

Mobilitätsförderung – gefordert, aber nicht gefördert

Kliniken sind heute Wirtschaftsbetriebe, die Gewinne einfahren müssen, um zu existieren, und diese Entwicklung ist politisch gewollt. Es geht nicht mehr um den einzelnen Menschen und dessen Ziele, sondern um Fallzahlen, DRG,¹ Benchmarking und schnelle Entlassung. Die Klinikmitarbeiterin **Renate Michel** versucht Ursachen und Auswirkungen der zunehmenden Immobilität von PatientInnen in Krankenhäusern zu beschreiben und Perspektiven einer Veränderung aufzuzeigen.

Expertenstandard Mobilität. Die Erhaltung und Förderung der Mobilität der PatientInnen wird in Deutschland aktuell durch einen Expertenstandard als grundlegende Aufgabe der Pflege definiert. Die Realität sieht aber ganz anders aus.

Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen

„**Ausreichende**“ **Pflege.** In den Kliniken ist zu beobachten, dass die Verweildauer der PatientInnen immer kürzer wird und die Fallzahlen steigen.² Immer mehr PatientInnen müssen in kürzerer Zeit behandelt und gepflegt werden. Etwa die Hälfte der PatientInnen in den Kliniken sind über 65 Jahre alt und multimorbid.

Eine Pflegefachkraft hat heute durchschnittlich über 10 PatientInnen, nicht selten 16 bis 25 zum Teil sehr pflegebedürftige Menschen zu betreuen. Unterstützt wird sie dabei von kurz geschulten AssistentInnen und SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege, die eine fachgerechte Pflege nicht oder noch nicht durchführen können.

Den Hintergrund dazu bildet, dass die Klinikleitungen sich gegenüber der Argumentation für mehr qualifiziertes Personal darauf stützen, dass die Pflege im Krankenhaus nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V³) nur „ausreichend“ sein soll. Im SGB V, § 70 heißt es: „Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein ...“. Von den Kassen werden Fallpauschalen gezahlt für die Behandlung des Einzelfalles, egal wie lange die PatientIn im Krankenhaus liegt. Davon müssen alle Kosten, die entstehen, beglichen werden. Zusätzlich sind die Klinikbudgets gedeckelt, und das wiederum führt zu Einsparungen im Personalbereich.

Weiter beansprucht die Pflicht zur ausführlichen schriftlichen Dokumentation viel Zeit, die der Pflegefachkraft dann für die unmittelbare Arbeit mit den PatientInnen fehlt. Und schliesslich erhöht die enorme Arbeitsbelastung des Pflegepersonals deren Krankheitsrate und verstärkt

die Abwanderung der Pflegefachkräfte aus den Kliniken.⁴

Folgen des Liegen-Lassens. Diese Entwicklungen haben zur Folge, dass heute in den Kliniken die meist älteren Menschen oft im Bett liegen bleiben und ihre Bewegungskompetenz innerhalb von Tagen einzig abnimmt, ganz zu schweigen von einem Wiedererlangen der Mobilität. Die Angehörigen trauen sich nicht zu, die unbekannte und wahrscheinlich zeitintensive Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt zu leisten, und so gehen immer mehr ältere Menschen in Kurzzeitpflege-Einrichtungen. Das ist für sie ein gravierender Einschnitt, der sie sehr belastet. Oft reicht die Rente nicht zur Zuzahlung im Pflegeheim aus. Dann sind Behördengänge der Angehörigen nötig, um die Restkostenübernahme beim Sozialamt zu beantragen. Die Folgekosten dieser „Turbomedizin und -pflege“ werden auf die Allgemeinheit übertragen.

