

Die Abhängigkeit von Hilfe steht oft in einem direkten Zusammenhang mit Einschränkungen der Mobilität (Beweglichkeit). Neben angeborenen Behinderungen sind es unfall- oder krankheitsbedingte Schäden, Lähmungen, Spastiken und Kontrakturen sowie schmerzhafte Prozesse bei Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Rheuma oder Gicht, durch die der Mensch in seiner Beweglichkeit mehr oder weniger stark eingeschränkt sein kann, bis hin zur völligen Abhängigkeit von der Hilfe anderer. Auch geistige Krankheiten mit depressivem Hintergrund, das Gefühl der Aussichtslosigkeit und Sinnlosigkeit aller Bemühungen, können die Mobilität sehr beeinträchtigen. Oft hängt das eine mit dem anderen zusammen, so dass Mobilisationsmaßnahmen die nur am Körper ansetzen selten erfolgreich sind. Die hier geforderte aktivierende Pflege ist weniger eine Frage der Technik als des Verständnisses für das, was den Inaktiven blockiert.

ZIEL:

Der Pflegebedürftige soll die ihm mögliche Selbständigkeit behalten oder wiedererlangen.

RICHTLINIEN:**1. Hilfebedarf und Ressourcen feststellen:**

Den Hilfebedürftigen befragen und beobachten, inwieweit er in seiner Beweglichkeit eingeschränkt ist, bzw. inwieweit er trotz dieser Einschränkung selbständig sein kann. Dabei ist v. a. das Verhalten des Betroffenen zu beobachten, z.B.: Kann er aufgrund seiner körperlichen Einschränkung eine bestimmte Verrichtung tatsächlich nicht mehr ausführen oder traut er sich nicht zu, diese selbständig auszuführen, weil er vielleicht Angst hat, zu versagen oder sich in seiner Hilflosigkeit anderen gegenüber so nicht präsentieren möchte. Mit dem Betroffenen über derartige Beobachtungen offen sprechen und überlegen, wie man ihm aus einer solchen Situation am besten heraushelfen kann.

2. Selbstachtung und Intimsphäre schützen:

Die meisten mobilitätseingeschränkten Menschen haben große Schwierigkeiten damit, sich in ihrem Behindertsein, ihrer Hilflosigkeit oder Ungeschicklichkeit anderen gegenüber zeigen zu müssen. Deshalb sollten diese Menschen nur von Personen betreut werden, die in einem Vertrauensverhältnis zu ihnen stehen, seine Hemmungen und Unsicherheiten kennen und darum wissen, wie sie ihn vor beschämenden Situationen schützen können. Pflegende sollten bedenken, dass nahezu alle Rückschläge in der Rehabilitation und das Scheitern von Aktivierungsbemühungen auf den Verlust der Selbstachtung zurückzuführen sind, die häufig durch unbedachte Reaktionen der Helfer ausgelöst werden. (vgl. Standard *Regression*)

3. Vereinbarungen treffen und dokumentieren:

Art und Umfang der Hilfestellung sowie die Durchführung spezieller Mobilisationsmaßnahmen bedürfen stets einer Absprache zwischen der Bezugsperson und dem Pflegebedürftigen. Die Ausgangssituation und die Abspracheergebnisse werden im Pflegebericht dokumentiert. Ferner wird jede Verbesserung/Verschlechterung der Mobilität sowie die Anpassung der Pflegemaßnahmen fortlaufend berichtet. Sofern eine bestimmte Hilfestellung oder bestimmte Maßnahmen über einen längeren Zeitraum beachtet werden müssen, werden diese im Pflegeplan aufgeführt.

