

Mobilität fördern nach Hüft-TEP-OP

Ältere Patienten zeigen schon nach wenigen Tagen Immobilität im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt gravierende Einschränkungen ihrer Alltagsfähigkeiten.

Ein Grund, der die Wichtigkeit mobilitätsfördernder Maßnahmen unterstreicht. Hinzukommt, dass die Patienten von der Mobilitätsförderung nicht nur körperlich, sondern auch geistig profitieren. Außerdem wird das Sturzrisiko durch die Maßnahmen reduziert.

Der Prozess der Mobilitätsförderung beinhaltet 4 Schritte: Information, Beratung, Anleitung und Gestaltung einer mobilitätsfördernden Umgebung. Diese Fortbildungseinheit erklärt am Beispiel einer geplanten Totalendoprothesen-Operation des Hüftgelenks, welche Informationen und Beratungsinhalte in diesem Kontext von Bedeutung sind. Pflegekräfte, die über praktische Erfahrungen in der Handhabung von Hilfsmitteln verfügen, kennen deren Möglichkeiten und Grenzen und können ihre Patienten sicher im Umgang mit ihnen anleiten. Wenn dies bereits präoperativ geschieht, setzen die Patienten das gelernte Verhalten nach der Operation einfacher, schneller und besser um. Sie fühlen sich sicherer in der Handhabung und werden schneller wieder mobil und selbstständig.

Autorin: Barbara Schubert, Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Lerncoach, Physiotherapeutin, selbstständige Autorin, Gutachterin, Dozentin und Trainerin, www.wollen-können-tun.de

LERNZIELE

Wenn Sie diese Fortbildungseinheit gelesen haben, ...

- wissen Sie, was man unter Mobilität versteht
- kennen Sie die drastischen Auswirkungen eines Mobilitätsverlustes in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt
- wenden Sie die 4 Schritte zur Gestaltung des Prozesses der Mobilitätsförderung an
- probieren Sie Unterarmgehstützen im Vorfeld zur Patientenanleitung selbst aus, um mehr Empathie für die Patienten zu entwickeln
- nutzen Sie eine Checkliste mit präoperativen Beratungs- und Anleitungsinhalten zur Mobilisation nach Hüft-TEP-Operationen

STICHWÖRTER

Mobilität, Mobilitätsförderung, Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, Information, Beratung, Anleitung, Gehhilfen

Bewegungsförderung war lange Zeit aus Sicht der Pflege eine physiotherapeutische Aufgabe, die Pflegekräfte fühlten sich häufig nicht verantwortlich. (1) Spätestens der Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ verdeutlicht die Zuständigkeit der Pflege in diesem Bereich.

Im Expertenstandard wird Mobilität definiert als „die Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen“. (5) Mobilität erhält und fördert nicht nur körperliche, sondern auch geistige Aktivität und beugt Erkrankungen und Folgeschäden vor bzw. lindert sie. (6)

Zusammenhang: Körperliche Aktivität und kognitive Leistungsfähigkeit

Durch die täglichen Herausforderungen – beruflich wie privat – sind wir ständig gefordert, uns mit neuen Dingen auseinanderzusetzen. Dadurch befindet sich unser Gehirn in einem ständigen Auf-, Ab- und Umbauprozess. Es passt sich diesen Herausforderungen an. Je schneller dies möglich ist, desto leichter gehen wir durch den Tag und erleben unsere Aufgaben tatsächlich als Herausforderung und nicht als Belastung.

„Das Gehirn eines Erwachsenen wiegt knapp 1,5 kg und entspricht in Bezug auf Form und Größe in etwa den beiden mit den Handflächen aneinandergelegten Fäusten seines Besitzers. Obwohl das Gehirn nur 2 % der Körpermasse ausmacht, verbraucht es 20 % der gesamten benötigten Energie des Körpers.“ (2) Auch die Hände stellen nur etwa 2 % der Körpermasse dar, trotzdem sind sie in fast 60 % der Großhirnrinde repräsentiert. (3) Bewegungen der Finger- und Gesichtsmuskulatur steigern die Gehirndurchblutung um 20 bis 30% und beeinflussen die Gehirnleistung positiv. Bewegung hat vielseitige Wirkungen auf das Gehirn (4):

- Anregung von Durchblutung und Stoffwechsel
- Erhöhung von Anzahl und Stabilität der Synapsen
- vermehrte Ausschüttung von Überträgerstoffen
- Freisetzung von Glückshormonen
- Geistige Vorgänge laufen schneller und komplexer ab.
- Sprechen, Kauen und Schreiben haben eine größere Auswirkung als Laufen.
- Umgekehrt fällt es Menschen leichter, sich zu bewegen, wenn sie geistig angeregt sind.

