

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen
Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

(Direktorin: Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer)

**Körperliche Bewegung älterer Menschen
im Krankenhaus**

Eine phänomenologisch-hermeneutische Studie

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Iris Tamara Schneider
geboren am 11. März 1967 in Kusel

Gutachter/Gutachterin: Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
PD Dr. Antje Tannen
Prof. Dr. Wilfried Mau

21.08.2018
25.03.2019

Referat

Hintergrund: Der zunehmende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung führt auch zu einem Anstieg älterer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Um die Selbständigkeit älterer Menschen zu erhalten und ihnen die Rückkehr in das soziale Umfeld zu ermöglichen, sind der Erhalt und die Förderung der Bewegungsfähigkeit im Krankenhaus notwendig. Vorliegende empirische Befunde legen nahe, dass Bewegungsangebote in geringem Maße genutzt werden.

Zielsetzung: Bisher ist wenig bekannt über die Wahrnehmung körperlicher Bewegung von Patientinnen und Patienten sowie Pflegenden im Krankenhaus. Daher war es das Ziel der Untersuchung, körperliche Bewegung in der Interaktion zu erfassen und zu erkennen, wie ältere Menschen über 75 Jahre und Pflegende die Bewegung erleben, wahrnehmen und bewerten.

Methode: Der phänomenologisch-hermeneutische Ansatz ermöglicht den Blick auf das Phänomen körperliche Bewegung während Pflegesituationen im Krankenhaus und die Wahrnehmung der Pflegenden und älteren Menschen. Pflegende (n=9) und Patienten/-innen (n=10) aus zwei Krankenhäusern waren beteiligt. Die Daten wurden mit passiv teilnehmenden Beobachtungen (n=38) definierter Interaktionen, wie die Körperpflege (n=9), der Transfer Bett/Stuhl (n=15) und die Einnahme von Mahlzeiten (n=14) erhoben. Die Beschreibung der Rahmenbedingungen, sowie fokussierte Interviews (n=15) vervollständigten die Daten, die anschließend phänomenologisch-hermeneutisch analysiert wurden.

Ergebnisse: Körperliche Bewegung findet eingebettet in inflexible Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse statt – beeinflusst durch Bewegungseinschätzung sowie individuelle Beziehungen und in Zusammenarbeit verschiedener Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner. Patientinnen und Patienten nehmen Bewegung fremdbestimmt innerhalb wechselnder Handlungsstrukturen der Pflegenden wahr und passen ihre Fähigkeiten der Wahrnehmung an. Pflegende hingegen nehmen körperliche Bewegung der Patientinnen und Patienten als eine Tätigkeit unter zeitlichem Druck wahr, die den Arbeitsprozessen untergeordnet ist.

Schlussfolgerungen: Für die Förderung der körperlichen Bewegung im Krankenhaus ist es notwendig eine vermehrt bewegungsorientierte Atmosphäre für ältere Patientinnen und Patienten zu schaffen und alle an der Versorgung Beteiligten dafür zu sensibilisieren. Für die Wirkung von Bewegungsförderung integriert in die ATLS gibt es wenig Evidenz in Deutschland. Von den Ergebnissen können Maßnahmen abgeleitet werden, um in einer weiteren Studie den Nutzen oder Schaden einer interdisziplinären Intervention zur gezielten Bewegungsförderung, eingebunden in die ATLS, zu untersuchen.

Schneider, Iris Tamara: Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus – Eine phänomenologisch-hermeneutische Studie, Halle (Saale), Univ., Med. Fak.; Diss., 80 Seiten, 2018.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
1.1 Theoretische Grundlagen.....	2
1.1.1 Ältere Menschen im Krankenhaus.....	2
1.1.2. Gesellschaftliches Individuum.....	4
1.1.3 Soziale Interaktion.....	5
1.1.4 Folgerung.....	5
1.2 Literaturrecherche und Forschungsüberblick	6
2. Zielstellung	14
3. Material und Methodik	15
3.1 Phänomenologie und Hermeneutik.....	15
3.2 Untersuchungsfeld und Erhebungsmethoden	17
3.2.1 Rekrutierung und Sampling.....	17
3.2.2 Passiv teilnehmende Beobachtung	19
3.2.3 Fokussiertes Interview	20
3.2.4 Ablauf der Erhebung	22
3.3 Datenanalyse.....	25
3.3.1 Dichte Beschreibung.....	27
3.3.2 Interpretationsregeln.....	29
3.3.3 Synthese der Beschreibung und Interpretation	32
3.4 Ethische Reflexionen.....	32

4.	Ergebnisse.....	33
4.1	Untersuchungsumgebung und Sample	33
4.2	Datenmaterial.....	36
4.3	Phänomen „Körperliche Bewegung im Krankenhaus“	36
4.3.1	Merkmale des Phänomens	37
4.3.2	Aspekte und Ausprägungen der Merkmale	39
4.3.3	Bedeutung des Phänomens für Patienten/-innen und Pflegende	49
5.	Diskussion.....	51
5.1	Diskussion der Studienergebnisse	51
5.2	Diskussion der Studienmethodik	59
6.	Zusammenfassung	62
7.	Literaturverzeichnis	64
8.	Thesen.....	70
9.	Anlagen.....	71
	Extraktionsblatt Studien der Literaturrecherche	71
	Information zur Studie.....	73
	Einwilligungserklärung	75
	Datenerhebungsinstrumente	76

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suchverlauf der Literaturrecherche.....	8
Abbildung 2: Merkmale des Phänomens	37
Abbildung 3: Unter Aspekte des Phänomens.....	39
Abbildung 4: Prioritätensetzung mit Ausprägungen.....	41
Abbildung 5: Ausprägungen des Aspektes Einschätzungsmuster	43
Abbildung 6: Ausprägungen Aspekt Übernahme und Unterstützung	46
Abbildung 7: Ausprägungen des Aspektes Bewegungsort und Zuständigkeit	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme	18
Tabelle 2: Themenschwerpunkte Interviewleitfaden	21
Tabelle 3: Transkriptionsregeln	25
Tabelle 4: Beispiel dichte Beschreibung	28
Tabelle 5: Beispiel hermeneutische Interpretation	30
Tabelle 6: Beispiel Synthese dichte Beschreibung und Interpretation	32
Tabelle 7: Charakteristika der Patienten/-innen	35
Tabelle 8: Charakteristika der Pflegenden	35

Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BP	Beobachtungsprotokoll
CGA	Comprehensive Geriatrics Assessment
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Destatis	Statistisches Bundesamt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen)
GKV	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen
ICD-10 GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICF	International Classification of functioning and disability
ISAP-HP	Identification of Seniors at Risk – Hospitalized Patients
MAXQDA	Software zur Unterstützung qualitativer Datenanalyse
MMSE	Mini-Mental-Status-Test
NANDA	North American Nurse Diagnosis Association
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
Pat.	Patientin oder Patient
Pfl.	Pflegende
PP	Pflegeperson
PPR	Pflegepersonalregelung
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RCT	Randomised Controlled Trial
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Soziales Gesetzbuch
UN	United Nations
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

In den letzten Jahren steigt in den Krankenhäusern die Anzahl der Patientinnen und Patienten in den höheren Altersgruppen. Multimorbidität, hohe Lebenserwartung und das damit steigende Risiko einer Pflegebedürftigkeit stellen die akuten Versorgungseinrichtungen vor neue Probleme. Im Gesundheitswesen erstreckt sich die Kostenverteilung mit 50% der Kosten auf die Gruppe der Patientinnen und Patienten über 65 Jahren (Destatis, 2016b). Der Anteil der Krankenhausfälle dieser Altersgruppe veränderte sich im Zeitraum 2003 bis 2013 von 38% auf 43% (Destatis, 2015). Die Quote der Pflegebedürftigkeit bei der Altersgruppe der 80-Jährigen veränderte sich von 31% (Destatis, 2009) auf 39,7% (Destatis, 2015). Ebenso lässt sich ein Wandel im sozialen Gefüge der Gesellschaft erkennen, mit einer Verringerung von Mehrgenerationenhaushalten. Dies zeigt sich zum einen an der steigenden Anzahl allein lebender älterer Menschen in Singlehaushalten von aktuell 41% und Zweipersonenhaushalten von 34%. Somit lebt in Deutschland nur noch ein Viertel der Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten mit drei bis fünf Personen (Destatis, 2017b). Zudem bringt berufliche Mobilität Pendelwege oder andere Wohnorte für berufstätige Mitglieder von Familien mit sich (Destatis, 2011; Destatis, 2017a). Solche Voraussetzungen erschweren die pflegerische Versorgung von älteren Menschen im häuslichen Umfeld (Tesch-Römer und Mardorf, 2009, S. 198).

Nach § 5 SGB XI gilt die Prämisse „Rehabilitation vor Langzeitpflege“, was der häuslichen Versorgung den Vorrang gibt. Die familiären Besonderheiten jedoch hemmen die Umsetzung der in § 3 SGB XI beschriebenen Vorgabe zur Steuerung der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf die häusliche Betreuung. Im Krankenhaus wiederum bringt der Fokus auf die häusliche Versorgung die Notwendigkeit eines Umdenkens in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit sich. Neben dem Auftrag der akuten Versorgung von Patientinnen und Patienten gilt die Vorbereitung auf die Entlassung, mit der Überleitung in die Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt, als weitere Aufgabe der Pflegenden im Krankenhaus (DNQP, 2009). Seit 2017 sind die Krankenhäuser mit der gesetzlichen Regelung zum Entlassungsmanagement gemäß SGB V § 39 Abs. 1a verpflichtet, entsprechende Prozesse vorzuhalten. Diese gesetzlichen Vorgaben zur Prävention machen eine Abkehr von defizitorientierten und eine vermehrte Entwicklung hin zu präventiven und fördernden Versorgungsansätzen notwendig. Ein ressourcenorientierter Aspekt in der Pflege umfasst auch Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung von Bewegungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten (Berner et al., 2012, S. 313; DNQP, 2015). Durch die Förderung der vorhandenen Ressourcen bezüglich Bewegung und Eigenversorgung kann die Selbständigkeit erhalten bleiben und eine Rückkehr des älteren Menschen in das soziale Umfeld ermöglicht werden. Der Aufenthalt von älteren Menschen im Krankenhaus ist daher unter sich gegenseitig beeinflussenden mehrdimensionalen Aspekten zu betrachten.

1.1 Theoretische Grundlagen

1.1.1 Ältere Menschen im Krankenhaus

Die heutige ältere Gesellschaft zeichnet sich aus durch eine höhere Lebenserwartung auf der einen Seite sowie eine Multimorbidität mit begleitenden Beeinträchtigungen für die älteren Menschen auf der anderen. Gleichzeitig sind die älteren Menschen in ihrer Lebensführung länger mobil und selbständig als noch vor einigen Jahrzehnten (Destatis, 2011, 2016b). Der Begriff des älteren Menschen wird vielseitig definiert. Zum einen wird eine Altersgrenze bei 60 Jahren (WHO) oder bei 75 Jahren und älter als viertes Lebensalter definiert (Baltes und Smith, 2003), zum anderen der Lebensabschnitt Alter orientiert am Zeitpunkt des Renteneintritts festgelegt (Tesch, Römer und Mardorf, 2009, S. 10). Bedingt durch das Altern ergeben sich biologische und medizinische Veränderungen. Das Altern ist ein individueller Veränderungsprozess, begleitet von körperlichem Abbau, und bezieht sich auf die gesamte Lebensspanne (Keller und Engelhardt, 2013). Die durch das Altern bedingten funktionellen Veränderungen der Motorik und der Muskelkraft zeigen hierbei Auswirkungen auf die Durchführung körperlicher Aktivitäten (Keller und Engelhardt, 2013; Marzetti et al., 2017).

Physiologisch ermöglicht die Muskulatur eine aktive Bewegung von einzelnen Körperteilen und Lageveränderungen des Körpers. Ab dem Alter von 30 Jahren beginnt allerdings ein Veränderungsprozess der Muskulatur mit Verlust von Muskelmasse und Muskelkraft. Dieser Prozess mit seinen Auswirkungen wird als Sarkopenie-Syndrom bezeichnet (Cruz-Jentoft et al., 2010; Morley et al., 2014; Cederholm und Morley, 2015). In der International Classification of Disease, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) ist dazu der Code M62.84 CM hinterlegt (Anker et al., 2016). In der deutschen Version findet sich bisher keine Berücksichtigung der Sarkopenie in einem eigenständigen ICD-Code. Lediglich ein Vorschlag für eine Aufnahme in die Version 2018 wurde veröffentlicht (DIMDI, 2017). Die Prävalenz bei älteren Patientinnen und Patienten in Europa, ausgehend von den Cutoff-Punkten der European Working Group on Sarcopenia in Older Persons EWGSOP (2010), wird mit 6,6% bis 20,2% bei Frauen und 13,4% bis 14,6% bei Männern beschrieben (Ethgen et al., 2017). Die Folgen des Verlustes von Muskelmasse und Kraft zeigen sich in verringerter Bewegungsfähigkeit und Koordination von Bewegungsabläufen, sind jedoch individuell verschieden ausgeprägt (Marzetti, 2017). Diese gelten gleichwohl als Risikofaktor für Gangunsicherheit, Stürze und Vermeidung von Bewegung bei den älteren Menschen (Cruz-Jentoft et al., 2010; Eibich et al., 2016; Marzetti et al., 2017).

Besonders bei Krankenhausaufenthalten kann sich die Muskelmasse durch die Einschränkung der Bewegung infolge von Bettruhe verstärkt verändern. Damit verbunden zeigen sich Komplikationen wie zum Beispiel Dekubitus, Kontrakturen, Pneumonie und Verlust der Mobilität (Buyser et al., 2014; Karlsen et al., 2017). Erste Veränderungen und ein Abbau der Muskulatur stellen sich

schon nach kurzer Inaktivität der älteren Menschen ein und können in einem Prozess vom Verlust von Alltagskompetenzen bis hin zur Bettlägerigkeit führen (Zegelin, 2005). Daher kommen der Diagnostik und Prävention dieser alterungsbedingten Veränderungen während eines Krankenhausaufenthaltes älterer Menschen eine besondere Bedeutung zu (Falcon und Harris-Love, 2017). Ein weiterer Aspekt ist die durch Multimorbidität bedingte Gabe verschiedener Medikamente, deren Wechselwirkungen jedoch teilweise unbekannt oder im Alter verändert sind (Maher et al., 2014; Stauffer et al., 2015). Besonders unerwünschte Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind zu beachten, die sich auf die Fähigkeiten der körperlichen Bewegung auswirken. Der Einfluss auf das Gleichgewicht erhöht dabei die Gefahr von Stürzen bei den älteren Patientinnen und Patienten (Lavan und Gallagher, 2016).

Ältere Menschen befinden sich während eines Krankenhausaufenthaltes in einem ungewohnten, zudem ökonomisch gekennzeichneten Umfeld. Das Krankenhaus ist multiprofessionell geprägt, mit eigenen Strukturen, Regeln und zugehöriger Kultur. Für die Patientinnen und Patienten gibt es einen kollektiven Tagesablauf, eine ständige Präsenz, Kontaktbegrenzung, Informationsbegrenzung und eine unpersönliche Beziehungsform. Gegenüber den Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses befinden sich die Patientinnen und Patienten gleichzeitig in einer ungleichen, asymmetrischen und von Abhängigkeit geprägten Interaktionsbeziehung (Vogd, 2011). Zusätzlich sind die Patientinnen und Patienten in ihrem Bewegungsradius eingeschränkt, der sich auf das Krankenhaus oder sogar nur auf das Zimmer bezieht. Zu- und Abgänge, Einrichtungsgegenstände im Zimmer oder eine verordnete Bettruhe zur Sturzprävention erschweren eine freie Beweglichkeit der älteren Patientinnen und Patienten. Die Abruflbereitschaft wegen Untersuchungen oder Interventionen schränkt die selbstbestimmte Bewegungsfreiheit und damit die Autonomie der Menschen zusätzlich ein (Vogd, 2011). Gerade bei den älteren Patientinnen und Patienten stellen, neben der Bewegungsfähigkeit, kognitive Veränderungen eine Schwierigkeit dar, wenn es darum geht, sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden. Damit verbundene Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes zeigen sich in nächtliche Unruhe bis zum Delir und zu Stürzen (Becker und Rapp, 2011; Schütz und Füsgen, 2013; Schwarber et al., 2017).

Der ökonomische Ansatz nach der Einführung der DRGs im Jahr 2000 ist auf eine Koordination der Fälle im Sinne eines Kosten-Nutzen-Prinzips sowie einer Effizienzsteigerung bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten ausgerichtet (Vogd, 2011). Diese Orientierung lässt sich an den gesteigerten Patienten/-innen-Zahlen und den verkürzten Liegedauern erkennen. Nach der Einführung der DRGs zeigte sich eine Verkürzung der Verweildauer auf 7,3 Tage im Jahr 2016. Im Gegensatz waren es 1991 noch durchschnittlich 14 Tage (Destatis, 2016b, 2017). Die Folgen sind ein höherer Durchlauf, eine Arbeitsverdichtung und daraus folgende schnellere Arbeitsprozesse, die zu vermehrter Arbeitsbelastung führen. Diese Entwicklung ist jedoch konträr zu den

verlangsamten und veränderten Konditionen der älteren Menschen. Die Versorgung speziell älterer Personen ist den neuen Herausforderungen im Krankenhaus meist nicht angepasst. Als Auswirkungen für die älteren Patientinnen und Patienten lassen sich verringerte Alltagskompetenzen und ein gesunkenes Wohlbefinden erkennen. Personalengpässe mit noch geringeren Zeitressourcen und entsprechend angepassten Arbeitsprozessen verschärfen die Situation weiter (Schmiege et al., 2011; Vogd, 2011, S. 79).

Aus der soziologischen Perspektive zeigen die Ergebnisse der Berliner Altersstudie II (BASE II), dass die soziale Einbindung für ältere Menschen eine hohe Bedeutung hat, um länger selbständig und sozial aktiv zu bleiben (Eckstein et al., 2016; Düzel et al., 2016). Das soziale Zusammenleben der Menschen kann als Auswirkung von Erkrankungen beeinflusst und gestört sein (Corbin und Strauss, 2004, S. 67). Während des Krankenhausaufenthaltes verschärft sich diese Störung des sozialen Lebens durch die örtliche Trennung von Familie und Freunden und die daraus resultierende Unterbrechung des Kommunikationsprozesses sowie der selbstbestimmten Teilhabe. Zudem wechseln die älteren Menschen im Krankenhaus in die Rolle von Patientin oder Patient mit damit verbundenen Erwartungen an ihr Verhalten. Durch die Anpassung an die veränderten Rollenerwartungen verändert sich das Selbstbild der älteren Menschen. Daraus folgt wiederum eine veränderte soziale Identität mit einer neuen Stellung in der sozialen Gruppe (Corbin und Strauss, 2004, S. 70; Abels, 2010, S. 352).

1.1.2. Gesellschaftliches Individuum

Der Soziologe Norbert Elias (1897-1990) setzte sich mit den Verflechtungen von Gesellschaft und Individuum auseinander. Elias (2006, S. 15) beschreibt den Menschen als ein gesellschaftliches Individuum und meint damit, dass ein Individuum nie allein existieren kann und sich die Identität erst in der Beziehung und im Austausch mit anderen Menschen entwickelt. Menschen sind ein Teil der Gesellschaft, die diese Gesellschaft über die gesamte Lebensspanne gestalten. Dabei strukturieren interdependente Machtbalancen und Funktionen die Beziehungen der Menschen untereinander und bilden die soziale Ordnung (Elias und Schröter, 2003, S. 250; Elias et al., 2006). Diese Verflechtungen, bezeichnet mit dem Begriff „Figuration“, umfassen ein strukturiertes Zusammenwirken und Interagieren von Individuen in sozialen Konstellationen und unterliegen einem ständigen Anpassungsprozess, der sich auf das Handeln der Menschen auswirkt (Elias und Schröter, 2003, S. 42; Elias et al., 2006, S. 174). Westlich geprägte Menschen gelten als selbständige Wesen, die sich selbst lenken und sich von anderen Menschen unterscheiden; man spricht diesbezüglich von Ich-Identität. Menschen leben in gesellschaftlichen Gruppen mit Kommunikationsformen, Machtbalancen, wandelbaren Entscheidungsspielräumen und einem Zusammengehörigkeitsgefühl, was als Wir-Identität bezeichnet wird. Die Ich- und die Wir-Identität sind untrennbar miteinander verknüpft und bilden die Ich-Wir-Identität, welche die Basis für den sozialen Habitus ist. Wir-Elemente sind die Identifikationsmerkmale einer Gruppe, die Ich-

Elemente stärken die Individualität. Die Zuordnung und Abgrenzung dieser Elemente definieren den Platz innerhalb einer sozialen Gruppe (Elias und Schröter, 2003).