Hilfskräfte statt Pflegefachkräfte. Direkt an der PatientIn arbeiten aufgrund dieser Entwicklungen hauptsächlich billigere PflegeassistentInnen⁵ anstatt der Pflegefachkräfte. Diese PflegeassistentInnen haben nur ein wenige Wochen dauerndes Schulungsprogramm durchlaufen. „Satt und sauber“ sollen die PatientInnen sein, so wird für sie pauschal das SGB V interpretiert. Durch die „Turbopflege“ kann die Bewegung der PatientInnen nicht gefördert werden, weil die Hilfskräfte nicht gelernt haben, sie in ihrer Bewegung adäquat zu unterstützen. Die kranken Menschen werden zu zweit mit Achselgriff, mit einem Lifter oder einer Aufrichthilfe aus dem Bett gehoben und in einen Rollstuhl gesetzt. Ihre verbliebenen Fähigkeiten werden so nicht eingefordert. Was die Betroffenen bei solchen passiven Ortswechseln lernen, ist, sich steif zu machen und sich wie ein Gegenstand transportieren zu lassen. Aber keinesfalls, zur Steuerung der Bewe-





gungen ihres Körpers ihre Arme und Beine einzusetzen oder das Körpergewicht selbst zu verlagern, um dann die freien Körperteile zu bewegen. Wenn sie den Tag nicht im Bett verbringen, sitzen viele PatientInnen stundenlang in Rollstühlen, die aufgrund ihrer Konzeption nicht als Sitzmöbel gebaut sind, so z. B. wenig Spielraum bieten. Kein Wunder, steigt ihre Körperspannung und stellt sich Schmerz ein. Klar ist, dass Hilfskräfte nicht in der Lage sein können, PatientInnen bei ihren alltäglichen Aktivitäten in ihrer eigenen Bewegung zu unterstützen, zumindest nicht ohne eine entsprechende Ausbildung.

Ein Lernangebot gestalten – Perspektiven für die Pflege

Fallbeispiel. Herrn O., einem älteren, beinamputierten Mann, wird im Krankenhaus das zweite Bein oberhalb des Knies amputiert. Seine Ehefrau sucht einige Tage nach der Operation das Beratungsgespräch im Kliniksozialdienst. Seit der Operation liegt ihr Mann vornehmlich im Bett. Wenn er überhaupt aus dem Bett kommt, wird er

vom Pflegepersonal laut deren Angaben in den Rollstuhl gehoben. Sie ist in großer Sorge und macht sich Gedanken, wie es anschließend zu Hause weitergehen soll, denn heben kann sie ihren Ehemann nicht. Beide leben alleine in einem kleinen Haus mit Terrasse, Küche, Wohnzimmer und Bad; alles befindet sich auf einer Ebene. Ein Pflegebett und ein Rollstuhl sind bereits vorhanden. Die Ehefrau will nicht, dass er wieder zur vierwöchigen Kurzzeitpflege in ein Pflegeheim gehen muss wie nach der ersten Beinamputation.

Kinaesthetics. Eine in Kinaesthetics geschulte Mitarbeiterin besucht Herrn O. am nächsten Tag in seinem Zimmer, seine Ehefrau ist anwesend. Er sitzt in seinem Bett und ihr fällt auf, dass er sich dabei mit seinen Armen gut abstützen kann. Er zittert mit den Händen, wenn er ein Getränk zu sich nimmt, was aber schon vor der Aufnahme aufgetreten ist. Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie mit beiden nach Wegen suchen will, damit sie den Transfer vom Bett in den Rollstuhl selbstständig und ohne großen Einsatz von Hilfsmitteln gestalten können.

Die dicke Superweichmatratze führt dazu, dass eine Höhendifferenz zwischen Bett und Rollstuhl entsteht. Also wird zunächst ein festes Kissen für den Rollstuhl gesucht und ein Rutschbrett eingesetzt, um die Unterstützungsfläche im Bett zu stabilisieren. Denn Herr O. sinkt auf der weichen Matratze bei seinen Bewegungen ein, was ihm die Kontrolle seiner Gewichtsverlagerungen massiv erschwert.

