

Angelika Zegelin

«Festgenagelt sein»

Der Prozess des Bettlägerigwerdens

2., ergänzte Auflage



Angelika Zegelin
«Festgenagelt sein»

Verlag Hans Huber
Programmbereich Pflege

Beirat

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund

Jürgen Osterbrink, Salzburg

Doris Schaeffer, Bielefeld

Christine Sowinski, Köln

Franz Wagner, Berlin

HUBER



Angelika Zegelin

«Festgenagelt sein»

Der Prozess des Bettlägerigwerdens

2., ergänzte Auflage

Verlag Hans Huber

Angelika Zegelin. Hon.-Prof. Dr., Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Mag. Erziehungswissenschaft. Pflegewissenschaftlerin und Curriculumsbeauftragte an der Uni Witten-Herdecke. Honorarprofessorin an der Fachhochschule Rheine.

Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft), Stockumerstr. 12, DE-58453 Witten

E-Mail: Zegelin@uni-wh.de

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann

Herstellung: Daniel Berger

Umschlagillustration: pinx. Winterwerb und Partner, Design-Büro, Wiesbaden

Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: AALEX Buchproduktion GmbH, Großburgwedel

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaften ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber

Lektorat: Pflege

Länggass-Strasse 76

CH-3000 Bern 9

Tel: 0041 (0)31 300 45 00

Fax: 0041 (0)31 300 45 93

verlag@hanshuber.com

www.verlag-hanshuber.com

2. Auflage 2013

© 2013, 2005 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95260-4)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75260-0)

ISBN 978-3-456-85260-7

Inhalt

Geleitwort (Ruth Schröck)	13
Vorwort	15
Zusammenfassung	17
Einleitung	19
1. Der Erkenntnisstand zur Bettlägerigkeit	21
1.1 Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit	21
1.2 Vorkommen von Bettlägerigkeit	22
1.3 Einstellung zur Bettlägerigkeit und anthropologische Grundlagen	24
1.4 Definitionen in Pflegeliteratur und Lexika	26
1.5 Pathophysiologische Auswirkungen von Bettlägerigkeit/Bettruhe	29
1.5.1 Medizinische Diskussionen zur Verordnung von Bettruhe	30
1.5.2 (Patho-)physiologische Auswirkungen des Liegens	30
1.5.3 Sensorische und psychische Auswirkungen des Liegens	33
1.5.4 Strukturelle Aspekte zur Bettlägerigkeit	35
1.5.5 Kognitive Einbußen durch Rückzug	38
1.5.6 Erfahrungen von liegenden Menschen	40
1.6 Nomenklaturen, Konzepte und Theorien	41
1.6.1 Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	41
1.6.2 Die Taxonomie der US-amerikanischen Pflegediagnosen	42
1.6.3 Konzeptanalyse «Mobilität»	43
1.6.4 Immobilität als «Pflegekonzept»	44
1.6.5 Das Konzept «chronische Krankheiten»	45
1.7 Das Bett als besonderer Ort	46
1.8 Verordnetes Liegen – ein Erbe aus dem 19. Jahrhundert	49
1.8.1 Der Rückzug ins Bett als historisches Schonungskonzept	49
1.8.2 Das Beispiel Florence Nightingale	49
1.8.3 Der Rückzug ins Bett in der heutigen Zeit	52

1.9	Fazit der Literaturanalyse	52
1.10	Vorsensibilisierung durch die Befragung Pflegender	53

2. Methodologie 59

2.1	Problemstellung	59
2.2	Forschungsziel und Fragestellungen.	59
2.3	Der qualitative Untersuchungsansatz.	60
2.4	Grounded Theory.	62
2.4.1	Erkenntnistheoretische Einordnung	62
2.4.2	Entwicklung und Charakteristika der Grounded Theory.	64
2.5	Sample und Samplingstrategien.	66
2.5.1	Auswahl der Interviewpartner (Sample).	66
2.5.2	Stichprobenumfang	67
2.5.3	Feldzugang	67
2.5.4	Theoretical Sampling	71
2.5.5	Besonderheiten des Samples	72
2.6	Datenbestand	73
2.6.1	Beobachtung	73
2.6.2	Datenerhebung	74
2.6.3	Technik der Interviewführung	75
2.7	Datenanalyse	78
2.7.1	Offenes Kodieren.	78
2.7.2	Axiales Kodieren	80
2.7.3	Selektives Kodieren	81
2.7.4	Notizen im Forschungsprozess	81
2.8	Gütekriterien	83
2.9	Ethische Erwägungen	85