1.1.3 Soziale Interaktion

Innerhalb der sozialen Gruppen stehen Menschen in ständigen Wechselbeziehungen zueinander. Diese Interaktionen mittels Kommunikation und Handeln wirken sich auf die einzelnen Akteure und die gesamte Gruppe aus (Watzlawick, 2007, S. 50). Die Gruppenmitglieder agieren miteinander und tauschen Informationen aus, um sich gegenseitig einzuschätzen und ihre Handlungen daran zu orientieren (Goffman, 2016). Dabei wird das eigene Handeln entsprechend überprüft und angepasst (Rosa et al., 2007; Goffman, 2014). Die Kommunikation in der Interaktion kann das Handeln verbal oder nonverbal beeinflussen. Bei den nonverbalen Aspekten können Erscheinungsbild oder Mimik als Faktoren wirken, verbal der Klang der Stimme. Den Interaktionsprozessen liegen zudem bestimmte soziale Ordnungen und Wahrnehmungen zugrunde. In der Interaktion sind die Handelnden Sender und Empfänger zur gleichen Zeit, was sich auch bei der Entwicklung der Identität fortsetzt (Sander, 2012; Goffman, 2016). Die Identität oder die soziale Rolle entwickelt sich entsprechend den eigenen Wahrnehmungen und den Annahmen von Erwartungen durch andere an die Rolle (Abels, 2010, S. 352; Sander, 2012, S. 24). Goffman (2016, S. 18) beschreibt, dass sich der Mensch so darstelle, wie er wahrgenommen werden möchte. Sei diese Selbstdarstellung gestört, komme es zum Verlust von Handlungsfähigkeit und Sinnorientierung (Corbin und Strauss, 2004).

1.1.4 Folgerung

Ausgehend von den betrachteten multidimensionalen Aspekten, die Einfluss auf die Bewegung älterer Menschen nehmen, lässt sich ein Risiko für einen Verlust der Mobilität im Krankenhaus erkennen. Um jedoch mobil zu sein, braucht es die Fähigkeit zur körperlichen Bewegung, die zudem den Menschen in die Lage versetzt, selbständig mit anderen Menschen und der Umwelt in Kontakt zu kommen. Diese Aspekte sind in dem bio-psycho-sozialen Modell vereint, das in die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF (2005) – integriert ist. Während des Krankenhausaufenthaltes lassen sich weitere Risikofaktoren für ältere Menschen im Zusammenhang mit verringerter Bewegungsfähigkeit erkennen. In Verbindung mit dem altersbedingten Abbau von Muskelmasse und Muskelkraft verringert sich die Koordination von Bewegungsverläufen mit dem steigenden Risiko von Stürzen. Durch die Vermeidung von Bewegung steigt wiederum die Gefahr für Dekubitus, Kontrakturen oder Pneumonie, wobei nicht nur von Seiten der Patientinnen und Patienten die Bewegung vermieden wird, sondern auch von den am Behandlungsprozess beteiligten Personen. Die sich nach kurzer Zeit einstellende Inaktivität, begleitet vom Verlust von Alltagskompetenzen, kann, wie schon Zegelin (2005) mit ihren Untersuchungen zeigte, in einen Prozessverlauf bis zur Bettlägerigkeit münden.

Daneben zeigt sich die Einrichtung Krankenhaus als ein gesellschaftliches Gefüge mit eigenen bestehenden Strukturen und Prozessen, in denen sich die Patientinnen und Patienten erst orientieren müssen, um ihr Handeln entsprechend anpassen zu können. Mit einem räumlich eingeschränkten Bewegungsradius konzentrieren sich Ruhe, Beschäftigung und die Regelung persönlicher Anliegen an einem Ort, meist das Krankenzimmer oder das Bett. Zudem ist durch die örtliche Trennung von Familie und Freunden der Kommunikationsprozess für die älteren Menschen unterbrochen. Daher sind sie vermehrt auf die Unterstützung der Pflegenden angewiesen. Diese Unterstützung sollte sich an den Bedürfnissen dieser Menschen ausrichten (Roper et al., 2002, S. 137). Zeitliche Ressourcen und Arbeitsverdichtung durch die verkürzten Liegedauern in deutschen Krankenhäusern und den damit verbundenen höheren Durchlauf an Patientinnen und Patienten stellen eine Herausforderung dar, diesen Vorstellungen gerecht zu werden. Gerade für die älteren Menschen können diese komprimierten Arbeitsprozesse aufgrund altersbedingter Veränderungen oder verlangsamter Reaktions- und Verarbeitungszeit ein Problem bedeuten.

Entwickeln sich jedoch bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit mit damit verbundenen verminderten Alltagskompetenzen, hat das Folgen im individuellen wie auch sozialen Bereich der Patientinnen und Patienten. Eine selbstbestimmte Teilhabe am sozialen Leben nach dem Krankenhausaufenthalt wird für ältere Menschen schwer bis unmöglich. Dazu zählt auch, selbstbestimmt soziale Gruppen zum Kommunizieren aufzusuchen und der sozialen Rolle gerecht zu werden, die von der Partizipation und der Selbstdarstellung abhängt. Kann die bisherige soziale Rolle nicht mehr erfüllt werden, droht der Verlust des sozialen Status, was zu sozialer Abgrenzung und Vereinsamung bis hin zur sozialen Isolation führen kann. Daher ist der Erhalt der Bewegung für den älteren Menschen eine Voraussetzung, um diesem Prozess entgegenwirken zu können.

Wie bisher die Einschätzung und Förderung der Bewegung älterer Menschen speziell im Krankenhaus untersucht wurden, wird mit einer systematisch durchgeführten Literaturrecherche dargestellt. Im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen die körpernahen aktiven Bewegungen der Extremitäten und die Rumpfkontrolle als Grundvoraussetzung zur Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) während des Krankenhausaufenthaltes.

1.2 Literaturrecherche und Forschungsüberblick

Das Ziel der systematischen Recherche war es, einen breiten Überblick über das Thema körperliche Bewegung im Krankenhaus zu gewinnen. Methodisch orientierte sich diese Literaturübersicht an der Definition und den Charakteristika des *Literature Review*, wie von Grant und Booth (2009) beschrieben. Sie erläutern, dass die Suche nach vorhandener Literatur zu einem gewählten Thema systematisch oder unstrukturiert sein kann. Die Suchergebnisse werden nicht nach stren-

gen Qualitätskriterien, sondern chronologisch, konzeptuell oder thematisch analysiert. Eine qualitative Bewertung der Studien kann mit Assessments erfolgen, ist aber nicht zwingend erforderlich. Typischerweise ist die Synthese in narrativer Form dargestellt (Grant und Booth, 2009).

Zu Beginn der **Literaturrecherche** stand die Formulierung der Suchfragestellung „*Wie zeigen sich körperliche Bewegung und Mobilität bei älteren Menschen während eines stationären Krankenhausaufenthaltes hinsichtlich der Durchführung der ATLS, Förderung von Bewegung oder Vermeidung von Bewegungsverlusten?*“ Für die Suchstrategie ergaben sich somit die Verknüpfungen der Begriffe *ältere Menschen im Krankenhaus, Bewegung und Mobilität, Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLS), Bewegungserhalt, Bewegungsförderung, Bewegungseinschränkung, Pflegeabhängigkeit unter Einbezug von Prävention und Risikoeinschätzung*. Mit den MeSH-Begriffen sowie den UND- sowie OR-verknüpften Einzelbegriffen *mobility, functional decline, physical activity, sustaining mobility, dependence, activities of daily living, care of elderly, frail, hospital, nursing, care* erfolgte die Suche, ohne zeitliche Einschränkung, in den Datenbanken Medline via PubMed, Cochrane und CINAHL. Eingebunden waren alle Studiendesigns mit der sprachlichen Eingrenzung auf deutsche und englische Artikel. Deutschsprachige Artikel wurden zudem in den Onlinearchiven der Zeitschriften *Pflege, Pflegewissenschaft* und *Pflegezeitschrift* gesucht. Ein Citation-Tracking aus Volltextartikeln ergänzte das Ermitteln vorliegender Literatur. Leitlinien und Standards, die in Deutschland gelten, wurden in den Archiven des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DQNP), des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gesucht. Die Suche nach Leitlinien (Guidelines) englischsprachiger Länder erfolgte in den Archiven der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in den USA und des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in UK.

Die Sichtung der Ergebnislisten wurde mit festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien vorgenommen. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich ganz speziell auf ein chirurgisches oder orthopädisches Krankheitsbild beziehen, da hier durch die Grunderkrankung mit Einschränkungen der Bewegung zu rechnen ist. Untersuchungen mit der Zielgruppe pflegende Angehörige oder Patientinnen und Patienten im ambulanten Versorgungsbereich wurden aufgrund des stationären Schwerpunktes ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden Studien, die sich mit den Aspekten *körperliche Bewegung und Mobilität, Unterstützung und Übernahme der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLS), pflegerische Assessments zur Risikoeinschätzung, Prävention des Bewegungsverlustes und Bewegungsförderung, stationärer Aufenthalt* auseinandersetzen. Die unteren Altersabgrenzungen in den Studien reichen von älter als 63 Jahre bis älter als 85 Jahre. Um alle relevanten Studien einzuschließen, wurde für das Screening die Grenze älter als 63 Jahre gewählt. Aufgrund

der Aktualisierung des pflegerischen Handelns durch wissenschaftliche Kenntnisse und gesetzliche Vorgaben galt als weitere Eingrenzung die Festlegung auf die Publikationsperiode der letzten 35 Jahre. Mit dem PRISMA-Flow-Diagramm (Prisma-Statement, 2009) ist grafisch die Auswahl der eingeschlossenen 22 Studien der Literaturrecherche dargestellt. Elf Studien wurden in Europa durchgeführt, davon sieben in Deutschland, eine in Großbritannien, zwei in Schweden und eine in den Niederlanden. Weitere zehn Studien wurden in den USA und eine in Australien durchgeführt.

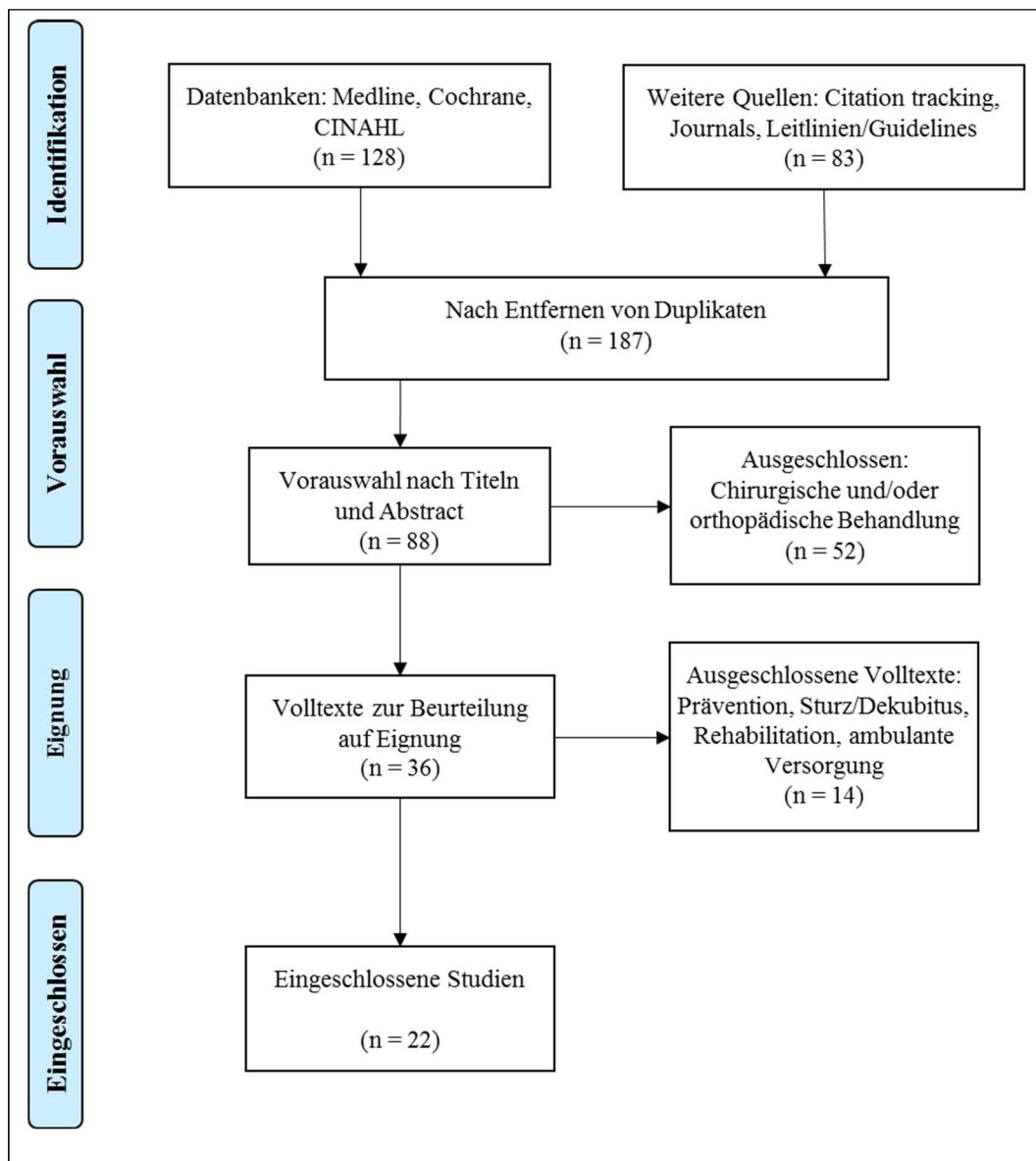


Abbildung 1: Suchverlauf der Literaturrecherche (orientiert am PRISMA Flow Diagramm 2009)

In einen Datenextraktionsbogen wurden die eingeschlossenen Artikel erfasst und wichtige Bestandteile herausgefiltert (im Anhang einsehbar). Eine thematische und strukturelle Analyse orientierte sich an Grant und Booth (2009). Ein critical appraisal der Studien, nach Kriterien, die für ein systematisches Review gelten, erfolgte nicht. Das Ziel war es, einen Überblick der pflegere-

levanten Wissensbasis zu körperlicher Bewegung, Bewegungsförderung und Prävention von Bewegungsverlusten im stationären Versorgungsbereich zu erhalten. Unter den 22 Artikeln finden sich zwei Reviews, eine RCT (die nicht Bestandteil der beiden Reviews ist), elf Beobachtungsstudien, sieben qualitative Studien sowie eine Guideline. Zudem gibt es den Entwurf des Nationalen Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ (DNQP, 2014), in Auftrag gegeben vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Im Folgenden sind als **Forschungsüberblick** die Ergebnisse der Recherche, orientiert an den Outcomes Pflegeabhängigkeit, Risikoeinschätzungen, Prävention und Bewegungsförderung sowie pflegfachliches Wissen, näher beschrieben.

Körperliche Bewegung und Mobilisation. In allen eingeschlossenen Studien wird herausgestellt, dass die körperliche Bewegung als Aktivität und als pflegerische Maßnahme wichtig für die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus sei. In einer qualitativen Studie aus Deutschland wird die Interaktion zwischen Patientinnen und Pflegenden mit eingeschränkter Wahrnehmungsfähigkeit und Pflegenden beobachtet. Nonverbale Elemente der Kommunikation, wie Blickkontakt sowie Berührung, werden genutzt und jeweils den Situationen sowie den Patientinnen und Patienten angepasst. Die Durchführung der Bewegungshandlung kann somit aktiv mit den Patientinnen und Patienten gestaltet werden. Die Grundhaltung der Pflegenden, die Patientinnen und Patienten in das Bewegungshandeln mit einzubeziehen, ist vorhanden (Zündel, 2011). Demgegenüber beschreibt Hoben (2011), ebenfalls eine deutsche Studie, dass die verbliebenen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten nicht in die pflegerische Interaktion mit einbezogen würden. In der Folge führe dies zu einer Anpassung des Verhaltens und zum Verlust der Selbstbestimmung bezüglich der Bewegung (Hoben, 2011). Doch wie stellt sich die Häufigkeit von Bewegungshandeln bei älteren Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes dar?

Brown (2004, 2009) hat mit verschiedenen Arbeitsgruppen über mehrere Jahre das Bewegungsverhalten in Krankenhäusern in den Vereinigten Staaten untersucht. In einer prospektiven Kohorten-Studie wurden 498 Patientinnen und Patienten im Alter von über 70 Jahren eingeschlossen, um das Bewegungs- und Mobilitätsniveau von der Aufnahme ins Krankenhaus bis zur Entlassung zu untersuchen. Den Ergebnissen zufolge zeigten 80 Patientinnen und Patienten ein niedriges und 157 ein mittleres Mobilitätsniveau. Als eine Ursache galt die oftmals unabhängig von einer Diagnosestellung verordnete Bettruhe, die auch im weiteren Behandlungsverlauf weder überprüft noch aufgehoben wird. Zudem präsentierte sich ein Zusammenhang von geringer Bewegungsaktivität und dem Anstieg von Bewegungseinschränkung. Die Autorinnen und Autoren plädieren für eine Sensibilisierung im Hinblick auf Bettruhe und raten zu standardisierten Bewegungskonzepten (Brown et al., 2004).

In einer weiteren prospektiven Kohorten-Studie wurde die Dauer definierter Bewegungsabläufe älterer Menschen während des Krankenhausaufenthaltes mit einem Accelerometer (Bewegungsmesser) gemessen. Bei den eingeschlossenen 45 Patientinnen und Patienten über 65 Jahre zeigte sich, dass diese die überwiegende Zeit, genauer 20 von 24 Stunden, liegend im Bett verbrachten. Die Zeiten, in denen die Patientinnen und Patienten standen oder sich gehend fortbewegten, lagen im Durchschnitt bei 43 Minuten am Tag (Brown et al., 2009). In einer anderen Beobachtungsstudie, ebenfalls in den USA, wurden die Frequenz und Dauer der durch Pflegende unterstützten Mobilisation bei sechs Bewegungsaktivitäten von Patientinnen und Patienten erfasst. Dazu wurden 15 Pflegende begleitet und 47 Behandlungsdokumente von Patientinnen und Patienten über 65 Jahre gesichtet. Von 47 Patientinnen und Patienten zeigten 15 keine Mobilisation aus dem Bett. Bei denen mit Bewegungsaktivitäten waren diese beschränkt auf Stehen und Transfer, meist verbunden mit Untersuchungen oder Mahlzeiten. Die Dauer lag in niedrigen Minutenbereichen und die Initiative ging meist von den Patientinnen oder den Patienten aus (Doherty-King et al., 2014).

Eine qualitative Studie untersuchte die Motivationsgründe oder Hindernisse zur Bewegungsaktivität. Zehn über 75-jährige Patientinnen und Patienten, zehn Pflegende sowie neun Ärzte von Stationen der Inneren Medizin eines amerikanischen Krankenhauses wurden interviewt und diese Interviews mit der Grounded Theory ausgewertet. Die Diagnose wie auch der Krankheitsverlauf führten zu geringer Motivation, was die älteren Menschen die meiste Zeit des Tages im Bett verbringen ließ. Als Hindernisse wurden die Angst vor Stürzen sowie die Umgebungsbedingungen beschrieben. Zudem nahmen die Patientinnen und Patienten den Personalmangel wahr und wollten den Pflegenden nicht noch zusätzliche Arbeit machen (Brown et al., 2007). Dass der Bewegung im Krankenhaus wenig Beachtung geschenkt wird, darauf verweisen die Ergebnisse einer deutschen qualitativen Studie mit 32 interviewten bettlägerigen Menschen über 62 Jahren und Datenauswertung mittels Grounded Theory. Es lässt sich ein Prozess darstellen, in dem die Patientinnen und Patienten die Bewegungsabläufe, ausgehend von Unsicherheiten und geringer aktiver Aufforderung zur Bewegung, reduzieren. Dieses Reduzieren von Bewegung und fehlender Förderung begünstigt einen Bewegungsverlust, der bis zur Bettlägerigkeit führen kann (Zegelin, 2005).

