



**Elke Schlesselmann**  
(Hrsg.)

# **Bewegung und Mobilitäts- förderung**

Praxishandbuch für Pflege-  
und Gesundheitsberufe

# Bewegung und Mobilitätsförderung

## **Bewegung und Mobilitätsförderung**

Elke Schlesselmann (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin;  
Angelika Zegelin, Dortmund

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Palliative Care:

Christoph Gerhard, Dinslaken; Markus Feuz, Zürich

**Elke Schlesselmann**

(Herausgeberin)

# Bewegung und Mobilitätsförderung

Praxishandbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe

unter Mitarbeit von

Katrin Müller

Claudia Voelcker-Rehage

Angelika Zegelin

Andrea Schiff

Sylke Werner

Amit Choudhury

Beate Radzey

Alexandra Boll

Peter Nydahl

Silke Klarmann

Beate Wiedmann

Kerstin Dengler

Otto Inhester

Karen Kolsmann

Manuela Lautenschläger

Birgit Hennig

Sabrina Beer

Elke Patz

Susanne Sitterberg

Nikolaus Gerdelmann

Harry Wolpert

Stefan Giannis

Katharina Zwingmann

Katrin Müller

Stefan Kleinstück

Annett Horn

Miriam Mashkooi

**Elke Schlesselmann (Hrsg.). Dr. Dt. PH**  
Dipl. Pfl egewirtin und Lehrerin für Pfl egeberufe.  
Im Achterkamp 11  
28359 Bremen  
Tel.: +49151-44510833  
Kontakt: eschlesselmann@t-online.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne 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.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z.Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg, Lorian a Zeltner  
Bearbeitung: Martina Kasper  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlagabbildung: iStock, Dean Mitchell  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

1. Auflage

© 2019 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95886-6)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75886-2)  
ISBN 978-3-456-85886-9  
<http://doi.org/10.1024/85886-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Geleitwort</b> .....	13
<b>Vorwort</b> .....	15
<b>Einleitung</b> .....	17
<i>Elke Schlesselmann</i>	
<hr/>	
<b>Teil I: Grundlagen, Definition und Modelle von Bewegung, Gesundheit und Verhalten</b> .....	23
<b>1 Gesund durch Bewegung</b> .....	25
<i>Katrin Müller und Claudia Voelcker-Rehage</i>	
1.1 Definitionen im Rahmen der Gesundheitsforschung .....	26
1.2 Körperliche Aktivität im Rahmen von Gesundheitsmodellen .....	29
1.3 Ausmaß an körperlicher Aktivität zur Förderung der Gesundheit .....	30
1.4 Motivation zur Bewegung .....	31
1.4.1 Begriffe der Verhaltensänderung (Motivation, Volition) .....	31
1.4.2 Modelle des Gesundheitsverhaltens .....	32
1.4.3 Motivationale und volitionale Determinanten der Verhaltensänderung .....	33
1.5 Bewegung, physische, psychische Gesundheit und sozialer Kontext .....	37
1.5.1 Körperliche Aktivität und physische Gesundheit .....	37
1.5.2 Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit .....	39
1.5.3 Körperliche Aktivität im sozialen Kontext .....	41
1.6 Bewegung und Kognition .....	41
1.6.1 Kognition und Altern .....	42
1.6.2 Effekte von körperlicher Aktivität auf kognitive Prozesse .....	42
1.6.3 Exemplarische Übungsauswahl für ein Koordinationstraining zur Schulung kognitiver Fähigkeiten .....	44
<hr/>	
<b>Teil II: Mobilität in der Pflegewissenschaft und Theorie</b> .....	51
<b>2 Bewegung und Mobilität in der Pflege Theorie</b> .....	53
<i>Elke Schlesselmann</i>	
2.1 Pflege Theorien und ihre Sicht auf die Mobilität .....	53
2.1.1 Virginia Henderson (1897–1996) .....	54
2.1.2 Dorothea Orem (1914–2007) .....	55
2.1.3 Nancy Roper (1918–2004) .....	56