4. Grundregeln für den Umgang mit behinderten und mobilitätseingeschränkten Menschen:

- **Soviel Hilfe wie nötig - sowenig Hilfe wie möglich!**
- **Fördern und Fordern - auch wenn dies mehr Pflegezeit in Anspruch nimmt!**
- **Keine Mitleidshaltung, sondern Verständnis für die Situation zeigen!**
- **Geduld und Verständnis bei Stimmungsschwankungen aufbringen!**
- **Zuversicht und Vertrauen in die Fähigkeiten des anderen vermitteln!**
- **Rückschläge nicht als persönliches Versagen bewerten!**
- **Akzeptieren, wenn der Behinderte eine Trainingspause braucht!**
- **Jeden Teilerfolg in angemessener Weise hervorheben!**
- **Persönliche Perspektive aufbauen helfen!**

HINWEIS: Weitere konkrete Hilfestellungen und Mobilisationsmaßnahmen je nach Behinderungsart/Situation, sind v.a. in den Standards: *ApxMI-3*, *Blind*, *Hörbe*, *Verwirrt*, *MS*, *PS*, *Antrieb* beschrieben (Band 2).

Kommentar zum Standard Mobil

Warum dieser Standard?

Mobilisationsmaßnahmen sind im Rahmen der Pflegeversicherung als Aufgabe der Pflege eigens hervorgehoben. Dabei wird jedoch nicht ausgesagt, was im Einzelnen hierunter zu verstehen ist, vielmehr werden lediglich einige häufig vorkommende Hilfestellungen, wie: Gehen mit dem Pflegebedürftigen, Hilfe bei Aufstehen und Zubettgehen, Bewegungsübungen, Fahren im Rollstuhl u.ä. angeführt. Damit ist jedoch, wie jede Pflegeperson weiß, der Aufgabenbereich der Mobilisation allenfalls beispielhaft angedeutet.

Das Thema Mobilisation kann nicht nur bezogen auf einzelne Pflegeverfahren verstanden werden. Hier steckt viel mehr dahinter und man sollte es deshalb auch seiner Bedeutung entsprechend neu gewichten. Dieses haben wir mit dem vorliegenden Standard versucht. Dabei wurde die allgemeine Bedeutung der Mobilität, d.h. der körperlich und geistigen Beweglichkeit, für den Menschen in den Vordergrund gestellt. Mobil sein heißt, in der Lage zu sein, sich von einem Zielpunkt zum anderen zu begeben; beispielsweise heute in Hamburg und morgen in München sein zu können, wenn man dies wünscht. Oder auch nur von einem Zimmer in ein anderes gehen zu können oder vom Stuhl aufzustehen und sich ins Bett zu legen, wenn einem danach zu Mute ist. Alle täglichen kleinen und großen Verrichtungen bedürfen einer gewissen Beweglichkeit. Um z.B. ein Brot schmieren zu können, bedarf es einer entsprechenden Fingerfertigkeit; dass selbstständige An- und Auskleiden ist ebenfalls nur möglich, wenn die geistige und körperliche Koordination der hierfür benötigten Bewegungsabläufe stimmt. Der Geist gibt jeweils den Impuls der dann zu der Aktion bzw. zu der Bewegung in die gedachte Richtung führt. Geistige Störungen führen deshalb oft zu Koordinationsstörungen, weil, wenn der Geist kein klares Ziel vorgibt oder sich nicht mehr an bestimmte Bewegungsabläufe erinnert, der Körper nicht wissen kann, wo er hin soll, bzw. welches Bewegungsmuster für eine bestimmte Tätigkeit erforderlich ist. Deshalb führt jede geistige Behinderung ebenso wie jede körperliche zu mehr oder weniger ausgeprägten Einbußen in der Mobilität. Der Begriff "Behinderung" besagt letztlich ja auch nichts anderes, wie, daran gehindert sein, den Alltag nach seinen eigenen Plänen und Vorstellungen zu gestalten. Vor diesem Hintergrund wird Mobilität und Behinderung gesehen und sind die inhaltlichen Schwerpunkte im nebenstehenden Standard zu verstehen. Es handelt sich demnach um übergeordnete Richtlinien, die im Umgang mit jedweden Behinderten Anwendung finden sollten, sofern eine Einrichtung den Auftrag "Rehabilitation vor Pflege" oder "Aktivierung vor Versorgung" ernst nimmt und entsprechende Konzepte hierzu vorlegen möchte.

