

Sabine Hindrichs, Ulrich Rommel

Mobilität

PSG II, Expertenstandard und Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis anwenden

REIHEPFLEGETHEMA

Altenpflege
Vorsprung durch Wissen



Sabine Hindrichs • Ulrich Rommel

Mobilität

PSG II, Expertenstandard und Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis anwenden



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Sämtliche Angaben und Darstellungen in diesem Buch entsprechen dem aktuellen Stand des Wissens und sind bestmöglich aufbereitet.
Der Verlag und der Autor können jedoch trotzdem keine Haftung für Schäden übernehmen, die im Zusammenhang mit Inhalten dieses Buches entstehen.

© VINCENTZ NETWORK, Hannover 2017

Besuchen Sie uns im Internet: www.altenpflege-online.net

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Titelfoto: Composing (Fotolia: jovannig, toa555, Photographee.eu, Kzenon, highwaystarz.
Pixelio: matchka)

Satz: Heidrun Herschel, Wunstorf

ISBN 978-3-86630-196-2

eBook-Herstellung und Auslieferung:
readbox publishing, Dortmund
www.readbox.net

Sabine Hindrichs • Ulrich Rommel

Mobilität

PSG II, Expertenstandard und Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis anwenden

Inhalt

Kapitel 1: Mobilität als zentrales Thema in Pflege und Betreuung

- 1.1 Leitgedanken zum Thema Mobilität
- 1.2 Definition und Mobilitätsverständnis im Rahmen von Pflege und Betreuung
- 1.3 Normalitätsbewegung
- 1.4 Bewegung und Gesundheit
- 1.5 Der physiologische Alterungsprozess
- 1.6 Kernkompetenzen zur Bewegung
- 1.7 Risikofaktoren für Mobilitätseinschränkungen
- 1.8 Mobilitätsprozess von Zegelin
- 1.9 Mobilitätsstatus

Kapitel 2: Mobilität im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

- 2.1 Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)
- 2.2 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff SGB XI § 14
- 2.3 Themenmodul 1 „Mobilität“
- 2.4 Besondere Bedarfskonstellation
- 2.5 Themenmodul 7 „Außerhäusliche Aktivitäten“
- 2.6 Prävention und Rehabilitation/Hilfsmittel

Kapitel 3: Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität

- 3.1 Entwicklungsstand des Expertenstandards Erhaltung und Förderung der Mobilität
- 3.2 Aufbau und Struktur des Expertenstandards

3.3 Grundaussagen des Expertenstandards

Kapitel 4: Mobilität in der Dokumentation

- 4.1 Pflegeprozess und Pflegedokumentation
- 4.2 Prozessschritt 1 – Informationssammlung
- 4.3 Prozessschritt 2 – Maßnahmenplanung
- 4.4 Prozessschritt – Berichteblatt
- 4.4 Prozessschritt – Evaluation

Kapitel 5: Förderung und Erhaltung Mobilität in der praktischen Umsetzung

- 5.1 Zielgruppenspezifische Angebote
- 5.2 Mobilitätsfördernde Umgebung
- 5.3 Mobilitätsfördernde Ideen – Beispiele aus dem Pflegealltag
- 5.4 Mobilitätshilfsmittel

Kapitel 6: Mobilität und Qualitätssicherung

- 6.1 Implementierung eines Expertenstandards – Nachhaltiges organisationales Wissen
- 6.2 Interne Prozessaudits und Pflegevisiten
- 6.3 QPR – Qualitätsprüfung durch den MDK
- 6.4 Exkurs Kontrakturenprophylaxe
- 6.5 Qualitätsindikatoren

Literaturverzeichnis

Die Autoren

Anhang

Ihr exklusiver Bonus an Informationen!

Ergänzend zu diesem Buch bietet Ihnen *Altenpflege* Bonus-Material zum Download an.

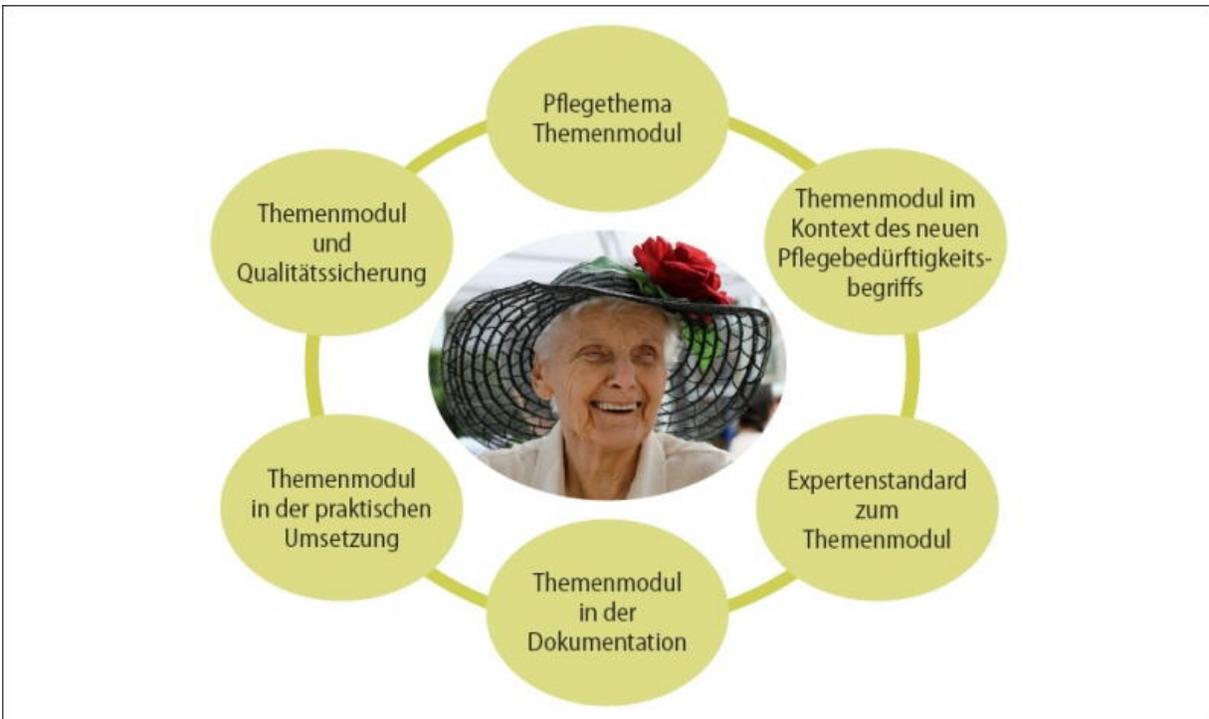
Besuchen Sie uns unter www.altenpflege-online.net/bonus und erhalten Sie Zugang zu Ihren persönlichen kostenfreien Materialien!

