhauses aufbringen, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

Es ist entscheidend, dass auch die Patienten und wo es möglich ist ihre Angehörigen einen Wissenszuwachs erfahren. Gefahren, die mit längerem Liegen einhergehen, der Nutzen von Hilfsmitteln, sowie die Vorteile von regelmäßiger Bewegung müssen erkannt und richtig eingeschätzt werden (Graf, 2006, S.61). Pflegende haben so die Aufgabe, den Patienten und ihren Angehörigen die Wichtigkeit von Bewegung im Krankenhaus kontinuierlich zu erläutern. Solche Informationen und Beratungen erfolgen bisher häufig eher beiläufig und sind oft eingebettet in Pflegehandlungen, beispielsweise während der Mobilisation (DNQP, 2014, S.74). Graf bestätigt in ihrem Beitrag, dass eine gelungene Anleitung und positive Rückmeldungen seitens der Pflegenden Patienten motivieren können, sich regelmäßig zu bewegen. Außerdem macht sie deutlich, dass Patienten und Angehörige Aktivitäten eher zu schätzen wissen, wenn Pflegende selbst diese Aktivitäten schätzen (Graf, 2006, S.61). Auf die

Beratungskompetenz von Pflegenden wird innerhalb dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen.

Da sich inzwischen die Erkenntnis in ungünstige Nebenwirkungen von längerem Liegen auch in der Medizin mehren, wird immer mehr auf die Verordnung von Bettruhe verzichtet (Abt-Zegelin, 2006, S.210). Dies kann längerfristig dazu führen, dass auch hier ein Wissenszuwachs bei den Patienten stattfindet und sie das Liegen nicht länger mit einer rascheren Heilung der Erkrankung verbinden und ihnen dadurch der Grund, sich auch im Krankenhaus regelmäßig zu bewegen, klarer wird. So sind auch die Ärzte durch das Verordnen spezifischer Bewegungsaufgaben, beispielsweise zweimal täglich 50 Schritte auf dem Flur laufen, dafür verantwortlich, dass ein Umdenken in den Köpfen der Patienten stattfindet. Graf schlägt vor, eine Anweisung zur Erinnerung in die Zimmer der Patienten zu hängen (Graf, 2006, S.61).

Ein Verständnis über die Wichtigkeit von Bewegung ist meiner Meinung nach nicht abhängig vom Ausmaß der Immobilität. So kann beispielsweise ein vollkommen mobiler Patient wenig Einsicht in regelmäßige Bewegung zeigen, wohingegen ein immobiler Patient Verständnis dafür aufweist. Bei motivierten und einsichtigen Patienten reichen die o.g. Maßnahmen meines Erachtens aus, um eine gewisse Sensibilität für das Thema zu erreichen. Sollte Pflegenden, aber auch Ärzten allerdings ein Patient auffallen, der trotz Informationsweitergabe und Anleitung seitens der Pflegenden kein Verständnis für die Wichtigkeit regelmäßiger Bewegung aufbringt, muss dieser Patient, im Optimalfall gemeinsam mit seinen Angehörigen, eine umfassende Beratung bzw. Schulung über die o.g. Themen erhalten, um auch nach der Entlassung regelmäßige Bewegung zu bewahren.

Andererseits muss im Krankenhaussetting auch berücksichtigt werden, dass viele Patienten in das Krankenhaus kommen, weil sie sich unwohl, krank oder erschöpft fühlen. Auch solch ein Patient sollte den Pflegenden auffallen und die Mobilisation in so einem Fall verschoben werden, bis sich der Patient besser fühlt (Boltz et al., 2010, S.385).

Um die Einstellung von Patienten, dass Bett nicht ohne Grund verlassen zu wollen, zu umgehen, müssen Anreize geschaffen werden. Dazu äußert Höwler „damit ein Patient (...) Aktivierung als persönlich sinnstiftend erlebt, muss diese seinen Zielen oder Bedürfnissen entsprechen“ (Höwler, 2006, S.106).