3. Ergebnisse I: Personen und Geschichten 89

3.1	Herr Kampmann	89
3.1.1	Beobachtung	89
3.1.2	Bericht.	90
3.2	Frau Schulz.	91
3.2.1	Beobachtung	91
3.2.2	Bericht.	92
3.3	Frau Merz.	93
3.3.1	Beobachtung	93
3.3.2	Bericht.	94

3.4	Frau Schmidt	96
3.4.1	Beobachtung.	96
3.4.2	Bericht	97
3.5	Frau Winter	98
3.5.1	Beobachtung.	98
3.5.2	Bericht	99
3.6	Frau Meier	100
3.6.1	Beobachtung.	100
3.6.2	Bericht	101
3.7	Frau West	104
3.7.1	Beobachtung.	104
3.7.2	Bericht	104

4. Ergebnisse II: Das Phasenmodell mit beeinflussenden Faktoren 107

4.1	Der erste Faktor: Individualität	108
4.2	Der zweite Faktor: Liegepathologie und kognitive Einbußen	110
4.3	Der dritte Faktor: Krankheitsausprägung und Komplikationen	111
4.4	Der vierte Faktor: Weltsicht und Bewältigung.	111
4.5	Der fünfte Faktor: Die Pflegenden – Einstellung, Wissen, Möglichkeiten	113
4.6	Die erste Phase: Instabilität	114
4.7	Die zweite Phase: Ereignis	115
4.7.1	Klinikaufenthalt aus verschiedenen Gründen	115
4.7.2	Sturzereignisse mit und ohne Klinikaufenthalt	117
4.7.3	Rehabilitationsmaßnahmen.	118
4.7.4	Situation des Transfers	119
4.8	Die dritte Phase: Immobilität im Raum	119
4.8.1	Transfersituation «Gezerre»	121
4.8.2	Möblierung im häuslichen Bereich und im Altenheim	122
4.8.3	Rücksichtnahme.	124
4.8.4	Geglückte Mobilisation	126
4.8.5	Liegepathologie in der Phase der Immobilität im Raum	127
4.9	Die vierte Phase: Ortsfixierung	128
4.9.1	Sich einrichten	129
4.9.2	Selbstbestimmte Wechsel	130
4.9.3	Beschäftigung und Langeweile	130
4.9.4	Bewusstwerdung, Schlüsselereignisse und familiäre Geschehnisse.	131
4.9.5	Hilfen zur Mobilitätsförderung	135
4.9.6	Krankheitsbewältigung in der Phase der Ortsfixierung	137

4.10	Die fünfte Phase: Bettlägerigkeit.	140
4.10.1	Zeitverlust.	141
4.10.2	Die Pflegenden – Einstellung, Wissen, Möglichkeiten	141
4.10.3	Verlust an Handlungsmöglichkeiten und Abhängigkeit von Hilfe	142
4.10.4	Warten müssen	142
4.10.5	Sich nicht ernst genommen fühlen, keine Ansprache mehr haben.	143
4.10.6	Territorium, Radius und persönlicher Raum	144
4.10.7	Zuhause: Räume nicht mehr nutzen.	144
4.10.8	Verlust des persönlichen Raumes	144
5. Integration der Ergebnisse zur Kernkategorie		147
5.1	Instabilität	148
5.2	Ereignis und Unterordnung	149
5.3	Schicksalhafter Verlauf durch Einflussfaktoren	151
5.4	Immobilität im Raum durch fehlende Mobilisierungshilfen	152
5.5	Mangelnde Aktivierung trotz aktivierender Pflege.	154
5.6	Abnehmender Bewegungsradius	156
5.7	Zentrale Kategorie: allmähliche Ortsfixierung	157
6. Diskussion und Erkenntnisgewinn		159
6.1	Theoretische Relevanz des Phasenmodells.	159
6.2	Das Konzept «Bettlägerigkeit»	164
6.2.1	Definitive Aussage zur «Bettlägerigkeit»	164
6.2.2	Faktoren und Formen der Bettlägerigkeit.	165
6.2.3	Zeitverfall	167
6.2.4	Lägerigkeit als Daseinsstrategie.	168
6.3	Praktische Relevanz der Untersuchung	169
6.3.1	Schließen von Versorgungslücken.	169
6.3.2	Anwendung umfassender Aktivierungskonzepte	171
6.3.3	Sturzprophylaxe	173
6.3.4	Bedarfsorientierte Ausstattung mit Möbeln und Hilfsmitteln	175
6.3.5	Rollstühle nach Maß	177
6.3.6	Anpassung an die Gegebenheiten	179
6.3.7	Aufnahme des Themas Bettlägerigkeit in die Pflegeausbildung	179
6.4	Erkenntnisgewinn.	180