Buch-Code: AH1008

Vorwort

Zum 01.01.2017 findet mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, dem neuen Begutachtungsverfahren und der Ablösung der Pflegestufen durch die Pflegegrade ein Paradigmenwechsel in der Pflege statt oder wie es Professor Ronald Richter ausgedrückt hat „Sie müssen sich einmal um 180 Grad drehen, weg von der Frage, was muss die Pflegekraft tun, hin zu der Frage, was kann der Pflegebedürftige noch, wie selbstständig ist er?“ Mit der Reihe Pflege Thema entlang der Themenmodule des Neuen Begutachtungsverfahrens (NBA) möchten wir Sie pflegfachlich bei dieser Kehrtwende hin zum neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit unterstützend begleiten. Dabei soll der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit aus unterschiedlichen Blickwinkeln bzw. Perspektiven betrachtet werden. Für jedes Themenmodul wird es ein Praxishandbuch geben. Die einzelnen Bücher orientieren sich thematisch immer am gleichen Aufbau:

1. Pflege Thema – Themenmodul
2. Themenmodul im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes
3. Expertenstandard/Expertenwissen zum Themenmodul
4. Themenmodul in der Dokumentation
5. Themenmodul in der Praktischen Umsetzung
6. Themenmodul und Qualitätssicherung



Der erste Band der Reihe Pflegethema beschäftigt sich mit der Mobilität, dem ersten wissenschaftsbasierten Pflege- und Betreuungsthema aus dem neuen Begutachtungsinstrument. Zunächst erhalten Sie eine Einführung ins Thema, der eine Darstellung des aktuellen pflegfachlichen Stands des Wissens in Deutschland folgt, immer verbunden mit der Bezugnahme zu den entsprechenden Expertenstandards. Pflege theoretisch liegt unseren Darstellungen ein personenzentrierter beziehungsbasierter Ansatz zugrunde, wobei wir uns bewusst nicht auf ein bestimmtes Pflegemodell festgelegt haben, da dieses aus unserer Sicht von jeder Einrichtung entsprechend ihrem Klientel und der eigenen kulturellen Prägung gewählt werden sollte. Für den Bereich der Dokumentation orientieren wir uns am Strukturmodell der entbürokratisierten Pflegedokumentation.

Der systematische Aufbau der einzelnen Bücher orientiert sich an einer Idee von Professor Andreas Büscher, dem Wissenschaftlichen Leiter des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege), wie die Erkenntnisse aus der Begutachtung für die Wahl des

Hilfeangebotes/Versorgungssettings, der Durchführung der Pflege und deren Dokumentation genutzt werden können und dabei sich eines aus dem anderen ergibt und zusammenfügt.

Zu Beginn einer „Pflegekarriere“ steht die Perspektive aus leistungsrechtlicher Sicht als Grundlage für den Grad der Pflegebedürftigkeit. Sie gibt erste Hinweise für die Versorgungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Personen und ihrem Unterstützungsbedarf.

Ausgehend vom Grad der Pflegebedürftigkeit erfolgt der Übergang in den Versorgungsprozess der pflegebedürftigen Person und dem damit erforderlichen Unterstützungsbedarf. In welcher Form und Ausgestaltung die pflegebedürftige Person Unterstützung in Anspruch nimmt, wird durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren beeinflusst. Dies geschieht aufgrund der individuellen Lebenssituation, den Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person, dementsprechend hat sie die Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten für ihre Pflege und Betreuung (ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote).

Unabhängig für welchen Versorgungsbereich sich die pflegebedürftige Person entscheidet, erfolgt ein an ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen orientierter Versorgungsprozess (Pflegeprozess). Um den Praxistransfer des aktuellen theoretischen Pflegewissens, sowie die leistungsrechtlichen Erfordernisse, sicherzustellen, bedarf es einer Integrationsfähigkeit dieser Faktoren in den pflegepraktischen Alltag der unterschiedlichen Versorgungsbereiche. Der Grad der Selbstständigkeit, in Kombination mit einem personenzentrierten Ansatz ermöglicht einen an der pflegebedürftigen Person orientierten und ausgerichteten Pflegeprozess. Die Dokumentation des prozesshaften pflegfachlichen Handelns sollte sich an diesen Faktoren orientieren, um den Pflegeprozess prägnant und aussagekräftig schriftlich darzustellen. Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ist mit seiner

Anschlussfähigkeit an den Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Form der Dokumentation, die diese Faktoren alle integriert und berücksichtigt.

Exemplarisch werden in jedem Themenband zwei pflegebedürftige Personen einmal im ambulanten und stationären Versorgungsbereich als praxisnahes Beispiel durchgehend beschrieben, um sowohl den Grad ihrer Pflegebedürftigkeit als auch ihren individuellen gewünschten Versorgungsbedarf zu ermitteln. In dieser Ausgabe werden uns die beiden pflegebedürftigen Personen Frau Sieglinde Inge Soden und Herr Samuel Ignaz Sauerbruch* zum Themenmodul Mobilität begleiten.