Bereits in den 1980er-Jahren wurde die Auswirkung eines Krankenhausaufenthalts auf die geistige Fitness nachgewiesen: Patienten zeigten, unabhängig von der Einlieferungsdiaagnose, nach 3 Wochen Krankenhausaufenthalt IQ-Einbußen von durchschnittlich 20 Punkten. 40 % der Personen nach Hüftfraktur wiesen erhebliche kognitive Einbußen auf. (4)

Dass Bewegungsmangel zu Intelligenzeinbußen führt, ist belegt. Ebenfalls belegt ist es, dass die Anregung der Mobilität die geistige Leistungsfähigkeit erhöht. Darüber hinaus beschleunigt sie den Rehabilitationsprozess und verkürzt stationäre Krankenhausaufenthalte. (4)

Circa „40 % aller älteren Patienten erleiden nach einem Krankenhausaufenthalt Einschränkungen der Alltagsfähigkeit; ein Drittel von ihnen hat auch nach einem Jahr nicht wieder die ursprüngliche Selbstständigkeit erreicht.“ (7) Auch wenn die Immobilität im Krankenhaus nur wenige Tage besteht, geht sie mit einer Mobilitätseinschränkung einher, der sich während des stationären Aufenthaltes durch Mobilisierung wirksam vorbeugen lässt. (7) Pflegekräfte können durch verschiedene Maßnahmen und Hilfsmittel Einfluss nehmen. Sie wählen geeignete Bewegungsabläufe aus und leiten Patienten und Bewohner an, individuell angepasste Hilfsmittel zielführend und sicher zu nutzen. Dazu gehört auch die Motivation der Betroffenen, überhaupt mobil sein zu wollen. (8) Wenn die Mobilisationsmaßnahmen mit alltagsrelevanten Zielen verbunden werden, ist die Motivation der Betroffenen größer, als wenn die Mobilisationsbemühungen ohne erkennbaren Alltagsbezug für sich stehen. Mobilitätsförderung besteht aus 4 Schritten, die aufeinander aufbauen und ineinander übergehen können.

Den ersten Schritt bildet die Information der Patienten oder Bewohner. Sie beinhaltet die Aufklärung über die Bedeutung der Mobilisation und die Auswirkungen eines Mobilisationsverlustes. Patienten oder Bewohner können eher eine konkrete Vorstellung entwickeln, wenn sie exemplarische Vorschläge zu Übungsmöglichkeiten erhalten. Bereits im Informationsgespräch haben Hilfsmittel einen Platz. Sie können vorgestellt, demonstriert und empfohlen werden. So können Pflegekräfte bereits früh im Prozess die Einsicht und Motivation der Betroffenen beeinflussen.

Es schließt sich der Schritt der individuellen Beratung an. Sie will die Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit stärken mit dem Ziel, dass die Betroffenen aus