Pflegeabhängigkeit. Bei älteren Menschen gelten geringe Bewegungsaktivität und Immobilität als Risikofaktoren für Bewegungsverlust, hohen Unterstützungsbedarf und Pflegeabhängigkeit (Brown et al., 2004, 2009; Zegelin, 2005; Doherty-King et al., 2014). Die Pflegeabhängigkeit verstehen Eriksson und Andershed (2008) sowie Strandberg und Jansson (2003) als eine Patienten/-innen-Pflegenden-Beziehung, notwendig bei der Unfähigkeit zur Selbstpflege und verbunden mit dem Verlust von Autonomie. Die Prävalenz der Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung im Krankenhaus wurde mit einer Erhebung bei 3012 Patientinnen und Patienten in Berlin

und Umgebung in verschiedenen stationären Einrichtungen mittels der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) untersucht. Eine mittlere Pflegeabhängigkeit der älteren Menschen zeigte sich in den geriatrischen und neurologischen Fachbereichen. Die höchsten Werte ergaben sich bei pflegeabhängigen Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen. Die Abhängigkeit nahm zwar in der Gruppe der Menschen über 80 Jahre zu, es sollte jedoch nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, „alt gleich pflegeabhängig“ (Mertens et al., 2002).

Die Pflegeabhängigkeit hat zudem Einfluss auf das Selbstwertgefühl der Patientinnen und Patienten sowie in der Folge auf deren Verhalten. Dieser Einfluss wurde in Schweden mit qualitativen Studien und einem phänomenologisch-hermeneutischen Forschungsansatz von Eriksson und Andershed (2008) aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie von Strandberg und Jansson (2003) aus Sicht der Pflegenden untersucht. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet Pflegeabhängigkeit eine veränderte Beziehung zu sich selbst und zu anderen, verbunden mit einer Anpassung an die veränderte Lebenssituation. Der Wechsel zwischen der Annahme angebotener Unterstützung und dem Gedanken, keine Last sein zu wollen, bestimmen das Verhalten. Dies kann dazu führen, Bedürfnisse nicht mitzuteilen, um, wie schon Brown et al. (2007) aufzeigten, anderen keine zusätzliche Arbeit zu machen (Eriksson und Andershed, 2008). Die Pflegenden sehen bei Patientinnen und Patienten mit Pflegeabhängigkeit einen Verlust des Selbstbildes, einhergehend mit einem Verlust des Selbstwertes. Sie selbst empfinden als Dilemma die Balance zwischen dem Anbieten von genügend Unterstützung und dem Verhindern von zu viel Hilfestellung für die Patientinnen und Patienten (Strandberg und Jansson, 2003). Mit dieser Unterstützungsbalance und dem daraus resultierenden Verhalten haben sich Barton et al. (1980) auseinandergesetzt. Mit Beobachtungsstudien in den USA zeigten sie die Folgen eines Verhaltens in der Patienten/-innen-Pflegenden-Interaktion auf, das die Pflegeabhängigkeit begünstigt: Vorhandene Ressourcen der Patientinnen und Patienten werden ignoriert. Erleben Patientinnen und Patienten dieses Verhalten immer wieder, passen sie ihre Aktivitäten entsprechend an (Barton et al., 1980). Dieses Phänomen wird mit dem Begriff „Dependency-Support Script“ zusammengefasst (Baltes und Wahl, 1992).

Pflegerische Assessments zur Risikoeinschätzung. Zum Planen einer angepassten Förderung werden die Bewegungsfähigkeit und der individuelle Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten eingeschätzt. Dazu soll so früh wie möglich eine Risikoeinschätzung, am besten schon in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses, durchgeführt werden. Hoogerduijn et al. (2012) haben in den Niederlanden dazu aus verschiedenen Erfassungsskalen die Scorecard „Identification of Seniors at Risk – Hospitalized Patients“ (ISAR-HP) als Akut-Assessment entwickelt und implementiert. Mit nur vier Items, die sich auf Unterstützung oder selbständiges Durchführen von ATLS, Hilfsmittelbenutzung oder Unterstützung bei der Fortbewegung beziehen, ist es möglich, die Menschen mit Risiko für eine Funktionseinschränkung zu erkennen. Mit diesem Akut-Assessment können Patientinnen und Patienten mit niedrigem, mittlerem oder hohem Risiko erkannt

werden. Zur Planung der notwendigen pflegerischen Maßnahmen ist jedoch eine erweiterte Einschätzung notwendig (Hoogerduijn et al., 2012). Ein weiterer Index zur Erfassung des Risikos von Bewegungseinschränkung berücksichtigt Abhängigkeiten in den fünf Bereichen Körperpflege, Kleiden, Transfer, Ausscheidung und Ernährung. Hinzu kommen das Alter, der kognitive Zustand, Albumin $< 3,0$ g/dl sowie die Erkrankung. Den Faktoren sind Punktwerte zugeordnet, die direkt bei der Aufnahme der älteren Menschen ins Krankenhaus erfasst werden (Mehta et al., 2011). Das Erfassen des Bewegungsstatus bietet eine andere Art der Risikoeinschätzung. In einer prospektiven Studie in den USA konnte ein Zusammenhang von geringer Laufgeschwindigkeit und einem damit verbundenen längeren Krankenhausaufenthalt bei älteren Patientinnen und Patienten über 65 Jahren nachgewiesen werden (Ostir et al., 2012).

Prävention Bewegungsverlust und Bewegungsförderung. Die Effekte von Bewegungsübungen bei älteren Menschen im Krankenhaus beschrieben DeMorton et al. (2007) mit einer Metaanalyse mit neun RCTs, in denen multidisziplinäre Interventionen sowie Einzelintervention jeweils mit der Routineversorgung im Krankenhaus verglichen wurden. Der Fokus lag auf den Aspekten funktionaler Status, Entlassungsort, Krankenhausoutcomes und Komplikationen. Bei den multidisziplinären Interventionen zeigten sich bessere Effekte beim Erhalt der Fähigkeiten in den ATLS, verkürzte Liegedauern wie auch eine erhöhte Entlassungsquote nach Hause, was im Endeffekt eine Kostenreduktion erbrachte (De Morton et al., 2007). Im Gegensatz zu der vorgenannten Studie mit speziellen multidisziplinären oder einzelnen Maßnahmen evaluierten Ellis et al. (2011) mit einem Cochrane Review die Effektivität eines „multidimensionalen, interdisziplinären diagnostischen Prozesses“ im Vergleich zur normalen Versorgungsplanung und Routinebehandlung mit dem Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). In das Review aufgenommen wurden 22 RCTs. Die Ergebnisse zeigten bessere Outcomes der Patientinnen und Patienten in Bezug auf den funktionalen Status, die Fähigkeiten bei den ATLS und die Entlassung nach Hause. Diese Effekte einer multidisziplinären Versorgung weisen Parallelen zu Ergebnissen bei spezialisierten Versorgungskonzepten auf, wie zum Beispiel in der Schlaganfallbehandlung (Ellis et al., 2011).

In einer prospektiven Interventionsstudie, durchgeführt in einer Klinik in den Vereinigten Staaten von Amerika, wurden bei 224 stationären Patientinnen und Patienten älter als 65 Jahre mittels Schrittzähler die Schritte in den ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme und in den letzten 24 Stunden vor der Krankenhausentlassung aufgezeichnet. In den ersten 24 Stunden des Krankenhausaufenthaltes zeigte sich, unabhängig vom Alter, eine Bewegungsaktivität von 80 Minuten bei weniger als 2000 Schritten. In den letzten 24 Stunden des Aufenthaltes stieg die Dauer der Bewegungsaktivität leicht an, wobei hier die Altersgruppe der über 85-Jährigen die geringste Steigerung aufwies. Da verringerte Mobilität mit einem Verlust von Bewegungsfähigkeiten verbunden ist, plädieren die Autorinnen und Autoren für eine Kontrolle von Bewegungsveränderun-

gen während des Krankenhausaufenthaltes, um damit den Verlust von Fähigkeiten in der Bewegung zu verringern (Ostir et al., 2013). Die Entscheidungen, die Patientinnen und Patienten in der Bewegungsförderung zu unterstützen, treffen Pflegenden unterschiedlich, wobei die Notwendigkeit der Mobilisation nicht in Frage gestellt wird. In einer qualitativen Studie in den USA mit 25 interviewten Pflegenden, die Patientinnen und Patienten über 65 Jahre im Krankenhaus versorgten, ergaben sich nach Auswertung mit der Grounded Theory beeinflussende Faktoren. Neben den Charakteristika von Patientinnen und Patienten wie auch von Pflegenden wurden die Gründe zur Mobilisation, die Bewegungsfähigkeiten und das Risiko bei der Mobilisation als Einflussfaktoren genannt. Die Pflegenden beschrieben als eine ihrer wichtigsten Aufgaben die Prävention von Komplikationen, zählten jedoch die Prävention von neu erworbener Bewegungseinschränkung nicht dazu (Doherty-King und Bowers, 2011).

Pflegerisches Fachwissen. Den Pflegenden ist die Bedeutung einer Förderung der Bewegung und der Prävention von Bewegungsverlusten durchaus bewusst. Jedoch wird anderen Tätigkeiten oft eine höhere Priorität eingeräumt. Auch Faktoren wie Entlassungszeitpunkt und Bedingungen im Umfeld beeinflussen die Entscheidung zur Bewegungsförderung. Die Autorinnen und Autoren stellen fest, dass nicht mangelndes Wissen, sondern eher die fehlenden oder unklar definierten Arbeitsprozesse und Leitlinien in der Praxis die vermehrte Mobilisation verhindern würden (Brown et al., 2007; Doherty-King und Bowers, 2011). Das pflegerische Wissen zur Bewegungsförderung ist ferner eng verbunden mit den Einstellungen der einzelnen Pflegenden und hat somit auch Auswirkung auf deren Verhalten bei der Mobilisation von Patientinnen und Patienten. In Schulungen lernen die Pflegenden, ihr Verhalten und das der älteren Menschen zu reflektieren. Eine entsprechende Veränderung des Verhaltens im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ hat auch ein verändertes Verhalten von Patientinnen und Patienten zur Folge (Baltes et al., 1994; Boltz et al., 2012). Demgegenüber steht die häufige rein technische Ausführung von Maßnahmen, was eine effektive Zusammenarbeit bei der Mobilisation mit den Patientinnen und Patienten verhindern kann (Zündel, 2009). Eine Möglichkeit, dem entgegenzuwirken, bietet sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Eine Bündelung von spezialisiertem Fachwissen verschiedener an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen ist gewinnbringend für die Bewegungsförderung älterer Menschen (Ellis et al., 2011). Ansätze dazu zeigen sich im Nationalen Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“. Die Pflegenden sollen hierbei zur Förderung der Bewegung diese Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen koordinieren, gemeinsame Maßnahmen planen und auf die kontinuierliche Durchführung achten. Damit kann das spezielle Fachwissen der jeweiligen Beteiligten während des Versorgungsprozesses für die Bewegungsförderung der älteren Menschen genutzt werden (DNQP, 2014).

2. Zielstellung

Das Wissen über die Folgen und Risiken des Bewegungsverlustes sind in der Praxis bekannt. Das Gleiche gilt für die Risikoeinschätzung und die Kenntnisse von Präventionsmaßnahmen und deren positiven Effekten für die Patientinnen und Patienten. Dennoch besteht, besonders bei älteren Menschen im Krankenhaus, weiterhin das Problem einer Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit (Doherty-King et al., 2011, 2014). Insbesondere weisen die Autorinnen und Autoren auf den Verlust der Alltagskompetenzen als Folge der verringerten Bewegungsfähigkeit hin. Wenig bekannt ist bisher, wie die Bewegung als Handlung in die alltägliche pflegerische Interaktion mit den älteren Menschen integriert ist und somit in der Pflegepraxis gelebt sowie von älteren Menschen und Pflegenden erlebt wird. Das Alltagserleben, beeinflusst von den persönlichen subjektiven Erfahrungen und den Umgebungsfaktoren, bestimmt das Aktualisieren und Anpassen der individuellen Lebenswelt. Um das Phänomen „körperliche Bewegung“ in seinem Wesen zu erkennen, ist es notwendig, dieses im Kontext der Alltagswelt und der Erfahrung der einzelnen Menschen zu betrachten. Die Bedeutung, die Menschen diesem Phänomen geben, spiegelt sich dabei in den Inhalts- und Beziehungsaspekten wie auch den Kommunikationsabläufen wider. Diese subjektive Wahrnehmung des Erlebens hilft zudem die Handlungsprozesse zu rekonstruieren.

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, die gelebte Erfahrung des Phänomens „körperliche Bewegung“ – im Speziellen bei pflegerischen Maßnahmen – sowohl von älteren Menschen über 75 Jahre als auch von Pflegenden in ihrer Breite und Tiefe kennenzulernen. Es ist von Interesse, wie sie Bewegung, Bewegungsangebote und Bewegungsmöglichkeiten im Krankenhaus wahrnehmen, interpretieren und ihr Verhalten in der pflegerischen Interaktion daran ausrichten. Die gewonnenen Erkenntnisse zum Wesen des Phänomens und zu den Handlungsprozessen können zukünftig für eine Veränderung der Praxis nutzbar gemacht werden.

Das Phänomen und die Erfahrungen im Kontext der Alltagswelt sollen mit der **Forschungsfrage** „*Wie erleben sowohl Menschen über 75 Jahre als auch Pflegende das Phänomen körperliche Bewegung im Fachbereich der Inneren Medizin eines Krankenhauses im Kontext ihrer Lebenswelt?*“ in der Tiefe und Breite beschrieben werden. Zur weiteren Verdichtung ergeben sich die **Unterfragen:**

- *Wie erleben Pflegende und Menschen über 75 Jahre in einer Klinik der Inneren Medizin das Phänomen körperliche Bewegung in der pflegerischen Interaktion bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme und bei einem Transfer vom Bett zum Stuhl?*
- *Passen Menschen über 75 Jahre und Pflegende ihr Bewegungsverhalten den Vorstellungen zu körperlicher Bewegung und den erlebten Erfahrungen in der Interaktion an?*

- Welche Bedeutung hinsichtlich der Mobilität und der sozialen Teilhabe geben ältere Menschen und Pflegende dem Phänomen körperliche Bewegung integriert in Pflegemaßnahmen?

3. Material und Methodik

Der qualitative Forschungsansatz ermöglicht es, das Erleben und Handeln von Menschen in ihrer sozialen Welt zu erkennen und zu beschreiben. Das Ziel besteht in der Rekonstruktion von Prozessen und der davon abgeleiteten sozialen Wirklichkeiten, wie sie von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sinnhaft wahrgenommen werden. Diese Wirklichkeit ist immer subjektbezogen, gesellschaftlich-intersubjektiv, kommunikativ konstruiert und symbolisch vermittelt (Lamnek, 2005, S. 548). Das grundsätzliche Handeln des Menschen wird unbewusst und automatisch ausgeführt und basiert auf Handlungsentwürfen. Ein handlungsbezogenes Wissen ermöglicht die Orientierung im Alltag. Der Mensch richtet dabei sein zukünftiges Handeln an den in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen aus. Er überprüft das Handeln im jeweiligen sozialen Kontext und passt es entsprechend an. Die Erzählungen der Handelnden über das Alltagshandeln oder die direkte Beobachtung darüber werden als Konstruktion ersten Grades bezeichnet. Die Konstruktion zweiten Grades bezeichnet die wissenschaftliche Rekonstruktion und Explikation des Handelns. Ausgehend von den Konstruktionen ersten Grades werden Phänomene erfasst sowie Typen und Kategorien gebildet, um das Handeln deuten und erklären zu können (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010). Wichtig ist, die Alltagstheorie und die Alltagsregeln mit einer offenen Haltung in die Kommunikation mit einzubeziehen. Dieser gesamte Prozess, bezogen auf Forschungsgegenstand und Durchführung, ist nicht statisch und kann bei Veränderungen angepasst werden, was eine reflektierte Einstellung der Untersuchenden und die Veränderbarkeit der Instrumente voraussetzt (Lamnek, 2005). Mit dem phänomenologischen interpretativ-hermeneutischen Ansatz soll das Phänomen körperliche Bewegung im Krankenhaus bei älteren Menschen erfasst, beschrieben sowie die Bedeutung verstanden werden, die ältere Menschen und Pflegende diesem Phänomen zuschreiben.

3.1 Phänomenologie und Hermeneutik

Der Begriff Phänomen leitet sich vom griechischen Wort *phainómenon*, das Erscheinende, ab (Orth, 1992, S. 242). Der Mensch ist sich seiner Welt bewusst und erfährt diese mit seiner Wahrnehmung, die sich auf eine Regelstruktur, den Raum, die Zeit, den Habitus und eine Intersubjektivität gründet. Die Lebenswelt wird somit als eine Gesamtheit der subjektiven Erfahrungen von Menschen und deren Konstruktionen ihrer Wirklichkeit gesehen (Husserl, 2009, 2010). Das Phänomen steht mit dieser Subjektivität in einer Wechselbeziehung zum Betrachter. Der wahre Wissensgehalt kann mit der phänomenologischen Epoché, das Einklammern von Vorwissen und Ur-

teilen, erkannt werden. Eingeklammert wird die „natürliche Welt“, die im Bewusstsein wahrgenommene Wirklichkeit. Mit einer Reflexionshaltung werden alles Wissen und die dazugehörigen Regelungen ausgeschaltet, um das Wesen urteilsfrei erkennen zu können. In weiteren Schritten von Einklammern und Ausschalten – die transzendente Reduktion – kann zum Wesen selbst vorgedrungen werden (Husserl, 2009, 2010). Mit dem phänomenologischen Ansatz wird im Zuge der vorliegenden Arbeit das Phänomen ‚körperliche Bewegung im Krankenhaus bei Menschen über 75 Jahre‘ erfasst und beschrieben. Der zusätzlich damit verknüpfte interpretativ-hermeneutische Ansatz ermöglicht es des Weiteren, die Bedeutung zu verstehen, die ältere Menschen und Pflegende dem Phänomen zuschreiben.

Der Begriff Hermeneutik geht auf das griechische Wort *hermēneúein* zurück und kann mit erklären, auslegen oder übersetzen beschrieben werden. Ricoeur (2005, S. 20) versucht in seinen Betrachtungen, anfangs die Hermeneutik als eine regelgeleitete Wissenschaft zur Auslegung von Texten zu definieren. Im weiteren Verlauf seiner Arbeiten vertritt er jedoch die Meinung, dass es keine allgemein gültige Beschreibung der Hermeneutik, sondern ausschließlich Theorien zu den verschiedenen Textauslegungen mit den entsprechenden Interpretationsregeln gebe (Ricoeur, 2004, S. 40). Erlebnisse von Menschen lassen sich als Erzählungen oder Beobachtungen in Texten zusammenfassen. Die Bedeutung dieses Erlebens kann durch die Interpretation dieser Erzählungen oder Beobachtungen dargestellt werden (Charalambous et al., 2008). Grundsätzlich wird den Menschen ein Vorverständnis von Dingen zugeschrieben. Durch Erfahrungen generiertes Wissen befähigt zum Handeln. Das Vorverständnis und das generierte Wissen spiegeln sich in den Erlebnissen von Menschen wider. Somit kann nur derjenige, der eine Situation erlebt hat, das Wissen und die Bedeutung hinsichtlich des Erlebten haben (Ricoeur 1973, 2005). Mit einem regelgeleiteten dynamischen Analyseprozess, im Diskurs mit Text und Interpretation, wird beschrieben, was der Text semantisch sagt und hermeneutisch meint, immer unter Berücksichtigung von Kontext und Erfahrungen der einzelnen Menschen (Ricoeur, 2005, S. 23).