Im vorliegenden Band zur Mobilität war es uns besonders wichtig, das Thema von allen Seiten her in seinen unterschiedlichen Dimensionen zu betrachten und Ihnen nicht nur theoretische Grundlagen zu vermitteln, sondern praxisnah Hilfestellung und Ideen für Ihren Alltag zu vermitteln. Insbesondere im Kapitel „Themenmodule in der Praktischen Umsetzung“ wollen wir Ihnen mit Beispielen aus der Praxis unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten vorstellen, verbunden mit der Hoffnung, dass die ein oder andere Idee von Ihnen aufgegriffen und umgesetzt wird.

Sabine Hindrichs
Ulrich Rommel

Stuttgart/Kos 2016

* Frau Sieglinde Inge Soden sowie Herr Samuel Ignaz Sauerbruch sind von den Autoren frei erfunden, etwaige Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind rein zufällig und nicht beabsichtigt

Kapitel 1: Mobilität als zentrales Thema in Pflege und Betreuung

1.1 Leitgedanken zum Thema Mobilität

Wir leben in einer Mobilitätsgesellschaft, deren wichtigstes Kennzeichen es ist, sich frei bewegen zu können. Diese Fähigkeit und Möglichkeit ist eine der Errungenschaften unserer modernen Gesellschaft. Das Motto unserer Zeit könnte lauten: „Nur der Himmel ist die Grenze“¹. Wobei dieses nicht gleichzeitig bedeutet, dass sich Menschen mehr bewegen.



Aktionen wie „Deutschland bewegt sich“² zeigen auf, dass in der Mobilitätsgesellschaft, die sich in der Arbeitswelt fortschreitend zur Dienstleistungsgesellschaft entwickelt, die Menschen sich im Arbeitsleben immer weniger körperlich betätigen und bewegen. Deshalb müssen Sport und Bewegung aktiv in der Freizeit gestaltet werden. Der ungebrochene Zulauf, den Fitnessstudios, und Jedermann-Veranstaltungen im Laufen, Radfahren oder Triathlon haben, zeigt, dass sich zu bewegen ein tief verwurzeltes Ziel menschlichen Handelns ist. Nicht umsonst ist die größte Sanktion (in Form einer Gefängnisstrafe), die eine Gesellschaft gegen Menschen aussprechen kann, ihn seiner Freiheit und damit seiner Fähigkeit sich frei zu bewegen und mobil zu sein, zu berauben bzw. diese massiv einzugrenzen.

Für den Menschen als Individuum gehören Bewegung und Mobilität zu den wichtigsten Fähigkeiten für eine eigenständige Lebensgestaltung und sind damit Grundvoraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben. Sie ermöglichen und erhalten Teilhabe und Beziehungen im gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Leben und gestalten damit einen der wertvollsten Lebenszusammenhänge. Dieses wiederum macht die Erhaltung und Förderung der alltäglichen Bewegungsfähigkeit zu einer zentralen Aufgabe in der Pflege und Betreuung.

Mobilitätseinbußen sind die häufigsten Ursachen, die zu einer Pflegebedürftigkeit führen. Von den Pflegebedürftigen in Deutschland sind ca. 75 % der in stationären Pflegeeinrichtungen betreuten Senioren und über 60 % der zu Hause lebenden Senioren in ihrer Mobilität eingeschränkt. Bei 30 bis 40 % der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Einzug eine stetige Bettlägerigkeit ohne einen Krankheitsauslöser zu beobachten (DNQP 2014). Bei Menschen mit kognitiven Einbußen liegt dieser Prozentsatz sogar bei 50 bis 60 %. Demenzielle Erkrankungen führen oft unnötigerweise zu einer zunehmenden Immobilität. Dahinter verbirgt sich, dass bei der Diagnose Demenz alle anderen Diagnosen nicht mehr ihre entsprechende Beachtung finden, ja, dass Mobilität eher als störend,

z. B. bei Wandertendenz, empfunden und deshalb eher verhindert als gefördert wird.

Durch den Expertenstandard zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität“³ hat die Pflege in Deutschland diesem schon Rechnung getragen, da es Expertenstandards nur für die wichtigsten und zentralen Themen der Pflege geben soll. Ebenso deutlich wird dieses durch die Tatsache, dass sowohl im Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation⁴ und auch im Neuen Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit die Mobilität einen eigenständigen Themenbereich darstellt.

Dieses Buch soll Sie in der pflegerischen Praxis unterstützen, mehr Bewegung und Mobilität in den pflegerischen Alltag zu integrieren. Es soll ein Leitfaden sein, um die vorgestellten Konzepte und Modelle in die eigene Praxis zu integrieren, sie weiterzuentwickeln und selbst neue Ideen zu kreieren. Wunsch und Ziel ist es, der Mobilität und Bewegung mehr Raum im pflegerischen Alltag zu geben und damit den Menschen mehr Freiheit zu geben.

Wir fühlen uns dabei dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff⁵ und der klientenzentrierten Perspektive verpflichtet und betrachten das Thema aus der Perspektive der Fähigkeiten eines Menschen und nicht aus dem Blickwinkel seiner Defizite.

Die Grundthese ist, dass nicht durch künstlich aufgesetzte Maßnahmen und Interventionen, sondern durch kontinuierliche Förderung der Bewegung in den alltäglichen Handlungen und Verrichtungen eine signifikante Verbesserung bzw. Erhaltung von Mobilität bewirkt wird. Wir möchten in diesem Buch die Vielschichtigkeit des Themas Mobilität aufzeigen sowie den Zusammenhang von Bewegung und Beweglichkeit und den unterschiedlichsten Funktionseinbußen und Erkrankungen. Das Buch soll den Pflegenden als Handlungsanleitung dienen, Bewegungsförderung in den pflegerischen Alltag dauerhaft zu integrieren und somit ihrem pflegerischen Auftrag gerecht zu werden.