Um Bewegung intentionaler zu gestalten, entwickelte Zegelin das Drei-Schritte-Programm, ein Übungs- und Motivationsprogramm (Abt-Zegelin & Reuther, 2014, S.10ff.). Dieses Konzept soll zwar in der Langzeitpflege Anwendung finden, lässt sich aber meines Erachtens auf Grund seiner Simplizität und seines geringen Zeitaufwandes (Reuther et al., 2010, S.142) auch bei immobilen Patienten im Krankenhaus anwenden. Dabei bleibt der Rollstuhl, auf dem die Patienten sitzen, jeweils drei Schritte vor dem jeweiligen Ziel, z.B. Waschbecken, Bett, Tisch, stehen und die Patienten laufen auf ihr Ziel zu. Idealerweise geschieht dies durch eine unterstützende Person, anfangs sind eventuell zwei Personen nötig (Abt-Zegelin & Reuther, 2014, S.10). Laut Zegelin lernen die Menschen wieder, sich aufzurichten, das Gleichgewicht zu halten und einen Fuß vor den anderen zu setzen. So seien bei einigen Patienten aus diesen drei Schritten bereits viele mehr geworden (Abt-Zegelin & Reuther, 2014, S.11).

Die Gestaltung der Tagesstrukturierung ist ein einfach umsetzbarer Aspekt. Patienten kann durch das gezielte Einsetzen von Licht (z.B. im Winter am Nachmittag) und das eigentlich selbstverständliche Aufziehen der Gardinen am Morgen, sowie durch das Tragen von Alltagskleidung tagsüber und Schlafkleidung in der Nacht eine Alltagsstruktur vorgegeben werden. Auch eine Tageszeitung und/oder das Aufhängen von Uhren und Kalendern (Kleinpell et al. in Hughes, 2008, S.10f.) können bei Patienten das Gefühl eines Alltages vermitteln und so beiläufig Motivation geben, sich, wie im Alltag auch, zu bewegen.

Das Gefühl einer notwendigen Verfügbarkeit ist bei Patienten in Krankenhäusern, wie unter 4.3 beschrieben, ein bekanntes Phänomen. Bisher gibt es dennoch keine Studien, die sich näher mit diesem Problem befassen und geeignete Lösungsansätze suchen.

Ich denke, dass es eine Vielzahl an Möglichkeiten gibt, die jedoch hinsichtlich Nutzen und Wirksamkeit überprüft werden müssten.

Das Gefühl der permanenten Verfügbarkeit betrifft vor allem mobile und leicht immobile Patienten, die sich nicht zwangsweise den gesamten Tag auf der Station aufhalten müssten. Ein erster Ansatz wäre hier bereits gegeben, wenn die Mahlzeiten, wie oben erwähnt, nicht auf Station, sondern in einer speziellen Mensa eingenommen werden. Dies könnte jeweils in einer Zeitspanne, z.B. eine Mittagsangebot zwischen 12.00 und 14.00 Uhr, liegen, um eine hohe Flexibilität seitens der Patienten und der Diagnostik zu gewährleisten. So wäre das o.g. Gefühl für das Einnehmen der Mahlzeiten bereits unterbunden.

Zudem könnte man Patienten beim Verlassen der Station mit einer Art Pieper ausstatten. Wäre ihre Anwesenheit von Nöten, könnte der Patient so benachrichtigt werden und sich zurück auf Station begeben. Leichter umsetzbar wäre die Einführung eines Tagesplans (Boltz et al., 2010, S.385). Die Patienten würden jeden Morgen einen Plan erhalten, dem zu entnehmen wäre, wann welche Untersuchungen, Arztvisiten oder Sitzungen mit anderen Berufsgruppen des interdisziplinären Teams, z.B. Physiotherapeuten stattfinden.

