

## Mobilität: Klient/innen ambulanter Pflege

Von Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová, ASFH - Berlin<sup>1</sup>

### 1. Einführung

Diese Veranstaltung ist der Thematik „Pflege, Wohnen und Mobilität“ gewidmet. Mein Vortrag behandelt jedoch die alten Menschen, an die man selten denkt, wenn über die „Mobilität“, so wie sie in den Medien, der Alltagskultur der postmodernen Gesellschaft und zuweilen auch der Politik dargestellt wird, die Rede ist. Es geht mir um die pflegebedürftigen Klient/innen der ambulanten Pflege, die oft bettlägerig, in der Regel hochgradig bewegungseingeschränkt und funktionsbeeinträchtigt sind. Um meinen Zugang zu der Thematik an das Tagungsthema „Mobilität“ anzupassen, müsste mein Vortrag den Untertitel „die Mobilität der Immobilen“ tragen.

Es ist mein Ziel zu unterstreichen, wie wichtig die Mobilität dieser Menschen ist, die Pflege brauchen. Insbesondere will ich auf die Bedeutung der angemessenen Einschätzung, Förderung und Erhaltung von Restbeständen der Mobilität hinweisen, dieses gerade bei den Personen, deren „Mobilität“ kaum noch etwas zu tun hat mit der Vorstellung von den mobilen, hoch individualisierten Mitgliedern der Gesellschaft im 21. Jahrhundert, die sich berufsmobil und berufsflexibel entfalten, global denken, zu Urlaubsorten jetten, um sich dort gemäß dem jetzigen „Lifestyle“ von den Strapazen ihres mobilen und unbeständigen Alltags aktiv (eventuell mit extremen Sportarten) zu erholen.

Weil dieses Bild von Mobilität das derzeit dominierende ist, wird oft die „Mobilität der Immobilen“ übersehen. Das hat – gerade in der Pflege – oft weitreichende Konsequenzen, auf die ich in meinem Referat ebenfalls hinweisen möchte. Dabei verwende ich als Beispiel die Daten der sogenannten AD HOC Studie – einer Untersuchung von Klient/innen ambulanter Pflege.<sup>2</sup>

### 2. Bedeutung von Mobilität

„Mobilität“ hat eine herausragende Bedeutung - nicht nur für die gesunden Älteren und Alten, sondern auch und gerade für die Kranken und für Personen mit Einschränkungen der Funktionsfähigkeit:

- Sie ist die Voraussetzung von Unabhängigkeit und sozialer Integration. Mit der Einschränkung von Mobilität engst sich auch der Verhaltens- und Kontaktradius ein. Der Betroffene kann nicht mehr frei wählen, wohin, zu wem er /sie gehen will, er muss warten, bis ihn / sie jemand aufsucht. Er /sie wird auf Hilfe angewiesen. In Folge dessen wird aus einem in sozialen Beziehungen bisher gleichberechtigten Partner ein „Empfänger von Kontakten“. Der eigene Wunsch nach zwischenmenschlichen Beziehungen lässt sich nur mit großen Schwierigkeiten voll realisieren. Mal sagte mir ein Arzt, der gerade zuvor die Verschreibung eines kran

---

<sup>1</sup> Kurzfassung des Vortrags in einer von Albatros organisierten Veranstaltung zum Thema Pflege, Wohnen , Mobilität am 7. 11. 2003 in der Alice Salomon Fachhochschule in Berlin

<sup>2</sup> Die von der Europäischen Kommission geförderte Ad Hoc Studie = The AgeD in Home Care ist eine internationale Vergleichsstudie in 11 europäischen Ländern. Analysiert wird der Zustand von Pflegeempfängern in unterschiedlichen Systemen sowie die Wirkung von Pflege im Verlauf eines Jahres. Die Autorin dieses Beitrags ist für den deutschen Teil des Projekts zuständig.

kengymnastischen Gehtrainings für eine alte Dame, welche aus Angst vor Stürzen Ihre Wohnung nicht verlassen konnte, abgelehnt hat: „Ich weiß, was alten Menschen fehlt. Sie sind zu einsam. Die brauchen keine Krankengymnastik.“ Er übersah völlig, dass diese alte Frau durch Ihre Bewegungsprobleme einen großen Teil ihrer Chancen, Kontakte zu anderen Menschen zu bekommen, verloren hatte und dass in diesem Fall die Krankengymnastik ein geeignetes Mittel gegen die Einsamkeit darstellte! Es wird deutlich: die Mobilität entscheidet über soziale Beziehungen im Alter und nicht selten sogar über die Stellung des alten Individuums in unserer Gesellschaft.