Überträgt man diese beiden theoretischen Ansätze auf die Situation des Krankenhausaufenthaltes eines älteren Menschen, bedeutet dieser Wechsel der Lebenswelt eine Veränderung der konstruierten Wirklichkeit. Hinzu kommen neues Alltagserleben und Erfahrungen, die ein Aktualisieren und Anpassen der Alltagswelt notwendig machen. Die Pflegenden im Krankenhaus handeln gemäß ihrem Wissens und ihrer Erfahrung, beeinflusst von Umgebungsfaktoren und Aktualisierungsprozessen. Das Handeln in der Interaktion zwischen älteren Menschen und Pflegenden ist an die Bedeutung gekoppelt, die einem Ablauf oder einer Erfahrung zugeordnet wird. Die Bedeutung, die der Bewegung beigemessen wird, lässt sich bei der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beobachten. Mit dem phänomenologisch-hermeneutischen Studienansatz wird das Wesen des Phänomens beschrieben und mithilfe der Interpretation der Texte sein subjektiver Sinn verstanden. Berücksichtigt werden dabei Alltagsnähe, Einzelfallbezug, Vorverständnis und

Intersubjektivität (Smith et al., 2013). Über den gesamten Untersuchungsprozess ist die Explikation zu erkennen, indem alle Schritte so weit wie möglich zugänglich dargelegt werden. Dieses Vorgehen sichert das Nachvollziehen der Interpretationen wie auch der Intersubjektivität (Lamnek, 2005, S. 26).

3.2 Untersuchungsfeld und Erhebungsmethoden

3.2.1 Rekrutierung und Sampling

Das Erfassen von Situationen in der Lebenswelt der Menschen ist nur mit direkten Beobachtungen im Feld möglich. Der definierte Raum der vorliegenden Untersuchung bezieht sich auf Pflegebereiche der Inneren Medizin in drei Kliniken. In der ersten Klinik wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Entwicklung und Testung des Beobachtungsprotokolls sowie zum Test der Interviewführung rekrutiert. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Erhebung der Daten fand in den beiden anderen Kliniken statt. Als erster Schritt wurde Kontakt zur Geschäftsführung oder zum Vorstand der Klinik aufgenommen, um von dieser Entscheidungsebene die Erlaubnis zur Durchführung der Studie in der jeweiligen Klinik einzuholen. Nach Erhalt der Erlaubnis wurden die entsprechenden Führungspersonen der Pflegebereiche Innere Medizin kontaktiert. Informationen über das Ziel, die Inhalte und die Dauer der Studie erhielten sie dabei in Form einer Zusammenfassung des Studienprotokolls und der Informationsblätter für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die weiteren Abstimmungen zur Terminierung der Beobachtungszeiträume erfolgten mit den Verantwortlichen der Pflegebereiche.

Die bewusste Auswahl nach dem Prinzip des theoretischen Samplings lenkte die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Diese systematische Auswahl soll ein breites Spektrum an Ähnlichkeiten und Unterschieden sowie Kontrasten aufzeigen (Lamnek, 2005, S. 265). Mit der Methode der Minimierung und Maximierung gilt es eine heterogene Gruppe darzustellen. Des Weiteren wurde das Prinzip des Gatekeepers als Rekrutierungsstrategie gewählt. Der Gatekeeper ist ein Mensch, der das Forschungsfeld kennt und den Kontakt zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern herstellt (Kruse, 2014, S. 1278). In den Kliniken fungierten die Stations- oder Bereichsleitungen der Pflegebereiche der Inneren Medizin als erste Gatekeeper und stellten auf den Stationen den Kontakt zu den Pflegenden her. Den Kontakt zu den Patientinnen und Patienten stellten danach die Pflegenden der ausgewählten Stationen als weitere Gatekeeper her.

Die Pflegenden erhielten von der Untersuchenden in einem persönlichen Gespräch sowie mithilfe des Informationsblattes zur Studie die Hinweise zum Ziel der Untersuchung, zum Ablauf und zur Dauer von einer Schichtbegleitung. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist. Die Zusage zur Beteiligung an der Beobachtung und dem Interview bestätigten die Pflegenden mit einer schriftlichen Einwilligung. Zur Rekrutierung der Patientinnen und

Patienten halfen die Pflegenden als Gatekeeper, diese mit den definierten Ein- und Ausschlusskriterien auszuwählen. In Begleitung der betreuenden Pflegeperson stellte sich die Untersuchende den potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern vor. Die Patientinnen und Patienten erhielten ebenfalls in einem persönlichen Gespräch die Informationen über die Studie wie auch zur freiwilligen Teilnahme bei den Beobachtungen und dem Interview. Auch die Bereitschaft zur Teilnahme der Patientinnen und Patienten wurde mit einer schriftlichen Einwilligung bestätigt.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Patienten/ -innen > 75 Jahre	Weiblich und männlich Aktive Bewegung der Extremitäten und des Rumpfes möglich Geringer bis mittlerer Unterstützungsbedarf Alltagskompetenz	Palliative Betreuung Schwere Demenz Keine persönliche Einwilligung Gesetzliche Betreuung
Pflegende	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen Gesundheits- und Krankenpfleger	Pflegehelferinnen/Pflegehelfer Auszubildende Praktikantinnen/Praktikanten

Zur Kontrastierung berücksichtigten die Einschlusskriterien bei den *Patientinnen und Patienten über 75 Jahre*, neben dem sozialen Kontext, die Alltagskompetenz auch das unterschiedliche Ausmaß der Bewegungsfähigkeit. Der pflegerische Hilfebedarf wurde anhand der Pflegestufe (heute Pflegegrade) oder der systematischen pflegerischen Einschätzung nach klinikinternen Instrumenten dargestellt. Mit dem Barthel-Index wurde die Alltagskompetenz anhand von elf Kategorien beurteilt mit jeweils drei bis vier Items mit zugeordneten Werten von 0 bis 15 Punkten. Der Wert „Null“ bezeichnet die fehlende Selbständigkeit, 15 Punkte die Selbständigkeit in den ATLS (Lübke et al., 2004). Laut ICD-10-GM (DIMDI, 2017) steht ein Barthel-Index von 40 bis 55 von insgesamt erreichbaren 100 Punkten für eine mittelschwere motorische Funktionseinschränkung. Die definierten Merkmale bei den *Pflegenden* waren: Arbeitsjahre nach Beendigung der Ausbildung, prozentuale Arbeitszeit, Weiterbildungen und Fortbildungen zu Bewegungskonzepten. Ein paralleler Prozess von Teilnehmer/-innen-Auswahl und Datenanalyse entschied auf Grundlage der Ergebnisse über die Wahl der Teilnehmerin oder des Teilnehmers (Flick et al., 2008, S. 295). Eine Rekrutierung erfolgte bis zur inhaltlichen Datensättigung. Die qualitativen Methoden gehen von einer geringen Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus, um die Daten in ihrer Tiefe und Breite analysieren zu können. Eine Stichprobenberechnung ist aus diesem Grunde nicht zielführend, da die Stichprobe nicht mit einer Zufallsauswahl, sondern mit einer gezielten Auswahl gebildet wurde (Lamnek, 2005, S. 265).

In der qualitativen Forschung werden die Daten als Texte gesammelt, generiert durch Interviews oder Beobachtungen. Diese Erhebungsinstrumente sind Hilfsmittel, mit denen die Daten systematisch erfassbar und somit entweder messbar oder analysierbar erhoben werden (Flick et al., 2008, S. 18). Die Instrumente, wie Leitfaden oder Protokoll, können standardisiert, fokussiert oder offen strukturiert sein. Dem Prinzip der Offenheit und Flexibilität folgend, sollten die Erhebungshilfsmittel in der qualitativen Forschung nicht zu stark standardisiert werden. Durch zu starke Fokussierung der Wahrnehmung auf einen eng eingegrenzten Rahmen können wichtige Informationen verloren gehen (Lamnek, 2005, S. 21). Für die vorliegende Arbeit erfolgte die Datensammlung mithilfe eines Beobachtungsprotokolls und eines halbstrukturierten Interviewleitfadens, beide mit themenzentriertem Aufbau.

3.2.2 Passiv teilnehmende Beobachtung

Bei der Alltagsbeobachtung werden durch Betrachtungen und Wahrnehmungen der Umwelt Erfahrungen gesammelt, die das individuelle Handeln und das soziale Verhalten beeinflussen. Die wissenschaftliche Beobachtung als Methode hingegen stellt das soziale Handeln im gesellschaftlichen Kontext in den Fokus. Die Formen der wissenschaftlichen Beobachtung sind strukturiert oder unstrukturiert, mit oder ohne aktive Beteiligung sowie offen oder verdeckt (Lamnek, 2005, S. 558). Dabei sollen Sinnstrukturen erkannt und die Darstellung wie auch die Konstruktion der Wirklichkeit der beobachteten Subjekte abgeleitet werden. Beobachtet werden die Kommunikation und das Verhalten (Lamnek, 2005), wobei Watzlawick (2007, S. 53) die Begriffe Kommunikation und Verhalten nicht differenziert. Er drückt mit seinem ersten Axiom „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“ das Zusammenspiel von verbaler Kommunikation durch Sprache mit der nonverbalen durch Körpersprache aus. Mit weiteren Axiomen werden die Inhalts- und Beziehungsaspekte, die Kommunikationsabläufe sowie die Art der Darstellung innerhalb der Kommunikation dargestellt. Die Richtung der Kommunikationsabläufe kann zum einen symmetrisch sein und zum anderen unsymmetrisch, mit einer primären und sekundären Stellung (Watzlawick, 2007). Da sich bei einer Beobachtung nicht alles erfassen oder wahrnehmen lässt, ist es sinnvoll, das Beobachtungsfeld lokal auf Räume, auf visuelle oder auditive Reichweite und auf festgelegte Beobachtungszeiten zu begrenzen. Damit wird es möglich, methodisch kontrollierte Ausschnitte aus dem sozialen Leben zu erfassen, um daraus das soziale Handeln abzuleiten. Bei jeder Beobachtung besteht die Gefahr der Verzerrung, entweder durch selektive Wahrnehmung oder eine abnehmende Aufmerksamkeit. Eine ständige Reflexion der Beobachtung und der Protokollaufzeichnungen kann dem entgegenwirken (Lamnek, 2005).

Durch die gewählte passiv teilnehmende Methode hatte die Untersuchende hauptsächlich die Rolle der Beobachterin. Aufgrund der körperlichen Anwesenheit bei der Beobachtung wurde sie jedoch Teil des sozialen Feldes. Da keine Mitwirkung an aktiven Handlungen erfolgte, blieb die

Identifizierung mit dem Feld gering. Diese Beobachtungsart soll helfen, die Sozialisation in Bezug auf das Beobachtungsfeld zu minimieren (Girtler, 2001; Lamnek, 2005, S. 577). Die Beobachtungen wurden mittels eines Protokolls mit dem Schwerpunkt Bewegungshandeln in der Interaktion schriftlich festgehalten. Das dem Handeln zu Grunde liegende Alltagswissen sollte, soweit es erkennbar ist, ebenfalls ein Teil des Protokolls sein (Girtler, 2001). Die pflegerischen Maßnahmen Körperpflege, Transfer und Mahlzeit strukturierten die erste Gliederung des Beobachtungsprotokolls dieser Arbeit. Daran schloss sich die Beschreibung der körperlichen Bewegungsfähigkeit an. Eine Möglichkeit der Einschätzung von körperlicher Funktionsfähigkeit bieten die *Einteilungsstufen des Selbständigkeitsgrades*, wie sie in den Pflegediagnosen der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) beschrieben sind (Stefan und Allmer, 2000). Die Pflegediagnosen der NANDA helfen Pflegenden bei der Einschätzung des Patienten oder der Patientin, um davon abgeleitete Maßnahmen strukturiert zu planen, individuell an den Patienten oder die Patientin angepasst durchzuführen und zu evaluieren (Doenges et al., 2014). Weitere Themenfelder im Protokoll waren die Kommunikation und die Art der körperlichen Bewegung, ergänzt durch Bewegungsförderung sowie die verpassten Gelegenheiten der Förderung. Im Anschluss an die Beobachtung wurden die Umgebungsbedingungen, wie Anzahl der Betten im Zimmer und Einrichtungsgegenstände, anhand einer Raumskizze aufgezeichnet.

3.2.3 Fokussiertes Interview

Nach der Beobachtung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ihrem Erleben während der pflegerischen Interaktionen interviewt. Solch ein qualitatives Interview ist eine Gesprächssituation in direktem Kontakt und Austausch mit mindestens zwei Personen. Dabei ist das Gespräch bewusst herbeigeführt und der Fokus auf ein wissenschaftlich definiertes Ziel ausgerichtet. In einer möglichst natürlichen Situation werden offene Fragen in halbstandardisierter oder nicht standardisierter Fragenreihenfolge genutzt und die Antworten mit einem Aufzeichnungsgerät festgehalten. Die Interviews ermöglichen es, die subjektiven Alltagsvorstellungen der Befragten in der Tiefe und Breite zu erfassen (Lamnek, 2005). Die menschliche Kommunikation ist stets eine Wechselbeziehung zwischen dem „Sender“ und dem „Empfänger“ (Watzlawick, 2007, S. 69). Für das qualitative Interview bedeutet dies auch ein gegenseitiges Agieren und Reagieren von Fragenden und Befragten (Watzlawick, 2007, S. 23). Für den Interviewer besteht somit die Problematik, den zu Befragenden nicht zu beeinflussen, jedoch das Thema zu spezifizieren und tiefgründig zu erfassen. Im Blickpunkt dieser Verzerrungsgefahr ist es, im Gegensatz zu der quantitativen Befragung, möglich, über den Inhaltsaspekt der Informationen, also direkte Aussagen hinaus eine wissenschaftliche Fragestellung zu beleuchten. Dagegen beinhalten die Beziehungsaspekte Hinweise, wie diese Informationen aufgefasst werden sollen. Weiterhin kann die sprachliche Mitteilung durch Ausdruck, Körpersprache und Betonung geformt werden, was gleichzeitig

zu einer Mehrdeutigkeit von Aussagen führt (Watzlawick, 2007). Mit den qualitativen Interviews lassen sich Teile dieser Beziehungsaspekte erfassen (Lamnek, 2005, S. 356).

Für diese Arbeit wurde das fokussierte Interview verwendet, da die subjektiven Erfahrungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer beobachteten Situation erfasst und Erkenntnisse, ausgehend von den Beobachtungen, damit bestätigt oder widerlegt werden. Abgeleitet von Merton et al. (1990) konnte mit einem Perspektivenwechsel die beobachtete Situation erneut betrachtet und analysiert werden. Themenfelder und Themenschwerpunkte, abgeleitet von den Beobachtungen, bildeten dabei eine Orientierung während des Interviews. Die mit der Eingangsfrage verbundene Zusammenfassung der beobachteten pflegerischen Interaktionen rief die erlebte Situation nochmals in Erinnerung. Mit den Themenschwerpunkten sollte die körperliche Bewegung in der pflegerischen Interaktion aus der Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fokussiert werden.

Tabelle 2: Themenschwerpunkte Interviewleitfaden

	Patienten/-innen >75 Jahre	Pflegenden
Einstieg	Wenn Sie an die von mir beobachteten Situationen zurückdenken (<i>Zusammenfassung der Beobachtungen</i>), wie würden Sie Ihr Erleben schreiben?	
Themen	Erleben der eigenen körperlichen Funktionalität, des Krankenhausaufenthaltes, der Umgebung Aktivitäten vor Krankenhausaufenthalt und nach Krankenhausaufenthalt	Erleben der Bewegungsfähigkeit der älteren Menschen, der Pflegemaßnahmen, der Umgebung, Arbeitsprozesse Wissen zu Bewegung und Förderung der Bewegung

*Die ausführlichen Interviewleitfäden sind im Anhang einsehbar.

Verschiedene Themen die erlebte Situation betreffend können mit Überleitungsfragen miteinander verbunden werden, falls die Interviewten diese Themen nicht von sich aus anspricht (Merton et al., 1990, S. 3). Die Ergebnisse der Literaturanalyse, eine Kontextanalyse und die Analyse der eigenen Vermutungen halfen bei der inhaltlichen Formulierung der Fragen zu den thematischen Übergängen. Die Narration der Interviewten wird mit immanenten Fragen, das heißt Fragen, die sich auf das bisher Erzählte beziehen, gefördert (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010, S. 83). Beispiele für solche Fragen sind: „Wie haben Sie sich dabei gefühlt?“ oder „Können Sie das beschreiben?“ Das Relevanzsystem der Befragten leitet den Interviewverlauf und wird von den Interviewten bestimmt. Die Interviewer greifen nur ein, wenn das Thema vom Fokus abweicht (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010, S. 87). Zum Ende des Interviews können noch weitere themenrelevante Sachverhalte mit exmanenten Fragen oder „mutational questions“ (Merton et al., 1990, S. 60), die sich nicht explizit auf die vorangegangene Erzählung beziehen, beleuchtet werden. Diese Art der Fragen soll aber nur als Notlösung gelten, wenn sich keine Überleitungen zwischen den Themen herstellen lassen. Die Nicht-Beeinflussung durch die Interviewer lässt die Interviewten ihr subjektives Erleben mit der Wichtigkeit berichten, wie sie es empfinden. Durch

Vergegenwärtigung der erlebten und empfundenen Situation kann mit Fragen wie „Was genau war es?“ oder „Wie kam der Eindruck zustande?“ das Erfassen der einzelnen Aspekte in ihrer Bedeutung zur Gesamtsituation gefördert werden. Dabei wird den Interviewten genügend Spielraum für die Darlegung der relevanten Perspektiven eingeräumt, um ein breites Spektrum zu erfassen. Die Kenntnis des persönlichen und sozialen Kontextes der Befragten ermöglicht es, Verbindungen zwischen dem Erlebten und den verschiedenen Reaktionen darauf zu erkennen und in ihrer Tiefgründigkeit zu erfassen (Merton et al., 1990; Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010, S. 151).

3.2.4 Ablauf der Erhebung

Vor der eigentlichen Datenerhebung wurden in einer Klinik das Beobachtungsprotokoll sowie die Interviewdurchführung getestet. Auf Grund der Nähe zum Untersuchungsfeld fand in dieser Klinik keine Datenerhebung statt, auch flossen diese Daten nicht in die Datenanalyse mit ein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten die Information zur Untersuchung und bestätigten ihre Teilnahme mit dem Unterzeichnen der Einwilligungserklärung. Während der Beobachtungen von Interaktionen fand die Testung des Beobachtungsprotokolls auf seine Handhabung statt. Nachfolgend wurde das Beobachtungsprotokoll mit Ankreuzfeldern angepasst, da zu viele Notizen die Beobachtung einschränken. Am Ende der Schicht folgte das Ausformulieren. Mit dem Üben der Interviewführung konnte das eigene Interviewverhalten im Hinblick auf die Prinzipien des fokussierten Interviews geprüft werden.

Die Erhebung der Daten fand im Zeitraum von Februar 2015 bis November 2015 in zwei Kliniken statt. Die Kliniken befinden sich in zwei Bundesländern, bei der einen handelt es sich um ein Krankenhaus der Regelversorgung, das andere ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Diese Auswahl wurde bewusst getroffen, um einen Einblick zu gewinnen, inwieweit in großen und kleinen Kliniken eventuell unterschiedliches Handeln und verschiedene Einstellungen zu finden sind. Die Datenerhebung gliederte sich in zwei Teile. Mit der passiv teilnehmenden Beobachtung wurde das Handeln der Teilnehmerinnen und Teilnehmern innerhalb der pflegerischen Interaktion erfasst. Im Anschluss folgten fokussierte Interviews mit den Patientinnen und Patienten sowie den Pflegenden, in denen sie das Erleben der körperlichen Bewegung während der Interaktion beschrieben. Aus deren Erzählungen ließen sich die Bedeutungen ableiten, die Patienten und Patientinnen sowie Pflegenden dem Phänomen körperlicher Bewegung zuschreiben.

Gemeinsam mit der Bereichsleitung wurde die Station der Inneren Medizin besucht. Nach der Vorstellung erhielten die anwesenden Pflegenden die Informationen zur Teilnahme an der Untersuchung. Da sie auch in der Funktion als Gatekeeper die älteren Menschen als potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer aussuchten, erhielten sie ebenso die entsprechenden Informationen zu den Ein- und Ausschlusskriterien. Alle potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekamen

die Informationen zur Studie schriftlich vor Beginn der Beobachtung. In einem persönlichen Gespräch erläuterte die Durchführenden das Untersuchungsziel, also das Erleben der körperlichen Bewegung in der pflegerischen Interaktion bei Körperpflege, Transfer und Nahrungsaufnahme. Es folgte eine Beschreibung des Untersuchungsablaufes, der Beobachtungshäufigkeit sowie der Dauer (ca. 10 bis 20 Minuten pro Beobachtung). Zudem gab es den Hinweis, dass die Beobachtungen protokolliert werden. Daran schloss sich eine Erklärung der Interviewdurchführung und der Dauer (ca. 45 Minuten) an. Den Abschluss bildete ein Freiraum für Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Hingewiesen wurde auch auf die Freiwilligkeit und Abbruchmöglichkeit, ohne Einfluss auf die pflegerische Versorgung. Die ethischen Gesichtspunkte werden in einem nachfolgenden Kapitel ausführlich beschrieben.