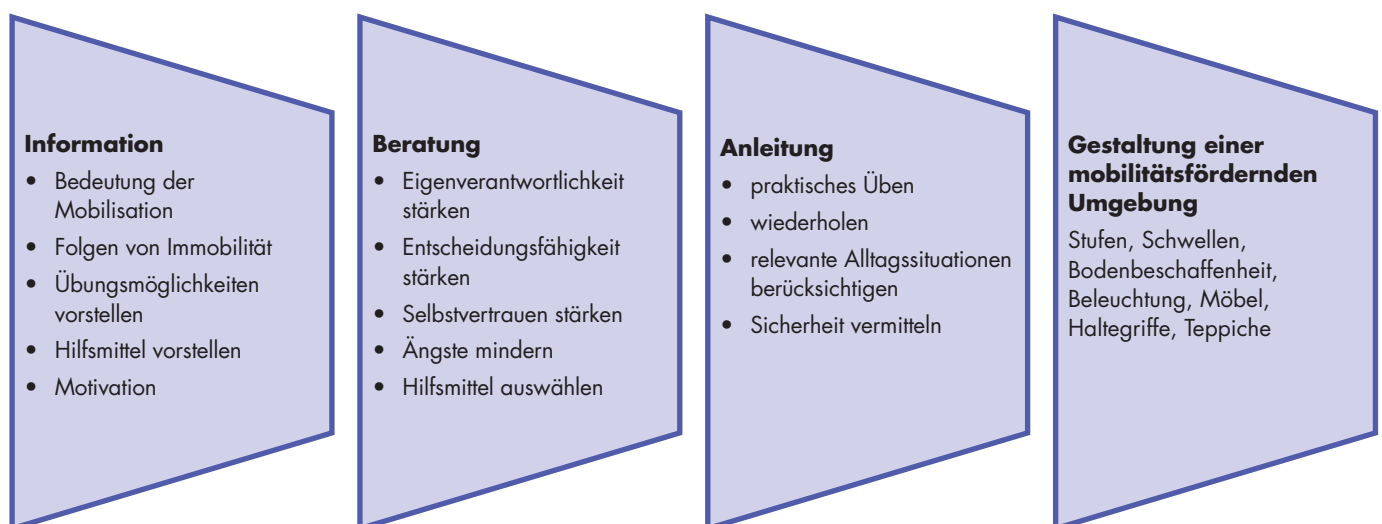


Abbildung 1: Die 4 Schritte der Mobilitätsförderung

verschiedenen alternativen Handlungsoptionen auswählen können. Das Gespräch über Ressourcen und Probleme kann das Selbstvertrauen stärken und eine möglicherweise vorhandene Angst vor Stürzen mindern.

Der dritte Schritt befasst sich mit der praktischen Umsetzung der festgelegten Maßnahmen und beinhaltet die Anleitung der Patienten oder Bewohner. Das praktische Üben steht hier im Vordergrund. Damit Patienten oder Bewohner die neuen Bewegungsabläufe sicher und automatisiert durchführen können, müssen sie sie ausreichend häufig wiederholen. Idealerweise beziehen auch die Praxiselemente für Patienten und Bewohner relevante Alltagsaktivitäten ein. Darüber wird der Motor der Motivation weiter angetrieben und die Betroffenen bleiben am Ball. Das Wichtigste dabei ist, dass es gelingt, Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln als Basis für ein gutes Miteinander im Anleitungsprozess.

Es ist sinnvoll, Patienten mit geplanten Eingriffen bereits präoperativ darüber aufzuklären, wie sie nach der Operation aufstehen oder sitzen und welche Bewegungen sie vermeiden sollen. Wenn sie dies zusätzlich praktisch einüben, können sie das alles nach der Operation leichter und sicherer umsetzen. Hinzu kommt, dass Patienten Bewegungsanweisungen besser akzeptieren, nachdem sie sie praktisch geübt haben, als wenn die Informationen ausschließlich über Beratung und schriftliche Informationsmaterialien übermittelt werden. (9)

Schließlich gehört auch die Gestaltung einer mobilitätsfördernden Umgebung (Wohnraumberatung) zu den Aufgaben von Pflegekräften im Rahmen der Mobilitätsförderung. Sie bildet den letzten Schritt und spielt insbesondere im Langzeitpflegebereich und in der häuslichen Pflege eine große Rolle. Bei der Wohnraumberatung werden Stufen und Schwellen, Bodenbeschaffenheit, Beleuchtung, Möbel

- Schmerzmedikation post-OP
- Lagerung: Schaumstoffschiene
- Luxationsprophylaxe: zu vermeidende Bewegungen sind Innen- und Außenrotation, Adduktion
- festes Schuhwerk
- Hilfsmittel (Unterarmgehstützen o. Ä., (Toiletten-)Sitzerhöhung, Greifzange u. a.)
- Aufstehen aus dem Bett über die operierte Seite, das OP-Bein in leichter ABD-Stellung halten
- Sitzen mit Sitzflächenerhöhung in Stuhl und Toilette
- Gehen mit Unterarmgehstützen, Dreipunktengang und Vierpunktengang, Umgang mit Drainagen (Redon, Blasenkatheter)
- Rucksack oder Hüfttasche zum Transport von Gegenständen

Tabelle 1: Präoperative Beratungs- und Anleitungsinhalte zur Mobilisation nach Hüft-TEP-OP

und Teppiche sowie Haltegriffe und weitere Hilfsmittel in den Fokus genommen.