7. Methodische und inhaltliche Reflexion	181
7.1 Glaubwürdigkeit der Ergebnisse	181
7.2 Grenzen der Studie	183
7.3 Vorschläge für weitere Forschungen	183
8. Schlussbemerkungen	187
9. Ergebnisse aus Praxis-Projekten	189
9.1 Bestätigung früherer Ergebnisse	189
9.2 Orientierung der Praxisprojekte	190
9.3 Ablauf der Praxisprojekte I	191
9.3.1 Analysephase	191
9.3.2 Umsetzungsphase	192
9.4 Ergebnisse aus den Praxisprojekten	192
9.4.1 Pflegeprozess, -dokumentation und Einschätzung	192
9.4.2 Physiotherapie	199
9.4.3 Angebote für bereits bettlägerige Menschen	199
9.4.4 Institutionalisierung	199
9.4.5 Wertschätzung	200
9.4.6 Biografische Orientierung	201
9.4.7 Architektur und Raumnutzung	202
9.4.8 Lage der Einrichtung, Umgebung, Natur	203
9.4.9 Möglichkeiten zum Spazierengehen im Haus	203
9.4.10 Normalitäts- und Alltagsorientierung, Einzugsmanagement	203
9.5 Ablauf der Praxisprojekte II	204
9.5.1 Arbeitsgruppe Mobilität	205
9.5.2 Das Drei-Schritte-Programm	206
9.5.3 Evaluation	206
9.5.4 Nachhaltigkeit	208
9.6 Schlussgedanken	210
9.6.1 Renaissance der Bewegung	211
9.6.2 Bewegung und Demenz	211
9.6.3 Menschen brauchen Bewegung	212
9.7 Anhang – Beispiel einer Fallanalyse – Frau Bayer	212
9.7.1 Interview	212
9.7.2 Auswertung der Fragebögen	214
9.7.3 Pflegedokumentation	216
9.7.4 Ergebnisse der Fallbesprechung	216

Nachwort zur 2. Auflage	219
Literaturverzeichnis	221
Autorin	227
Sachwortverzeichnis	229

Ich habe es sehr deutlich bemerkt,
dass ich oft eine andere Meinung habe, wenn ich liege,
und eine andere, wenn ich stehe.

Georg Christoph Lichtenberg

Geleitwort

Wenige wissen, dass die Pionierin der modernen Krankenpflege, Florence Nightingale, die letzten dreißig Jahre bis zu ihrem Tode 1910 im Bett liegend verbrachte. Trotz Phasen akuter Krankheit bewältigte sie bis in ihr hohes Alter (sie starb in ihrem 90. Lebensjahr) eine beträchtliche Arbeitslast und übte Kontrolle und Macht nicht nur in ihrem unmittelbaren Umfeld aus. Sie war im gebräuchlichen Sinne des Wortes bettlägerig, doch wie es dazu kam, ist nicht leicht ersichtlich. Abgesehen davon, dass den Medizinerinnen des 19. Jahrhunderts nur wenige effektive Heilmittel zur Verfügung standen und Bettruhe verbunden mit großzügigen Gaben von Laudanum (einer Opiumtinktur) eine bevorzugte Behandlung war, bildete der Rückzug ins Bett einen Weg, unerträglichen Familiendynamiken oder anderen Stressoren zu entgehen.