2.1.4	Schwester Liliane Juchli	58
2.1.5	Monika Krohwinkel	59
2.1.6	Mieke Grypdonk	60
2.2	Theoriegeleitete Konzeptentwicklung zur Förderung der individuellen Mobilität	61
<b>3</b>	<b>Prozess des Bettlägerigwerdens</b>	<b>65</b>
	<i>Angelika Zegelin</i>	
3.1	Vorarbeiten	65
3.2	Bettruhe	66
3.3	Studie	67
3.4	Studienergebnisse	67
<b>4</b>	<b>Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“</b>	<b>71</b>
	<i>Andrea Schiff</i>	
4.1	Der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität	71
4.2	Inhalte	72
4.3	Handlungsebenen	73
4.3.1	Einschätzungsebene	73
4.3.2	Planungs- und Koordinationsebene	74
4.3.3	Beratungsebene	75
4.3.4	Interventionsebene	75
4.3.5	Evaluationsebene	76
4.4	Ausblick	76
<hr/>		
<b>Teil III: Pflegediagnosen und Interventionen</b>		<b>79</b>
<b>5</b>	<b>Pflegediagnose „Beeinträchtigte körperliche Mobilität“ und Interventionen</b>	<b>81</b>
	<i>Sylke Werner</i>	
5.1	Krankenbeobachtung in Bezug auf eine eingeschränkte Mobilität	82
5.2	Pflegeanamnese in Bezug auf eine eingeschränkte Mobilität	82
5.3	Klassifikationssysteme in der Pflege	84
5.4	Pflegediagnose „Beeinträchtigte körperliche Mobilität im Alter“	84
5.5	Pflegeinterventionen	86
5.6	Komplexe und spezifische Assessmentinstrumente	89
5.7	Pflegebedürftigkeitsbegriff und Neues Begutachtungsassessment (NBA)	92
5.8	Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation	93
5.9	Zusammenfassung	95
<hr/>		
<b>Teil IV: Bewegung bei speziellen Erkrankungen, Problemlagen und Einschränkungen</b>		<b>97</b>
<b>6</b>	<b>Bewegung aus geriatrischer Sicht</b>	<b>99</b>
	<i>Amit Choudhury</i>	
6.1	Die klinische Geriatrie	99
6.2	Gangstörung und Stürze	100
6.3	Sarkopenie und Frailty	103
6.4	Bewegung und Erkrankungen des kardiovaskulären und respiratorischen Systemes	105



6.5	Erkrankungen des Bewegungsapparates	108
6.6	Degenerative Gelenkerkrankungen – Arthrosen	108
6.7	Wirbelsäulen-Syndrome	111
6.8	Osteoporose	112
6.9	Alterstraumatologie	113
6.10	Entzündliche Gelenkerkrankungen	115
6.11	Störungen der Bewegung durch neurologische Erkrankungen	115
6.12	Auswirkungen von Multimedikation	119
<b>7</b>	<b>Bewegung und Demenz</b>	<b>123</b>
	<i>Beate Radzey</i>	
7.1	Bewegungseinschränkungen bei demenziellen Erkrankungen	124
7.2	Bewegungsauffälligkeiten von Menschen mit Demenz	126
7.3	Bewegungstherapie und -förderung bei Demenz – Effekte und Programme	130
<b>8</b>	<b>Mobilitätsförderung von Menschen mit geistiger/psychischer Behinderung</b>	<b>135</b>
	<i>Alexandra Boll</i>	
8.1	Mobilität als Voraussetzung zur Teilhabe	135
8.2	Stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe	136
8.3	Kooperierende Leistungserbringer	137
8.4	Werkstätten für behinderte Menschen	137
8.5	Mobilitätsförderung durch Heilerziehungspfleger/innen	138
8.6	Bewohner-/patientenbezogene Hilfsmittel	138
8.7	Beispiele gelungener und misslungener Praxis	138
<hr/>		
<b>Teil V: Settings der Pflege und Betreuung</b>		<b>141</b>
<b>9</b>	<b>Mobilität im Krankenhaus</b>	<b>143</b>
	<i>Peter Nydahl und Silke Klarmann</i>	
9.1	Rahmenbedingungen im Krankenhaus	143
9.2	Konsequenzen der Bettlägerigkeit im Intensivbereich	144
9.3	Frühmobilisierung im Intensivbereich	145
9.4	Pflegerische oder therapeutische Mobilisation	146
9.5	Mobilisierung auf allgemeinen Stationen	147
9.6	Rechtliche Grundlagen und Finanzierung	148
<b>10</b>	<b>Mobilitätsförderung im Altenheim</b>	<b>151</b>
	<i>Angelika Zegelin</i>	
10.1	Erhebung der Mobilität	151
10.2	Interventionen zur Mobilitätsförderung	152
10.3	Strukturelle Maßnahmen für ein Altenheim	153
<b>11</b>	<b>Mobilitätsförderung in der häuslichen Pflege</b>	<b>157</b>
	<i>Beate Wiedmann</i>	
11.1	Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege	157
11.2	Pflegende Angehörige	160
11.3	Pflegebedürftige Person	161