Eine Studie aus dem Jahr 2005 untersuchte den Nutzen der Sendung einer SMS zur Erinnerung von ambulanten Patienten an ihren Klinikbesuch und stieß damit auf positive Rückmeldungen (Downer et al., 2005, S.366ff.). Besonders jüngere Patienten besitzen heutzutage fast alle ein Mobiltelefon. Anstelle eines Piepers könnten Patienten zur Vereinfachung, ähnlich wie in der Studie, auch ihre Mobilnummer hinterlassen und darüber im Bedarfsfall benachrichtigt werden. Hierfür könnte ebenfalls eine entsprechende Krankenhausapp entwickelt werden. Diese würden die Patienten auf ihr Mobiltelefon laden und sie könnte, neben der Benachrichtigung bei Verlassen der Station, sicherlich noch weitere Nutzungsmöglichkeiten besitzen (z.B. Speiseplan, Wegweiser, o.ä.). Voraussetzung hierfür wäre, dass das jeweilige Krankenhaus über ein gutes Wireless LAN (WLAN) Netzwerk verfügt.

Aus Patientensicht wäre die Umsetzung solcher Ideen sicherlich von Vorteil. Dennoch müssen auch die Mitarbeiter bereit sein, Patienten gehen zu lassen und die Rahmenbedingungen so klar gesetzt sein, dass hinsichtlich Versicherung o.ä. keine Fragen aufkommen.

Die Sturzangst ist ein wiederkehrender Grund bei der Einschränkung der Mobilität (Kalinowski et al., 2012, S.411). Es gibt diverse erfolgreiche Interventionen, die bei Patienten die Sturzangst reduzieren sollen, wie die Anwendungen von Thai Chi, spezielle Bewegungsübungen oder der Einsatz geeigneter Hilfsmittel (Zijlstra et al., 2007, S.603). Außerdem gibt es seit 2006 einen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe, der ursächliche Risiken und Gefahren beschreibt und Auswirkungen und Interventionen nennt (DNQP, 2006, S.23). Interventionsprogramme in Krankenhäusern gibt es laut Expertenstandard sehr wenige, auf die Behandlung der Sturzangst wird dabei, wenn auch nur indirekt, eingegangen (DNQP, 2006, S.78f.).

Im Folgenden werden lediglich die Ideen aufgelistet, die sich während eines Krankenhausaufenthaltes als geeignet erweisen und sich primär mit der Aufhebung der Sturzangst beschäftigen.

Oft wird diese Angst mit einer schlechten Transfersituation assoziiert. Daher sind die aufgeführten Maßnahmen zur Verbesserung der Transferqualität seitens der Pflegenden (z.B. das Arbeiten nach dem kinästhetischen Prinzip) wesentlicher Bestandteil bei der Problemlösung. Sicherlich ist es auch von Vorteil, wenn erste Mobilisationen oder Transfers immer in Begleitung mit derselben Pflegenden durchgeführt werden, so dass sich die Patienten an ein festes Schema und ähnliche Griffe gewöhnen können (Boltz et al., 2010, S.385). Um die Sturzangst als ausschlaggebenden Faktor für das Verbleiben im Bett zu erfassen, muss bestenfalls direkt bei der Aufnahme eine Sturzanalyse erfolgen. Zur Bestimmung der Sturzangst sind für unterschiedliche Settings und Bedingungen Instrumente entwickelt worden (DNQP, 2006, S.60). Fragen zum Auftreten und zur Häufigkeit von Stürzen sollten Bestandteil dieser Analyse sein. Findet ein Sturz während des Aufenthaltes statt, darf dieser keinesfalls unberücksichtigt bleiben, sondern sollte gemeinsam mit dem Patienten und dem interdisziplinären Team besprochen und analysiert werden