- Die Unabhängigkeit von Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen ist meist mehr beeinträchtigt und gefährdet, als auf den ersten Blick wahrgenommen werden kann. Kaum eine Aktivität des menschlichen Lebens ist ohne Beweglichkeit möglich. Wenn wir „Mobilität“ umfassend definieren, d. h. sie nicht nur als den Transfer von einem Punkt zum anderen begreifen, sondern „die Beweglichkeit schlechthin“, werden wir erst ihrer Relevanz gewahr. Auch Sehen, Sprechen und viele andere Funktionen bestehen zum großen Teil aus Bewegungen! Umgekehrt sind sensorische und Kommunikationsprobleme sowie auch psychische und geistige Defizite Ursachen vom Bewegungs- und Mobilitätsstörungen.
- Beeinträchtigungen von Mobilität repräsentieren meistes Risiken für weite Bereiche der Selbständigkeit, Gesundheit und Funktionsfähigkeit. Sie sind ursächlich mit den meisten „geriatrischen Giganten“ verbunden, d. h. mit Problemen, die im höheren Alter überhäufig auftreten, z. B. mit den Druckgeschwüren und Hautläsionen und mit Unfällen/ Stürzen.
- Auch im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und Pflege ist Mobilität entscheidend. Für immobile Menschen ist die Zugänglichkeit bestimmter Versorgungseinrichtungen und Gesundheitsdienste eindeutig limitiert. Wir haben dieses bereits vor vielen Jahren im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Versorgung analysiert (Garms-Homolová et al 1982). Unsere Befunde belegten, dass Hochbetagte, deren Funktionsfähigkeit eingeschränkt war, signifikant mehr Kauprobleme hatten und seltener beim Zahnarzt waren, als die alten Berliner/innen, die körperlich voll funktionsfähig waren. Mit der Einschränkung der kassenmäßigen Erstattung von Transporten zu Ärzten und Therapeuten gemäß dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wird diese Problematik des Zugangs verschärft, denn nicht nur Zahnärzte, auch viele andere Fachärzte machen keine Hausbesuche!

### 3. Mobilität und Pflegebedarf

Das Ausmaß des Pflegeaufwands, jedoch auch der Bedarf an Aktivierung sowie die Rehabilitierbarkeit alter Menschen sind von deren motorischen Fähigkeiten und Mobilität abhängig. Wie aufwendig Pflege sein muss, wird schon sichtbar, wenn man sich einige Daten über die Verteilung der Mobilitätsprobleme in der Population, die pflegerisch versorgt wird, ansieht. Das will ich an einem Beispiel zeigen. Dabei beschränke ich mich nur auf vier Bereiche:

- Bewegung im Bett, also das Hinlegen, Aufsitzen, Drehen und Lageveränderung,
- Transfer, z. B. vom Bett zum Stuhl oder Rollstuhl,
- Gehen im Zimmer sowie in der Wohnung und
- Fortbewegung, (ggf im Rollstuhl) draußen (Tabelle1).

Im deutschen Teil der schon erwähnten AD HOC Studie bestand die untersuchte repräsentative Stichprobe zu drei Vierteln aus Frauen, von denen 61,7 % alleinlebend waren. Die Anteil

derjenigen, die in einzelnen Aktivitäten noch voll selbständig geblieben sind, war nicht unbeträchtlich. Doch brauchte jede/r Zehnte eine erhebliche oder vollständige Unterstützung, wenn er / sie sich im Bett drehen, aufsetzen etc. wollte. Gut 14% waren darauf angewiesen, dass ihnen von einem bis zwei Personen geholfen wird, wenn sie aus dem Bett heraus wollten. Fast 40% brauchten entsprechende Hilfe für die Fortbewegung draußen beziehungsweise sie waren erst gar nicht zu solchen Bewegungen in der Lage (Tabelle 1).

Noch klarer tritt der Unterstützungs- und Pflegebedarf zu Tage, sieht man sich die Aktivitäten an, die mit der „großen“ Mobilität verbunden sind (Tabelle 2). Da sind nur noch wenige Nutzer/innen ambulanter Pflegedienste „unabhängig“. Die große Mehrheit ist jedoch darauf angewiesen, dass sie jemand transportiert und ihr hilft (ebenda).