11.4	Allgemeine Unterstützungsmöglichkeiten	162
11.5	Ambulante Pflege in Österreich und der Schweiz	162
<b>12</b>	<b>Bewegung und Mobilitätsförderung in der täglichen Pflege</b>	<b>165</b>
	<i>Kerstin Dengler</i>	
12.1	Mobilität ist ein Grundbedürfnis	165
12.2	Grundlagen der Alltagsaktivitäten	167
12.3	Kommunikation als Beitrag zur Bewegungsförderung	168
12.4	Sich bewegen können	170
12.5	Sich pflegen – die Ganzkörperpflege in Bewegung	171
12.6	Sich kleiden können	175
12.7	Sich bewegen und Ausscheidung	176
12.8	Selbst essen und trinken – ein Beitrag zum Lebensgefühl	177
12.9	Ruhen und Schlafen – dem Grundbedürfnis nachgehen	178
12.10	Sich beschäftigen – ein individuelles Bedürfnis	179
12.11	Die eigene Sexualität leben können	179
12.12	Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen	180
12.13	Soziale Kontakte und Beziehungsgestaltung sichern und gestalten können	180
12.14	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können	181
12.15	Ausblick	181
<hr/>		
<b>Teil VI:</b>	<b>Hilfsmittleinsatz zur Unterstützung der Bewegung</b>	<b>183</b>
<b>13</b>	<b>Beweglichkeit, Bewegung und Mobilität: Unterstützung durch Hilfsmittel und Wohnumfeldgestaltung</b>	<b>185</b>
	<i>Otto Inhester, Karen Kolsmann und Manuela Lautenschläger</i>	
13.1	Allgemeine Rahmenbedingungen für einen wirksamen Hilfsmittleinsatz	186
13.2	Hilfsmittel sozialrechtlich betrachtet	187
13.3	Das Hilfsmittelverzeichnis	189
13.4	Beantragung eines Hilfsmittels bzw. Pflegehilfsmittels	190
13.5	Hilfsmittel in der stationären Einrichtung der Altenhilfe (Langzeitpflege)	192
13.6	Hilfsmittelversorgung durch die GKV	193
13.7	Tipps zur Initiierung und Beantragung von Hilfsmitteln	194
13.8	Übersicht und Anregungen zum Hilfsmittleinsatz in der Mobilitätsförderung	195
13.9	Wohnumfeldanpassung und AAL	197
<b>14</b>	<b>Kleine Hilfsmittel zur Unterstützung in der Praxis</b>	<b>201</b>
	<i>Beate Wiedmann</i>	
14.1	Kriterien für den Einsatz von Hilfsmitteln	202
14.2	Auswahl und Anwendung kleiner Hilfsmittel	203
<b>15</b>	<b>Versorgung mit Hilfsmitteln in der Schweiz und Österreich</b>	<b>209</b>
	<i>Otto Inhester</i>	
15.1	In der Schweiz	209
15.2	In Österreich	210

---

<b>Teil VII: Spezielle Therapien zur Förderung der Beweglichkeit</b> . . . . .	213
<b>16 Bewegung als Grundlage für Kommunikation und Alternativen zur Lautsprache</b> . . . . .	215
<i>Birgit Hennig</i>	
16.1 Kommunikation und Bewegung . . . . .	215
16.2 Interaktion und Kommunikation mit körper- und lautsprachlichen Mitteln . . . . .	216
16.3 Unterstützte Kommunikation in der Pflege . . . . .	218
16.4 Nachhaltigkeit von Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation . . . . .	222
<b>17 Bewegung aus logopädischer Sicht</b> . . . . .	225
<i>Sabrina Beer</i>	
17.1 Atmung . . . . .	225
17.2 Stimmgebung und Sprechablauf . . . . .	226
17.3 Sprechstörungen . . . . .	226
17.4 Sprachstörung . . . . .	227
17.5 Schluckstörungen . . . . .	227
17.6 Motorisches Lernen . . . . .	230
<b>18 Bewegungsförderung aus Sicht der Ergotherapie</b> . . . . .	233
<i>Elke Patz</i>	
18.1 Ergotherapeutischer Behandlungskontext in Deutschland, Österreich und der Schweiz . . . . .	233
18.2 Kernelemente der Ergotherapie . . . . .	235
18.3 Die ergotherapeutische Behandlung . . . . .	235
18.4 Die Betätigungsorientierung der Ergotherapie und Bewegungsförderung . . . . .	239
<b>19 Die Rolle der Physiotherapie im pflegerischen Setting</b> . . . . .	241
<i>Susanne Sitterberg</i>	
19.1 Kernkompetenzen der Physiotherapie . . . . .	241
19.2 Physiotherapie im Bereich der verschiedenen Pflegesettings . . . . .	242
19.3 Implementierung der Physiotherapie als feste Instanz in der Institution . . . . .	245
19.4 Einsatz der Physiotherapie in der Einrichtung . . . . .	247
19.5 Vorteile der Physiotherapie in pflegerischen Teams . . . . .	248