(Zegelin, 2005, S.173f.). Ist ein Patient zudem sturzgefährdet oder gestürzt, muss eine spezifische Planung mit Trainingsmaßnahmen oder Sturzvorkehrungen (z.B. Hüftprotektoren) erfolgen. (Zegelin, 2005, S.173). Der Einsatz von weiteren Hilfsmitteln, wie einer Brille, passenden Schuhen oder Hörgeräten, aber auch korrekt eingestellten Rollatoren oder Gehstöcken verringert zudem die Unsicherheit bei einer Mobilisation oder einem Transfer (Graf, 2006, S.61; DNQP, 2006, S.85ff.). Um eine Sturzgefahr durch Medikamentenwirkungen zu umgehen, sollte die Einrichtung geeignete Räumlichkeiten mit Haltegriffen und anderen Sicherheitsmaßnahmen vorweisen (Zegelin, 2005, S.173), die jeweilige Medikation regelmäßig anpassen und reduzieren und die gefährdeten Patienten bei Einnahme ausgiebig über mögliche Risiken informieren (DNQP, 2006, S.83).

Bleibt ein Patient aus eigenem Entschluss im Bett, kann das auch ein Zeichen von starken Schmerzen sein (Höwler, 2006, S.105). Schmerzen müssen deswegen regelmäßig eingeschätzt und vom Arzt ausreichend behandelt werden, damit diese nicht Grund für die Ablehnung einer Mobilisation sind (Zegelin, 2005, S.173).

Auf der anderen Seite kann eine medikamentöse Behandlung, etwa die Gabe von Psychopharmaka oder hoch dosierten Analgetika, eine Bettlägerigkeit oder das Sturzrisiko begünstigen (Höwler, 2006, S.106) und sollte deswegen immer nur in äußersten Notfällen verabreicht und ihr Grund überprüft werden.

Trotz Bemühungen, Patienten zu motivieren und sie für das Thema zu sensibilisieren, soll nicht das Gefühl einer zwanghaften Mobilisierung entstehen. Wenn vor allem alte und geschwächte Menschen ihre Ruhe haben wollen und darin unterschwellig nicht die Befürchtung steckt, das Personal mit dem Bewegungswunsch zu überfordern, gilt dies zu respektieren (Wenger, 2010, S.15).

Die genannten Maßnahmen lassen sich nicht einzeln und voneinander isoliert umsetzen, da sie sich oftmals, wie oben erwähnt, gegenseitig bedingen.

Meiner Meinung nach sind einige Maßnahmen, wie das 3-Schritte-Programm, das Wegschaffen der Möbel im Flur, eine bessere Absprache im Team oder das Wahren

der Tagesstruktur leichter integrierbar als andere, wie z.B. die Einführung von safe areas oder das Ausstatten mit Piepern.

Wichtig bei der Wahl der Maßnahmen ist , die Patienten als Individuen zu betrachten. Menschen bewegen sich intentional und empfinden somit an unterschiedlichen Dingen einen Sinn und Freude (Reuther et al., 2010, S.141). So sollten bei jedem Patienten, wenn auch noch so kleine, aber individuell vorhandene Bewegungsfähigkeiten in den täglichen Ablauf eingebunden und gefördert werden.

6 Fazit

Das Ziel der Arbeit war es, Maßnahmen zu entwickeln, die die Mobilität von Patienten erhalten bzw. fördern.

Bereits am Anfang der Arbeit wird deutlich, dass Themen wie Mobilität oder Immobilität bisher zu wenig Raum in Krankenhäusern einnehmen. Dieses Problem spiegelt sich auch bei den Definitionen wieder, denn hier mangelt es teilweise sowohl an Vollständigkeit als auch an Einheitlichkeit. Zwar wurde deutlich, dass Themen wie Mobilitätseinschränkungen und ihre pathologischen Folgen in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen haben, dies jedoch besonders der Langzeitpflege gilt.

Obwohl Zegelin betont, dass die Entwicklung bis hin zur Bettlägerigkeit ein schleichender und sehr komplexer Prozess ist, wird bei Sichtung der derzeitig vorhandenen Literatur deutlich, dass es besonders im Krankenhaussetting innerhalb weniger Tage zum körperlichen Funktionsrückgang und zur Entwicklung einer Liegepathologie kommen kann.