1.2 Definition und Mobilitätsverständnis im Rahmen von Pflege und Betreuung

1.2.1 Definitionen

Für den Begriff Mobilität gibt es allerdings noch keine eindeutige Definition. Dies liegt sicher darin begründet, dass Mobilität und Bewegung allgemein ein sehr facettenreiches und in Teilen nur schwer abgrenzbares Thema sind und sich auch in der Pflege im therapeutischen Team mehrere Professionen damit beschäftigen, so dass je nach Blickwinkel der Begriff unterschiedlich verstanden und mit Bedeutung versehen wird. Wir sprechen von der Mehrdimensionalität von Mobilität. Sehr häufig erfolgt eine Engführung auf den Begriff der Mobilisation (Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung bei Bettlägerigkeit und Durchbewegen von Gelenken) und der Motorik (Gesamtheit der vom zentralen Nervensystem kontrollierten Bewegungsvorgänge). Deshalb soll am Anfang unserer Betrachtungen die Darstellung unseres Verständnisses von Mobilität im Kontext von Pflege und Betreuung stehen. Unstrittig ist, dass Bewegung bzw. Mobilität heute als die wesentliche Voraussetzung dafür angesehen werden, dass der menschliche Körper funktioniert.

Allgemeinsprachliche Definitionen

Der Begriff Mobilität kommt vom lateinischen *mobilitas* (von *movere* = sich (fort)bewegen) und hat zwei Bedeutungen

1. Beweglichkeit, Schnelligkeit, Gewandtheit
2. Veränderlichkeit, Unbeständigkeit, Wankelmut

Der Duden⁶ führt für Mobilität zwei Bedeutungen auf:

1. Geistige Beweglichkeit

2. Soziologie Beweglichkeit (in Bezug auf den Beruf, die soziale Stellung, den Wohnsitz) Als Synonyme führt der Duden 1. (geistige) Beweglichkeit, Vitalität, Wendigkeit und 2. Anpassungsfähigkeit, Beweglichkeit, Flexibilität auf.

Pflegfachliche Definitionen

Der Pschyrembel⁷ definiert Mobilität als „Willkürliche Steuerung von Bewegungsabläufen und soziologisch Bewegung einer Person aus einer Position in eine andere innerhalb eines gesellschaftlichen Gebildes.“

Die ICNP⁸ definiert Mobilität als eine „Art von Motorik mit den spezifischen Merkmalen: willkürliche und psychomotorische Bewegung des Körperapparates, einschließlich der Koordination von Muskel- und Gelenkbewegungen wie Gleichgewicht halten, Körperpositionierung und Gehen“

Der Entwurf des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ definiert Mobilität „als die Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen“.⁹

Nach Wingefeld ist Mobilität „die körperliche Fähigkeit, sich über kurze Strecken, ggf. mit Hilfsmitteln, selbstständig fortzubewegen und selbstständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen.“¹⁰

Dem ähnlich wird in den neuen ab 01. 01. 2017 geltenden Begutachtungsrichtlinien für das Themenmodul 1: Mobilität formuliert: „Die Einschätzung richtet sich ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.“

Mobilität wird also verstanden als Eigenbewegung des ganzen Körpers, auch in liegender Position und über kurze Strecken.

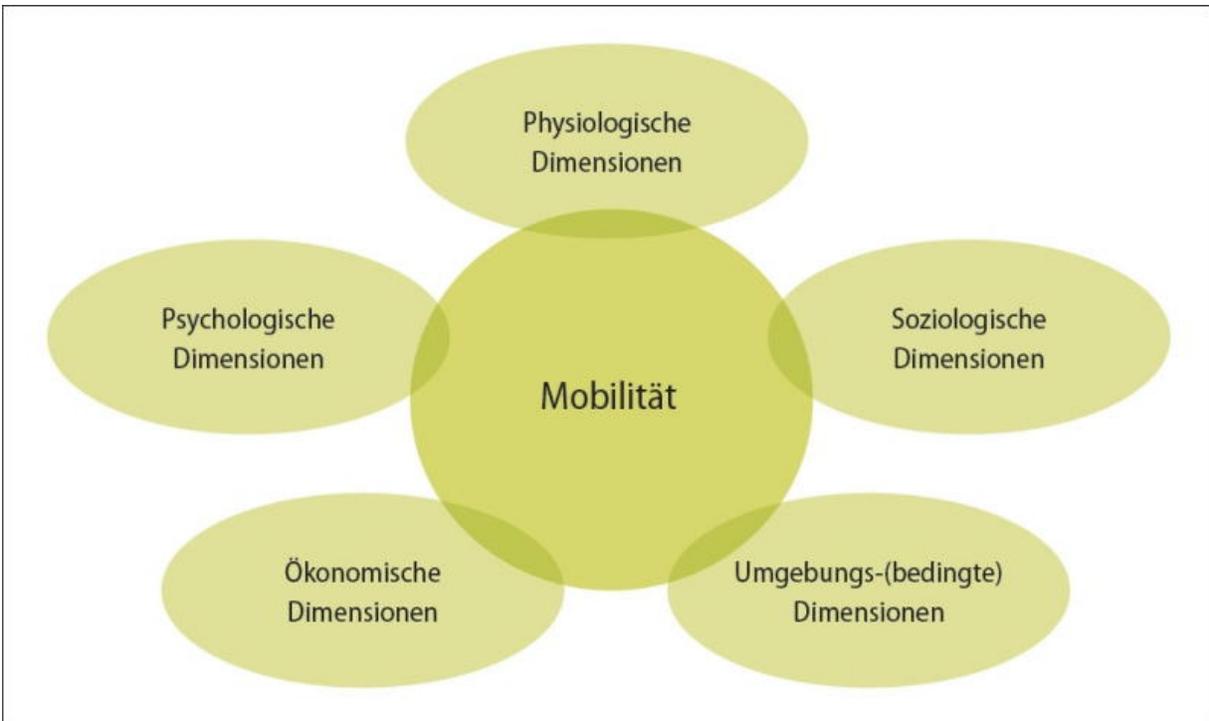
König/Zemlin definieren: „Bewegung ist ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen, zu dessen Befriedigung er vor allem Raum braucht bzw. eine Umgebung, die diesen Antrieb und das damit verbundene soziale Wohlbefinden unterstützt und nicht verhindert“.