---

<b>Teil VIII: Unterstützung bei der physiologischen Positionierung</b> . . . . .	251
<b>20 Das Bobath-Konzept</b> . . . . .	253
<i>Nikolaus Gerdemann</i>	
20.1 Das Strukturmodell des Bobath-Konzeptes . . . . .	254
20.2 Therapeutisch aktivierende Pflege . . . . .	254
20.3 Gestaltung von Alltagsaktivitäten . . . . .	256
20.4 Anwendung des Bobath-Konzepts bei der Aktivität „Bewegung“ . . . . .	256
20.5 Stabilität für Mobilität . . . . .	257
20.6 Anwendung des Bobath-Konzepts bei der Aktivität Körperpflege . . . . .	258
20.7 Anwendung des Bobath-Konzeptes bei der Aktivität Positionieren . . . . .	258

<b>21 Beweglichkeit erhalten, Komplikationen vermeiden: LiN-Lagerung in Neutralstellung</b> . . . . .	261
<i>Harry Wolpert</i>	
21.1 Lagerung ist eine pflegerische Leistung . . . . .	261
21.2 Entwicklung der Lagerung in Neutralstellung (LiN) . . . . .	262
21.3 Studien zur Lagerung in Neutralstellung (LiN) . . . . .	264
21.4 Fazit . . . . .	266
<b>22 Bewegung aus kinästhetischer Sicht</b> . . . . .	267
<i>Stefan Giannis</i>	
22.1 Kinästhetik – das Studium der eigenen Bewegung . . . . .	267
22.2 Welche Auswirkungen sollen erzielt werden? . . . . .	269
22.3 Vom Beziehungsprozess zum Kinaesthetics-Konzeptsystem . . . . .	269
22.4 Erfahrungen mit dem Lernmodell im beruflichen Alltag der Pflege . . . . .	271
22.4.1 Fallbeispiel 1: Altenpflegerin S. reflektiert ihr Unterstützungsangebot . . . . .	272
22.4.2 Fallbeispiel 2: Frau G. lernt ihre Köperspannung zu regulieren, um zum Sitzen zu gelangen . . . . .	274
22.4.3 Fallbeispiel 3: Frau N. lernt sich in der Sitzposition fortzubewegen . . . . .	277
22.4.4 Fallbeispiel 4: Häusliche Schulung von Herrn N. mit dem Ziel, weniger zu heben . . . . .	278
<hr/>	
<b>Teil IX: Präventive Bewegungsangebote und Selbstpflege</b> . . . . .	283
<b>23 Geräte und Technik für präventive Bewegungsangebote</b> . . . . .	285
<i>Katharina Zwingmann, Katrin Müller und Claudia Voelcker-Rehage</i>	
23.1 Trainingstechnologie in der Pflege: Ressourcen und Barrieren . . . . .	285
23.2 Geräte und Technik für die Nutzung unter Aufsicht . . . . .	286
23.3 Geräte und Technik mit assistierter Nutzung . . . . .	289
23.4 E-Health und Exergames . . . . .	292
23.5 Geräte und Technik für die selbstständige Nutzung . . . . .	294
<b>24 „Spaziergänge“ durch die Einrichtungen</b> . . . . .	301
<i>Angelika Zegelin</i>	
24.1 Entstehung des Klinikspazierganges . . . . .	301
24.2 Spazierpfad „Hoffnung“ . . . . .	302
<b>25 Tanzen für Menschen mit und ohne Demenz</b> . . . . .	305
<i>Stefan Kleinstück</i>	
25.1 Von der Idee zum Projekt und zur bundesweiten Initiative . . . . .	306
25.2 Die Dame meines Herzens . . . . .	307
25.3 Der Tanznachmittag: Ritual und Flexibilität . . . . .	308
25.4 Die bundesweite Initiative . . . . .	309
25.5 Unsere Vision – was dahinter steckt . . . . .	310
25.6 Schlusswort . . . . .	312
<b>26 Implementation von Bewegungsförderung in der stationären Langzeitversorgung</b> . . . . .	315
<i>Annett Horn und Miriam Mashkooi</i>	
26.1 Perspektive professioneller Akteure . . . . .	315
26.2 Potenziale von Bewohnern . . . . .	316