Die präoperative Information, Beratung und Anleitung von Patienten vor einer Hüft-TEP-OP beinhalten vielfältige Themen. Sie vermitteln Sicherheit und schaffen die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Patient und Pflegekraft.

Anleitung zur Benutzung von Unterarmgehstützen (UAG)

UAGs entlasten die Strukturen des Bewegungsapparates der unteren Extremität. Neben einfachen glatten Griffen (wegen der Schweißbildung der Hände ist das Tragen von Handschuhen hilfreich) stehen Softgriffe und anatomisch geformte Handgriffe zur Verfügung. Letztere verteilen den Druck auf eine große Fläche und entlasten dadurch das Handgelenk.

Für die optimale **Höheneinstellung** lässt der Patient seine Arme bei aufrechter Körperhaltung seitlich locker hängen. Der Handgriff wird in Höhe der Handwurzel eingestellt. Alternativ kann auch die Höhe des Trochanter major am Oberschenkel zur Orientierung für die Einstellung der Griffhöhe dienen.

Der **Dreipunktengang** eignet sich, wenn eine Extremität nicht oder nur teilweise belastet werden darf. Beide Gehstützen werden gemeinsam mit dem „zu entlastenden“ Bein in einer Reihe nach vorne bewegt, anschließend wird das gesunde Bein zum nächsten Schritt nach vorne durchgezogen. Beim Gehen ohne Belastung nimmt das Bein nur „Tuchföhlung“ auf. Das bedeutet, dass es zwar den Boden berührt, jedoch kein Gewicht trägt. Dennoch ahmt es den physiologischen Bewegungsablauf beim Gang nach, auch wenn der Armschwung fehlt. Bei Teilbelastung übt der Patient so lange die Übertragung der erlaubten Kilogrammmenge auf einer Waage, bis er ein sicheres Gefühl dafür entwickelt hat und dies im Alltag umsetzen kann.

Im **Vierpunktengang** wird das „kranke“ Bein belastet. Er entspricht dem physiologischen Gang, da hier im Kreuzgang der Armschwung sichtbar wird. Das rechte Bein wird gemeinsam mit der linken UAG nach vorne gebracht und anschließend das linke Bein gemeinsam mit der rechten UAG.

Wenn ein Patient nur eine Gehstütze benutzt, befindet sie sich an der gesunden Seite. Sie wird immer gemeinsam mit dem kranken Bein nach vorne gebracht.

Beim **Treppensteigen aufwärts** bleiben „krankes“ Bein und beide Gehstützen zunächst auf der unteren Stufe, wäh-



Abbildung 2a und b: Dreipunktengang



Abbildung 3a und b: Vierpunktengang



Abbildung 4a und b: Treppe aufwärts



Abbildung 5a und b: Treppe abwärts

rend das gesunde Bein auf die höhere Stufe gesetzt wird. Beide Gehstützen werden gemeinsam mit dem kranken Bein auf dieselbe Stufe nachgezogen – sie werden NICHT auf die nächsthöhere Stufe gesetzt! Zur Sicherheit geht die Pflegekraft beim Üben hinter dem Patienten her. Alternativ kann auch eine UAG durch den Handlauf der Treppe ersetzt werden, das erhöht die Stabilität und Sicherheit. Diese UAG wird dann entweder von der Begleitperson gehalten oder der Patient nimmt sie zusätzlich in die Hand, in der sich die zweite UAG befindet.

Abwärts werden zunächst die Gehstützen und das „kranke“ Bein auf die nächsttiefere Stufe gesetzt, das gesunde Bein folgt im zweiten Schritt auf dieselbe Stufe. Zur Sicherheit geht eine Begleitperson vor dem Patienten her.

Hier kann analog zum Treppensteigen aufwärts auch der Handlauf eine UAG ersetzen.

Merkhilfe Treppensteigen: Gesund geht's bergauf und krank geht's bergab.

Praxisbeispiel: Frau Himmel

Frau Himmel ist 76 Jahre alt und wurde heute ins Krankenhaus aufgenommen. Eigentlich ist sie sehr rüstig, aber seit Jahren leidet sie an einer Coxarthrose. Eine Operation konnte sie lange vermeiden. In letzter Zeit waren die Beschwerden allerdings extrem stark und Frau Himmel fühlte sich in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt. Deshalb entschied sie sich zu der Operation.