Tabelle 1: Bewegungsfähigkeit und Bewegungsprobleme von Nutzer/innen ambulanter Pflege (N= 608; Angaben in %)

<i>Grad der Unabhängigkeit und Hilfebedürftigkeit</i>	Bewegung im Bett	Transfer	Gehen / Bewegung im Zimmer	Fortbewegung draußen
Unabhängig	78	71,5	70,3	36
Aufsicht / Begrenzte Hilfe reichen	7,3	9	11,8	15,3
Verstärkte Hilfe	4,4	5	4,6	9
Maximale Hilfe und totale Abhängigkeit	10,3	14,5	13,3	39,7
Gesamt	100	100	100	100

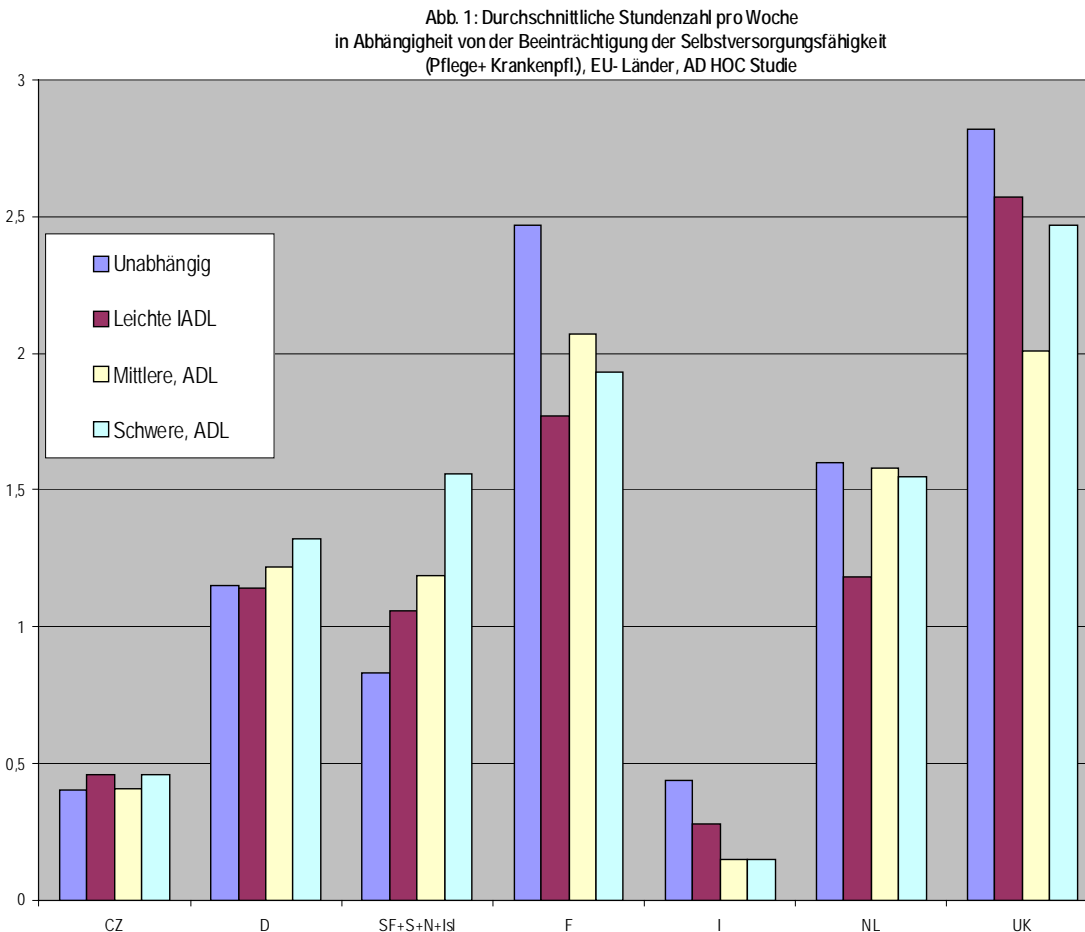
Tabelle 2: Prävalenz von anderen Mobilitätseinschränkungen (IADL) bei Nutzer/innen ambulanter Pflege (N= 608; Angaben in %)

<i>Grad der Unabhängigkeit und Hilfebedürftigkeit</i>	Benutzung von Verkehrsmitteln	Einkaufen
Unabhängig	14,3	14,1
Aufsicht/ Begrenzte Hilfe	7,7	16,1
Verstärkte Hilfe	7,7	15,4
Maximale Hilfe / Totale Abhängigkeit	70,3	54,4
Gesamt	100	100

#### 4. Mobilitätseinschränkungen und Risiken

Diese Zahlen sind nicht nur im Sinne der enormen Aufwendigkeit von Pflege zu beachten. Mit den hier dargestellten Mobilitätseinschränkungen sind große Risiken verbunden, die nicht selten entscheidend zu Verschlechterungen des Zustandes, zu einer weiteren Immobilität und zum körperlichen „Abbau“ beitragen. Wenn eine alte Person nicht selbständig nach draußen gelangen

kann und keine Hilfe dafür findet, trägt sie alle die Risiken, die sich mit Inaktivität verbinden lassen.