26.3	Hilfestellungen zur Implementation	317
26.4	Ergebnis	319
<b>27</b>	<b>Selbstpflege – Bewegung für Pflegende</b>	<b>323</b>
	<i>Beate Wiedmann</i>	
27.1	Die aktuelle Situation in der Pflege und ihre Folgen	323
27.2	Wie komme ich zur Selbstpflege?	325
<hr/>		
	<b>Anhang</b>	
	Expertenstandard Mobilität in der Pflege	331
	Erfassungsbogen Mobilität – EboMo	333
	Mobilitätsstatus Ortsfixiertheit	334
	Flyer Spurensuche – Eine Entdeckungstour durch die Klinik	336
	<b>Autorenverzeichnis</b>	<b>339</b>
	<b>Sachwortverzeichnis</b>	<b>347</b>



# Geleitwort

Ich freue mich sehr über dieses Buch, es ist seit Jahren überfällig. Mobilität ist *die* zentrale Pflegekategorie, von ihr hängt vieles Weitere ab. Selbstständigkeit ist eines der höchsten Güter in unserer Gesellschaft, die Verbindung zur Würde ist deutlich. Pflegende sollten mehr wissen über die Bedeutung, den Erhalt und die Förderung von Beweglichkeit. Seit 20 Jahren beschäftige ich mich mit Konzepten, um diese Kategorie in den Mittelpunkt zu stellen. Ich habe gesehen, dass Immobilisierung oft in Akutphasen beginnt und dann in der Langzeitpflege der weitere Niedergang eingeleitet wird. Pflegende sollten deutlich machen, dass sie hier Kompetenz besitzen, Kollegen und Kolleginnen brauchen und die Immobilisierung nicht länger hinnehmen wollen. Oft reichen einfache Maßnahmen der Gangunterstützung aus, dass Menschen selbstständig zur Toilette gehen oder einen anderen Raum aufsuchen können. Immobilität bedeutet Abhängigkeit und Freiheitsentzug. Menschen müssen auf Hilfe warten, werden mit Inkontinenzprodukten versorgt, können sich kein Getränk besorgen, sich nicht in Sicherheit bringen – zumindest im Nahradius sollte die individuelle Beweglichkeit gestützt werden.

Der Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“ wird in Deutschland in der Lang-

zeitpflege empfohlen. Inzwischen gibt es Überlegungen, die Mobilitätsförderung auch rechtlich relevanter werden zu lassen sowie die Immobilisierung mit Folgen als Schaden oder „Pflegefehler“ zu verstehen. Dies ist begrüßenswert. Zwar sind die Auswirkungen schleichend, aber von enormer Auswirkung.

Dieses Buch richtet sich an alle in der Pflege Arbeitenden, aber auch an die Pflegebedürftigen selbst. Angehörige oder Hilfskräfte können es ebenfalls mit Gewinn lesen und Anregung für weitere Erkundigungen gewinnen. Ich wünsche mir sehr, dass die Pflegepraktizierenden sich mit diesem Buch beschäftigen, dass Studierende und Auszubildende das Werk kennen und dass Manager/Managerinnen und Bildungsverantwortliche, auch an den Hochschulen, aus diesem Buch Aktivitäten ableiten.

Erstmalig sind hier vielfältige Themen zur Mobilität in einem Buch versammelt und unter pflegerischem Aspekt aufgearbeitet: Es geht um die grundsätzliche Bedeutung von Bewegung, um zahlreiche Pflegehinweise und therapeutische Beiträge – alles auf einem neuen Stand.

*Dr. Angelika Zegelin, Dortmund im Juli 2018*  
Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin,  
vorm. Universität Witten/Herdecke





# Vorwort

## **Bewegung in der Pflegepraxis!**

Seit meiner Dissertation im Jahre 2015 lassen mich die Themen „Mobilität“ und „Mobilitätsförderung in der Pflege“ nicht mehr los. Das Ergebnis meiner Prä- und Poststudie: Älteren Pflegeheimbewohnern geht es nach Intensivierung der Mobilitätsbemühungen besser, dies zeigte sich an der eigenen Mobilität und an ihrem gesteigerten Wohlbefinden.

*„Bewegungsmangel wird zu einem immer größeren Problem in Deutschland. Waren es laut DKV-Report 2010 noch 60 Prozent, die den Richtwert für körperliche Aktivität erreichten, können sich mit aktuell 43 Prozent nicht einmal mehr die Hälfte aller Deutschen für ausreichend Bewegung begeistern. Damit ebnen sie den Weg für viele zivilisationsbedingte Erkrankungen wie Rückenschmerzen, Übergewicht, Bluthochdruck, verschiedene Krebsarten und Diabetes Typ II. (Presseinformation der Ergo-Group vom 30.07.2018).“*

Das Problem des Bewegungsmangels besteht in allen Pflegebereichen – vermutlich noch brennender als beim allgemeinen Publikum. Dieses Buch versucht erstmalig, aktuelle Erkenntnisse aus den verschiedensten Bereichen zusammenzutragen, insbesondere aus pflegerischer, sportwissenschaftlicher und therapeutischer Sicht. Ich hoffe, damit Anstoß und Anregung für die Pflegenden am Krankenbett zu geben, die letztlich all

die klugen Empfehlungen umsetzen sollen. Ich weiß, wie sehr sie unter Druck stehen. Aber: Mehr Selbstständigkeit und Beweglichkeit verbessern nicht nur Lebensfreude und Gesundheit der Patienten, sondern erleichtern auch die Arbeit der Pflegenden!