Pflegefachkraft Martina nutzt den Tag, um Frau Himmel auf die Operation und die Zeit danach vorzubereiten. Als sie in das Patientenzimmer kommt, sieht sie, dass vor Frau Himmels Bett offene „Schlappen“ stehen. Das ist für die Mobilisation gefährlich. Frau Himmel sieht das ein und lässt sich von ihren Kindern noch am selben Tag feste Turnschuhe mit Klettverschlüssen bringen.

Dann informiert sie Frau Himmel darüber, dass ihr Bein nach der Operation in einer Schaumstoffschiene gelagert wird, um unkontrollierte Bewegungen zu vermeiden, die zu einer Luxation führen könnten. Sie erklärt ihr, dass sie auf Rotations- und Adduktionsbewegungen verzichten soll, um das zu verhindern. Die Sorge vor starken Schmerzen nach der Operation kann Martina Frau Himmel nehmen.

Zur Entlastung des operierten Beines soll Frau Himmel nach der Operation Unterarmgehstützen benutzen. Mit ihrem Einverständnis überreicht sie ihr ein Paar Gehstützen und stellt die Höhe für sie passend ein. Schon jetzt soll sie sie nutzen, damit sie am nächsten Tag ein wenig Übung darin hat und besser damit zurechtkommt. Außerdem überlässt Martina ihr eine Sitzflächenerhöhung für ihren Stuhl am Esstisch und zeigt ihr die Toilettensitzerhöhung, die im Bad fest installiert ist. Als weiteres Hilfsmittel stellt sie ihr einen Greifarm (Greifzange) zur Verfügung und erklärt ihr, dass sie mit dessen Hilfe beispielsweise ihre Klettverschlüsse an den Schuhen schließen kann. All das probiert sie aus und findet es sehr hilfreich und beruhigend. Schließlich erfährt sie, dass sie alle Hilfsmittel auch für zu Hause verordnet bekommen kann.

Dann empfiehlt Martina Frau Himmel, immer über die operierte Seite aus dem Bett aufzustehen, da dies der kürzeste Weg für das operierte Bein ist und sich darüber Rotations- und Adduktionsbewegungen am besten vermeiden lassen. Dabei bleibt es jedoch nicht, Frau Himmel probiert es gleich einmal aus. An der Bettkante angekommen weist Martina sie darauf hin, dass sie unmittelbar nach der Operation möglicherweise eine Redon-Sog-Drainage und einen Blasenkatheter haben wird. Die dazu gehörenden „Schläuche“ muss sie immer mitnehmen, wenn sie das Bett verlässt. Wenn sie das vergisst, drohen Verletzungen. Martina macht Vorschläge für eine dezente Befestigung der Behälter an der Kleidung.

Dann demonstriert Martina den Dreipunktengang mit Unterarmgehstützen und lässt Frau Himmel dies anschließend üben. Sie beobachtet sie dabei und korrigiert da, wo es nötig ist. Frau Himmel hat anfangs Probleme mit der Koordination des Bewegungsablaufes. Aber nach einigem Üben weiß sie ganz genau, wie sie aus dem Bett aussteigen kann. Sie geht mit den Unterarmgehstützen ins Bad und über den Flur, öffnet Türen und geht auch

im Treppenhaus eine Etage herauf und wieder herunter. Beide vereinbaren abschließend, dass Frau Himmel nach der Operation die eingeübten Bewegungsabläufe bei allen Alltagsaktivitäten anwendet.

Martina und Frau Himmel sind zufrieden mit dem Ergebnis. Frau Himmel weiß nun, was auf sie zukommt und fühlt sich dadurch sicherer. Außerdem lässt sie sich noch einen Rucksack von zu Hause bringen, damit sie einige Dinge transportieren kann, obwohl sie keine Hand frei hat.

Am nächsten Abend geht Martina zu Frau Himmel ans Bett. Sie hat die Operation gut überstanden und kaum Schmerzen. Martina hilft ihr dabei, das erste Mal das Bett zu verlassen. Sie ist begeistert, wie gut Frau Himmel alles umsetzen kann. Und Frau Himmel ist froh, dass Martina ihr all das bereits vor der Operation beigebracht hat.