Obwohl wir den Aufbau der Fachthemenreihe am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff orientieren, möchten wir pflegfachlich den Mobilitätsbegriff weiter fassen, denn Pflege und Pflegefachlichkeit sind mehr als die Erfassung des richtigen Pflegegrades.

Mobilitätsverständnis

Aus all diesen Definitionen resultiert für uns, dass Mobilität sich aus einem aus fünf Dimensionen bestehenden Pflegephänomen definiert.

3. Physiologisch – willentliche Steuerung der Motorik (incl. der Fähigkeit des Körpers dieses zu tun)
4. Psychologisch – Willen zur Mobilität/Bedürfnisbefriedigung
5. Soziologisch – Bewegung im Raum
6. Umgebungsbedingungen – Raum, Freiheit, Möglichkeit
7. Ökonomisch – Fähigkeit zur Umsetzung



Grafik 1.2: Mehrdimensionalität von Mobilität

Da es in erster Linie um die Erhaltung und Förderung der alltäglichen Bewegungsfähigkeit geht, liegt unser Hauptfokus auf der ersten, der physiologischen Dimension. Allerdings immer so, dass wir die anderen Dimensionen mit im Blick behalten.

1.3 Normalitätsbewegung

Die alltägliche Bewegungsfähigkeit bezeichnen wir als Normalitätsbewegungen, in Anlehnung an das Normalitätsprinzip, wie es von Erwin Böhm in seinem „Psychobiografischen Pflegemodell“ beschrieben wird. Böhm greift hier auf das Reformkonzept des „Normalisierungsprinzips“ zurück, wie es schon in den 1950er-Jahren in der Behindertenhilfe durch Bank-Mikkelsen begonnen und dann vor allem von Nirje und Wolfensberger weiterentwickelt wurde. Ein „Blick über den Zaun in Nachbars Garten“, zu den Kolleginnen und Kollegen der

Heilerziehungspflege lohnt sich hier also durchaus. Wir möchten mit dem Begriff der Normalitätsbewegung den Blick dafür schärfen, Alter und die damit verbundenen Prozesse nicht zu pathologisieren¹¹, wie es z. B. manche Risikoeinschätzungen tun, die ein Alter über 80 Jahre schon per se als Risiko ansehen, sondern den Blick auf die einzelne individuelle Person lenken und was für diese Person normal ist. Dies gelingt nur, wenn wir einen Perspektivwechsel vornehmen und versuchen, mit den Augen des pflegebedürftigen Menschen zu schauen.

1.1.3 Normalität

Wir Menschen sind Normalitätswesen. Die Grundlage unserer Anpassungsfähigkeit (und damit letztendlich unseres Überlebens) ist unsere Fähigkeit, Regelmäßigkeiten zu erkennen, in Formeln umzusetzen, zu Modellen zusammenzufassen und uns entsprechend zu verhalten.¹² Die Normalität (lat. norma = Regel) benennt ein Koordinatensystem, das im Alltag Grenzen für gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten und Erleben zieht, es liefert die Kriterien für die Zugehörigkeit oder den Ausschluss von einer Gesellschaft (Inklusion und Exklusion).¹³ Die Auffassung von Normalität (und Abnormalität als Gegensatz) kann sich durch einzelne Ereignisse ändern (vgl. die Einstellung zur Atomenergie nach Tschernobyl) oder aber auch durch gesellschaftliche Entwicklungen (vgl. z. B. die Einstellung zur Homosexualität).

1.1.2 Psychobiografisches Modell

Der österreichische Pflegewissenschaftler Prof. Erwin Böhm hat sein psychobiografisches Pflegemodell in der Praxis für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen entwickelt und Anfang der 1980er-Jahre einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. Er geht in seinem

ganzheitlichen Ansatz „Der Mensch lebt nicht vom Brot allein“ davon aus, dass der Mensch aus seiner Seele und seinem Antrieb heraus lebt und dass Körper, Seele, Geist, soziales Umfeld und persönliche Geschichte (thymophysische Biografie) in einem ständigen Zusammenhang stehen, in dem sie einander bedingen und aufeinander wirken.



Grafik 1.3: Thymophysische Biografie nach Prof. Erwin Böhm

Ausgehend von der thymophysischen Biografie ist das Pflegeziel eine Wiederbelebung der Altersseele. Böhm vertritt einen „reaktivierenden“ Ansatz „Helfen mit der Hand in der Hosentasche“, der versucht, dem Klienten wieder Selbstständigkeit zu vermitteln, ihn zu reaktivieren (auf seine biografisch erlernten „Copings“ zurückgreifen.¹⁴)

Der zentrale Begriff innerhalb des Pflegemodells ist das Normalitätsprinzip. Therapeutische Pflege kann nur unter Beachtung des Normalitätsprinzips geschehen. Als praktisches Beispiel führt Böhm hier auf, dass ein demenziell Erkrankter, der sich in einer Küche aus den 1920er-Jahren wohlfühlt, nicht in einer Küche, die dem Normalitätsprinzip der 1980er entspricht, therapiert werden kann.¹⁵ Böhm greift hier auf das Reformkonzept des „Normalisierungsprinzips“ zurück, wie es schon in den 1950er-Jahren in der Behindertenhilfe durch Bank-Mikkelsen begonnen und dann vor allem von Nirje und Wolfensberger weiterentwickelt wurde.¹⁶