Ich danke Angelika Zegelin, dass sie den Auftrag für diese Monografie an mich herangetragen hat!

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Dr. Schottky, mit dem ich bereits viele Jahre zusammenarbeite. Unsere Wege haben sich bei der Bremer Heimstiftung gekreuzt. Unser erstes gemeinsames Projekt war die Überprüfung des Schmerzmanagements bei über 100 hochaltrigen Menschen. Hierdurch sind wir letztendlich auf das Thema der Bewegung gestoßen, denn Bewegungslosigkeit kann Ursache und Folge von Schmerzen sein. Dr. Schottkys besonnene Art, sein professioneller und wissenschaftlicher Blick waren für mich stets der Antrieb, Phänomene genauer zu beleuchten und auch „am Ball zu bleiben“.

Dank auch an meine liebe Familie, die mir immer wieder Zeiten eingeräumt hat, in denen ich arbeiten konnte. Vielen Dank an die Autoren, deren Begeisterung und Motivation für dieses Thema in den einzelnen Kapiteln deutlich wird.

*Dr. Elke Schlesselmann, Bremen im Juli 2018*



# Einleitung

Elke Schlesselmann

„Mobilität“ bedeutet im Wortsinn zunächst nichts Anderes als „Beweglichkeit“. Die in unserem Zusammenhang gebrauchte Bedeutung ist allerdings sehr viel enger, etwa „körperliche Bewegung [des Menschen] für die Gesundheit“. Auf einen umfassenderen Begriff von „Mobilität“ kommen wir im weiteren Verlauf des Buches zu sprechen.

Dass Bewegungsmangel krank macht, scheint altes Volkswissen zu sein. Darauf verweist die schöne Geschichte „Der geheilte Patient“ von Johann Peter Hebel im Schatzkästlein des Rheinischen Hausfreundes: „Ein reicher Mann, faul hinter dem Ofen sitzend, war, wie es heißt, nicht recht gesund und nicht recht krank; wenn man aber ihn selber hörte, so hatte er 365 Krankheiten, nämlich alle Tage eine andere.“

Er hörte von einem berühmten Arzt, der „100 Stunden weit entfernt wohnte“, und fragte bei ihm an. Der war auch bereit, ihn zu behandeln, allerdings unter der Bedingung, dass der Patient die Anreise zu Fuß machte. Nicht überraschend: Nach dem wochenlangen Fußmarsch war der Patient geheilt.

Genauso hält die körperliche Bewegung auch das Gehirn in Bewegung. Schon Aristoteles schlenderte mit seinen Schülern beim Philosophieren durch die Wandelhallen. Bewegung bringt die Gedanken in Fluss und inspiriert zu neuen Ideen, dies wussten bereits die alten Griechen.

Der Grund ist, dass bei der Bewegung ganz andere Areale im Gehirn gefordert sind, so dass der Kopf sich nach dem Sport wie „frei“ anfühlt, „wie ein reset“. Experimente des Hirnforschers Stefan Schneider deuten darauf hin, dass sich durch Sport die Hirnaktivität verändert: Der motorische Cortex, Zentrale für Bewegung und Koordination, wird aktiviert, wobei gleichzeitig die Aktivität des präfrontalen Cortex heruntergefahren wird. Der präfrontale Cortex ist für das logische Denken und Planen zuständig.

Wird kontinuierlich (dreimal die Woche) Ausdauertraining durchgeführt, können sogar die räumliche Vorstellungskraft sowie die Konzentrationsfähigkeit deutlich verbessert werden. Eine Arbeitsgruppe an der Universität Ulm konnte zeigen: Bewegung hellt die Stimmung auf.

Es sollte allerdings noch über 150 Jahre dauern, bis die Schädlichkeit von Bewegungsmangel und Bettruhe im Weltbild der Medizin ankam.

Bettruhe galt als unhinterfragte Standard-Basisbehandlung für jede Art von Leiden und dieser „Standard“ ist heute noch keineswegs überwunden (Zegelin, s. **Kap. 3**).

„Zurück zur Bewegung“, auch und gerade in Medizin und Pflege – dazu möchte dieses Buch einen Beitrag leisten.