Zum guten Schluss: Übungen für ein flexibles und arbeitsfähiges Gehirn

Die folgenden Übungen stammen aus meinem Konzept „Geh-Denk-Zeit“. Es geht nicht darum, dass sie fehlerfrei gemeistert werden. Der Versuch zählt und er verändert das Gehirn. Probieren Sie es einmal selbst aus, bevor Sie Ihre Patienten damit anregen. Sobald eine Übung beherrscht wird, sollte sie durch eine andere ausgetauscht werden. Je mehr Spaß die Übungen bringen, umso größer ist der Effekt und umso wacher und leistungsfähiger werden Sie und auch Ihre Patienten.

Tip Tap Top

Jeder kennt aus Kindertagen die einfache kleine Übung, bei der die Fingerkuppen 2 bis 5 im Wechsel an die Daumenkuppe geführt werden. Führen Sie die Übung zunächst mit der einen, dann mit der anderen Hand durch. Zuerst vorwärts, dann rückwärts. Dies ist völlig problemlos möglich, da die Bewegungen seit Jahrzehnten automatisiert sind. Durch eine kleine Veränderung wird diese Übung aber zur Herausforderung: Wenn Sie denselben Ablauf gleichzeitig mit der einen Hand vorwärts und mit der anderen rückwärts durchführen, geraten Sie plötzlich ins Stocken. Hierfür hat Ihr Gehirn kein Programm bzw. keine Synapse und ein Umbauvorgang kommt in Gang.

Kniechen – Näschen – Öhrchen

Auch diese Übung ist sehr bekannt. Im Dick- und-Doof-Film „Die Wüstensöhne“ demonstrierte Stan Laurel sie: Zunächst berühren beide Hände die Knie (linke Hand an linkes, rechte Hand an rechtes Knie), anschließend greift die linke Hand an die Nase, während die rechte Hand an das linke Ohr fasst. Dann gehen wieder beide Hände an die Knie zurück und anschließend greift die rechte Hand



Abbildung 6a und b: Tip Tap Top



Abbildung 7a, b und c: Kniechen

an die Nase und die linke Hand fasst gleichzeitig ans rechte Ohr. Dieser Wechsel wird im Rhythmus ausgeführt. Auch hierbei dürften Sie anfangs Probleme bei der koordinativen Umsetzung haben, aber nach einiger Übung kommen Sie in einen gleichmäßigen Rhythmus.

Patienten können ihr Gehirn auch anregen, indem sie einfach mal etwas anders machen: ein paar Zeilen der Zeitung auf dem Kopf lesen, die Seiten von Messer und Gabel vertauschen, möglichst viele Worte mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben finden oder die Zähne einmal mit der anderen Hand putzen.

Literatur

- 1 Abt-Zegelin, A.: „Festgenagelt sein“: der Prozess des Bettlägerigwerdens. 2., erg. Auflage. Huber, Bern 2013. (Pflegeforschung, Pflegepraxis).

- 2 Schubert, B.: *Lernen lehren: Arbeitsbuch für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen*. 1. Auflage. Hogrefe, Bern 2020.
- 3 Voelker-Rehage, C. et al.: *Gehirntraining durch Bewegung: Wie körperliche Aktivität das Denken fördert*. Springer, Frankfurt am Main 2012.
- 4 Schimmelpfennig, L.: *Ohne Kopf geht's nicht*. In: *Geistig Fit*, Band 11, Nr. 2, S. 20006–20008.
- 5 DNQP: *Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege: Konsultationsfassung*. Osnabrück 2020.
- 6 Schemmel, N.: *Mobilität erhalten und fördern: Serie Prophylaxen (Teil 5)*. In: *Heilberufe*; Band 72, Nr. 9, 2020, S. 38–39.
- 7 Püllen, R.: *Bewegung im Krankenhaus*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 49, Nr. 7, 2016, S. 664–665.
- 8 Beckmann, M., Breuckmann, M.: *Anreize schaffen: Grundlagen zur Förderung der Mobilität*. In: *Pflegezeitschrift*, Band 70, Nr. 7, 2017, S. 51–54.
- 9 Kluger, D.: *Wieder auf die Beine kommen*. In: *Intensiv*, Band 26, Nr. 1, 2018, S. 19–23.

Bildquellen

@ Barbara Schubert