Qualitätsbedarf:

Die derzeitige Pflegepraxis ist noch ziemlich weit von dem hier beschriebenen Anspruch entfernt, abgesehen von speziellen Rehabilitationseinrichtungen, für die derartige Richtlinien mehr oder weniger selbstverständlich sind. Rehabilitation setzt vor allem eine bestimmte Haltung und ein Verhalten voraus, welches den Behinderten aktivieren (motivieren) soll, aus seiner Situation das Beste zu machen, d. h. seine vorhandenen Fähigkeiten zu kultivieren und hierdurch die Defizite zu kompensieren. Die heute vielfach praktizierten Verhaltensweisen von Pflegenden gehen häufig eher in die andere Richtung. Man konzentriert sich zu sehr auf die Behinderung, als auf die Fähigkeiten und trägt damit unbewusst dazu bei, diese zu kultivieren. Dies führt dann nicht selten dazu, dass ein Behinderter seine Situation als etwas Besonderes erlebt, aus der heraus er sich berechtigt fühlt Ansprüche und Forderungen an andere herzuleiten. "Weil ich schließlich behindert bin, habt ihr mir gefälligst zu helfen." Damit wird ein häufig zu beobachtender Kreislauf in Gang gesetzt, der einerseits den Behinderten in ein Dauerabhängigkeitsverhältnis von Pflege bringt und andererseits den Pflegenden die Rolle von Befehlsempfängern abverlangt.

Da beides auf die Dauer problematisch ist und letztlich niemandem hiermit gedient werden kann, sollten Pflegenden schon im eigenen Interesse darauf hinarbeiten, derartige Negativkreisläufe von vorne herein nicht aufkommen zu lassen. Darin liegt m.E. der eigentliche Unterschied zwischen Pflege als Versorgungsleistung (dafür zu sorgen, dass der Bedürftige zu essen und zu trinken hat, dass sein Äußeres gepflegt ist, er keinen Dekubitus bekommt und möglichst den ganzen Tag mit irgendetwas beschäftigt ist, damit er sich nicht langweilt u.a.m.) und Pflege als rehabilitatives Prinzip. Letzteres bedarf jedoch der Auseinandersetzung mit solchen Zusammenhängen. Dazu müssen die Pflegenden vor allem erkennen können, welche Kreisläufe sie durch eine bestimmte Haltung auslösen oder vermeiden können.

Aktivierende Pflege im hier beschriebenen Sinne, ist in vielen Einrichtungen bestenfalls eine zu Papier gebrachte Wunschvorstellung. Nicht zuletzt deshalb, weil nur die reinen Versorgungsleistungen mit den Kassen abgerechnet werden können. Da zunächst mehr Zeit aufgewandt werden muss, um den Bedürftigen z.B. anzuleiten sich weitgehend selbst zu waschen, wäscht ihn die Pflegekraft von oben bis unten. Außerdem wird sie dafür bezahlt, dass sie die Körperpflege durchführt und nicht dafür, dass sie im Wesentlichen zusieht, wie der Bedürftige sich abmüht. Überhaupt steckt die Versorgungsmentalität sehr tief drin, den meisten Pflegekräften fällt es enorm schwer, nicht selbst alles für den anderen zu Regeln und zu Tun.

Erschwerend hinzu kommt die knappe Zeit auf den Stationen. Wenn eine Pflegekraft pro Dienstzeit zehn und mehr Patienten/Bewohner zu pflegen hat, bleibt Aktivierung unweigerlich auf der Strecke.

Dennoch behaupte ich, dass wir nicht halb so viel Pflegebedürftigkeit hätten, würden Standards wie dieser umgesetzt. (siehe auch Kommentar zum Standard Regression oder Artikel: Gesundheitssystem Fass ohne Boden.)

Heute werden vor allem Alterskranke buchstäblich in die Betten gepflegt.