Die Not ist größer geworden. Denn die zivilisatorische Entwicklung bringt mittlerweile ganz neue Probleme mit sich: Parallel zur Entwicklung einer wirksamen Medizin seit der Mitte des

19. Jh. gab es mehrere Schübe von Bewegungsverlust. Wir haben die „Sitzepidemie“! Dieser Trend ist bekannt, und die Suche nach Korrekturen nicht neu. In diesem Buch werden vielfältige Ansätze beschrieben, die Bewegung im Alltag sowie in den unterschiedlichen Pflegesettings zu fördern. Zu den Beiträgen in diesem Buch:

### Gesundheit

Einleitend in diesem Buch stellen Müller und Voelcker-Rehage die „reinen“ Gesundheitsaspekte von körperlicher Bewegung vor, die für alle Altersgruppen, für Gesunde und Kranke, kognitiv Intakte und Menschen mit Demenz gelten (s. **Kap. 1**). Für alte Menschen gibt es inzwischen klare ärztliche Empfehlungen, welches Minimum an körperlicher Bewegung nicht unterschritten werden sollte.

Dabei sind drei Aspekte wichtig: Wie bekomme ich diejenigen, die es am dringendsten brauchen, aus dem Sessel, welche Bedeutung hat Bewegung im sozialen Zusammenhang, und welche Wirkung hat körperliche Bewegung auf den Erhalt der kognitiven Fähigkeiten.

### Gesund im Alter

Viele Erkrankungen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf, sie sind „Alterskrankheiten“. Oft sind sie schicksalhaft und nicht heilbar, erfordern jedoch nichtsdestoweniger Behandlung – zur Linderung und „Symptomkontrolle“, aber auch, um ein Fortschreiten zumindest aufzuhalten. Das ist Aufgabe der Geriatrie. So ist es angemessen, den Erörterungen über mögliche Hilfen, Therapien und Prophylaxen einen Überblick über die häufigsten Alterskrankheiten voranzustellen (s. **Kap. 6**). Ein großer Teil der sogenannten Alterskrankheiten betrifft die Beweglichkeit, zentral über das Nervensystem sowie peripher über die Funktionseinbußen des Bewegungsapparates.

Ganz unterschiedliche Ansätze sind geeignet, dem alten Menschen Freude an der Bewegung zu verschaffen oder sie ihm zurückzugeben. Geselligkeit ist ein wichtiger Antrieb. Vieles kann man zusammen tun, Spazierengehen z.B. (Zegelin,

s. **Kap. 24**), und Tanzen (Kleinstück, s. **Kap. 25**). „Wir tanzen wieder“, die Initiative von Stefan Kleinstück, hat überdies die Komponente der Musik, die unabhängig vom Sprachlichen funktioniert und besonders wertvoll für Menschen mit Demenz ist. Die Beschreibung zeigt allerdings, wieviel Arbeit nötig ist, um so etwas auf die Beine zu stellen.

Auf der anderen Seite gibt es „technische Geräte“, die die Mobilität fördern. Zunächst im Sport, dann in der Fitnessindustrie und jetzt auch in der Pflege dienen hierzu Trainingsgeräte (Zwingmann, s. **Kap. 23**).

### Theorie und Pflegeethik

Haben die Pflegeatheorien Bedeutung für das sehr praktische Problem der Mobilitätsförderung in der Pflege? Diese Frage wird eindeutig mit ja beantwortet (s. **Kap. 2**) und öffnet die Tür zum eigenen Urteil, auch in ethischer Hinsicht.

### Pflege

Pflegeaufwand und Immobilität stehen in direkter Beziehung: Je weniger beweglich ein Mensch ist, desto mehr Aufwand braucht die Pflege. Die Extreme sind die Krankheitsbilder:

- Locked-in-Syndrom
- hohe Querschnittslähmung
- fortgeschrittene Amyotrophe Lateralsklerose
- ein bestimmter Anteil der Wachkoma-Patienten.

Die beiden erstgenannten gehören zusammen, Locked-in kann als extreme Form von Querschnittslähmung gelten. Alle können nur mit maschineller Beatmung überleben, alle sind fast oder ganz unbeweglich. Der hohe Querschnitt kann als unerträgliches Gefängnis erlebt werden, mit ausgeprägtem und anhaltendem Suizidwunsch (Film: „Das Meer in mir“). Locked-in-Patienten können meist mit einem Rest von Augenmuskel-Beweglichkeit kommunizieren (berühmtes Beispiel: „Schmetterling und Taucherglocke“ von Jean Dominique Bauby). Überraschenderweise sind etwa zwei Drittel der Locked-in-Patienten mit ihrem Dasein zufried-

den. Das lässt manche Patientenverfügung als problematisch erscheinen, denn ein Gesunder kann sich ein Leben in extremer Abhängigkeit nicht wirklich vorstellen. Wenn die Situation eingetreten ist, kann der Überlebenswunsch stärker sein, als er oder sie sich je vorgestellt hat. So ist in solchen Extremsituationen die Kommunikation mit dem oder der Kranken der Angelpunkt für eine ethisch sinnvolle Entscheidung.