Bettlägerigkeit hat keine unikausale Verbindung mit einer spezifischen Pathologie, ob physischer oder psychischer Herkunft, abgesehen vielleicht von einem schweren Hirnschädel- oder Wirbelsäulentrauma, das den Menschen lähmt oder bewusstlos macht. So ist es auch nicht verwunderlich, dass es sehr unterschiedliche Auffassungen gibt, was einen Menschen bettlägerig macht und wie sich dieser Zustand gestaltet. Genauso wenig, wie wir wissen, was wir als Bettlägerigkeit bezeichnen sollen (ist jemand weniger bettlägerig, wenn er anstatt im Bett zu liegen immobil in einem Rollstuhl sitzt?), wissen wir auch kaum, welche Auswirkungen schon wenige Tage erzwungener Bettruhe auf einen Menschen haben können. Noch immer ist das Kranksein eng mit der Vorstellung verbunden, dass ein kranker Mensch ins Bett gehört. Und das ist auch ein Grund, dass Bettlägerigkeit in vielen Formen ein alltägliches Phänomen in der Pflege ist.

Angelika Zegelin ist neugierig, sagt sie. Und besonders dann, wenn sie Ungereimtheiten bemerkt, einen gängigen pflegerischen Begriff nicht in den Stichwortverzeichnissen gängiger Pflegelehrbücher finden kann und erfährt, «wir haben keine bettlägerigen Bewohner», diese allerdings nicht im Bett, sondern unbeweglich und anscheinend unkomfortabel in Sesseln liegen. Zu den Grundregeln progressiver Pflege gehört es, den Patienten zu «aktivieren» – einer Aufgabe, der sich Pflegenden mit Gewissenhaftigkeit und Ausdauer widmen. Die «Transferleistungen» tauchen bestimmt in Leistungskatalogen und in der Pflegeversicherung auf. Es ist eine traditionelle Pflegeaufgabe, den Patienten aus dem Bett zu helfen, zu einem Stuhl oder Sessel zu befördern und ihn wieder ins Bett zu bringen. Die wichtige Frage bei all dem ist jedoch, ob sich durch die Veränderung in der Liege- und Sitzgelegenheit für den Patienten etwas zum Positiven hin verändert.

Angelika Zegelin hat diese komplexe Welt des Bettlägerigwerdens und Bettlägerigseins aus der Perspektive von 32 älteren bettlägerigen Menschen in einer fundierten qualitativen Untersuchung erkundet. Die qualitative Forschung geht nicht von vorverfassten Annahmen (oder Hypothesen) aus, sondern setzt es sich zum Ziel die Realität einer menschlichen Erfahrung zu ermitteln und sichtbar zu machen. In diesem Buch werden die Realitäten (und sie sind sehr unterschiedlich) von bettlägerigen Menschen lebendig. Da ist *Frau Meier*, die die Welt zu sich in ein angenehmes, helles Zimmer bringt, wo sie tagsüber sitzt oder liegt. Sie ist realistisch und zumeist optimistisch; das Leben lässt sich regulieren und gestalten.

Frau Schulz dagegen ist deprimiert, einsam und passiv. Sie führt ein Randdasein in einem Familienhaus: *«Ich liege doch hier immer alleine. Von morgens bis abends.»*

Mit einem Grounded-Theory-Ansatz kommt Angelika Zegelin nicht nur den wesentlichen Elementen, die das Bettlägerigsein bestimmen, sondern auch einem schleichenden Prozess auf die Spur, der zu einer zunehmenden Ortsfixierung, größerer Abhängigkeit und einem ungemeinen Verlust an Lebensqualität führt, der aber an vielen Punkten hätte unterbrochen und so eine unerwünschte Bettlägerigkeit vermieden werden können.

Dem Leser dieses Buches eröffnet sich eine bisher verschleierte Welt, in der insbesondere Pflegende in Praxis und Lehre viele eigene Erfahrungen widerspiegeln und reflektieren können, um dann doch Wege zu finden, Menschen vor diesem Schicksal bewahren zu helfen. Hier finden sich grundlegende Informationen und Texte zu wichtigen Themen: z.B. Liegefolgen, unterschiedliche Perspektiven zur Bettlägerigkeit, das Bett als ein besonderer Ort, Rückzug und Schonung sowie das verordnete Liegen als ein Erbe des 19. Jahrhunderts. Praktische Relevanz haben die verschiedenen Aktivierungskonzepte, die Sturzprophylaxe, angepasste Möbel, Rollstühle (ein besonders grimmer Aspekt der gängigen Versorgung) und andere Hilfsmittel. All dies, sollte man hoffen, wird in Zukunft Eingang in Pflegelehrbücher auf allen Ebenen finden – mit dem Stichwort «Bettlägerigkeit» im Index!