Die Beobachtung erfolgte eingebettet in eine Schichtbegleitung. Die Pflegenden einer Station der Inneren Medizin wurden während des Frühdienstes begleitet. In Absprache mit den am entsprechenden Tag begleiteten Pflegenden fand die Abstimmung über die zu beobachtenden definierten Pflegemaßnahmen statt. Die Beobachterin trug während der Schichtbegleitung die Arbeitsbekleidung der Pflege, um sich als Mitglied der Berufsgruppe der Pflegenden zu kennzeichnen. Diese Maßnahme sollte helfen, die Hemmschwelle bei den älteren Menschen und den Pflegenden während der Beobachtung zu reduzieren. Vor der Beobachtung wurde im Gespräch mit den älteren Menschen die Einwilligung zur Teilnahme überprüft. Bei Widerruf der Einwilligung erfolgte keine Beobachtung. Auch auf die Rolle der Forscherin als Beobachterin wurde vor Beginn hingewiesen sowie ihre passive Anwesenheit im Zimmer erklärt. Dazu gehörte, dass die Beobachterin nicht aktiv an der Interaktion beteiligt war. An der Kommunikation zwischen Pflegenden und älteren Menschen nahm die Beobachterin ebenfalls nicht teil. Bei direkter Ansprache der Teilnehmerinnen und Teilnehmer während der Beobachtung erfolgte gemäß den Kommunikationskonventionen eine kurze freundliche Antwort mit dem Hinweis auf die passive Rolle. Um die Interaktion durch die Anwesenheit so wenig wie möglich zu beeinflussen, stand die Beobachterin wenn möglich an einer Stelle, die sich hinter dem Patienten oder der Patientin befand. Dies war wegen der räumlichen Gegebenheiten nicht immer machbar. Der Platz der Beobachtung variierte demnach von außerhalb zu innerhalb des Sichtfeldes der Patientinnen und Patienten. Mit dem Fokus auf die Bewegungsfähigkeit von Extremitäten und Rumpfstabilität wurden die im Folgenden aufgeführten definierten Pflegemaßnahmen beobachtet.

Beobachtung Körperpflege – Waschung Gesicht und Oberkörper. Gerade bei der Körperpflege ist im Hinblick auf das Eindringen in die Intimsphäre der Patientinnen und Patienten auf hohe Sensibilität zu achten. Es war zu befürchten, dass sich die ältere Person nicht trauen würde, die Beobachtung abzulehnen oder abubrechen. Daher war die Beobachtung auf das Waschen von Gesicht und Oberkörper begrenzt.

Beobachtung Transfer von Bett zum Stuhl. Die Beobachtung begann mit dem Anziehen von Kleidung und Schuhen als Vorbereitung zum Transfer und endete, wenn der ältere Mensch auf einem Stuhl saß; dazu zählten Rollstuhl, Lehnstuhl und Stuhl am Tisch.

Beobachtung Mahlzeit – Richten der Mahlzeit oder Anreichen. Die Beobachtung begann mit der Vorbereitung zur Nahrungsaufnahme, wie Hochsetzen im Bett, Aufsetzen an die Bettkante oder der Transfer vom Bett zum Tisch. In die Beobachtung mit eingebunden war die Vorbereitung der Nahrung oder das Anreichen der Nahrung.

Beschreibung der Umgebung. Die Umgebungsbedingungen, skizziert in einer Raumzeichnung, zeigten die Ausstattung der Zimmer. Zudem wurde festgehalten, ob eine Nasszelle mit Toilette an den Raum angrenzte oder weiter entfernt auf dem Flur zu finden war. Bei der Umgebung auf Stationsebene interessierte, ob ein Speiseraum oder ein Aufenthaltsraum vorhanden waren und auch, inwieweit der Flur mit einem Handlauf als Gehhilfe ausgestattet war.

Die drei definierten pflegerischen Maßnahmen wurden jeweils mindestens einmal bei den älteren Menschen und den Pflegenden beobachtet. Bei Beobachtungen ergibt sich oft das Problem, dass nicht alle Aspekte einer Situation beobachtet werden können. Eine erneute Beobachtung kann den Fokus jedoch auf weitere Gesichtspunkte lenken. Dies erhöht auch die Validität der Beobachtung (Lamnek, 2005, S. 569). Ein zweimaliges Beobachten der definierten Pflegemaßnahmen Transfer und Mahlzeit mit den gleichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichte es, verschiedene Aspekte zu erkennen. Da die Körperpflege nur einmal am Tag durchgeführt wird, war eine Wiederholung der Beobachtung nicht möglich. Auch eine erneute Beobachtung am Folgetag ließ sich wegen Schichtwechsels der Pflegenden nicht mit denselben Personen wiederholen. Eine der Beobachtungen wurde nach Anzeichen eines sich verschlechternden Herz-Kreislauf-Zustandes im Sinne eines medizinischen Notfalles sofort abgebrochen. Die Beschreibungen der Umgebung erfolgten pro Raum und Patientin oder Patient einmal nach der Beobachtung der Pflegemaßnahmen. Kurze Stichworte, notiert während der Beobachtungen, markierten die ersten Eindrücke. Weitere Notizen folgten kurz nach dem Ende der begleiteten Frühschicht oder am Ende des Tages als Reflexion des Beobachtungstages. Eine Zusammenfassung aller Notizen zu einem Text, spätestens am Folgetag der Beobachtungen, schloss zeitnah das Protokoll ab, um eine Verzerrung durch verlorene Informationen zu verhindern. Da die Forscherin selbst die Beobachtung beschrieb, bestand die Gefahr, dass Vorwissen, Annahmen und eigenen Interpretationen Einfluss nehmen. Während der Dokumentationen der Beobachtungen machte die Forscherin sich dies immer wieder bewusst.

Mit den an der Beobachtung beteiligten älteren Menschen und Pflegenden wurde einzeln und getrennt jeweils ein Interview zum Erleben der beobachteten Situationen geführt. Das Interview mit den Patientinnen und Patienten folgte direkt nach dem Ende aller Beobachtungen. Für die

Interviewdurchführung wurde ein ruhiges Zimmer aufgesucht oder geklärt, ob der Bettnachbar oder die Bettnachbarin für diesen Zeitraum das Zimmer verlassen konnte. Das Interview mit der Pflegeperson erfolgte ebenfalls in einem ruhigen Raum zum Ende der Schicht oder nach einer Übergabe der zu betreuenden Person an eine Kolleginnen oder Kollegen. Diese Maßnahmen sollten ein störungsfreies Interview ermöglichen. Den allgemeinen Regeln der Interviewführung folgend begann das Interview mit der Einstiegsphase. Für die vorliegende Arbeit bestand der Einstieg in das Interview in einer Zusammenfassung der Beobachtungen, gefolgt von der Frage, wie die Beteiligten die pflegerischen Situationen erlebt haben. Die anschließende Erzählphase steuerten die Befragten. Die Interviewerin hielt durch Aufmunterungen und die Fragen des Interviewleitfadens die Erzählung im Redefluss. Das Interview wurde digital aufgenommen. Zum Ende des Interviews hatten die Teilnehmern und Teilnehmerinnen Gelegenheit, Fragen zu stellen oder weitere Punkte zu erläutern, die ihnen wichtig waren. Nach dem Dank für die Bereitschaft zur Teilnahme und der Verabschiedung wurde die Tonaufnahme beendet. Das Erfassen der soziodemografischen Daten der älteren Menschen und Pflegenden nach dem Interview bildete den Abschluss.

3.3 Datenanalyse

Die Analyse der Daten erfolgte mit einem ersten Fokus auf der Beschreibung des Phänomens und einem zweiten Fokus, der auf die vertiefende Interpretation der Wahrnehmung gerichtet war. Hierbei sollte erkannt werden, welche Wertigkeit die Patientinnen und Patienten wie auch die Pflegenden der Bewegung im Krankenhaus zuweisen. Beide Ergebnisse wurden in einer Synthese zusammengeführt, um eine umfassende Beschreibung zu erhalten.

Alle Beobachtungsprotokolle und Interviews gingen in die Datenanalyse ein. Zur Vorbereitung der Analyse gehörte das Zusammenfügen jedes Beobachtungsprotokolls mit den dazugehörigen Notizen. Nach festgelegten Regeln erfolgte das Transkribieren der digital aufgenommenen Interviews.

Tabelle 3: Transkriptionsregeln (Dresing und Pehl, 2013)

Fortlaufende Kennzeichnung	Interviewerin I 1 – I x, Befragte/r B 1 – B x
Textkennzeichnungen	Text Interviewer kursiv, Text Teilnehmer normal
Liniennummerierung, Zeilenabstand	5er Abstände, 1,5
Pausen	Kurz bis ca. 1 Sekunde (.), länger (...)
Lachen, Räuspern	Als (Wort) im Text aufgeführt
Nonverbale Anzeichen, Mhm, aha, ähm	Wird im Text aufgeführt.
Dialekt	Wird in Schriftdeutsch umformuliert.
Betonungen	Großschreibung

Mit einer Transkription werden das Gesprochene eines Interviews oder die Bildinformationen einer Videoaufnahme in Schrift übertragen. Der Text alleine, ohne nonverbale Informationen, bedingt einen Verlust von Situationsnähe. Dem kann mit Beschreibungen zu nonverbalen Ereignissen, wie Mimik und Gestik, sowie zu emotionalen Äußerungen wie Seufzen entgegengewirkt werden. Auch ein Dialekt wird zur verbesserten Lesbarkeit „geglättet“ (Dresing und Pehl, 2013, S. 18). Die beiden Autoren beschreiben zwei Arten von Transkriptionssystemen, das einfache und das komplexe. Sie haben dazu die Transkriptionsregeln von Kuckartz et al. (2008, S. 27) zu Grunde gelegt. Für die vorliegende Arbeit wurde das einfache Transkriptionssystem verwendet, welches „einen schnellen Zugang zum Gesprächsinhalt“ erlaubt. Zusätzlich vom komplexen Transkriptionssystem mit einbezogen war die Kennzeichnung der Betonungen durch Großschreibung der entsprechenden Wörter (Dresing und Pehl, 2013). Die Speicherung der Transkripte erfolgte auf einer externen Festplatte ohne Möglichkeit des Internetzugriffes. Die Daten wurden nur offline bearbeitet, das heißt, die Möglichkeit, den Computer mit dem Internet zu verbinden, war gesperrt.

Die Analyse der soziodemografischen Daten fand im Zeitraum der Datenerfassung durchgehend statt, um ein breites Spektrum an verschiedenen Fällen zu gewinnen. Das Ziel der Analyse bestand in der Erfassung der subjektiven Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit gleicher Erfahrung in einem bestimmten Kontext. Zudem ging es darum, die Bedeutung, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einem Phänomen gaben, zu interpretieren (Smith et al., 2013). Die im Studienprotokoll geplante Analysemethode der Interpretativen Phänomenologischen Analyse (IPA) nach Smith et al. (2013) erwies sich beim Ausarbeiten als nicht ausreichend, um die Beschreibungen in ihrer Tiefe und Breite zu erfassen. Daher wurden die Beobachtungsprotokolle und Interviews zur Darstellung des Phänomens mit den Prinzipien der dichten Beschreibung nach Geertz (2015) analysiert. Dieser ethnografische Ansatz geht ebenfalls von den natürlichen Einstellungen und den Bedeutungsstrukturen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in deren Alltag oder Lebenswelt aus. Zum Erfassen der Bedeutung, welche sie dem Phänomen zuschreiben, folgte ergänzend eine interpretativ-hermeneutische Analyse der Interviews, angelehnt an die Interpretationsregeln nach Ricoeur (2004, 2005). Da in Beobachtungen und Interviews das Vorwissen und die Vorannahmen einfließen, ist darauf zu achten, sich diese bei der Analyse der Daten bewusst zu machen. Wie Geertz (2015, S. 14) beschreibt, sind die eigenen Daten und das Wissen über den Kontext bei der Erhebung schon geprägt von Deutungen und Interpretationen. Die durch Berufserfahrung im Krankenhaus bekannten Abläufe und „kulturellen“ Symbole wurden sich während der Analyse der Beobachtungsprotokolle sowie der Interviews immer wieder vergegenwärtigt. Dazu gehörten auch die Vorannahmen zu verminderter Bewegung im Krankenhaus, Rollenverhältnisse oder

auch das Anpassen von Verhalten. Beachtung fand ebenfalls die mehrfache Bedeutung von Wörtern und Symbolen in dem Sinne, dass Dinge, die gesagt werden, auf eine andere Art und Weise gedeutet und verstanden werden können.

Zur Vorbereitung der Analyse wurden Analyseeinheiten definiert und benannt. Das Ziel waren die Beschreibung des Phänomens körperliche Bewegung sowie das Herausarbeiten der Bedeutung für die Beteiligten. Die Beobachtungsprotokolle und Interviews der jeweils beteiligten Personen wurden als Vorbereitung der gemeinsamen Analyse zusammengefasst. Die Analyseeinheiten wurden nach den Beteiligten „Patient/Pflege“, abgekürzt PP1 – PP9, benannt. Für PP1 ergaben sich als Inhalte folglich die Beobachtung Interaktion1 + Interview Patient1 + Interview Pflege1. Dies wurde bis PP9 weitergeführt.

3.3.1 Dichte Beschreibung

Zur Beschreibung von Wahrnehmungen wird unterschieden zwischen dünner und dichter Beschreibung. Die dünne Beschreibung stellt offensichtlich erkennbare Dinge oder Tätigkeiten dar. Die dichte Beschreibung erfasst zudem die Bedeutung der durchgeführten Tätigkeit. Mit dem Beschreiben, Verstehen und Deuten von Handeln lassen sich somit Bedeutungsstrukturen im Kontext der Umgebung und der Lebenswelt rekonstruieren (Geertz, 2015). Das Krankenhaus ist eine Lebenswelt mit eigenen Regeln sowie kulturellen Symbolen und Ritualen, in die das Phänomen körperliche Bewegung mit seiner Bedeutung eingebettet ist. Das Wesen des Phänomens wurde mit folgender Analyse herausgearbeitet:

Beschreiben und Verstehen:

Das Ziel war es, die Situation in einem Gesamtbild darzustellen. Dazu wurden das Protokoll und passende Interviewstellen zusammengefasst. Ausgewählte Stellen gaben Hinweise auf körperliche Bewegung als Handeln oder als mögliche Einflussfaktoren auf das Handeln. Nach dem Formulieren der Passagen zu einem zusammenhängenden Text folgte das mehrmalige Lesen der Gesamtdarstellung. Hierbei wurden Notizen, Auffälligkeiten, Gemeinsamkeiten oder eigene Gedanken im Transkript notiert. In einem weiteren Schritt wurde der Gesamttext nach den Aspekten Kontext und Patienten/-innen-Pflegende-Interaktion neu gegliedert. Mit dem Ziel, das Handeln zu verstehen, folgte im Weiteren die Analyse des Textes im Hinblick auf zeitliche und örtliche Aspekte der Interaktion. Ebenso floss mit ein, ob sich ein bestimmter Ablauf erkennen ließ und welche Zusammenhänge im Kontext erkennbar waren.

Deuten:

Die Bedeutung der Aussagen im vorliegenden Fall wurde durch das Reflektieren der bisherigen Beschreibungen weiter verdichtet und mit den entsprechenden Interviewzitate belegt. Danach ließ sich eine Kernaussage zum jeweiligen analysierten Abschnitt formulieren.

Tabelle 4: Beispiel dichte Beschreibung

<p>Beobachtungsprotokoll und Interviewzitate</p> <p>Der Patient kann die Arme bewegen, sich mit geringer Hilfe aufsetzen. Ebenso kann der Patient die Beine bewegen und anstellen. Der Patient ist schwerhörig, somit müssen die Aufforderungen laut und mehrmals gesprochen werden. Zu- und abführende Leitungen hat der Patient keine. Jedoch sind an beiden Seiten des Bettes Bettseitenteile angebracht, die ständig geschlossen sind (BP3, Z. 4-11).</p> <p><i>Ja die Mobilität, auf keine Hilfe, teilweise Hilfe und vollständige Hilfe. Es wird einfach so nach Gefühl eingeschätzt. So volle Hilfe, was ein klassischer kompletter Pflegefall ist, der sich gar nicht mehr bewegt. Teilweise ist dann eher der „Rollatorpatient“, sage ich mal ähm, der in Teilen noch laufen kann, der in Teilen noch die eine oder andere Bewegung machen kann. Ja das ist so grob, aber dass es eine ganz klare Richtlinie gibt, das ist so und so, das ist nicht der Fall. Nein (Pfl3, Z. 32-40).</i></p> <p><i>Ja früher, jetzt gar nicht mehr, nur im Zimmer. Ich habe so ein Wägelchen, das hat mir die Frau geholt und das geh ich grad so durch den Flur, bis hin in die Küche (Pat3, Z. 27-28). Auch bin ich froh, wenn ich wieder auf die Toilette gehen kann. [I: Können Sie hier zur Toilette laufen?] Nein hier nicht, aber zu Hause (Pat3, Z. 123-127).</i></p>	
<p>Beschreiben und Verstehen</p> <p>Pflegeperson hat für sich selbst eine subjektive Einschätzung und Eigendefinition. Patienten/-innen, die auf vollständige Hilfe angewiesen sind, werden als der „klassische komplette Pflegefall“ bezeichnet, ohne Bewegung. Patienten/-innen, die teilweise Hilfe benötigen, werden als „Rollatorpatient, die teilweise Bewegung selbständig durchführen können“ bezeichnet (Pfl3, Z. 36-40).</p> <p>Bei dem weiteren Erfragen der Fähigkeiten schwenkt der Patient von der jetzigen Umgebung Krankenhaus auf die Gegebenheiten zu Hause. Da war er mit dem Rollator auf Zimmerebene noch mobil gewesen. Auch konnte er noch kleine Strecken alleine zurücklegen (Pat3, Z. 27-28, 34, 103-104). Auch der Wunsch, zu Fuß zur Toilette gehen zu können, bezieht sich nicht auf die Gegenwart im Krankenhaus, sondern auf die Zukunft zu Hause (Pat3, Z. 123-127).</p>	<p>Die Einschätzung der Bewegungsmöglichkeiten begrenzt sich auf die Gehfähigkeit der Patienten/-innen. Weitere Ressourcen oder auch, wie und wo sie eingesetzt werden könnten, werden nicht in die Überlegungen mit einbezogen.</p> <p>Ist dieses Ausweichen in die Vergangenheit und Zukunft als ein Verdrängungsprozess der gegenwärtigen Situation und der damit verbundenen Abhängigkeit zu sehen? Wird von den Patienten/-innen die Zeit im Krankenhaus als Möglichkeit zu Bewegungserhalt und Ressourcenförderung wahrgenommen? Oder ist es vielmehr eine Zeit, die durchgestanden werden muss mit der</p>

	Vorstellung, zu Hause wird alles wieder gut und wie vorher?
<p>Deuten</p> <p>Die Einschätzung der Bewegungsfähigkeit der Pflegenden ist defizitorientiert, bezieht somit die Ressourcen des Patienten nicht mit ein. Auch begrenzt sich das Einschätzen auf die „Gehfähigkeit“ des Patienten. Weitere Bewegungsressourcen, die genutzt werden könnten, um Handlungen in anderen Bereichen der ATLS selbständig durchzuführen, scheinen nicht bedacht zu werden. Die Möglichkeiten zur Förderung der Bewegung sind in die Einschätzung nicht mit einbezogen. Beeinflusst wird diese subjektive Einschätzung auch durch die Annahmen und Eigendefinition des Pflegenden.</p> <p>Die Ausführungen scheinen auf die Wichtigkeit der Gehfähigkeit als Grundlage und Basis für andere Bewegungsmöglichkeiten des Körpers hinzuweisen. Das Ausweichen in der gegenwärtigen Situation und die damit verbundene Abhängigkeit können auf einen Verdrängungsprozess bei dem Patienten hinweisen: Die Zeit im Krankenhaus muss nur überstanden werden, zu Hause ist dann alles wieder wie vor dem Krankenhausaufenthalt.</p>	
<p>Kernaussage: Bewegungshandeln wird abgeleitet von einer defizitorientierten Einschätzung der Fähigkeiten.</p>	

Nach der Analyse aller Einheiten wurden die Kernaussagen weiter abstrahiert, bis übergeordnete Begriffe mit Unterbegriffen das Phänomen benannten.