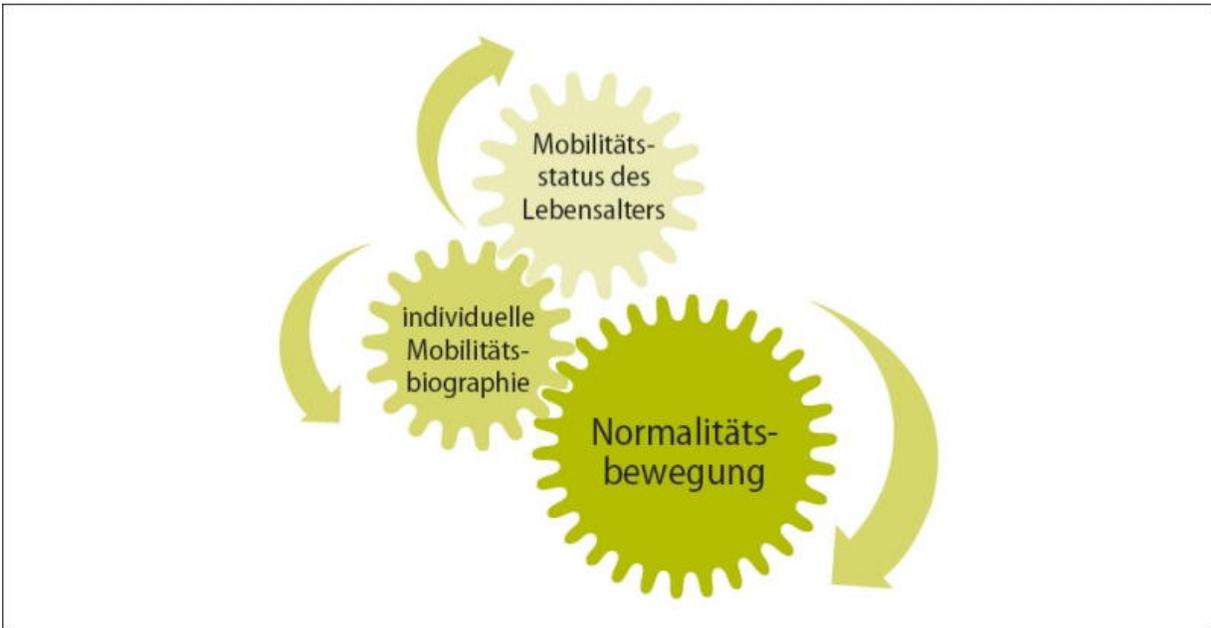
1.1.3 Normalitätsbewegung

Wir haben den Begriff Normalitätsbewegung in Anlehnung an das „Normalitätsprinzip“ gewählt, wie ihn Erwin Böhm in seinem psychobiografischen Pflegemodell eingeführt hat. Geprägt durch Sozialisation, Kultur und Erfahrung entwickelt jeder Mensch innerhalb seiner Biografie eine persönliche „Lebensform“ mit individuellem „normalen“ Verhalten und Handeln. Somit gibt es bei der Beurteilung des Mobilitätsstatus jeder Person einerseits eine individuelle, biografisch bedingte psychosoziale Perspektive und andererseits eine eher allgemeine somatische Perspektive, die Normalitätsbewegung in Beziehung zum Lebensalter beurteilt. Dabei ist z. B. bei einem 75-Jährigen eine mäßige Einschränkung der Freiheitsgrade der Gelenke, eine geminderte Muskelkraft und eine reduzierte Herz-Lungen-Leistung als völlig normal anzusehen, bei einem 30-jährigen ist dasselbe als pathologisch und behandlungswürdig anzusehen. Den Gegenpol zur Normalität stellt die Störung bzw. die Abweichung vom Normalitätsprinzip des Einzelnen dar. Im Mittelpunkt steht dabei die Erfassung des Interventionspotenzials: „Welche therapeutischen, beraterischen oder korrektiven Maßnahmen können oder sollen eingeleitet werden, um den Störungswert eines Verhaltens oder Erlebens so zu verändern, dass sie den normativen Erwartungen (...) besser entsprechen.“¹⁷

Handlungsbedarf besteht aber nur, wenn es zu einer dauerhaften Abweichung kommt. Das lässt sich gut am Beispiel Sturz erklären. Ein einmaliger Sturz, z. B. bei Glätteis, erfordert in der Regel noch keine Intervention, da er ja keine prinzipielle Störung der Mobilität anzeigt. Ein Interventionspotenzial ist dann angezeigt, wenn es z. B. zu mehreren Stürzen beim Aufstehen in einem kurzen Zeitraum kommt.

Um die Normalitätsbewegung eines Pflegekunden adäquat zu beurteilen, muss die Pflegefachkraft ihre eigenen Vorstellungen von Normalitätsbewegung bzw. die Abweichung davon dekonstruieren, sodass die Vorstellung von Normalität eine Entsprechung zur Biografie und Lebenssituation des Einzelnen hat. Es gilt die Polarität von Normalität und Abweichung zugunsten einer Sichtweise zu ändern, die

nach den benötigten Ressourcen fragt, die ein Mensch in einer spezifischen Lebenssituation benötigt, um zu einer souveränen Lebensführung zu gelangen.



Grafik 1.4: Verzahnung Normalitätsbewegung

Der Begriff „Normalitätsbewegung“ stellt dann den individuellen, personalen Maßstab dar, mit dem entschieden wird, ob eine Intervention notwendig ist und wenn ja, welche.

Normalitätsbewegung ist die personell anzustrebende Bewegungsfähigkeit eines Individuums.