Wer immer noch glaubt, dass die Pflegeforschung nichts für die Praxis bringt, der sollte dieses Buch unbedingt kaufen oder sich zum Geburtstag schenken lassen.

Edinburgh und Witten, November 2004

Dr. Ruth Schröck
Professorin für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke

Vorwort

Zwei Beweggründe haben zur Bearbeitung des Themas geführt. Der erste Anlass ist vor allem Entdeckerfreude. Die Einsicht, dass ein in der Pflege so häufig verwendeter Begriff wie Bettlägerigkeit bisher ungeklärt ist und jeder etwas anderes darunter versteht und dass Bettlägerigkeit nicht als Stichwort in beruflichen Verzeichnissen geführt wird, hat meinen «Forschergeist» angeregt. Daneben leitet mich von jeher ein Interesse an sprachlichen Klärungen und vor allem an der Differenzierung pflegerischer Begriffe.

Der zweite Zugang speist sich aus vielerlei Erfahrungen mit Bettlägerigkeit im persönlichen Umfeld. Ich begleitete Menschen mit Schicksalen des jahrelangen Liegens, Personen unterschiedlichen Alters und mit verschiedenen Krankheiten. Aber ich erlebte auch schwer kranke Menschen, die in der letzten Zeit ihres Lebens noch mobil waren. Meinem Ehemann Helmut Zegelin blieb eine Phase langer Lägerigkeit erspart. Noch kurz vor seinem Tod unternahmen wir auf seinen Wunsch eine Reise nach Kanada; nur in den letzten Tagen seines Lebens konnte er das Bett nicht mehr verlassen – auch dies entsprach seinen Vorstellungen. In dieser Erinnerung möchte ich ihm meine Arbeit widmen.

Danksagung

Das Leben soll in siebenjährigen Zyklen verlaufen, ebenso lange hat die Arbeit an dieser Untersuchung gedauert. Sie vollzog sich gleichsam auch in einer Verlaufskurve mit unterschiedlichen Phasen der intensiven Arbeit, *Flow*-Erlebnissen, Unterbrechungen, Problemen des Wiederanfangens und zähen Ringens.

Viele Menschen haben mir in dieser Zeit geholfen, den Faden immer wieder aufzunehmen. Ich danke meiner Mentorin Prof. Dr. Ruth Schröck für ihre Klarheit und stete herzliche Unterstützung. Dr. Wilfried Schnepf, Freund und Kollege, ist nicht müde geworden, mir als Betreuer immer wieder wertvolle Hinweise zu geben – Dank schulde ich ebenso Corry Bosch, die mir in langen Gesprächen das Wesen der *Grounded Theory* näher gebracht hat.

Meine Kollegen und Kolleginnen im Institut für Pflegewissenschaft haben mich immer wieder ermutigt, die Dissertation fortzusetzen, Anneke de Jong und Dr. Charlotte Heinritz haben sich mit meiner Arbeit auseinandergesetzt, ebenso auch Christian Müller-Hergl und Dr. Andreas Gerlach. Allen voran danke ich Prof. Christel

Bienstein für ihre Unterstützung als Freundin und Institutsleitung, sie schafft es, allen im Institut Tätigen einen Rahmen zur Entwicklung und Vollendung beruflicher Ideen zu geben. Sabine Metzinger, MScN, hat die Interviews transkribiert und die Literatur zusammengestellt, Lena Oesterlen, BScN, hat den Text abschließend korrigiert und ihm ein «Gesicht gegeben» – beiden dafür vielen Dank.