3.3.2 Interpretationsregeln

Nachdem das Wesen des Phänomens herausgearbeitet war, interessierte im Folgenden, wie Pflegende sowie Patientinnen und Patienten der körperlichen Bewegung Sinn und Stellenwert zuordnen. Zur Interpretation dieser Bedeutung für die Beteiligten wurden die Interviews mit dem Fokus auf dem doppelten Sinn der Worte auf einer thematischen und semantischen Ebene analysiert. Als Interpretation wurde hier verstanden, den Sinn hinter dem offensichtlichen Inhalt des Textes mithilfe bestimmter Logik und Regeln zu erfassen (Lindseth und Norberg, 2004; Ricœur, 2004; Smith et al., 2013). Die folgenden Interpretationsregeln leiteten die Analyse:

Naives Lesen:

Der Text wurde mehrmals mit dem Ziel der inhaltlichen Wiedergabe des Gesagten gelesen. Hinweise auf körperliche Bewegung als Handeln oder mögliche Einflussfaktoren auf das Handeln bestimmten die Auswahl der entsprechenden Interviewstellen.

Strukturelle Analyse:

Die Analyse erfolgte auf den Ebenen Text, Satz, Wort und Kontext. Die Bedeutungen von Formulierungen und Wörtern wurden herausgearbeitet unter Betrachtung des Kontextes. Verschiedene Lesarten des Textes halfen dabei, den doppelten Sinn der Worte zu erkennen. Was wurde inhaltlich gesagt und welche weiteren Inhalte, Bedeutungen oder Meinungen könnten mit den Worten transportiert werden? Wie sind die Aussagen im Kontext der Beobachtung, der Stations- und Krankenhausstruktur zu verstehen?

Deuten:

Das Reflektieren der verschiedenen Lesarten ermöglichte das Erfassen von Verständnis und Sinn der Aussagen im Kontext der Lebenswelt. Die Kernaussagen wurden mit den entsprechenden Interviewzitate belegt.

Tabelle 5: Beispiel hermeneutische Interpretation

<p>Interviewzitat Pflege</p> <p><i>Ja die Mobilität, auf <u>keine Hilfe</u>, <u>teilweise Hilfe</u> und <u>vollständige Hilfe</u>. Es wird <u>einfach so nach Gefühl eingeschätzt</u>. So <u>volle Hilfe</u>, was ein <u>klassischer kompletter Pflegefall</u> ist, der sich gar nicht mehr bewegt. <u>Teilweise</u> ist dann eher der <u>Rollatorpatient</u>, sage ich mal ähm, der in <u>Teilen noch laufen</u> kann, der in <u>Teilen</u> noch die eine oder <u>andere Bewegung machen kann</u>. Ja das ist so grob, aber dass es eine ganz klare Richtlinie gibt, das ist so und so, das ist nicht der Fall. Nein (Pfl3, Z. 32-40)</i></p>
<p>Gruppierung des Bedarfs an Hilfe ohne erkennbare Definition. Die Entscheidung, in welche der Gruppen der Patient eingruppiert wird, wird nach Gefühl eingeschätzt. Als Versuch, diese Gruppen doch noch zu definieren, wird ein Patient mit vollständiger Hilfe als der „klassische komplette Pflegefall“ bezeichnet. Teilweise Hilfe wird als „Rollatorpatient“ beschrieben, der in Teilen noch laufen und eine gewisse Bewegung durchführen kann. Von der Gruppenzugehörigkeit ausgehend werden die pflegerischen Maßnahmen abgeleitet. Hinweise zu Unterstützung bzw. Übernahme von Maßnahmen werden den jeweiligen Attributen zugeordnet.</p>
<p>Was bedeutet „klassischer kompletter Pflegefall“? In der Symbolik und dem kulturellen Kontext der Station weiß jede Pflegeperson, welche pflegerischen Maßnahmen sich von solch einer Äußerung ableiten lassen. Ein Common Sense des Hilfebedarfs und der abzuleitenden Maßnahmen lässt sich erkennen. Mit diesen allgemeinen Aussagen wird der Körper zudem in Funktionseinheiten aufgeteilt. Im Kontext von Zeit und Stationsprozessen kann dies als eine Möglichkeit des schnellen Erfassens des Hilfebedarfs dienen und dem „dann auch schnelleren Abarbeiten-Können“, was aber im Folgenden den Verlust der individuellen Einschätzung mit sich bringt. Des Weiteren kann die Berufserfahrung der Pflegeperson Einfluss auf die Wortwahl haben. Die Person fasst mit wenigen Worten das Wichtigste zusammen. Ausgehend von den</p>

<p>Beobachtungen lassen sich beide Gedanken miteinander verbinden, wobei der zeitliche Aspekt eine größere Rolle spielt.</p>
<p>Klassifizieren von Hilfebedarf ist ausreichend für Pflegeperson, um entsprechende pflegerische Maßnahmen abzuleiten. Bezug auf „Hilfe“ und somit Unterstützung steht im Vordergrund. Förderung von Bewegungsfähigkeiten scheint nicht so wichtig zu sein.</p> <p>→ Bewegungsförderung wird Arbeitsprozessen untergeordnet</p>
<p>Interviewzitat Patient</p> <p><i>Die Beine [...] ja das kann ich noch und die <u>Füße bewegen</u> (Pat3, Z 7-10). Ja <u>früher, jetzt gar nicht mehr</u>, nur im Zimmer. Ich habe <u>so ein Wägelchen</u>, das hat mir die Frau geholt und da <u>geh ich grad so durch den Flur, bis hin in die Küche</u> (Pat3, 27-28). Auch bin ich froh, wenn ich <u>wieder auf die Toilette gehen</u> kann. [I: Können Sie hier zur Toilette laufen?] Nein <u>hier nicht, aber zu Hause</u> (Pat3, Z. 123-127).</i></p>
<p>Für den Patienten scheint das Wichtigste das Bewegen der Beine zu sein, um damit die Möglichkeit zu haben, im Raum zu laufen. Die Zuhilfenahme von Hilfsmitteln macht eine längere Gehstrecke möglich. Laufen bedeutet, mobil zu sein, sich alleine von einer Stelle zur anderen bewegen zu können und ATLS selbständig durchzuführen. Der Patient bezieht diese Aussagen aber immer auf das häusliche gewohnte Umfeld. Für die Zeit im Krankenhaus scheint er diese Möglichkeit nicht in Betracht zu ziehen. Er nimmt es hin/erträgt es, dass er im Krankenhaus nicht zur Toilette laufen kann.</p>
<p>Wie schätzt der Patient seine Bewegungsfähigkeit ein? Kann er die Beine und Füße nur noch bewegen oder wäre ein Gehen möglich? Für die Zukunftsperspektive und das häusliche Umfeld wird daran kein Zweifel geübt. Mithilfe des Rollators wird wieder das möglich sein, was auch vor dem Krankenhausaufenthalt möglich war. Warum wird die Fähigkeit des Laufens nicht für den Krankenhausaufenthalt gesehen? Zum einen kann der Grund sein, dass sich der Patient nicht traut und Angst vor z.B. einem Sturz hat. Zum anderen kann er von Pflegenden als Vorsichtsmaßnahme vom Laufen abgehalten werden, ebenfalls um einen Sturz zu verhindern. Der Patient sieht solche Vorsichtsmaßnahmen für zu Hause im gewohnten Umfeld als nicht notwendig. Es wird aber auch keine Notwendigkeit wahrgenommen, die vorhandenen Fähigkeiten im Krankenhaus zu üben und zu trainieren.</p>
<p>Der Patient sieht die Zeit im Krankenhaus als Übergang, den man ertragen und überstehen muss, indem sich an die Regeln gehalten wird. Für zu Hause besteht dann die Vorstellung bezüglich des Laufens, alles werde wieder so sein wie vor dem Krankenhausaufenthalt.</p> <p>→ Bewegungsfähigkeit erst wieder nach dem Krankenhaus notwendig</p>

Inhaltlich gleiche Kernaussagen sowie gegensätzliche Meinungen wurden herausgearbeitet und dargestellt, um ein umfassendes Bild zu erhalten.

3.3.3 Synthese der Beschreibung und Interpretation

Die Charakteristik des Phänomens sowie die Interpretation der Sicht des Patienten oder der Patientin und der Pflegenden wurden unter Berücksichtigung des Kontextes zusammenfassend dargestellt. Im Sinne eines hermeneutischen Zirkels erfolgte immer wieder eine Überprüfung der Darstellung mit den Originalzitate und Beschreibungen der Beobachtungen.

Tabelle 6: Beispiel Synthese dichte Beschreibung und Interpretation

<p>Zusammenfassung Kernaussagen</p> <p>Bewegungshandeln wird abgeleitet von einer defizitorientierten Einschätzung der Fähigkeiten (Teilaspekt Phänomen). Bewegungsförderung wird Arbeitsprozessen untergeordnet (Pfl). Bewegungsfähigkeit erst wieder nach dem Krankenhausaufenthalt notwendig (Pat).</p>
<p>Der Sinn und die Bedeutung von körperlicher Bewegung werden von Patient und Pfleger wahrgenommen, das zeigt sich an der Durchführung einer Einschätzung von Bewegungsfähigkeiten und einem grundsätzlichen Ableiten von Bewegungshandeln. Dieses Handeln ist mehr auf Hilfe sowie Unterstützung ausgerichtet, weniger auf Förderung von Bewegungsressourcen. Das bildet sich auch in der defizitorientierten Einschätzung ab. Bei der Pflegenden gehört die Einschätzung zu einem Teilschritt im Arbeitsprozess und ist schon zu einem Arbeitspaket reduziert, von dem sich ein weiteres Maßnahmenpaket ableiten lässt, um einen effektiven Arbeitsprozess durchzuführen. Der Patient ordnet sich dem Prozess unter, da er die Überzeugung hat, selbstbestimmtes Handeln werde erst wieder nach dem Krankenhausaufenthalt notwendig und wichtig sein.</p>

Zusätzlich ergab sich mit den erhobenen Daten noch die Gelegenheit, die Beobachtungen der pflegerischen Interaktion und die Interviews der beteiligten Patientin oder des beteiligten Patienten und der Pflegeperson abzugleichen, um zu erkennen, inwieweit die Handlung in der Interaktion und die persönliche Einstellung zu Bewegung von älteren Menschen und Pflegepersonen abweichen oder übereinstimmen. Zur Validierung der Aussagen wurden die Ergebnisse der Analyse im Sinne einer Peer-Gruppe besprochen und diskutiert. Die eine Gruppe bestand aus drei fachfremden Personen und die zweite Gruppe aus zwei fachkundigen Personen. Die Ergebnisse der Diskussionen und Anregungen flossen in die Analyse mit ein. Das Programm MAXQDA 10 wurde als Hilfsmittel zur Datenverwaltung genutzt.

3.4 Ethische Reflexionen

Vor Beginn der Beobachtung und Durchführung der Interviews wurde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am 20.01.2015 das Votum der Ethikkommission eingeholt und den beteiligten Kliniken zur Kenntnisnahme vorgelegt. An den Tagen der Datenerfassung wurden die Patientinnen und Patienten wie auch die Pflegepersonen mithilfe der Informationsbögen umfassend über die Inhalte der Studie informiert. Die vorgesehenen Probanden erhielten zudem die

Information, dass ihnen keine Nachteile bei einer Nichtteilnahme oder bei Abbruch und Widerruf der Teilnahme entstehen und ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung ohne eine Beeinträchtigung erfolgt. Die Pflegenden auf den Stationen sollten zum Schichtbeginn während des Beobachtungszeitraumes einwilligen. Diese Einwilligung galt für die gesamte Dauer oder bis zum Widerruf der Pflegenden innerhalb des Beobachtungszeitraumes. Nach dem Unterschreiben der Einwilligungserklärung waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Studie aufgenommen. Die Überprüfung der bestehenden Einwilligungserklärung bei den älteren Menschen erfolgte vor jeder Beobachtung durch Nachfrage. Während der Beobachtungen wurde zusätzlich auf die Mimik und Körperhaltung als Indiz von Unwohlsein geachtet (Black et al., 2010). Die erhobenen Daten wurden pseudonymisiert, auf einer externen Festplatte ohne Internetzugriff mit Passwort gesichert, gespeichert und nur für die wissenschaftliche Auswertung genutzt. Durch die eigene langjährige Berufserfahrung bestand die Vermutung, dass zu viel Hilfestellung bei den körperlichen Aktivitäten von den Pflegenden gegeben wird, sei es nun aus Zeitmangel oder dem Pflegeverständnis der Einzelnen. Diese Vermutung wurde sich bei der Datenerhebung und Datenanalyse immer wieder bewusst gemacht, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu mindern. Nach Beendigung der Studie und nachdem die Ergebnisse publiziert sind, werden die Daten vernichtet beziehungsweise gelöscht.

4. Ergebnisse

Die folgenden Ausführungen beginnen mit der Beschreibung der Untersuchungsumgebung und des Samples. Daran schließt sich eine Übersicht des gesammelten Materials während der Datenerhebung an. Die Ergebnisdarstellung der Datenanalyse rundet das Kapitel ab.

4.1 Untersuchungsumgebung und Sample

Struktur und Aufbau der Stationen sowie die Beschreibung der Zimmer illustrieren das Untersuchungsfeld. Zudem geben die soziodemografischen Daten der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegenden Aufschluss über die Zusammensetzung der Teilnehmergruppe.

Das Untersuchungsfeld umfasst vier Abteilungen der Inneren Medizin in zwei Krankenhäusern. Die Stationsgröße, abgebildet anhand der Bettenzahl, reicht von 16 bis 45 Betten, die sich auf Zimmer mit einem bis drei Betten verteilen. In beiden Krankenhäusern sind pflegeorganisatorisch die Stationen in Bereiche unterteilt, denen Pflegende einer bestimmten Anzahl von Patienten/-innen-Zimmern zugeordnet sind. Der Stationsaufbau zeigt auf der einen Flurseite alle Zimmer für die Patientinnen und Patienten, gegenüber die Arbeitsräume für die verschiedenen Berufsgruppen einer Station sowie weitere vereinzelte Patienten/-innen-Zimmer. Der Flur dient als ein erweiterter Arbeitsraum für die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen. Dies spiegelt sich auch wider bei der Betrachtung der Gegenstände, die sich auf dem Flur befinden. Neben Infusionsständern mit oder ohne gerichtete Infusionen stehen Rollstühle und

Rollatoren bereit. Auch die Verbandswagen und Visitenwagen sind auf den Fluren zu finden. Patientinnen und Patienten müssen sich zum einen beim Aufenthalt auf dem Flur an all den Gegenständen vorbeidrängen, zum anderen befinden sie sich mitten im Tätigkeitsbereich und in den Arbeitsprozessen der verschiedenen Berufsgruppen. Alle Stationen haben Sitzgelegenheiten auf dem Flur, entweder an den Flurenden oder in einem separaten Raum. Des Weiteren befinden sich in drei der vier Abteilungen Handläufe an den Wänden. An den Wänden hängen Bilder sowie Poster mit verschiedenen Informationen für Patientinnen und Patienten oder auch für Angehörige. Diese baulichen Gegebenheiten sowie die Umgebung und die Stationsabläufe sind wenig einladend für Bewegungsförderung außerhalb der Zimmer.

Die Einrichtung der Patienten/-innen-Zimmer zeigt sich in den vier Bereichen ähnlich. Die Zimmer beinhalten ein bis drei Betten mit Nachtschränken. Ein Tisch mit Stühlen ist an den Fußenden der Betten angeordnet. Ein Kleiderschrank an der Seite des Zimmers rundet die Grundeinrichtung ab. Integriert in den Raum ist in allen Zimmern ein barrierefreies Bad mit einer Toilette. Auf den Nachtschränken befinden sich persönliche Dinge der Patientinnen und Patienten. Getränke und Zwischenmahlzeiten sind in Griffnähe. Einerseits ermöglicht das den Patientinnen und Patienten, auch bei einer Ortsgebundenheit ans Bett gemäß ihren vorhandenen Ressourcen an Getränke und persönliche Dinge zu gelangen. Andererseits senkt diese Anordnung den Reiz, das Bett zum Beispiel zu den Mahlzeiten zu verlassen. Neben den Betten stehen Infusionsständer oft mit Dauerinfusionen, die ein selbständiges Verlassen des Bettes oder des Zimmers für die Patientinnen und Patienten erschwert. Des Weiteren befinden sich Rollstühle oder Rollatoren an den Fußenden der Betten. Diese Gegenstände engen den Raum ein und stellen zudem Hindernisse für die Bewegung innerhalb des Zimmers dar. Jedoch bietet dieses Hindernis auch die Möglichkeit des Festhaltens und Stützens als eine zusätzliche Sicherheit bei der Bewegung. Insgesamt bilden notwendige medizinische Versorgungsmaßnahmen, geringe Anreize sowie als Hindernis wahrgenommene Gegenstände jedoch hemmende Faktoren für die Förderung der Bewegung innerhalb der Zimmer.

Die Untersuchungsgruppe umfasste zehn Patientinnen und Patienten sowie neun Pflegende. Die Gruppe der Patientinnen und Patienten setzte sich aus drei Männern und sieben Frauen zusammen. Diese Geschlechterverteilung bildet das Verhältnis dieser Altersgruppe in den Krankenhäusern ab, bei dem die Anzahl der Patientinnen leicht höher als die der Patienten liegt (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung – BiB, 2015). Die Kontrastierung beim Alter, in der Alltagskompetenz, bei den Hilfsmitteln und der Lebensumgebung wurde erreicht. Den Patientinnen und Patienten, die selbständig, mit einem Barthel-Index von 40 Punkten, mit geringem Bedarf an bewegungsunterstützenden Hilfsmitteln (Gehstock), allein leben, stehen die Diejenigen mit hohem Bedarf an Unterstützung mit einem Bartel-Index von 95 Punkten, Hilfsmittelversorgung mit Rollstuhl und in Langzeiteinrichtungen gegenüber. Dazwischen finden sich Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Ausprägungen der Merkmale und im familiären Umfeld wohnend.

Tabelle 7: Charakteristika der Patienten/-innen

Patienten/-innen, n=10	
<i>Alter in Jahren, Mittelwert (SD), Range</i>	83.3 (6.5), 73–93
<i>Weibliches Geschlecht</i>	7 (70)
<i>Familienstand: Verheiratet</i>	6 (60)
Verwitwet	4 (40)
<i>Barthel-Index, Mittelwert (SD), Range</i>	60 (18.1), 40–95
<i>Hilfsmittel</i>	8 (80)
<i>Lebensumgebung: Alleinlebend</i>	2 (20)
Familie	7 (70)
Pflegeheim	1 (10)
<i>Pflegestufe: Keine</i>	5 (50)
Stufe 1	3 (30)
Stufe 2	2 (20)

*Die Werte sind absolute Zahlen (Prozent), wenn nicht anders benannt.

Eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes eines älteren Menschen gleich zu Beginn der Teilnahme machte einen Abbruch der Teilnahme notwendig. Daraufhin bot sich spontan eine weitere Person zur Teilnahme an. Obwohl mit 73 Jahren unter dem Einschlussalter liegend, wurde diese Person in die Studie mit eingeschlossen, da alle anderen Einschlusskriterien zutrafen. Damit konnte eine Zurückweisung der angebotenen Hilfe verhindert werden.

Die Gruppe mit neun Pflegenden setzte sich aus einem Mann und acht Frauen zusammen. Dies stellt die ungleiche Geschlechterverteilung in den Gesundheitsberufen mit einem Männeranteil von 18% (Destatis, 2016a, S. 55) dar. In den Teams der teilnehmenden Stationen waren keine bis vier Pfleger zu finden. Die Rekrutierung eines weiteren Pflegers war aus Gründen der Verfügbarkeit und mangelnder Teilnahmebereitschaft nicht möglich.

Tabelle 8: Charakteristika der Pflegenden

Pflegende, n=9	
<i>Alter in Jahren, Mittelwert (SD), Range</i>	35.5 (13.1), 23–57
<i>Weibliches Geschlecht</i>	8 (89)
<i>Arbeitsjahre, Mittelwert (SD), Range</i>	13.5 (13.5), 2–37
<i>Arbeitszeit, Vollzeit</i>	6 (67)
<i>Betreute Patienten/-innen/Schicht, Mittelwert (SD), Range</i>	11.2 (6.2), 6–22
<i>Bewegungsbezogene Fortbildung</i>	7 (78)

*Die Werte sind absolute Zahlen (Prozent), wenn nicht anders benannt.