Im Idealfall deckt sich dabei das vom Klienten bzw. seinen Angehörigen Gewünschte mit der professionellen Einschätzung des pflegerisch-therapeutischen Teams. In der Regel wird hier ein Verständigungsprozess stattfinden müssen.

1.4 Bewegung und Gesundheit

Die WHO empfiehlt ein Mindestmaß von körperlicher Aktivität von 2,5 Stunden pro Woche, da aber 82 % der 60 - bis 69-Jährigen und 86,4 % der 70 - bis 79-Jährigen deutlich unter diesem Wert bleiben, hat die BZgA u. a. die Aktion „Älter werden in Balance“¹⁸ ins Leben gerufen.

In archaischen nicht sesshaften Gesellschaften war derjenige dem Tod geweiht, der nicht mehr laufen, jagen, ggf. vor Gefahren fliehen konnte. In unserer modernen Gesellschaft, mit ihrer gewandelten Arbeitswelt (Dienstleistungen statt Industrie und Handwerk) und ihren technischen Errungenschaften werden Bewegung und körperliche Anstrengung sehr oft durch Technik ersetzt oder erleichtert. Deshalb stellt körperliche Inaktivität mit 6 % den viertgrößten Risikofaktor für die globale Mortalität dar.¹⁹ Das Beispiel der Entscheidung zwischen Rolltreppe/Aufzug oder Treppe zeigt aber auch, dass zum einen die Motivation sich zu bewegen von der Einstellung und dem Lebensstil des Einzelnen abhängt und zum anderen gerade dieses Hilfsmittel Menschen mit einem Handicap ein selbstständiges Leben ohne personelle Hilfe ermöglicht. Hier zeigt sich im Kleinen das Dilemma technischen Fortschritts als Fluch und Segen.

Eine Reihe von Studien bzw. deren Ergebnisse „zeigen eine starke Evidenz dafür, dass regelmäßige körperliche Aktivität eine Vielzahl von Krankheitsrisiken bei Erwachsenen senken kann“.²⁰ Regelmäßige Bewegung aber senkt nicht nur Krankheitsrisiken, sondern hat auch einen positiven Einfluss auf Körper, Geist und Seele. Bewegung ist wirksam in der Primärprävention von kognitiven Abbauprozessen und verlangsamt diese bei Auftreten. Zudem hat sie einen positiven Einfluss auf die Vermeidung kardiovaskulärer Krankheiten.²¹ Bewegung stärkt auch die Psyche und das Wohlbefinden, insbesondere in der Prävention von Depressionen und wirkt Stress- und Angstsymptomen entgegen.



Grafik 1.5: Auswirkung von Mobilität

Da Mobilitätsbeeinträchtigungen neben kognitiven Einbußen der wichtigste Grund für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit sind,²² stellt die Erhaltung und Förderung der Mobilität eine wichtige pflegerische Aufgabe dar.

Häufig sind Mobilitätsbeeinträchtigungen auch die Folgeerscheinungen von Krankheiten, beispielsweise eines Schlaganfalls. Die dadurch entstandenen Beeinträchtigungen können aber heute zumeist durch gezieltes körperliches Training und geeignete Hilfsmittel weitestgehend kompensiert werden. Deshalb ist die Erhaltung und Förderung der Mobilität durch professionelle Pflege Gesundheitsprävention, indem zum einen weiteren Risiken wie Stürzen und Bewegungseinschränkungen vorgebeugt wird (physiologische Dimension) und zum anderen ganz praktisch durch die Teilnahme an Gruppenangeboten und Aktivitäten zur Bewegungsförderung und -erhaltung der sozialen Isolation entgegengewirkt wird (psychologische Dimension). Ziel ist es, auch im Alter den Alltag möglichst selbstständig bewältigen zu können und somit eine größtmögliche Autonomie zu erhalten und durch Bewegung den Alterungsprozess positiv zu beeinflussen.

1.5 Der physiologische Alterungsprozess

Mit fortschreitendem Alter kommt es zu einem Abbau in den Organen, Geweben und Funktionen, die physiologischen Veränderungen führen zu Funktionseinschränkungen im Alter. In der folgenden Tabelle werden physiologische Veränderungen aufgeführt, die einen signifikanten Einfluss auf die Mobilität haben.



Kategorie	Physiologische Veränderungen	Auswirkungen
Muskeln	■ Ab dem 40. Lebensjahr nehmen Muskelstärke und Kraft ab	■ Defizite in Stärke und Krafterhöhen das Risiko von Behinderung und

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Muskelmasse verringert sich ab 40 (verstärkt ab 65 bis 70). Die Beinmuskulatur ist am stärksten betroffen. ■ Motorik einfacher und sich wiederholender Bewegungen ist verlangsamt. Die Reaktionszeit ist verlängert ■ Flexibilität und Bewegungsradius der Gelenke nehmen ab, insbesondere bei Frauen ■ Elastizität der Muskeln und Sehnen nimmt ab 	<p>Mortalität</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verminderte Muskelkraft ■ Beeinflusst viele Funktionen des täglichen Lebens, erhöht Verletzungsgefahr und Lerngeschwindigkeit ■ Verringerte Flexibilität kann das Risiko von Verletzungen, Stürzen und Rückenbeschwerden erhöhen
Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> ■ Veränderungen der Sensorik, Motorik und Kognition beeinflussen biomechanische Prozesse wie Sitzen, Stehen, Fortbewegung und die Balance ■ Gehgeschwindigkeit ist reduziert, Schrittlänge verkürzt, Schrittunsicherheit ■ Maximale Treppensteighöhe ist reduziert, weist auf den Einfluss von Beinkraft, Muskelkoordination und Balance hin 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beeinträchtigte Balance ■ fördert die Angst vor Stürzen und kann daher Mobilität einschränken ■ Beeinträchtigt Bewegungsabläufe und erhöht das Sturzrisiko ■ Beeinträchtigt Mobilität
Knochendichte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Höchste Knochendichte mit Ende 20, dann kontinuierliche Abnahme. Insbesondere Frauen haben nach der Menopause stärkeren Knochenverlust (2 bis 3 %/Jahr) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Osteoporose erhöht das Risiko von Knochenbrüchen