Ein solches Risiko ist das Dekubitusrisiko. Es steigt mit Bewegungseinschränkungen extrem an. Das kommt im sogenannten „pathologischen Mobilitätsscore“ (Seiler & Stähelin 2000) zum Ausdruck. Mit Hilfe dieses Score wurde gemessen, dass mindestens vier gründliche Lageveränderungen pro Stunde erforderlich sind, um das Risiko des „Durchliegens“ zu minimieren. Doch wie kann das erforderliche Umlagern sichergestellt werden, wenn – wie im Durchschnitt des Sample der von uns untersuchten Pflegeempfänger/innen - 61,7 % alleinlebend sind? Wie ist es machbar, wenn die Zeit der Einsätze von Pflegekräften des jeweiligen Pflegedienstes im Durchschnitt nur 1,2 Stunden pro Woche, beträgt, bei Immobilen nur wenige Minuten mehr (vgl. Abbildung 1 – wo die Zeit der Einsätze auch für andere EU-Länder dargestellt wird)? Wir haben zudem festgestellt, dass das Dekubitusrisiko auch bei den Personen, die selten oder gar nicht nach draußen kommen, signifikant höher ist, als bei allen anderen Klient/innen. Aus der Tabelle 3 ersehen wir, dass 45,2% der Nutzer ambulanter Pflege ein Monat lang nicht draußen waren, weitere 17% nur einmal pro Woche. Die eingeschränkte Mobilität führt zur reduzierten Lebensqualität<sup>3</sup> derer, die in Ihren vier Wänden gefangen sind, weil sie sich nicht selbständig

<sup>3</sup> Man fragt sich, ob diese Menschen so viel von „ambulant vor stationär“ profitieren, wie allgemein geglaubt wird.

bewegen können. Doch damit nicht genug: diese Menschen sind einer erheblichen Gefährdung ihrer Haut ausgesetzt.

Tabelle 3: Ausdauer und körperliche Betätigung von Klient/innen ambulanter Pflegedienste (N=608)

Wie häufig war in den letzten 30 Tagen die Klientin ausgegangen? In %		Dauer der körperliche Betätigung (Anzahl von Stunden in % – in den letzten 3 Tagen) in %	
Täglich	14,8	Zwei und mehr	33,6
An 2 bis 6 Tagen pro Woche	23	Weniger als zwei	66,4
Einmal pro Woche	16,9	<b>Gesamt</b>	<b>100</b>
Seltener (oder nie)	45,2		
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>		

In 40 Berliner Heimen konnte eine andere negative Folge der Mobilitätsverlustes konstatiert werden: Bewohner/innen, die es nicht schafften, selbständig aus dem Bett zu kommen (Beeinträchtigung der Trasferfähigkeit), wiesen auch signifikant hohe Inkontinenzraten auf (Kuck & Garms-Homolová 2003). Ganz offensichtlich wurden Personen mit reduzierter Transferfähigkeit gewandelt, bis sie die Blasekontrolle verloren und inkontinent wurden.

Die fehlende Gelegenheit zur Bewegung und zum Ausgehen ist die Ursache von vielen Stürzen im Alter. Darüber hinaus verstärkt sie nachweislich die Angst vor Sturz, die wiederum für 41 bis 70% der Stürze im Alter verantwortlich ist (Becker et al. 2000; Garms-Homolová 2002).

Bei den im Rahmen der AD Hoch Studie Klient/innen ambulanter Pflege haben wir nach sechs und nach 12 Monaten eine Kontrolle mit den Resident Assessment Instrument für die häusliche Versorgung durchgeführt. Dabei konnten wir uns überzeugen, wie sich die genannten Faktoren ausgewirkt haben. Unter den Personen, die im Verlauf dieses Zeitraums gestürzt sind, waren diejenigen überproportional stark vertreten, bei denen am Ausgangspunkt der Untersuchung eine unsicheren Gangart festgestellt werden konnte. Auch die Furcht vor Sturz und die damit einher gehende Einschränkung der Bewegung, führte überhäufig zu Stürzen.<sup>4</sup>