Mit der Erhebung von Alter und Arbeitsjahren konnte ein Kontrast zwischen Berufsanfängern und Pflegenden mit langjähriger Berufserfahrung dargestellt werden. Die Pflegenden gaben an, in den Frühschichten im Durchschnitt für 11,2 Patientinnen und Patienten zuständig zu sein. Der hohe Wert der wahrgenommenen 22 zu betreuenden Personen lässt sich mit der Einteilung der Station in Bereiche und den funktionsorientierten Arbeitsprozessen der beobachteten Stationen erklären.

4.2 Datenmaterial

Die Daten der Untersuchung wurden mit mittels Beobachtungen und Interviews gesammelt. mit der Kontrastierung des Samples und der breiten Kontrastierung der Inhalte wurde eine Datensättigung erreicht. Nach dem Ausscheiden einer Person zu Beginn der Beobachtungen konnten nur Beobachtungs- und Interviewdaten von neun Patientinnen und Patienten genutzt werden.

Beobachtungen: In neun Frühschichten, mit einer Gesamtbeobachtungszeit von 70 Stunden, wurden Umgebungsbedingungen und die Beobachtungen von Körperpflege (n=9), Transfer (n=15) und Mahlzeit (n=14) erfasst. Die während der direkten Interaktion von Pflegenden und Patienten/-innen durchgeführten 38 Beobachtungen umfassten 449 Minuten und entsprachen siebeneinhalb Stunden. Die Körperpflege dauerte im Durchschnitt 18,5 Minuten, mit einer Spanne von 12 bis 30 Minuten. Die durchschnittliche Dauer eines Transfers betrug 4,8 Minuten bei einer Spanne von drei bis zwölf Minuten, bei den Mahlzeiten 14 Minuten, mit einer Spanne von 7 bis 20 Minuten.

Interviews: Die Interviews (n=15) wurden nach der beobachteten Interaktion von Patienten/-innen (n=6) und Pflegenden (n=9) zum Ende des Frühdienstes (n=9) geführt. Die Gesamtdauer der Interviews betrug 307 Minuten. Alle neun beteiligten Pflegenden stimmten den Interviews zu. Zwei Patientinnen und Patienten lehnten das Interview ab, da sie das Reden als zu ermüdend und anstrengend empfanden. Ein Patienten/-innen-Interview war wegen der eingeschränkten Kommunikation aufgrund einer vorherrschenden Schwerhörigkeit nicht möglich. Die Interviews der Patientinnen und Patienten reichten von 12 bis 27 Minuten, mit einer durchschnittlichen Dauer von 18,2 Minuten. Bei den Pflegenden war die durchschnittliche Interviewdauer 24,7 Minuten und zeigte eine Spanne von 17 bis 38 Minuten.

4.3 Phänomen „Körperliche Bewegung im Krankenhaus“

Nach der Analyse der Beobachtungsprotokolle und Interviews ergeben sich für diese Untersuchung vier Kernaussagen. Von diesen Kernaussagen (1-4) lassen sich die in der Abbildung 2 dargestellten Merkmale des Phänomens körperliche Bewegung im Krankenhaus ableiten, die mit ihren Unteraspekten und Ausprägungen im Folgenden dargestellt sind.

4.3.1 Merkmale des Phänomens

Die körperliche Bewegung findet immer im Kontext der **Organisationsstrukturen** des Krankenhauses und der **Arbeitsprozesse** der Stationen (1) statt. Dieser Kontext bildet somit den Handlungsrahmen für die an den Interaktionen mit den Patientinnen und Patienten beteiligten verschiedenen Berufsgruppen und beeinflusst das Bewegungshandeln. Weitere Auswirkungen auf das Bewegungshandeln nehmen die drei folgenden Merkmale, die sich auch gegenseitig beeinflussen.



Abbildung 2: Merkmale des Phänomens

Hierbei lenkt die **Einschätzung der Bewegungsfähigkeit** (2) die Planung wie auch die Art des Bewegungshandelns. Diese Bewegungseinschätzung ist zum einen je nach den Pflegenden individuell unterschiedlich, mündet zum anderen aber auch ein in gemeinsame stationsdefinierte Eingruppierungen der Patientinnen und Patienten. Als individuell zeigen sich auch die **Beziehungen zwischen den Patienten/-innen und Pflegenden** (3), die jeweils den Ablauf der Bewegungsinteraktion bestimmen. Neben den Pflegenden sind **weitere Interaktionspartner/-innen** (4), für die Bewegungsförderung zuständig. Dazu werden den ebenfalls an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen Verantwortlichkeiten zugeordnet die mit verschiedenen Bewegungsorten verbunden sind.

Bei der näheren Betrachtung des Handlungsrahmens ist anzumerken, dass **Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse** auf normativer Institutionsebene angesiedelt sind und von der operativen Ebene nicht direkt verändert werden können. Inoffizielle und offizielle Regeln kennzeichnen hierbei wahrgenommene Zwänge und Grenzen, aber auch Orientierung. Daneben zielt der Aufbau einer Station auf ein funktionsorientiertes Arbeiten ab. Plätze zum sozialen Austausch sind vorhanden, jedoch ist die Nutzung meist nur den Patientinnen und Patienten mit der Fähigkeit zur selbständigen Bewegung möglich. In der Folge bietet sich für die Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf keine Möglichkeit des sozialen Kontaktes außerhalb des Zimmers.

Ebenso ist die Strukturierung des Arbeitsablaufes durch die Pflegenden wenig an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten oder der Förderung von Bewegung orientiert, dafür vermehrt an einem funktionierenden Tagesablauf. Die Pflegenden reflektieren hierbei selten die Abläufe und Prozesse, schreiben ihnen jedoch eine hohe Priorität zu. Hingegen sind die Bedürfnisse sowie die Förderung der Patientinnen und Patienten mit einer niedrigeren Priorität belegt. Zu bedenken sind dabei die engen zeitlichen Grenzen, innerhalb derer die Pflegenden über die vorrangigen Maßnahmen unter Zeitdruck entscheiden müssen. Zudem lässt sich, abhängig vom jeweiligen Stationsklima, kollegialer Druck erkennen. Die Patientinnen und Patienten ordnen sich den Prozessen unter, um nicht als Störfaktor wahrgenommen zu werden.

Innerhalb des eben beschriebenen Handlungsrahmens erfolgt die **Einschätzung von Bewegungsfähigkeiten** der Patientinnen und Patienten. Gelenkt und beeinflusst wird diese durch Annahmen zum Handlungsbedarf und Patienten/-innen-Bild. Dabei ist ein Kontinuum von defizitorientierter bis hin zu ressourcenorientierter Ausrichtung erkennbar. Die Pflegenden schätzen die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten meist subjektiv, von Intuition und Erfahrungswissen geprägt, ein, wobei die Einschätzung auf die Gegenwartsperspektive begrenzt bleibt. In der Kommunikation zeigen sich defizitorientierte Fragestellungen, bei denen ein erwarteter Hilfebedarf schon formuliert ist und damit Hilfe und Unterstützung indirekt aufgedrängt wird. Hierbei lässt sich eine durch das Berufsbild geprägte helfende Rolle und weniger eine präventive Rolle der Pflegenden erkennen. Nach der Einschätzung der Bewegungsfähigkeiten erfolgt ein Eingruppieren der Patientinnen und Patienten in bestimmte „Hilfebedarfsgruppen“, von denen die Pflegenden entsprechende pflegerische Maßnahmen ableiten. Die Patientinnen und Patienten beschreiben ihre Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in der Bewegung, wechseln jedoch von der Gegenwartsbeschreibung immer wieder in die Vergangenheit oder die Zukunft. Ebenso thematisieren sie die eigenen Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Hierbei zeigen sie auf, wie durch Anpassung des Umfeldes zu Hause eingeschränkte Fähigkeiten kompensiert werden. Die Bewegung und Bewegungsförderung werden von den Pflegenden wie auch von den Patientinnen und Patienten als sinnvoll und wichtig erachtet.

Während des Krankenhausaufenthaltes ist das Bewegungshandeln von den **individuellen Interaktionsbeziehungen** der Pflegenden mit den Patientinnen und Patienten beeinflusst. Geprägt sind diese Beziehungen durch Rollenverteilungen. Hierbei sind die Pflegenden meist in der aktiven und dominanten Rolle, in der sie Abläufe und Handlungen vorgeben. Die Patientinnen und Patienten hingegen begeben sich in die passive Rolle, in der sie auf Aufforderungen warten und die Verantwortung für die Förderung der Bewegung auf die Pflegenden übertragen. Die Pflegenden wiederum versuchen innerhalb der Interaktionen eine Balance zwischen Unterstützung, Übernahme und Förderung von selbständigem Handeln der Patientinnen und Patienten zu finden. Einfluss haben dabei die Strukturen und Regeln der Station sowie zeitliche Aspekte. Die Pflegenden

sehen sich immer im Entscheidungsdilemma, die Bewegungshandlungen der Patientinnen und Patienten zu fördern oder aus zeitlichen Gründen zu übernehmen. Entstehende Handlungsspielräume schöpfen die Pflegenden individuell aus, mit der Folge einer geringen Kontinuität bei der Förderung von Bewegungshandlungen. Zudem werden die Möglichkeiten der Förderung nicht genutzt und vorhandene Ressourcen der Patientinnen und Patienten teilweise ignoriert. In der Interaktion werden dabei Handlungen automatisch übernommen. Geringe Reflexion der Arbeitsweisen oder während der Berufsjahre eingeprägte Handlungsabläufe begünstigen diese Übernahmen. Die Patientinnen und die Patienten hingegen sehen die Notwendigkeit zur Nutzung ihrer Bewegungsfähigkeiten erst wieder nach dem Krankenhausaufenthalt.

Doch die Bewegungsförderung findet neben den Pflegenden mit verschiedenen weiteren an der Versorgung beteiligten **Interaktionspartner/-innen** statt und erfolgt an verschiedenen Bewegungsorten und in der Zuständigkeit verschiedener Berufsgruppen. Die Zuständigkeit der Pflegenden ist auf das Patienten/-innen-Zimmer begrenzt. Die Physiotherapie ist zuständig auf dem Flur und liegt bei den Angehörigen, wenn es sich um die Bewegung außerhalb der Station handelt. Die Bewegung und Mobilisation der Patientinnen und Patienten werden zwar als interdisziplinäre Aufgabe wahrgenommen, jedoch nicht als gemeinsamer Prozess gesehen. Einzelne Bewegungshandlungen werden definiert und den jeweiligen Berufsgruppen zugeordnet. Dadurch ergeben sich parallele Strukturen, die sich durch geringe gemeinsame Abstimmungen und Planungen weiter auseinanderdividieren. Die Absprachen untereinander sind gekennzeichnet von spontaner Kommunikation und wenigen strukturierten Besprechungen, was somit eine konkrete Planung und einen kontinuierlichen Verlauf erschwert.

4.3.2 Aspekte und Ausprägungen der Merkmale

Um das Phänomen tiefergehend zu beschreiben und dessen Komplexität zu verdeutlichen, werden im Folgenden die einzelnen Unter Aspekte betrachtet und erläutert sowie deren wichtigste Ausprägungen näher dargestellt.

Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse		
- Bauliches Umfeld	- Strukturierung des Schichtablaufes	- Prioritätensetzungen
Einschätzung der Bewegungsfähigkeit	Individuelle Beziehungen zwischen Patienten/-innen und Pflegenden	Verschiedene Interaktionspartner/-innen
- Einschätzungsarten	- Rollenverteilung	- Bewegungsorte und Zuständigkeiten
- Einschätzungsmuster	- Übernahme durch Pflegende	- Absprachen
- Zeitdimensionen	- Automatismen	

Abbildung 3: Unter Aspekte des Phänomens

Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse. Der Handlungsrahmen aus Organisationsstrukturen und Arbeitsprozessen umschließt und beeinflusst mit seinen drei Unteraspekten, *Bauliches Umfeld, Strukturierung des Schichtablaufes und Prioritätensetzungen*, die Interaktion im Krankenhaus. Bei Betrachtung des *baulichen Umfelds* zeigt sich ein struktureller Stationsaufbau, der eine funktionale Arbeitsweise der Pflegenden während des Behandlungsverlaufs begünstigt, um auch ökonomischen Aspekten der Krankenhausbehandlung gerecht zu werden. Umfeld und Ökonomie zwingen die Pflegenden, individuelle Patienten/-innen-Betreuung und effizientes Abarbeiten von Tätigkeiten gegeneinander abzuwägen, wobei individuelle Angebote an die Patientinnen und Patienten in den Hintergrund gedrängt werden können. Die Pflegenden wie auch die Patientinnen und Patienten erleben die oft gegensätzlichen Aspekte der Ökonomie und der Vorstellung einer idealen Versorgung. Im Weiteren lassen sich die Zimmer der Patientinnen und Patienten sowie der Flur der Station als Arbeitsbereiche in der direkten pflegerischen Versorgung beschreiben. Der Flur wird als Trenn- oder Durchgangsbereich zwischen Patienten/-innen-Zimmer und Funktionsräumen wahrgenommen aber auch als Ort zum sozialen Austausch. Aufenthaltsräume bieten eine weitere Möglichkeit zum sozialen Austausch, sind jedoch überwiegend nur für mobile Patientinnen und Patienten erreichbar.

Neben dem baulichen Umfeld ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten zudem in eine *arbeitszeitliche Struktur* eingebettet, die mit dem Schichtbeginn startet und mit dem Schichtende schließt. Innerhalb dieser Begrenzung ist der Organisationsablauf der Station durch stationsinterne Prozesse geregelt, die sich, am Beispiel des Frühdienstes, an Fixpunkten wie Frühstück, Visite, Untersuchungen und Mittagessen orientieren. Die stationsinternen Ablaufprozesse helfen bei der Planung und Strukturierung der Arbeitsschritte. Dies bietet zum einen Sicherheit für die Pflegenden, innerhalb des zeitlichen Rahmens das Arbeitspensum zu schaffen, zum anderen wird jedoch ein funktionsorientiertes Arbeiten gefördert, mit wenigen individuell gestaltbaren Handlungsspielräumen.

„[...] wir haben ja eigentlich so einen Ablauf, der hat sich jetzt so eingepreßt und wir schauen, dass wir die Leute alle vorm Frühstück gewaschen haben, weil dann kommt ja das Essen und dann wechseln wir uns ab mit der Pause, dann müssen wir die Vitalzeichen komplett messen, die Leute inhalieren. Dann sind die Untersuchungen, die Leute sind nur unterwegs zu den Untersuchungen.“ (Pfl2, Z. 160-165)

Als Folge zeigen sich die pflegerischen Tätigkeiten selten an den Bedürfnissen der Patientinnen oder der Patienten orientiert. Auch eine interdisziplinäre Behandlungsplanung fordert ein ständiges zeitliches wie organisatorisches Anpassen der pflegerischen Arbeitsabläufe. Die Pflegenden empfinden sich hierbei als von anderen Berufsgruppen fremdgesteuert, mit der Wahrnehmung fehlender Entscheidungsmacht für oder gegen die Unterbrechung. Jedoch verplanen auch sie die Patientinnen und Patienten, ohne diese direkt mit einzubeziehen. Aktivitäten des täglichen Lebens

werden von den Pflegenden übernommen („den wasche ich schnell“), damit der Ablauf und die Termine anderer Berufsgruppen nicht durcheinandergeraten. In solch einer Prozessstruktur bleibt wenig Platz für eine Förderung der Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten, die als geringer bedeutsam als der reibungslose Ablauf der interdisziplinären Arbeitsprozesse wahrgenommen wird. Zwischen all den Strukturen und Arbeitsprozessen befinden sich die Patientinnen und Patienten in einer für sie ungewohnten Umgebung mit neuem fremdgelenktem Tagesablauf und einer akuten Erkrankung. Sie versuchen sich in die Umgebung einzufügen und ordnen sich der vorgegebenen Struktur unter und vertrauen dabei auf die Kenntnisse sowie das Wissen der agierenden Berufsgruppen und übertragen diesen die Verantwortung für die Regelung des Tagesablaufs. Den Patientinnen und Patienten bietet sich damit die Möglichkeit, sich auf das Verarbeiten neuer Impulse zu beschränken.

Die von den Pflegenden wie auch von den Patientinnen und Patienten wahrgenommenen zeitlichen Grenzen und der Zeitdruck während der Interaktionen führen zum *Setzen von Prioritäten*. Diese ergeben sich im Zusammenhang der Arbeitsprozesse, der Versorgung und der Bewegungsförderung von Patientinnen und Patienten.

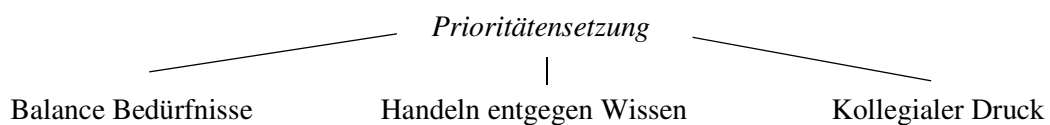


Abbildung 4: Prioritätensetzung mit Ausprägungen

Die Pflegenden versuchen, gleichzeitig den Stationsabläufen mit dem gegebenen zeitlichen Rahmen sowie den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Diese wiederum reagieren auf diese zeitlichen Zwänge mit einem Zurückstellen ihrer Bedürfnisse und dem Abwarten, „bis er/sie an der Reihe ist“. In den Erzählungen der Pflegenden ist das „Gehetzt-Sein“ deutlich spürbar. Das führt dazu, dass die Pflegenden in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten Aktivitäten für diese übernehmen statt Bewegungsabläufe entsprechend deren Ressourcen zu fördern.

„Ich meine, wenn man mal so eine Person hat, die sagt, ich kann jetzt noch nicht, oder ich will jetzt nicht, dann ähm versuchen wir das schon etwas zu berücksichtigen. Aber im größten Teil hat man die Zeit also später gar nicht mehr groß, die Leute zu versorgen. Also weil so viel andere Sachen noch dazu kommen.“ (Pfl2, Z. 165-168)

Die Pflegenden nehmen dabei wahr, dass sie aus zeitlichen Gründen entgegen ihrem Wissen und ihren Kenntnissen über die Bewegungsförderung handeln, was zu Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit führt. Das Bewusstsein für die Bewegungsförderung der Patientinnen und Patienten

ist vorhanden, wird aber den zeitlichen Zwängen und den noch zu erledigenden Aufgaben untergeordnet. Die zeitlichen Zwänge werden innerhalb des Teams auch als kollegialer Druck wahrgenommen, bei dem sich die Pflegenden für „zusätzlichen“ Zeitverbrauch rechtfertigen müssen.

„Ich musste immer meine Bewegung sehr genau überdenken, was mache ich nun mit ihm, wo fasse ich den an, wie kann ich ihn mobilisieren, dass es ihm nicht so weh tut. Ja. Das ist halt nicht immer so einfach und kostet einfach immer Zeit, ne. Aber die Zeit habe ich mir dann auch wirklich genommen, Ja. Musste ich mir zwar Fragen anhören, das war mir aber egal, wie so „wie lange brauchst du denn noch oder so.“ (Pfl8, Z. 283-288)

Die zeitlichen Aspekte begrenzen sich somit nicht nur auf einzelne Pflegende, sondern betreffen das komplette Pfllegeteam. Wenn also einzelne Pflegende die zeitlichen Grenzen nicht einhalten, hat das Auswirkungen auf die zeitlichen Ressourcen des ganzen Teams.

Einschätzung der Bewegungsfähigkeit. Innerhalb dieser zeitlichen Regelungen beeinflusst die Einschätzung der Bewegungsfähigkeit mit den Unteraspekten *Einschätzungsarten*, *Einschätzungsmuster* und *Zeitdimensionen* das Phänomen. In den Beobachtungen und Interviews ist eine subjektive Einschätzung von Bewegungsfähigkeiten erkennbar, beeinflusst durch Intuition und Erfahrungswissen. Ausgehend vom Ergebnis der individuellen Einschätzung gruppieren die Pflegenden die Patientinnen und Patienten in bestimmte „Hilfebedarfsgruppen“ ein, welchen wiederum bestimmte pflegerische Maßnahmen zugeschrieben sind. Zudem ist die Einschätzung der Bewegungsfähigkeiten bei den Pflegenden auf die Gegenwartsperspektive begrenzt. Die Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten hingegen bezieht die Vergangenheitsperspektive und die Zukunftsaussichten mit ein, mit Kenntnis bezüglich der eigenen Fähigkeiten in der Bewegung und auch ihrer Grenzen. Dabei zeigt sich hinsichtlich der Bewegungsfähigkeiten eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten sowie der Fremdeinschätzung der Pflegenden.