Mein lieber Mann Emile hat mich in Phasen des Durchhängens immer wieder neu motivieren können, ähnlich positiv treibend waren auch die insistierenden Fragen von Freundinnen und Bekannten. In der Erhebungsphase war ich angewiesen auf die Hilfe verschiedener Mittelspersonen, stellvertretend möchte ich hier Annette Beckers, Birgit Kangowski und Sophia Chowdhury nennen. Danke an die bettlägerigen Menschen, die mir so bereitwillig über ihr Schicksal Auskunft gegeben haben. Last but not least: Die Untersuchung wäre nicht zustande gekommen, wenn nicht die Robert Bosch Stiftung ein Stipendium gewährt hätte, das mir in der ersten Phase der Untersuchung den Freiraum zur Datenerhebung eröffnete.

Angelika Zegelin

Zusammenfassung

Bettlägerigkeit ist ein alltägliches Phänomen der Pflege, trotzdem liegt kein differenziertes Wissen über Gründe, Formen, Entwicklung und Bewältigung von Bettlägerigkeit vor, auch über Prävention und Rehabilitation von Bettlägerigkeit ist nichts bekannt. Der Begriff Bettlägerigkeit wird beliebig eingesetzt, der Zustand ist nur grob umrissen. Eine Literaturanalyse ergab, dass lediglich die pathophysiologischen Folgen des Liegens hinreichend geklärt sind, weitere Aspekte dieses Phänomens jedoch kaum Beachtung finden. Manche Menschen werden frühzeitig bettlägerig, andere Kranke bleiben lange mobil. Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, Einblicke in die Entstehung von Bettlägerigkeit zu erhalten.

Den Hauptdatenbestand der vorliegenden Untersuchung bildeten 32 Interviews mit bettlägerigen, älteren Menschen. Die Befragten berichten über die Entwicklung aus ihrer Sicht. Es handelte sich um 19 Frauen und 13 Männer, die Hälfte lebte im Altenheim, die anderen wurden zuhause versorgt. Die Zeit der Bettlägerigkeit stellte sich unterschiedlich dar, sie reichte von Jahren bis zu einigen Tagen. Diese qualitative Studie folgte dem Forschungsstil der *Grounded Theory* nach Strauss und Corbin.

Als zentrale Kategorie bildete sich das Phänomen der «allmählichen Ortsfixierung» heraus. Bettlägerigwerden geschieht in einem schleichenden Prozess der zunehmenden Verwiesenheit auf einen Ort, zunächst die Wohnung, dann ein Sitzmöbel, einen Rollstuhl und schließlich das Bett. Die Entwicklung ist verbunden mit steigendem Hilfebedarf und ungünstigen Folgen wie der Liegepathologie, Interesseneinengung und Zeitverlust. Diese Folgen unterhalten wiederum die Abwärtsentwicklung. Die Untersuchung deckt einen phasenhaften Verlauf und eine Reihe von Einflussfaktoren auf diesen Prozess auf. Viele dieser Faktoren liegen in der betroffenen Person selbst und in ihrer Interaktion mit den Umständen, gegenseitige Rücksichtnahme spielt eine große Rolle. Andere Einflüsse liegen im strukturellen Bereich, zum Beispiel durch Zeitdiktate der Pflege, durch ungünstige Möblierung oder verzögerte Verordnung von Hilfsmitteln.

Ein großer Teil dieser einflussnehmenden Faktoren ist veränderbar – bei rechtzeitiger Erkennung und Vorbeugung könnte ein unfreiwilliges Schicksal langer Bettlägerigkeit für viele Betroffene vermieden werden.

Einleitung

In dieser Untersuchung geht es um die Erkundung von Ursachen und Formen von Bettlägerigkeit. Bettlägerigkeit ist eines der wichtigsten und geläufigsten Phänomene in der Pflege, zugleich aber auch ein Begriff aus unserer Alltagssprache. Fast jeder Mensch kann sich unter Bettlägerigkeit etwas vorstellen; dieser Zustand ist bekannt aus der Erfahrung, aus dem eigenen Umfeld, aus Film und Fernsehen oder aus der Literatur.

Und doch gibt es kaum systematisches Wissen über Bettlägerigkeit, insbesondere die Gründe, warum und wann Menschen schließlich bettlägerig werden, sind unbekannt. Eine medizinische Diagnosestellung erklärt nicht, warum im Krankheitsfortschritt der eine Mensch bettlägerig wird und der andere nicht. Verlaufsformen, «Karrieren» des Bettlägerigwerdens mit Weichenstellungen und Schlüsselmomenten sind bisher nicht beschrieben. Untersuchungen aus medizinischer Sicht erklären wohl die Pathophysiologie des Liegens, über psychische und soziale Auswirkungen und Bewältigungsformen für Betroffene und Angehörige finden sich jedoch keine Studien.