### 5. Unterstützung der Mobilität Immobiler

Die wenigen Beispiele, die in diesem Referat angesprochen werden konnten, unterstreichen die Wichtigkeit der Mobilität in der Pflege. Bedauerlicherweise wird ihr in der Pflege jedoch ein geringer Stellenwert beigemessen. Die Durchführung von Gehtrainings, Transferübungen, Aktivierung für Bettlägerige und vor allem ein Mobilitätsselbstbewusstseinstraining für Menschen, die aus lauter Angst vor Sturz sämtliche Aktivität aufgeben, finden sich sehr selten

<sup>4</sup> Unsichere Gangart (signifikant .001), Furcht v. Sturz (signifikant .005), Antidepressiva (tendenziell gültig bis signifikant .005).

dort, wo die „professionelle“ Pflegedienstleistung erbracht wird. Nicht immer hängt das mit dem Zeitmangel zusammen, an dem sich Pflegekräfte immer dann berufen, wenn man die Defizite ihrer Tätigkeit zur Sprache bringt. Viel häufiger ist es die Unkenntnis! Fragen Sie eine durchschnittliche Pflegefachkraft, wie sie die genannten Trainings durchführen würde! Sie weiß es meistens nicht. Beobachten Sie, wie oft alte Pflegeheimbewohner aus ihren Betten buchstäblich gezerrt werden, wie unsachgemäß sie gestützt und geführt werden, wenn sie überhaupt das Glück haben, dass sie jemand bei Gehversuchen unterstützt! Das Problem beginnt schon damit, dass die Fähigkeiten zur Bewegung nicht immer richtig eingeschätzt werden (Niehörster et al. 1998). Auch hierbei kann ich Sie dazu auffordern, dass Sie Pflegefachkräfte befragen, ob diese in der Lage sind, eine Gleichgewichtsprüfung durchzuführen – etwa so, wie das Resident Assessment Instrument (Garms-Homolová 2000 und Garms-Homolová und Gilgen 1999) es lehrt?

Sicher ist auch unser Versicherungssystem nicht so konzipiert, dass eine die Mobilität fördernde Pflege und schon gar eine Rehabilitation der Pflegeempfänger/innen in nennenswerten Maße stattfinden könnte. Die geplanten Kürzungen der SGB XI - Leistungen werden die Mobilitäts- und Mobilisierungschancen weiter mindern, das kann jetzt schon mit Sicherheit angenommen werden. Da die Kürzungen angesichts der Bevölkerungsentwicklung und der zunächst steigenden Raten von Menschen, die auf Pflege angewiesen sein werden, die Kassen für nur eine kurze Zeit entlasten können, wird vielleicht auch in die Köpfe der Politiker die Erkenntnis gelangen, dass der Bedarf an Pflege nur gemindert werden kann, wenn man bei möglichst vielen Menschen die Selbstversorgungsfähigkeit und Unabhängigkeit erhält und wiederherstellt. Und das ist – wie ich zeigte – nur möglich, wenn Mobilität in der Pflege und Betreuung Pflegebedürftiger einen höheren Stellenwert erhält.

### **Zitierte Literatur:**

BECKER, C.; LINDEMANN, U.; SCHEIBLE, S. (2000); Gangstörungen und Stürze. In: Nikolaus, T. (Hg.): Klinische Geriatrie, Berlin, Heidelberg, New York; Springer, 259-272

GARMS-HOMOLOVÁ, V. (2002): Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care. Bern: Hans Huber Verlag

GARMS-HOMOLOVÁ, V. & GILGEN, R. (Hg.) (1999): RAI 2.0. Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

GARMS-HOMOLOVÁ, V.; HÜTTER, U. & LEIBING, C. (1982): Sind ältere Menschen zahnärztlich adäquat versorgt? Determinanten der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung durch 60- bis 90jährige Großstadtbevölkerung - Teil I und II. In: Aktuelle Gerontologie, 12, 100-105 und 171-175

KUCK, J. & GARMS-HOMOLOVÁ, V. (2003): Der Pflegebedarf entscheidet. Altenheim, 42, 5, 20-25

H:\Netzerk im Alter 28.06.04\Mobilität.doc29.10.2004

NIEHÖRSTER, G.; GARMS-HOMOLOVÁ, V.; VAHRENHORST, V. (1998): Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer, Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 147.4

SEILER, W. O. & STÄHELIN, H. B. (2000): Dekubitusulzera bei Älteren. In: Nikolaus, T. (Hg.): Klinische Geriatrie, Berlin, Heidelberg, New York; Springer, 283 - 294