Das gilt in besonderem Maße für den geringen Prozentsatz von Wachkoma-Patienten, die bei Bewusstsein sind, sich aber überhaupt nicht äußern können (ca. 20%). Für diese Gruppe haben sich inzwischen neue Wege der Kommunikation und Diagnostik erschlossen (Hennig, s. **Kap. 16**).

Zwischen diesen Formen extremer Immobilität, sprich Abhängigkeit, und einem gesunden Alter, das durch Mobilität möglichst auch gesund bleiben soll, liegt das weite Spektrum, mit dem Pflege zu tun hat. Damit ist sie natürlich nicht allein. Die Medizin, die begleitenden Therapien und die unbezahlten Helfer, und vor allem die Angehörigen, sind unentbehrliche Stützen. Und ganz klar: Ohne Absprachen und Austausch wird man nichts erreichen.

Aber die Pflege hat eben auch sehr spezifische Aufgaben, die sie kaum delegieren kann. Horn und Mashkooori zeigen (s. **Kap. 26**), welche Defizite in Sachen Mobilitätsförderung in der Pflegepraxis bestehen, welche Voraussetzungen eine wirksame Förderung braucht, und welche Methoden geeignet sind, da Abhilfe zu schaffen.

Bilder von der praktischen Arbeit im Krankenhaus vermitteln die Aufsätze von Dengler (s. **Kap. 12**) sowie Nydahl und Klarmann (s. **Kap. 9**).

Nydahl und Klarmann schildern die Bewegungsförderung auf der Intensivstation, einschließlich der Beatmungspatienten. Jahrzehnte lang lag der beatmete Patient ganz selbstverständlich mehr oder weniger sediert im Bett, allenfalls passiv bewegt. Die Folge war ein langer Schatten von Folgeschäden, deren Reparatur viele Monate dauerte – wenn sie denn überhaupt gelang.

## Besondere Gruppen

Einige Gruppen von Pflegebedürftigen erfordern besondere Expertise. Das sind einmal die Menschen mit Demenz, von denen ein kleinerer Anteil motorische Unruhe, die Tendenz zum „Wandern“, zeigt. Sie sind eine Ausnahme in unserem Zusammenhang, denn meist ist das therapeutische Ziel ja gerade die Steigerung der motorischen Aktivität. Einen ungemein erhellenden Aufsatz über die motorischen Auffälligkeiten bei Menschen mit Demenz schreibt Radzey (s. **Kap. 7**), die langjährige Erfahrung auf diesem Gebiet hat. Schlüssel zum Umgang ist das Verständnis der Bedeutung, die das Wandern für die Kranken hat.

Eine weitere Gruppe, die besondere Expertise für eine adäquate Betreuung braucht, stellen die Menschen mit geistiger Behinderung dar (s. **Kap. 8**). Schlüssel auch hier: Das einführende Verständnis für den Betroffenen, das die passenden und weiterführenden Lösungen ermöglicht.

Im Zusammenhang mit der demenziellen Erkrankung ist die Schluckstörung zu erwähnen. Die Fähigkeit zu schlucken nimmt häufig im Laufe einer demenziellen Erkrankung ab (s. **Kap. 7**).

## Kunst der Pflege, Kunst der Bewegung

Verschiedene „Schulen“ haben Zugänge zu einem vertieften Verständnis von Bewegung und Körperstellung entwickelt. Der Ansatz der Kinästhetik geht von einer exakten Selbstwahrnehmung der eigenen Bewegungsabläufe aus, die dann in die ergonomische und kommunikative Vervollkommnung mündet (Giannis, s. **Kap. 22**).

Die Bobath-Bewegung entstand aus dem ärztlichen Bemühen um Menschen mit motorischen Ausfällen durch neurologische Erkrankungen. Daraus ist inzwischen ein umfangreiches und ungemein praktisches Wissensgebiet entstanden, das überall in die allgemeine Pflegepraxis ausstrahlt (Gerdemann, s. **Kap. 20**).

Bei der Lagerung in Neutralstellung (LiN) verhält es sich ähnlich – auch sie ist Bestandteil der allgemeinen Pflege geworden. Ihr Ziel ist, Kranke so zu lagern, dass der Auflagedruck nirgends kri-