Unklar ist auch, was Bettlägerigkeit eigentlich ausmacht. Wird unter Bettlägerigkeit striktes Liegen verstanden, oder fallen unter diese Bezeichnung auch Menschen, die mit Hilfe ganz kurze Zeit «aufstehen» können? Würden sich Menschen selbst auch als bettlägerig bezeichnen, wenn sie nicht im Bett, sondern in einem anderen Möbel den Tag liegend verbringen müssen? Sind im Rollstuhl sitzende Menschen, unfähig zu jeder Bewegung, im Grunde auch bettlägerig?

Diese Untersuchung dient also der Beschreibung eines alltäglichen Gegenstands, wobei auch auf sonst wenig Beachtetes aufmerksam gemacht werden wird und «Selbstverständlichkeiten» in Frage gestellt werden. Eine Selbstverständlichkeit ist etwa die Einleitung des Sterbens mit einer mehr oder weniger langen Phase des im Bett Liegens. In früheren Zeiten haben sich Menschen auf das «Altenlager» begeben, sie haben kaum gegessen, und irgendwann endete ihr Rückzug mit dem Tod:

[...] sich nach einem langen und arbeitsreichen Leben einfach ins Bett gelegt und aufgehört zu sprechen, aufgehört, auf das was gesprochen wurde zu reagieren. (Thorsson, 2000, S. 194)

In der heutigen Zeit scheint es diese Form des Rückzugs nicht mehr zu geben, Bettlägerigkeit und mehr noch ihre Folgen werden zu medizinischen und pflegerischen Problemen.

Bettlägerigkeit hat beträchtliche Auswirkungen auf die Lebensgestaltung der Betroffenen. In der Regel wird ihre Autonomie stark eingeschränkt, und sie werden oft weitgehend abhängig von helfenden Personen. Im medizinisch-pflegerischen Umfeld wird der Begriff Bettlägerigkeit oft benutzt, doch, wie es scheint, in einer recht diffusen Art.

Die vorgestellten Unklarheiten lassen sich zusammenfassen in der Frage:

«Was ist Bettlägerigkeit?»

Diese Frage leitet die anschließende Literaturanalyse, der eine Spezifizierung der Forschungsfrage folgt.¹

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im gesamten Text nicht explizit nach geschlechtsneutralen Formulierungen gesucht. Wurde im Text die geschlechtsspezifische Schreibweise gewählt, so ist immer auch das andere Geschlecht gemeint.

1. Der Erkenntnisstand zur Bettlägerigkeit

In diesem Kapitel soll der bisherige Kenntnisstand zum Thema Bettlägerigkeit referiert werden. Den Hauptteil nimmt eine umfassende Vorstellung der relevanten Literatur ein, am Ende des Kapitels werden Ergebnisse einer Befragung Pflegender zu ihrem Verständnis von Bettlägerigkeit dargestellt.

Die Darstellung der bereits bekannten und publizierten Aspekte zum Thema Bettlägerigkeit zeigt, dass der Zugang weit über eine klassische Literaturrecherche hinausgehen muss. Bettlägerigkeit im hier verstandenen Sinn, nämlich als «differenziert verursachter Daseinszustand», findet sich nicht als Stichwort oder Kategorie in der Literatur. Neben der eigentlichen Datenbanksuche werden deshalb auch andere Recherchfelder wie vorhandene Nomenklaturen im Pflegebereich, Texte über Liegemöbel oder Aussagen über Liegen als «historische» Behandlungsform eröffnet.

1.1 Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit

Bettlägerigkeit scheint eng mit Pflegebedürftigkeit verbunden. Ein bettlägeriger Mensch ist unfähig, einen normalen Tagesablauf verglichen mit dem «beweglicher» Menschen zu gestalten, er setzt sich vielen Gefahren aus und ist hilfebedürftig bei zahlreichen Aktivitäten, z. B. bei der Nahrungsaufnahme, Kommunikation, Körperpflege und Ausscheidung.