Gehen im Sitzen. Herr O. erhält von der Mitarbeiterin eine Bewegungsanleitung, um im Sitzen sein Gewicht auf jeweils eine Körperhälfte zu verlagern. Anschließend bewegt er die freie Gehhälfte in Richtung des bereitgestellten Rollstuhls. In diesen gelangt er so in einem spiralförmigen Bewegungsmuster. Die Mitarbeiterin leitet die gehende Fortbewegung im Sitzen an, indem sie mit ihren Händen an Becken und Brustkorb von Herrn O. ihn möglichst angepasst führt und gleichzeitig seiner Bewegung folgt. Nach einer Pause kehrt er wieder ins Bett zurück, da noch ein Verbandswechsel bevorsteht. Er will schnell sein bzw. meint, schnell sein zu müssen. Die Mitarbeiterin macht ihn darauf aufmerksam, und er nimmt sich seine Zeit für die Bewegung.

Nach dem Verbandswechsel gelingt es der Ehefrau, den Weg ihres Mannes in den Rollstuhl zu begleiten. Beide besuchen dann das erste Mal seit der Krankenhausaufnahme die Cafeteria des

Forschungsergebnisse zum Liegen im Bett

Wir wissen seit Jahrzehnten, welche negativen Folgen das Liegen im Bett auf den Einzelnen hat. In der Literaturanalyse zu ihrem Buch „Festgenagelt sein“ stellt Angelika Zegelin-Abt (Zegelin 2006) eine umfangreiche Auflistung von Forschungsergebnissen zu den Folgen des Liegens zusammen. Die Veränderungen der Wahrnehmung durch das Liegen erzeugen Halluzinationen, Depressionen, Veränderungen des Zeitgefühls und Konzentrationsschwierigkeiten. Drei Tage Bettruhe verändern die Magensekretion; Appetit und Peristaltik des Darms nehmen ab. Es kommt zu Elektrolyt- und Flüssigkeitsverschiebungen. Auch die Entstehung von Harninkontinenz durch das Liegen wird beschrieben, da sich die Blase nicht mehr ausreichend entleert. Das Blut der Beine zirkuliert nicht mehr genügend und diese Anschoppung belastet Herz und Lungen. Durch das Liegen im Bett wird die Immunabwehr herabgesetzt, indem die einzelnen Immunfraktionen abnehmen. Die Koordinationsfähigkeit des Nervensystems verändert sich und das Körpergefühl geht verloren (Zegelin 2006, S. 30ff.). Zegelin erwähnt aber auch Rubin (1988), der aufgrund seiner Forschungen zum Resultat gelangte, dass der gesunde Erwachsene seine Position etwa alle 11,6 Minuten verändert.

Die individuelle Bewegungsunterstützung zur Vermeidung dieser Folgen ist mit der aktuell nur „ausreichenden“ Pflege nicht möglich.



Hauses. Die Erfahrung beider, dass er sich selbstständig und ohne große Hilfe anderer bewegen kann, gibt ihnen viel Selbstvertrauen zurück. Später kann er wieder in seiner häuslichen Umgebung gepflegt werden.

Perspektiven für Pflegende und PatientInnen. In diesem Fallbeispiel wird Herr O. so unterstützt, dass er sich an den alltäglichen Bewegungen aktiv beteiligen kann und sich als selbstwirksam erfährt. An sein eigenes Tempo angepasst und nachvollziehbar werden seine Bewegungen begleitet, seine Mobilität und Gesundheitsentwicklung gefördert. Die unterstützenden Personen entwickeln individuell abgestimmte Handlungskompetenzen und lernen durch die Achtung auf den eigenen Körper sich vor Überlastungen und Verletzungen zu schützen.

Am Fallbeispiel des Herrn O. wird deutlich, wie bedeutsam beim Klinikpersonal Kenntnisse und Bewegungskompetenz bezüglich der eigenen Bewegung und der Bewegungsunterstützung sind. Auf einer solchen Grundlage können Pflegende ein Lernumfeld schaffen, damit PatientInnen nach großen Eingriffen und schweren Erkrankungen ihre Bewegungsressourcen entdecken können. Durch diesen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Mobilität können PatientInnen – um

1. Herr O. kontrolliert seine Gewichtsverlagerungen schon sicher beim Rückwärtsgehen aus der sitzenden Position.
2. Er fürchtet die Instabilität des Stuhls bei einer seitlichen Gewichtsverlagerung und gestaltet seinen letzten Schritt mit einem eher parallelen Bewegungsmuster.