Die anschließend aufgeführten Probleme der gegenwärtigen Situation in Krankenhäusern bezogen auf die Mobilitätsförderung bzw. die Mobilitätserhaltung sind sehr vielschichtig zu betrachten. Offensichtlich ist jedoch bei der Betrachtung der gegenwärtigen Situation in den Krankenhäusern, dass alle drei Bereiche

(Rahmenbedingungen, Pflegende und Patienten) ausschlaggebend bei der Entwicklung hin zur Bettlägerigkeit sein können.

Die Literaturrecherche zeigt, dass es an Studien mangelt, die die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen im Krankenhaus bereits überprüft haben. In englischsprachiger Literatur gibt es zwar einige erfolgsversprechende Programme, die das Ziel einer Minimierung des körperlichen Funktionsrückganges in Krankenhäusern haben (z.B. FFC, ACE), deutschsprachige Programme zur Minimierung des körperlichen Funktionsrückganges lassen sich jedoch nicht finden.

Dennoch ließen sich nach Auflistung der gegenwärtigen Probleme in Krankenhäusern in allen drei Bereichen diverse Maßnahmen ableiten, wovon allerdings nur einige literaturgestützt, andere aus eigenen Ideen, in Anlehnung an Auffälligkeiten und Beobachtungen bei bisherigen praktischen Einsätzen, entstanden sind. Die von mir aufgeführten Maßnahmen sind dementsprechend bisher nicht auf ihren Nutzen und ihre Anwendbarkeit hin empirisch überprüft.

Einen meines Erachtens besonders wichtigen Anteil an sinnvollen Maßnahmen nehmen die Umstrukturierung der Rahmenbedingungen im Krankenhaus, der Ausbau der Interaktionsprozesse zwischen Pflegenden und Patienten sowie ein Wissenszuwachs und ein Umdenken innerhalb dieser beiden letztgenannten Gruppen ein.

Um Maßnahmen zur Mobilitätserhaltung und -förderung im Klinikalltag umzusetzen, müssten die Rahmenbedingungen Finanzierung und Personalstrukturen selbstverständlich berücksichtigt werden. Sie sind im Rahmen dieser Arbeit unberücksichtigt geblieben. Auch die Tatsache, dass viele Pflegende Transfers oder Mobilisationen bei Patienten auf Grund von Zeitmangel nicht durchführen (Reuther, et al., 2010, S.141), sollte bei Umsetzung der Maßnahmen unbedingt beachtet werden.

Besonders die Pflegenden haben eine hohe Verantwortung für das Gelingen eines mobilitätserhaltenden bzw. -fördernden Krankenhauses, sie sind die ersten Ansprechpartner für die Patienten und können diese so am ehesten motivieren, Bewegung in den Krankenhausalltag zu integrieren (Boltz et al., 2010, S.385).

Maßnahmen, die eine Umstrukturierung einer Station vorsehen, lassen sich nur mittelfristig einführen. Jedoch sollten Maßnahmen, die meines Erachtens einen hohen Nutzen haben und zudem wenig kostenintensiv sind, z.B. die Integration der in der Arbeit aufgeführten und als bedeutend betrachteten Aspekte in die Ausbildung und in Schulungen von Pflegenden, schnellstmöglich eingeführt werden.

Zudem kann eine stärkere Einbindung der Angehörigen erfolgsversprechend sein (Zegelin, 2005, S.172). Dies wäre zum einen ohne großen Kostenaufwand möglich, könnte nach kurzer Zeit die Arbeit von Pflegenden sinnvoll ergänzen und hätte zudem den positiven Nebeneffekt, dass sich sicherlich viele Angehörige freuen würden, im Pflegeprozess unterstützend beisteuern und eine Aufgabe übernehmen zu können. Auch das von Zegelin erarbeitete 3-Schritte-Programm und die Aufforderung, im interdisziplinären Team besser zusammenzuarbeiten und Transfers oder Mobilisationen gemeinsam durchzuführen, lassen sich recht einfach und kostengünstig umsetzen.