Tabelle 1.1: Physiologische Veränderungen

Neben altersphysiologischen Veränderungen gibt es auch weitere flexible Variablen, die einen Einfluss auf den Alterungsprozess haben, wie z. B.:

- Inaktivität

- Rauchen
- Ernährung
- Lebensstil
- Psychosoziale Faktoren

1.6 Kernkompetenzen zur Bewegung

Körperliche Aktivität wurde in Studien als der wichtigste Faktor für ein „gutes Altern“ identifiziert und hat einen positiven Einfluss auf den physiologischen Alterungsprozess.²³

Die Bewegungsfähigkeit setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen, den sogenannten Kernkompetenzen.²⁴ Ihr Zusammenspiel ist die Grundlage für die Bewegungsfähigkeit. Im Alter lassen die Kräfte nach und es kommt zu einem natürlichen Abbau durch den Alterungsprozess, Inaktivität führt zu einer Beschleunigung des Abbaus.

Die Kernkompetenzen zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern ist ein zentrales Element, um im Alter mobil und aktiv zu bleiben.



Grafik 1.6: Körperliche Kernkompetenzen zur Bewegungsfähigkeit

1.6.1 Muskelkraft

Sie ist die wichtigste Kernkompetenz für die Mobilität. Wenn die Muskelkraft nachlässt, kommt es zu Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit. Selbstständige Positionswechsel werden schwieriger, die Fähigkeit zum Aufheben und Tragen von Gegenständen ist eingeschränkt. So kann der Mensch beispielsweise nicht mehr alleine aufstehen oder seine Einkäufe nach Hause tragen.

Muskelkraft zu trainieren ist bis ins hohe Alter möglich und notwendig, denn Muskeln werden zur Bewältigung des Alltags gebraucht, die Eigenständigkeit wird erhalten und die Sturzgefahr reduziert. Muskeln verhindern den Abbau von Knochenmasse im Alter und schützen die Gelenke vor Schmerzen.

Die wichtigsten Muskelgruppen zur Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter:

1. Beinmuskeln (vor allem die vorderen Oberschenkelmuskeln)
2. Arm- und Schultermuskeln
3. Rücken- und Bauchmuskeln

1.6.2 Balance und Standfestigkeit

Wer nicht sicher stehen kann und schnell aus dem Gleichgewicht kommt, wird unsicher, es kommt vermehrt zu Stürzen und/oder die Inaktivität nimmt aufgrund der Angst vor Stürzen oder Hilflosigkeit zu. Balance und Standfestigkeit sind notwendig, um den Alltag zu bewältigen.

1.6.3 Beweglichkeit

Durch den Abbauprozess von Muskeln, Sehnen und Bändern wird der Mensch zunehmend unbeweglicher. Dies behindert ihn in seiner Eigenständigkeit und bei der Selbstversorgung und erschwert alle Bewegungsabläufe. Er wird in seiner Bewegungsfähigkeit zunehmend langsamer. Nicht nur der Alterungsprozess, sondern auch Inaktivität fördert diese Abbauprozesse.

Gelenke, die inaktiv bleiben, werden steif, und Bewegungen werden zunehmend schmerzhaft. Langes Sitzen beeinflusst die Beweglichkeit besonders negativ.

Beweglichkeit ist wichtig:

- um an alle Dinge heranzukommen, die man erreichen will
- um die für die Alltagsbewältigung nötige Fingerfertigkeit zu erhalten
- um den Kopf drehen zu können und damit auch die nähere Umgebung überblicken zu können, z. B. Orientierung, Straßenverkehr
- um Kleidung anziehen, Knöpfe schließen und Rücken und Füße waschen zu können.

1.6.4 Ausdauer- und Gehfähigkeit

Sind die Bewegungen nicht mehr fließend und raumgreifend, kommt es zu Einbußen in der Beweglichkeit. Der Mensch zieht sich immer mehr zurück und die Gefahr der sozialen Isolation besteht.

Dabei ist die Gehfähigkeit wichtig, um sich fortbewegen und Hindernissen ausweichen zu können und um Stürze zu vermeiden.

Die Ausdauerfähigkeit ist wichtig, um längere Wegstrecken bewältigen zu können und durch längere Spaziergänge präventiv Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes entgegenzuwirken.

1.6.5 Geistige Aktivität

Körperliche Aktivität hat einen positiven Einfluss auf die geistige Leistungsfähigkeit. Wer sich regelmäßig körperlich bewegt, beugt den Abbauprozessen im Gehirn vor.

Durch eine gezielte Förderung der Alltagsbewegungen in Kombination mit bewegungsfördernden Aktivitäten und die Teilnahme an Bewegungsgruppen können die Kernkompetenzen trainiert und gefördert werden.

1.7 Risikofaktoren für Mobilitätseinschränkungen

Es gibt zahlreiche Faktoren, die einen fortschreitenden Verlust der Mobilität begünstigen, die jedoch keine Hinweise auf die spezifischen Risiken pflegebedürftiger Menschen geben. Mit zunehmendem Alter kommt es bei nahezu jedem Menschen zu einem Rückgang des Aktivitätslevels und auch Mobilität und Beweglichkeit lassen nach. Das Bewegungsmuster verändert sich. Im Bereich der Bewegung arbeiten verschiedene Organsysteme zusammen, deren Beeinträchtigungen einen Einfluss auf die Beweglichkeit des Menschen haben.

Im Entwurf des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ werden drei Risikobereiche für mögliche Mobilitätseinschränkungen benannt:

Risikobereiche für Mobilitätseinschränkung	
Physische Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none">■ Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats■ (Muskeln, Gelenke)■ Nervensystem