3. Herr O. ist nun selbstständig auf dem Stuhl angekommen.





Die Autorin:

Renate Michel ist Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe und Kinaesthetics-Trainerin. Sie arbeitet seit 2000 im Kliniksozialdienst, bietet Kinaesthetics-Kurse für pflegende Angehörige an und lebt in Weilburg (Deutschland).

sie geht es ja letztlich – auch Lebensmut und Hoffnung auf ein selbstbestimmtes Leben in der Zukunft schöpfen.

Schlussbetrachtung. Der Artikel versucht zu zeigen, dass die Bewegungskompetenz der Pflegenden für die Förderung der Mobilität der PatientInnen sowie für ihre eigene Gesundheit eine zentrale Rolle spielt. Vor diesem Hintergrund erscheinen Investitionen in die Implementierung von Kinaesthetics weitaus lohnender als solche in teure Deckenlifte für einige tausend Euro pro Stück.

Gesamtgesellschaftlich gesehen ist es auf Dauer kostengünstiger, wenn die Menschen in ihrer Gesundheitsentwicklung unterstützt und nicht kränker werden.

Gewiss ist die Lenkung des Gesundheitssystems schwierig, aber diese Tatsache sollte unsere Abgeordneten nicht davon abhalten, mit den FachvertreterInnen der Pflege und ExpertInnen zu diskutieren, wie die Gesetzgebung auf bundespolitischer Ebene angepasst werden kann, damit sich die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in den Kliniken so verändern, dass eine qualifizierte direkte Pflege in oben beschriebenem Sinn stattfinden kann. Den Kliniken muss Geld zur Verfügung stehen, damit die Implementierung der Mobilitätsförderung möglich ist.

Aber auch die Pflegefachkräfte müssen vermehrt den Mut aufbringen, nein zu sagen, sich zu wehren und ihre Situation über die Berufsverbände darzustellen und auf Veränderungen zu drängen.

- ¹ DRG: Diagnosis Related Groups. Die diagnosebezogenen Fallpauschalen sind das gängige Vergütungssystem in den Kliniken.
- ² Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betrug die durchschnittliche Verweildauer der PatientInnen in den Kliniken Deutschlands 7,6 Tage im Jahr 2012 und 7,7 Tage im Jahr 2011. 2012 wurden 276'286 Fälle mehr behandelt als 2011.
- ³ Das SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) regelt die ambulante und stationäre Behandlung im Krankheitsfall.
- ⁴ Eine im Dezember 2013 erschienene Befragung unter 617 Pflegefachkräften durch Nock, Hielscher und Kircher-Peters vom ISO-Institut Saarbrücken im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung kommt zum Ergebnis, dass die Pflegekräfte in den deutschen Kliniken an den Grenzen der Belastbarkeit sind. Die Arbeitssituation wird als gravierend negativ eingeschätzt. Eine aktivierende Pflege findet nicht mehr statt. Die Fachkräfte arbeiten nicht mehr direkt an PatientInnen, ihre Arbeitskraft konzentriert sich auf Management, Anleitung und gelegentliches Mitarbeiten. 60 % der Befragten können sich nicht vorstellen, in 10 Jahren immer noch in diesem Beruf tätig zu sein. Die überwiegende Mehrheit der Befragten berichtet über negative gesundheitliche Folgen der Arbeitsbelastung (vgl. Nock et al. 2013).
- ⁵ PflegeassistentInnen: Diese Bezeichnung ist nicht staatlich geschützt; die Schulungen sind nicht gesetzlich geregelt.

Literatur:

- > **Bundesrepublik Deutschland: Fünftes Sozialgesetzbuch.** Online verfügbar unter https://dejure.org/gesetze/SGB_V (abgerufen 12.08.2014).
- > **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2010):** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.
- > **Nock, L.; Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S. (2013):** Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall der Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296, Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter www-boeckler.de/pdf/p-arbp_296 (abgerufen 12.08.2014).
- > **Statistisches Bundesamt:** Krankenhäuser. (Eckdaten 2012) Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahre.html> (abgerufen 12.08.2014).
- > **Zegelin, A. (2006):** „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Verlag Hans Huber, Bern.