Andere kostenintensivere Maßnahmen, z.B. die Einführung einer neu zu entwickelnden Krankenhaus-App oder eines Piepers, den Patienten bei Verlassen der Station bei sich tragen würden, könnte man bei einer geplanten Neugestaltung einer Station in Form von wissenschaftlich begleiteten Modellversuchen einführen. So könnten die jeweilige Maßnahme auf ihren Nutzen und ihren Aufwand überprüft und direkte Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitern eingeholt werden.

Die Optimalform des Klinikalltags im Sinne der Mobilitätserhaltung bzw. -förderung sollte bei einer Neustrukturierung eines gesamten Krankenhauses angestrebt werden. Ein Umbau der Krankenzimmer, der Stationsflure sowie der Aufenthalts- und Speiseräume ist zwar mit hohen Kosten verbunden, kann jedoch anschließend eine Veränderung des Pflegeprozesses zu mehr Bewegungsförderung vorantreiben. Wenn die Pflegenden (und alle anderen Mitarbeiter einer Einrichtung) neue Maßnahmen und Konzepte in ihre Handlungen integrieren, kann sich meines Erachtens auch die Sicht der Patienten hinsichtlich Bewegungserhaltung im Krankenhaus schneller wandeln.

Mit der kommenden Veröffentlichung des Expertenstandards Erhaltung und Förderung von Mobilität, der sich, wie bereits erwähnt, hauptsächlich auf die Langzeitpflege bezieht, kann sich das Problem der nicht einheitlichen Definitionen minimieren. Zwar werden weiterhin Konzepte zur Erhaltung der Mobilität im Krankenhaus fehlen, jedoch ist davon auszugehen, dass ein solcher Standard zumindest die Sensibilität innerhalb dieses Themenbereiches verstärken wird.

Um die Einführung geeigneter Maßnahmen regelmäßig zu überprüfen, wäre es meines Erachtens ausgesprochen sinnvoll und denkbar, Mobilitätserhaltung bzw. -förderung innerhalb eines Krankenhauses als einen Teil der internen Qualitätssicherung zu generieren.

Die optimalen Bedingungen im Hinblick auf Mobilitätserhaltung bzw. -förderung im Krankenhaus werden - so denke ich - so schnell nicht erreicht. Doch alle finanziellen Probleme und sonstigen Umsetzungsschwierigkeiten sollten uns Pflegende nicht davon abhalten, mit kleinen zielgerichteten Schritten in Richtung Mobilitätsförderung zu beginnen. Nur so wird das Krankenhaus in Zukunft zwangsläufig kein ausschlaggebendes Ereignis bei der Entwicklung einer Bettlägerigkeit und Szenarien wie das eingangs beschriebene Fallbeispiel zu keinem Regelfall.

7 Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A. (2005): Liegen geblieben. Bettlägerigkeit-schleichend, pathologisch, vermeidbar. In: *Forum Sozialstation: das Magazin für ambulante Pflege* 37 (137), S. 18–21.

Abt-Zegelin, A. (2006): Der Prozess des Bettlägerigwerdens. "Kein unausweichliches Schicksal". In: *Pflegezeitschrift* 59 (2), S. 107–109.

Abt-Zegelin; A. (2006): Prävention von Bettlägerigkeit. In: *Die Schwester Der Pfleger* 45 (3), S. 210–213.

Abt-Zegelin, A.; Reuther, S. (2014): Das "Drei-Schritte-Programm" als Teil eines Interventions- und Erklärungskonzeptes für Mobilitätsförderung im Altenheim. Schritt für Schritt zur Autonomie. In: *Pflegezeitschrift* 67 (1), S. 10–13.

Barnes, D. E.; Palmer, R. M.; Kresevic, D. M.; Fortinsky, R. H.; Kowal, J.; Chren, M.; Landefeld, C. S. (2012): Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status. In: *Health Aff (Millwood)* 31 (6), S. 1227–1236.

Bauder-Mißbach, H. (2006): Kinästhetik in der Intensivpflege. Frühmobilisation von schwerstkranken Patienten. 2., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlütersche (Pflege).

Boltz, M.; Resnick, B.; Capezuti, E.; Shabbat, N.; Secic, M. (2011): Function-focused care and changes in physical function in Chinese American and non-Chinese American hospitalized older adults. In: *Rehabil Nurs* 36 (6), S. 233–240.

Boltz, M.; Resnick, B.; Capezuti, E.; Shuluk, J.; Secic, M. (2012): Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? In: *Geriatric Nursing* 33 (4), S. 272–279..

Britz, W. (2005): Kinästhetik als Instrument der Pflegeüberleitung. In: *Forum Sozialstation: das Magazin für ambulante Pflege* 37 (137), S. 22–23.

Brown, C. J.; Friedkin, R. J.; Inouye, S. K. (2004): Prevalence and outcomes of low

mobility in hospitalized older patients. In: *J Am Geriatr Soc* 52 (8), S. 1263–1270.

Buurman, B. M.; van Munster, B. C.; Korevaar, J. C.; de Haan, R. J.; de Rooij, S. E. (2011): Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. In: *J Clin Epidemiol* 64 (6), S. 619–627.

Convertino, V. A. (1997): Cardiovascular consequences of bed rest: effect on maximal oxygen uptake. In: *Med Sci Sports Exerc* 29 (2), S. 191–196.

Counsell, S. R.; Holder, C. M.; Liebenauer, L. L.; Palmer, R. M.; Fortinsky, R. H.; Kresevic, D. M. et al. (2000): Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. In: *J Am Geriatr Soc* 48 (12), S. 1572–1581.

Creditor, Morton C. (1993): Hazards of Hospitalization of the Elderly. In: *Ann Intern Med* 118 (3), S. 219.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2009). Unter Mitarbeit von P. Tackenberg, J. Knüppel, F. Wagner und U. Olschewski. Online verfügbar unter <http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus.pdf>, zuletzt geprüft am 28.05.2014.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Unter Mitarbeit von D. Schiemann, M. Moers, P. Blumenberg und J. Schemann. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014): Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz zum Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Thema: Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Unter Mitarbeit von A. Büscher, P. Blumenberg, M. Moers, A. Möller, D. Schiemann und H. Stehling. Online verfügbar unter <http://www.pflege-wissenschaft.info/3-pflegejournal/euronews/92203->

fachkonferenz-zum-expertenstandard-gemaess-113a-sgb-xi-erhaltung-und-foerderung-der-mobilitaet-28-maerz-2014-in-osnabrueck, zuletzt geprüft am 14.04.2014.

Downer, S. R.; Meara, J. G.; Da Costa, A. C (2005): Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. In: *Med. J. Aust.* 183 (7), S. 366–368.

Friess-Ott, G.; Müller, M. (2006): Kinästhetik- ein ökonomisches Pflegekonzept. Mitarbeiter bewerten die Einführung positiv. In: *Pflegezeitschrift* 59 (2), S. 110–113.

Gill, T. M.; Allore, H. G.; Gahbauer, E. A.; Murphy, T. E. (2010): Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. In: *JAMA* 304 (17), S. 1919–1928.

Graf, C. (2006): Functional decline in hospitalized older adults. In: *Am J Nurs* 106 (1), S. 58-67.

Hirsch, C. H.; Sommers, L.; Olsen, A.; Mullen, L.; Winograd, C. H. (1990): The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. In: *J Am Geriatr Soc* 38 (12), S. 1296–1303.

Horn, A.; Vogt, D.; Kleina, T.; Schaeffer, D. (2014): Konzepte zur Bewegungsförderung in der Langzeitversorgung- Eine Orientierungshilfe für stationäre Pflegeeinrichtungen. In: *Pflege&Gesellschaft* 19 (2), S. 138–151.

Höwler, E. (2006): Verhängnisvolle Kaskade durchbrechen. In: *Pflegezeitschrift* 69 (2), S. 104–106.

Inouye, S. K.; Bogardus, S. T.; Baker, D. I.; Leo-Summers, L.; Cooney, L. M. (2000): The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. In: *J Am Geriatr Soc* 48 (12), S. 1697–1706.

Kalinowski, S.; Kuhnert, R.; Wulff, I.; Kölzsch, M.; Kreutz, R.; Dräger, D. (2012): Schmerzen, Sturzangst und funktionelle Fähigkeiten von Menschen in Pflegeheimen - eine Querschnittsstudie. In: *Pflege* 25 (6), S. 411–425.

Kleina, T. (2014): Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Analyse von Studienergebnissen und Versorgungsdaten. In: *Pflege&Gesellschaft* 19 (2), S. 101–112.

Kleinpell, R.; Fletcher, K.; Jennings, B. (2008): Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. In: Ronda G. Hughes (Hg.): Patient Safety and Quality Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses, Bd. 11. MD: Agency for Healthcare Research and Quality (Chapter 11), S. 1–15. Online verfügbar unter <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>, zuletzt geprüft am 28.05.2014.

Landefeld, C. S. (2003): Improving health care for older persons. In: *Ann. Intern. Med.* 139 (5 Pt 2), S. 421–424.

Petrich, P. (Hg.) (2007): Klinikspaziergang. Online verfügbar unter <http://www.stiftung-pflege.info/page4/files/Klinikum%20Nuernberg%20Flyer.pdf>, zuletzt geprüft am 28.05.2014.

Pfisterer, M.; Oster, P. (2007): Geriatrisches Assessment. In: W. Hansen (Hg.): Medizin des Alterns und des alten Menschen, Bd. 2. Stuttgart: Schattauer, S. 15–24.

Reuther, S.; Abt-Zegelin, A.; Simon, M. (2010): Schleichende Immobilität bei älteren Menschen verhindern. Bericht über ein Praxisprojekt in fünf deutschen Altenpflegeheimen. In: *Pflegezeitschrift* 69 (3), S. 139–142.

Rubin, M. (1988): The physiology of bed rest. In: *Am J Nurs* 88 (1), S. 50–56.

Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (2014): Schwerpunkt: Mobilität. In: *Pflege&Gesellschaft* 19 (2), S. 99–100.

Steigele, W. (2012): Bewegung, Mobilisation Und Lagerungen in Der Pflege. Praxistipps für Bewegungsübungen und Positionswechsel. Wien, New York: Springer.

Strupeit, S.; Buss, A. (2014): Ein multidimensionales Konstrukt. Definition von Mobilität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: *Pflegezeitschrift* 67 (1), S. 38–40.

Tucker, D.; Molsberger, S. C.; Clark, A. (2004): Walking for wellness: a collaborative program to maintain mobility in hospitalized older adults. In: *Geriatr Nurs* 25 (4), S. 242–245.

Wenger, Susanne (2010): "Drei kleine Schritte können die ganze Welt verändern". Bettlägerigkeit im Alter muss nicht sein, sagt die Pflegewissenschaft. In: *Curaviva* 9, S. 12–15.

Yümin, E. T.; Şimşek, T. T.; Sertel, M.; Öztürk, A.; Yümin, M. (2011): The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. In: *Arch Gerontol Geriatr* 52 (3), S. 180-4.

Zegelin, A. (2005): "Festgenagelt sein". Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).

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

Zijlstra, G. A. R.; van Haastregt, J. C. M.; van Rossum, E.; van Eijk, J.; Yardley, L.; Kempen, G. (2007): Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. In: *J Am Geriatr Soc* 55 (4), S. 603–615.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Jule Delfs, die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt zu haben. Zitate aus anderen Werken sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 30.05.2014