Über Pflegebedürftigkeit liegen seit Einführung der Pflegeversicherung einige Aussagen und Zahlen vor. Aus pflegewissenschaftlicher/pflegepraktischer Sicht fehlt es allerdings bis heute an einer fundierten und akzeptierten Beschreibung von Pflegebedürftigkeit; damit verbunden fehlen Aussagen zur Theorie und Praxis von Bettlägerigkeit. So wird in § 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI als pflegebedürftig definiert, wer wegen einer Krankheit und/oder einer Behinderung bei der Ernährung, der Mobilität, der Körperpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens 6 Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf. Entsprechend der Art, der Häufigkeit und dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet, maßgeblich dabei sind vorgegebene Zeitwerte. Es handelt sich hierbei um einen sehr eingeschränkten Begriff von Pflegebedürftigkeit.

In den Begutachtungsrichtlinien des MDS² wird im Kapitel «Hilfebedarf und Aktivierende Pflege» die vollständige Immobilität mit Bettlägerigkeit gleichgesetzt:

[...] vollständige Immobilität ist ein Zustand, der sich als Folge mangelnder physischer oder psychischer Kräfte eines Patienten, häufig in Form einer sog. Bettlägerigkeit äußert. (MDS, 1997, S. 39)

Diese Aussage ist wenig hilfreich, zwei diffuse Begriffe werden hier zur gegenseitigen Erklärung angeführt. Ein bettlägeriger Mensch kann innerhalb seiner Liegestatt durchaus noch «mobil» sein, und umgekehrt kann ein vollständig immobiler, gelähmter Mensch durchaus seinen Alltag im Rollstuhl verbringen – ob die Ursache «Kräftemangel» der tatsächliche Grund für eine gegebene Immobilität ist, scheint auch fraglich.

1.2 Vorkommen von Bettlägerigkeit

Bettlägerigkeit scheint ein weit verbreitetes Phänomen zu sein, einige Zahlen über Pflegebedürftigkeit können dies illustrieren. 1996 erhielten 1,55 Millionen Bürger Leistungen aus der Pflegeversicherung, zu dieser Zeit war allerdings die stationäre Altenhilfe noch ausgenommen.

Die Untersuchungen von INFRATEST, die von Schneekloth et al. (1996) sowie Schneekloth/Müller (1997) durchgeführt wurden, liefern wichtige Daten zum Pflegebereich. Es wurden der Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten und Heimen vor Einführung der Nomenklatur der Pflegeversicherung erhoben. Ein ständiger Hilfebedarf wurde bei 372 000 Menschen festgestellt (Abstufung: täglich, mehrfach täglich, ständig), fast drei Viertel dieser Betroffenen waren älter als 65 Jahre. Die Gruppen sind nach demographischen Merkmalen gut untersucht worden, Art und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit sind jedoch nicht erhoben worden.

Im ersten Gesundheitsbericht für Deutschland (StBA, 1998) wird im Kapitel Pflegebedürftigkeit nur wenig ausgesagt; es werden die Leistungen der Pflegeversicherung vorgestellt und Befunde aus der genannten Untersuchung berichtet. 1999 verteilten sich die Leistungsempfänger zu 30,8 % auf die Pflegestufe I, zu 43,4 % auf die Pflegestufe II und zu 22,4 % auf die Pflegestufe III, der Rest verteilt sich auf nicht zuzuordnende Fälle (StBA, 2001).

Bickel (2001) referiert ebenfalls Zahlen von 1999 und gibt an, dass zur Jahresmitte 1,77 Millionen Versicherte pflegebedürftig waren – dabei entfallen 47,1 % auf die Pflegestufe I, 38,6 % auf die Pflegestufe II und 14,3 % mit Schwerstpflegebedürftigkeit auf die Stufe III. Bei der letzten Gruppe kann in der Mehrzahl Bettlägerigkeit unterstellt werden, obwohl der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Bettlägerigkeit nicht thematisiert ist – möglicherweise auch deswegen, weil Bettlägerigkeit bisher nicht näher beschrieben worden ist. Schwerste Pflegebedürftigkeit kann natürlich auch gerade dann bestehen, wenn der betroffene Mensch aktiv ist und sich in seiner Sicherheit gefährdet sieht. Da in der Grundkonzeption der Pflegestufen aber eher

2 Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen.