

> Bewegungsförderung in der Pflege:

Die Gesundheitspotenziale der Patienten erkennen und nutzen

ELISABETH KIRCHNER

Bewegungsförderung und körperliche Aktivierung stoßen seit einigen Jahren auf zunehmendes Interesse in den Medien, in der Gesundheitspolitik sowie in der Bevölkerung. Es wurde ein Bewusstsein dafür geweckt, dass sie für die Gesundheit und das Wohlbefinden wichtig sind.

Körperliche Aktivität fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden – auch im höheren Lebensalter.

In Studien konnte die Wichtigkeit der körperlichen Aktivität und der Bewegungsförderung belegt werden.

Aufgrund der zunehmenden Verdichtung der Pflegeintensität scheinen pflegerische Bewegungsförderungsprogramme derzeit kaum umsetzbar.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, ist es wichtig, die Bedeutung pflegerischer Handlungen nachzuweisen.

Im Bundes-Gesundheitssurvey „Körperliche Aktivität“ (Mensink 2003) wird darauf hingewiesen, dass körperliche Aktivität Gesundheit und Wohlbefinden fördert. Dort heißt es: „Besonders im höheren Lebensalter ist es wichtig, aktiv zu bleiben. Körperliche Aktivität hat auch dann noch einen positiven Effekt auf die Gesundheit, wenn bisher ein überwiegend inaktiver Lebensstil geführt wurde.“ In Studien der Bewegungs- und Sportwissenschaften, der Sportpädagogik, der Psychologie, der Philosophie, der Medizin, der Rehabilitation und der Pflege konnte inzwischen die große Bedeutung der körperlichen Aktivität und der Förderung der Bewegung belegt werden (Löllgen et al. 2002). Ebenso wurde beobachtet, dass es unter Bewegung zur Neubildung von Nervenzellen kommt. Das Fazit der Untersuchungen: „Lernen braucht Bewegung“ (Pühse & Müller 2005).

Für beruflich Pflegende, die täglich mit der Förderung von Selbstpflegekompetenzen sowie der Kontrolle der Alltagsbewegungen kranker Menschen zu tun haben, stellen sich vor diesem Hintergrund folgende Fragen:

- Welche Bedeutung haben die Bewegungsförderung und die körperliche Aktivierung für das pflegerische Handeln?
- Kann Pflege im täglichen pflegerischen Handeln dem Anspruch der Förderung und Aktivierung gerecht werden?
- Hat Pflege einen präventiven und rehabilitativen Auftrag?

Situation der Pflege

Das Gesundheitswesen in Deutschland hat in den letzten Jahren Veränderungen großen Ausmaßes erfahren und diese Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen. Nach Mitteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen (BALK) wurden von 2003 bis 2005 bundesweit in Krankenhäusern hochgerechnet rund 35.000 Vollzeitstellen im Pflegebereich (circa zehn Prozent) bei gleichbleibender

Fallzahl abgebaut (Presseinformation Dezember 2006. Der Deutsche Pflegerat (DPR 2006) weist darauf hin, dass sich die Pflegeintensität in den ersten Tagen der klinischen Behandlung enorm verdichtet hat. Er befürchtet, dass als Folge des Wirtschaftlich-

Körperliche Aktivierung ist bedeutend für die Gesundheit und das Wohlbefinden

keitsdiktats dem komplexen Pflegebedarf der zunehmend älteren Patienten nicht entsprochen werden kann. Ähnlich kritisierte der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika Deutschlands (VPU) unlängst in einer Pressemeldung (2006), dass steigende Beiträge und Personalabbau im Pflegebereich schon bislang die Mittel gewesen seien, mit denen „wirtschaftstheoretische Experimente am lebenden Patienten“ unternommen worden seien – obwohl internationale Studien darauf hinwiesen, dass Lücken in der Pflegekapazität Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. Geringe Pflegekapazitäten zögen regelmäßig mehr Krankheitskomplikationen, längere Krakenhausaufenthalte, vermehrte Arbeitsunfälle, höhere Arbeitsausfälle und somit schließlich Qualitätsverluste und erhöhte Kosten nach sich.

Pflegende erleben täglich die Folgen der beschriebenen Entwicklungen, während in der Öffentlichkeit immer wieder gravierende Pflegemängel diskutiert werden. Die pflegerische Berufsgruppe setzt sich gleichzeitig in vielfältiger Hinsicht – und unter Inkaufnahme von Zusatzbelastungen – für die Qualitätssicherung und -entwicklung ein, sei es durch die Entwicklung und Implementierung von Expertenstandards, durch die Beteiligung an innovativen Versorgungsmodellen wie Behandlungspfaden und Case Management oder durch Entwicklung von Angeboten für die pflegerische Beratung. Folglich ist es nur konsequent, wenn der DPR (2006) forderte:

„Pflegerische Leistungen im Sinne von Patientenorientierung und Prozessorientierung bedeutet, dass eine Neuordnung der Aufgaben und Tätigkeiten zwischen den Gesundheitsberufen dringend hergestellt werden muss.“ Besonders in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden oder bei denen die Gefahr von Mangelernährung besteht, ebenso im Schmerzmanagement sollten Pflegeexperten und -spezialisten Vorbehaltsaufgaben im Sinne von Beratungs- und Trainingsfunktionen zugewiesen werden.

Patientenorientierung, Beratung und Aktivierung – dies sind auch die tragenden Säulen der pflegerischen Bewegungsförderung, die damit, Umsetzung und Wirksamkeitsnachweis vorausgesetzt, zur Stärkung der Rolle der beruflichen Pflege beitragen kann.

Bewegungsförderung – Definition

Laut Duden (Synonymwörterbuch 2006) lässt sich „fördern“ unter anderem mit aufbauen, begünstigen, sich einsetzen, helfen, unterstützen, vorwärts- oder weiterbringen gleichsetzen. Bewegen kann nach derselben Quelle zum einen bedeuten, sich zu regen, sich zu rühren oder seine Lage zu verändern, zum anderen wird das Wort synonym gebraucht für gehen, marschieren, ziehen, sich fortbewegen, sich weggeben.

Der Begriff „Bewegungsförderung“ kann aus der Perspektive verschiedener Fachgebiete betrachtet werden und sich auf ein Individuum oder auf eine Gruppe beziehen. Der Schwerpunkt kann aber auch auf körperlichen Vorgängen oder auf interaktiven Prozessen liegen. In den Bewegungswissenschaften wird „Bewegung“ nicht ausschließlich aus sportwissenschaftlicher Sicht definiert, sondern es werden Erkenntnisse und Überlegungen aus der Philosophie, Psychologie, Pädagogik, Physik oder der Neurophysiologie berücksichtigt (Loosch 1999, Mechling & Munzert 2003, Meinel & Schnabel 1998, Schürmann 2001). Nach Schürmann (2001) darf Bewegung nicht – wie in der Vergangenheit – einseitig als Ortsveränderung des ganzen Körpers oder seiner Teile in Raum und Zeit verstanden werden. Vielmehr müsse Bewegung vor allem im Kontext menschlichen Handelns gesehen werden (Schürmann 2001, S. 136–137). Um Bewegung zu beschreiben, „bedarf es vieler heterogener Zugänge“, resümierte Loosch (1999). Zugleich eröffne Bewegung uns aber auch den Zugang zur Welt und somit zu uns selbst. Sie helfe, die Umgebung zu gestalten, schließlich seien Ausdruck und Kommunikation, Arbeit und Sport, Kulturgüter, Schrift und Sprache, jede Veränderung unserer Lebensbedingungen unlösbar mit Bewegung verknüpft.

Derzeit wird von Krankenkassen, Vereinen, Therapeuten und Sportlehrern eine Vielzahl von Bewegungsförderungsprogrammen für Kinder, Erwachsene, ältere und hochbetagte Menschen angeboten. Hintergrund ist die Zunahme des allgemein be-

Anzeige

Kasten: Viv-Arte Lernmodell für die kinästhetische Mobilisation in der pflegerischen Praxis



Das Viv-Arte Lernmodell wurde im Jahr 2000 von Bauder-Mißbach entwickelt, aufbauend auf der Bewegungsanalyse mit den sechs kinästhetischen Prinzipien nach Hatch et al. (1994). Begründungs- und Bezugsrahmen sind zum einen sportpädagogische Theorien und Erkenntnisse der Bewegungswissenschaften über motorisches Lernen (Meinl & Schnabel 1998, Loosch 1999, Mechling & Munzert 2003), zum anderen die Selbstpflegedefizittheorie von Dorothea Orem (1997). Kernelement sind definierte Bewegungs- und Steuereungskriterien, die als Grundlage dienen, um pflegerische Handlungen und Lernprozesse mit Patienten zu gestalten, zu reflektieren und zu optimieren. Die Mobilisation selbst gliedert sich nach Bauder-Mißbach in drei Phasen: Warm-up (Bild 1), Funktionsphase (Bild 2) und Cool-down (Bild 3). Bewegungsförderung bedeutet nicht, dass der schwerkranke Mensch unter allen Umständen das Bett verlassen muss. In der Warm-up-Phase wird die Mobilisation mit kleinen Bewegungen begonnen, wodurch im weiteren Verlauf Schmerzen, Bewegungsunfähigkeit und Kreislaufproblemen entgegengewirkt werden kann (Wihlenda 2002, Eisenschink et al. 2003a, Hackauf 2004, Schreiner 2007). Im Universitätsklinikum Ulm wird das Viv-Arte Lernmodell seit mehreren Jahren erfolgreich als Basis für die Mobilisation in der Pflege angewandt. In unterschiedlichen Projekten und in zwei wissenschaftlichen Untersuchungen ist es inklusive der drei Phasen evaluiert worden (Eisenschink et al. 2003a, Panfil & Eisenschink 2007). Weitere Studien sind in Zusammenarbeit von Pflege-, Bewegungs- und Sportwissenschaften in Vorbereitung. Beispiele aus der praktischen Umsetzung des Modells, insbesondere der Bewegungsdiagnostik und der Mobilisation unter Berücksichtigung der drei Phasen, können unter www.kinaesthetik.journal.de nachgelesen werden.

Pflegerische Programme zur Bewegungsförderung sollten sich auf Erkenntnisse anderer Wissenschaften stützen.

Sie müssen aber durch pflegewissenschaftliche Forschung evaluiert werden.

kannten Bewegungsmangels. Gibt man dagegen die Begriffskombination „Bewegungsförderung in der Pflege“ in die Internet-Suchmaschine Google ein, wird vor allem auf das Thema Dekubitus sowie, in einem geringeren Umfang, auf Maßnahmen der Sturzprophylaxe und teilweise auf Probleme bei Menschen mit Demenz verwiesen. Abgesehen von diesen speziellen Pflegesituationen – Dekubitus- und Sturzgefahr sowie Pflege von demenziell Erkrankten –, scheint der systematischen Bewegungsförderung im Rahmen des pflegerischen Handelns bisher wenig Aufmerksamkeit gewidmet zu werden.

Bewegungsförderung in der Pflege

Kranke Menschen oder Menschen mit Behinderungen in ihrer Bewegung zu unterstützen, ist in Kliniken meist Aufgabe der Physiotherapeuten und der Ergotherapeuten. Nach eigenen Erfahrungen und Beobachtungen in verschiedenen Einrichtungen nennen Pflegekräfte oft Zeitmangel und Personalengpässe als Grund dafür, dass sie keine bewegungsfördernden Maßnahmen durchführen. Bisher liegen jedoch keine Untersuchungen vor, in denen diesem Zusammenhang nachgegangen wurde.

Unzureichende Bewegungsförderung kann für die Betroffenen schwerwiegende Folgen haben, nicht nur hinsichtlich ihrer konditionellen, koordinativen, sensorischen, geistigen, körperlichen und sozialen Fähigkeiten, sondern für ihre gesamte gesundheitliche Entwicklung (Bartholomeyczik 2006). Dies legen auch die Ergebnisse von Zegelin (2005) nahe, die in einer qualitativen Studie mit 32 älteren Menschen den Prozess des Bettlägerigwerdens und des Bettlägerigseins untersucht hat. Ein Teil der interviewten Personen ist demnach durch den Klinikaufenthalt selbst bettlägerig geworden. Als Erklärung hierfür vermutet Zegelin, dass Patienten in Krankenhäusern aus strukturellen und anderen Gründen die meiste Zeit im Bett verbringen. Sie schlägt vor, bei einem Krankenhausaufenthalt, speziell älterer Menschen, die meist etwas längere Aufenthaltsdauer für diagnostische Verfahren zu nutzen, um den Status der Beweglichkeit festzustellen und daraus resultierende präventive Strategien zu entwickeln.

Bauder-Mißbach (2000) weist darauf hin, dass bei intensivtherapiepflichtigen Patienten, deren Vitalfunktionen maschinell kontrolliert werden, aktive Bewegungsförderung im Sinne von Frühmobilisation bereits in diesem instabilen Stadium von großer Bedeutung ist. Auch Wihlenda (2002) unterstreicht die Notwendigkeit, dass kritisch kranke, intensivtherapeutisch behandelte Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrgenommen werden, wozu auch die Bewegungssteuerung gehöre. Schreiner (2006) berichtet von praktischen Erfahrungen, die zeigen, dass sich durch gezielte Bewegungsübungen und mobilisierende Interventionen bereits im frühen postoperativen Stadium die geistigen und motorischen Fähigkeiten sowie die Organfunktionen positiv beeinflussen lassen. Diese Beobachtungen werden gestützt durch Forschungsergebnisse, wonach Inaktivität das Nachlassen von Organfunktionen und Fähigkeiten beschleunigt sowie gravierende Einschränkungen im sozialen Bereich nach sich zieht (Bauder-Mißbach 2000, 2005, Eisenschink et al. 2003b, Zegelin 2005).

Voraussetzung für die Bewegungsförderung ist fachspezifisches Wissen über die komplexen Bewegungsabläufe beim Menschen (Wihlenda 2002, Schreiner 2006). Hierfür bedarf es pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Kenntnisse als Grundlage der

notwendigen fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen. Kranke Menschen werden oft sehr unterschiedlich in ihrer Mobilität unterstützt. Während die einen ziehen, schieben oder drücken, arbeiten andere nach kinästhetischen Prinzipien, Bobath oder wenden basale Stimulation an. In der Studie von Zegelin (2005) gab fast ein Drittel der zum Transfer befragten Patienten an, dass sie die Mobilisierung als „ein Gezerre“ empfunden hätten. Nach Bauder-Mißbach (2000, 2006) können kinästhetische Lagewechsel anders als herkömmliche die Selbstbewegung des kranken Menschen fördern sowie Muskeln und Gelenke mit wenig zusätzlicher Belastung aktivieren (vgl. auch Hackauf 2004). Von Nachteil sei, dass diese Vorgehensweise länger dauern könne, sehr komplex sei und spezielles Wissen erfordere. Am Universitätsklinikum Ulm wird seit mehreren Jahren erfolgreich ein Modell zur Bewegungsförderung nach kinästhetischen Prinzipien, das sogenannte Viv-Arte Lernmodell (Kasten), umgesetzt.

Programme wie die kinästhetische Bewegungsförderung vermögen die pflegerische Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz zu erweitern, müssen jedoch in einen pflegetheoretischen Bezugsrahmen eingebettet sein und einheitlich angewandt werden. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr, dass ein Patient unterschiedliche Maßnahmen erfährt, je nach individuellem Wissensstand der einzelnen Pflegenden. Unterschiedliche Handlungsstrategien machen es einem kranken Menschen jedoch schwer, sich aktiv einzubringen und die Bewegungsförderung mitzugestalten.

Je nach Bewegungsmuster ist eine intensiviertere Pflege erforderlich. Frank et al. (2006) haben in einer systematischen Übersichtsarbeit die Wirksamkeit intensivierter Pflege untersucht. Danach belegen mehrere Studien, dass eine solche Pflege zu mehr Zufriedenheit führen, das psychosoziale Befinden verbessern sowie, je nach Art, auch funktionale Beschwerden lindern kann.

Fazit

Bewegungsförderung in der Pflege ist wichtig und sinnvoll – und zeitaufwändig. Sie erfordert Zeit und personelle Ressourcen. Umso wichtiger ist es, ihre Wirksamkeit durch weitere pflegewissenschaftliche Forschung zu belegen und die bisherigen Programme weiterzuentwickeln. Ebenso gilt es die Effekte von Fort- und Weiterbildungen im Bereich der pflegerischen Bewegungsförderung zu überprüfen. Was wird umgesetzt und welche Auswirkungen sind bei den Patienten zu verzeichnen? Weitere pflegewissenschaftliche Studien sind somit erforderlich, wobei diese auch das Know-how bewegungswissenschaftlicher Disziplinen einbeziehen sollten. <<

Mein besonderer Dank gilt Anna-Maria Eisenschink, Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Ulm, für

ihre unermüdliche, fachkundige Unterstützung und die fachlichen Diskurse. Ebenso danke ich Heidi Bauder-Mißbach für die äußerst fruchtbare Zusammenarbeit in den letzten 15 Jahren sowie allen Kolleginnen und Kollegen, die an der Umsetzung der kinästhetischen Mobilisation im Universitätsklinikum Ulm mitgewirkt haben.



Literatur

Die Literatur zu diesem Beitrag kann unter Tel.: (07 11) 78 63-72 38 angefordert oder von der Homepage www.pflegezeitschrift.de heruntergeladen werden.

Zur Autorin:

Elisabeth Kirchner, Fachkrankenschwester, Bewegungslehrerin Level 1 bis 4 für kinästhetische Mobilisation, Verantwortliche für Entwicklung und Koordination des Viv-Arte Lernmodells für kinästhetische Mobilisation am Universitätsklinikum Ulm, **Kontakt:** Elisabeth Kirchner, Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm, E-Mail: Elisabeth.Kirchner@uniklinik-ulm.de

Die im pflegetheoretischen Bezugsrahmen eingebetteten Programme müssen einheitlich angewandt werden.

Dabei fördern kinästhetische Lagewechsel die Selbstbewegung des kranken Menschen anders als herkömmliche.

Ein Modell zur Bewegungsförderung nach kinästhetischen Prinzipien ist das sogenannte Viv-Arte Lernmodell.

Anzeige