Die Bewegungsfähigkeiten werden von den Pflegenden eingeschätzt durch verbale Kommunikation und direkte Beobachtung, die beeinflusst ist durch die intrinsischen Faktoren, wie Erfahrungswissen und Intuition. Bei der Einschätzung sind defizit- und ressourcenorientierte Ansätze erkennbar, die sich in der Kommunikation durch positive wie negative Fragemuster zeigen. Mit einem positiven Fragemuster wie „*Was können Sie noch machen, was möchten Sie machen*“ (Pfl8, Z. 14) werden die Möglichkeiten zur selbständigen Durchführung von Bewegungshandeln durch die Patientinnen und Patienten vor deren Defiziten erfasst. Diese Sicht fördert wiederum die Auswahl von vermehrt ressourcenorientierten Maßnahmen. Im Gegensatz dazu gibt es die defizitorientierten negativen Fragemuster wie „*Das Erste, was ich frag, ähm, kann ich Ihnen beim Waschen*

helfen?“ (Pfl2, Z. 5-6), die zu einem defizitorientierten Handeln lenken. Das Hilfeangebot impliziert für die Patientinnen und Patienten die Wahrnehmung, sie könnten die Handlung nicht durchführen, und führt dazu, das Hilfsangebot trotz vorhandener Ressourcen anzunehmen. Weiterhin wird bei einem ressourcenorientierten Ansatz während der direkten Interaktion versucht, eventuell noch vorhandene Ressourcen mit dem Prinzip ‚Versuch und Irrtum‘ zu erkennen. Hierbei beobachten die Pflegenden das Bewegungshandeln und greifen erst unterstützend ein, wenn die Patientinnen und Patienten ihre Grenzen erreicht haben. Mittels Intuition und Bauchgefühl gleichen die Pflegenden die wahrgenommenen Ressourcen und Einschränkungen der Bewegung mit ihrem impliziten Wissen ab. Zudem reflektieren sie die Bewegungsfähigkeiten während der Betreuung und passen die Einschätzung an. Eine defizitorientierte Herangehensweise geht eher mit einer negativeren Einschätzung einher. Gründe sind Verantwortungsgefühl für die Patientinnen und Patienten wie auch ein Sicherheitsbedürfnis der Pflegenden. Als Folge kann es zu einer vermehrten Übernahme von Tätigkeiten und Bewegungsabläufen durch die Pflegenden kommen. Die Einschätzung der Bewegungsmöglichkeiten ist beeinflusst durch das Selbstbild der Patientinnen und Patienten. Sie suchen eine Begründung für ihre Einschränkungen. In der Untersuchungsgruppe wird das Alter als Erklärung herangezogen. Sie gehen davon aus, dass mit dem Alter die Bewegungsfähigkeit nachlässt und somit ein unaufhaltsamer Prozess vonstattengeht, dem nichts entgegengesetzt werden kann. In diese Wahrnehmung fließen die Versorgung zu Hause und die Biografie der Patientinnen und Patienten ebenfalls mit ein. Die Einschätzung der Bewegungsfähigkeit durch die Pflegenden wie auch durch die Patientinnen und Patienten kann als ein individueller Prozess betrachtet werden. Infolge der Prägung durch persönliche Einstellungen variieren die Ergebnisse personenabhängig.

Die individuellen Einschätzungen der Pflegenden münden in ein Zuordnen von *Einschätzungsmustern*, die in den Ausprägungen nun näher dargestellt werden.

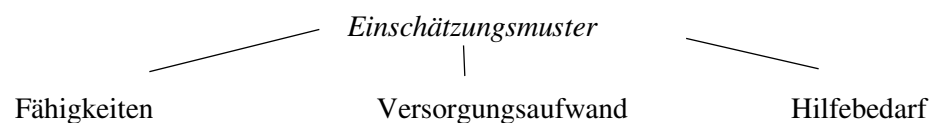


Abbildung 5: Ausprägungen des Aspektes Einschätzungsmuster

Patientinnen und Patienten werden bestimmten Gruppen zugeteilt, von denen pflegerische Maßnahmen abgeleitet werden. Der Sprachgebrauch der Station, mit einem gleichen Sprach- und Begriffsverständnis bei den Pflegenden, steuert die Eingruppierung der Patienten/-innen-Gruppen. Eine Gruppeneinteilung erfolgt über die Bewegungsfähigkeit der Extremitäten, die von den Pflegenden gleichgesetzt wird mit der Möglichkeit, sich noch bis zu einem gewissen Grade im Raum zu bewegen.

„Also wir haben unsere Pflegeplanung, wo auch bei Mobilität drinsteht, ob jemand Hilfe braucht beim Stehen, Gehen, Sitzen. Ob jemand bettlägerig ist oder seine Extremitäten bewegen kann [...].“ (Pfl1, Z. 19-26)

Mit dem Begriff „bettlägerig“ wird den Patientinnen und Patienten diese Fähigkeit abgesprochen. Die Gruppeneinteilung hat damit Einfluss auf die Gestaltung der Bewegungsförderung. Auch den Patientinnen und Patienten ist der Bereich der Extremitäten und somit die Fähigkeit zur Bewegung im Raum wichtig, wobei sie die Arme und Beine getrennt betrachten und bewerten. Eine weitere Eingruppierung umfasst den zu leistenden Arbeitsaufwand bei den pflegerischen Maßnahmen für die Patientinnen und Patienten.

„Wir sagen dann, wie wir die Patienten am Morgen versorgt haben, ob es halt eine Vollversorgung oder ob es nur eine Teilversorgung ist oder ob die Patienten selbständig und mobil sind und sich selbst versorgen“ (Pfl8, Z. 44-46)

Die verallgemeinerten Begriffe sind im stationsinternen Sprachgebrauch der Pflegenden verankert, so dass alle mit diesen Begriffen das Gleiche verbinden. Abgeleitet vom Hilfebedarf ergibt sich Zusammensetzung der nächsten Gruppe. Der Fokus liegt hierbei auf Unterstützung oder auf Maßnahmen zur Förderung von Bewegungsabläufen: *„[...] keine Hilfe, teilweise Hilfe und vollständige Hilfe“ (Pfl3 Z. 32)*. Der Begriff Hilfe mit seinen Abstufungen wird gleichgesetzt mit pflegerischen Tätigkeiten zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten. Den Pflegenden ist bei diesen Formulierungen das Hervorheben der Unterstützung zur Abgrenzung von einer Übernahme wichtig. Eine Unterstützung impliziert eine Berücksichtigung von Ressourcen und das Einbeziehen der Patientinnen und Patienten. Übernahme weist hingegen auf ein pflegerisches Handeln ohne Einbezug dieser und deren Fähigkeiten hin. Zum einen helfen die Eingruppierungen den Pflegenden dabei, den Arbeitsaufwand während der Schicht einzuschätzen. Zum anderen weisen sie auch auf eine funktionsorientierte Arbeitsweise der Pflegenden hin.

Die Bewegungseinschätzung wird zudem in *verschiedenen Zeitdimensionen* betrachtet und bewertet. Die Perspektive der Pflegenden bleibt begrenzt auf die Gegenwart und den aktuellen Bewegungszustand im Krankenhaus. Neben dem Ziel der Förderung von Bewegung ist ein weiterer Fokus, die Patientinnen und Patienten während der Betreuungszeit vor Schaden zu bewahren. Die Patienten/-innen-Perspektive hingegen beginnt bei der Selbsteinschätzung in der Gegenwart, wechselt im Anschluss zwischen Vergangenheit und Zukunft. Auf die Gegenwart bezogen wägen die Patientinnen ihre Fähigkeiten gegen die benötigte Unterstützung durch Pflegende ab. Sie schätzen dabei ihre Fähigkeiten und Ausdauer bei den Bewegungsabläufen im Hinblick auf den Aufwand als zu gering ein und entscheiden sich daher, diesen Aufwand nicht einzufordern und ihre Zeit im Bett zu verbringen, auch weil ihnen bewusst ist, dass sie die Zeit außerhalb des Bettes

nicht selbst steuern können. Die Patientinnen und Patienten empfinden eine erzwungene Ortsgebundenheit, die fremdbestimmt und nicht beeinflussbar ist. Ihre Einschätzung und die Prognose leiten sie von den Erfahrungen in der Vergangenheit ab. Sie sind sich ihrer Ressourcen bewusst, beschreiben aber auch die Probleme und Kompensationsmöglichkeiten zu Hause. Diese Möglichkeiten wie auch das Nutzen geeigneter Hilfsmittel fließen in die Zukunftseinschätzung ein. In der gewohnten Umgebung kennen sie Möglichkeiten zur Kompensation und zum Ausgleich der Unsicherheiten bei der Bewegung. Die Patientinnen und Patienten sehen die Notwendigkeit für Maßnahmen zur Bewegungsförderung erst wieder für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

Individuelle Beziehungen zwischen den Patienten/-innen und Pflegenden. Diese beeinflussen die körperliche Bewegung in der Interaktion und sind geprägt von einer *Rollenverteilung*, der *Unterstützung und Übernahme* des Bewegungshandelns sowie *Automatismen*, die sich während der Berufsjahre entwickeln.

In den Ergebnissen ist eine Kontrastierung der Rollen erkennbar. Die Pflegenden übernehmen meist die aktive dominante Rolle. Teilweise zeigt sich aber auch ein Ringen um die Rolle oder eine Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten über die *Rollenverteilung* in der Interaktion. Die aktive Rolle skizziert das Bild des Handelnden und die passive Rolle die des Empfängers einer Handlung. Zudem zeigt sich meist eine einseitige von den Pflegenden ausgehende Kommunikation. Die Pflegenden in der aktiven Rolle bestimmen den Ablauf der Interaktion ohne die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten in der passiven Rolle. Die Möglichkeiten, entgegen diesem Ablauf zu handeln, sind durch das dominante Auftreten der Pflegenden und die schon getroffenen Vorbereitungen zur Übernahme von Handlungen begrenzt. Auch nehmen Pflegende die Defizite der Patientinnen und Patienten als Arbeitsaufforderung wahr. Sie bestimmen dabei in einer aktiven Rolle die Art des Bewegungshandelns.

„Ach ja, beim Waschen, an sich habe ich ihm eigentlich nur den Rücken und die Beine und Intimbereich gewaschen. Und (.) das hätte er auch nicht machen können. Also den Rücken kann er nicht machen, da kommt er nicht hin. Intimbereich kann er nicht machen, weil er kann nicht alleine stehen, ohne sich festzuhalten. Und festhalten und den Intimbereich waschen geht nicht. Und Beine kann er nicht, weil er nicht runterkommt wegen seinem linken Bein oder Füße und Beine.“ (Pfl1, Z. 45-51)

Durch die Einschätzung, die Patientinnen und Patienten seien wenig selbständig, übernehmen die Pflegenden in der Interaktion viele Handlungen. Während der Interaktionen kann sich aber auch ein Ringen um den Erhalt der dominanten aktiven Rolle entwickeln. In solchen Situationen sind sich die Patientinnen und Patienten der eigenen Fähigkeiten bewusst. Sie versuchen diese aktiv einzusetzen, um aus der passiven Rolle zu kommen. Der Wunsch der die Maßnahmen selbständig

durchzuführen wird von Pflegenden ignoriert. Die Bewegungsabläufe werden übernommen, auch wenn ein entsprechender Wille zur selbständigen Durchführung bekundet wird. Aus diesem Ringen um die Rollenverteilung lässt sich eine Auseinandersetzung über das Machtverhältnis in der Interaktion ableiten. Dabei versuchen die Patientinnen und Patienten ihre Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit für das eigene Handeln zurückzuerlangen. Eine weitere Art der Rollenverteilung innerhalb der Interaktion zeigt sich im aktiven abgestimmten Wechsel. Durch die Einschätzung der Bewegungsfähigkeit in der Interaktion werden Unterstützungsbedarfe von den Pflegenden definiert und das eigene Handeln wird entsprechend angepasst. Die Patientinnen und Patienten können entsprechend ihren Ressourcen handeln.

Neben den verschiedenen Rollenverteilungen beeinflussen die *Übernahme* und die *Unterstützung* von Bewegungshandlungen die Beziehung in der Interaktion, die im Folgenden mit ihren Ausprägungen verdeutlicht dargestellt werden.

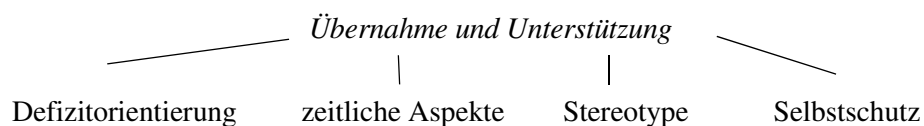


Abbildung 6: Ausprägungen Aspekt Übernahme und Unterstützung

Die Ausprägungen zeigen Begründungen zur Übernahme von Bewegungshandeln durch die Pflegenden auf. Defizite der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Bewegung nehmen die Pflegenden als Arbeitsauftrag wahr, diese durch Übernahme- oder Unterstützungsmaßnahmen zu kompensieren. Im Gegenzug lassen die Patientinnen und Patienten, bedingt durch eine geringe Selbsteinschätzung ihrer Fähigkeiten, diese Übernahme von Handlungen zu. Sie vertrauen dabei auf die Fähigkeiten und Entscheidungen der Pflegenden. Im Verlauf einer zeitlichen kontinuierlichen Versorgung passen die Pflegenden wie auch die Patientinnen und Patienten das Bewegungshandeln in der Interaktion gegenseitig an. Durch Beobachten und Wahrnehmen der Bewegungsfähigkeiten der Patientinnen und Patienten verlagert sich der Fokus der pflegerischen Maßnahmen mehr zur Förderung einer selbständigen Durchführung von Bewegungshandlungen.

Bei zeitlich engen Ressourcen und einem wahrgenommenen ökonomischen Druck tritt für die Pflegenden dieses Anpassen jedoch zugunsten der Arbeitsprozesse in den Hintergrund.

„Dann hätte man ewig lange rumdiskutieren müssen und so. Dann ist also ehrlich gesagt das Waschen von uns dann einfach schneller und effektiver als sonst. [...] Dann rufst du schnell die Kollegin, dann hast du den Patienten schneller oben.“
(Pfl4, Z. 76-94)

Das „schnelle und effektive“ Abarbeiten pflegerischer Maßnahmen, um zeitliche Verzögerungen im Arbeitsablauf zu verhindern, steht dann im Fokus. Diese Arbeitsweise gibt wieder einen Anhaltspunkt für ein funktionales Arbeiten der Pflegenden. Bewegungsförderung wird bei einem solchen Ansatz als weniger wichtig erachtet.

Eine ebenso funktionsorientierte Arbeitsweise zeigt sich mit einer stereotypen Einteilung der Patientinnen und Patienten.

„Man schaut schon bei Patienten, wo, also nicht grade bei ihm jetzt, aber wo halt, wenn er noch ohne Luftnot gewesen wäre, wäre er ein klassischer Patient gewesen, wo hingeworfen und rausmobilisiert wird.“ (Pfl3, Z. 99-101)

Mit dem Begriff „klassischer Patient“ fließen implizite Annahmen der Pflegenden und die stationsinternen Definitionen dieses Begriffes in die Handlung mit ein. Das Bewusstsein, die Bewegung im und außerhalb des Bettes zu fördern, ist vorhanden. Jedoch werden für die Patientinnen und Patienten Entscheidungen getroffen und Bewegungsabläufe übernommen, statt mit ihnen die Möglichkeiten des Bewegungshandelns zu entwickeln.

Eine andere Ausprägung, die das Übernehmen von pflegerischen Handeln in der Interaktion beeinflusst, ist die Angst, den Patientinnen und Patienten Schaden zuzufügen.

„Und beim Umsetzen braucht er aber Hilfe, weil er halt wackelig war und sonst wäre er vielleicht auch hingefallen. Also ich glaube, ganz allein umsetzen wäre definitiv nicht gegangen, sonst wäre er umgefallen. Ja (.) ja.“ (Pfl1, Z. 59-61)

Der Sturz eines Patienten oder einer Patientin wird als persönliche Schuld und Versagen wahrgenommen. Der Selbstschutz lässt die Pflegenden das Risiko abwägen und im Zweifelsfall die Übernahme von Maßnahmen der selbständigen Durchführung durch die Patientinnen und Patienten vorziehen.

Der Aspekt automatische Handlungen beeinflusst ebenfalls die Bewegung in der Interaktion. Berufserfahrung, Routine und geringe Reflexion der Tätigkeiten sowie gefestigte Handlungsstrukturen in den Arbeitsbereichen begünstigen das Entstehen von *Automatismen* bei den Pflegenden. Vorerfahrungen im Krankenhaus und die häusliche Versorgung lassen auch bei den Patientinnen und Patienten Automatismen beim Bewegungshandeln erkennen. Diese intrinsische Handlungsmuster fließen in die direkte pflegerische Versorgung mit ein. Während der Berufsjahre entwickeln sich implizites Wissen und Kenntnisse, nach denen Pflegenden ihr direktes Handeln an den Patientinnen und Patienten ausrichten. Die Pflegenden reflektieren zudem das eigene Empfinden und projizieren auch eigene Annahmen auf die Patientinnen und Patienten. Die Wertigkeit, die einzelne Pflegenden der Bewegung zuschreiben, beeinflusst ein bewegungsförderndes oder -hemmendes Handlungsmuster. So zeigen sich in den gefestigten Handlungsstrukturen, mit „stationsübliches Verfahren“ beschrieben, automatische Bewegungsabläufe. Das Beispiel, zum Bewegen

von Patientinnen und Patienten im Bett grundsätzlich zwei Pflegenden einzubinden, verdeutlicht einen solchen Handlungsablauf. Neben diesen Automatismen zeigen sich aber auch Motivationsansätze, um Patientinnen und Patienten zu selbständiger Durchführung von Bewegungsmaßnahmen zu ermutigen. Differieren die Annahmen zum Stellenwert der aktiven Bewegung bei den Pflegenden wie auch bei den Patientinnen und Patienten werden die Motivation sowie die Reaktion darauf unterschiedlich aufgefasst.

Verschiedene Interaktionspartner/-innen. Neben den Pflegenden sind Therapeutinnen und Therapeuten sowie Angehörige ebenfalls an der Förderung von körperlicher Bewegung im Krankenhaus beteiligt. Diese findet an verschiedenen *Bewegungsorten* mit klar umrissener *Zuständigkeit* und geringen interprofessionellen *Absprachen* statt.

Die Umgebung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus gliedert sich in die Bereiche: Patienten/-innen-Zimmer, Flurbereich sowie Außenbereich Station und Krankenhaus. Denen wiederum sind, mit der Verantwortung für die Bewegungsförderung, verschiedene Berufsgruppen sowie die Angehörigen zugeteilt.

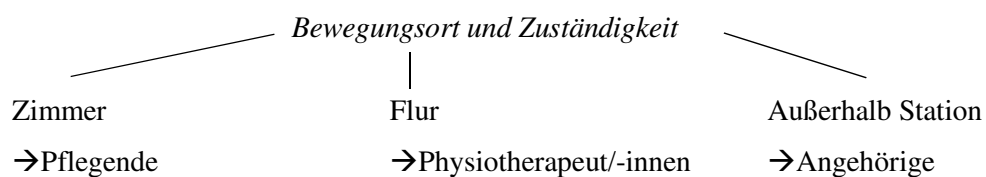


Abbildung 7: Ausprägungen des Aspektes Bewegungsort und Zuständigkeit

Das Zimmer ist definiert als Lebensraum der Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes, mit dem Bett als zentraler Ort, an dem Bewegung stattfindet. Gleichzeitig ist der Bereich funktional für sie organisiert, um eine gewisse Selbstregulation von persönlichen Belangen zu ermöglichen. Zu Hause sehen die Patientinnen und Patienten jedoch das Bett nicht als einen Aufenthaltsraum für den ganzen Tag.

„Zu Hause das Bett ist auch nicht breiter, aber ich liege ja nicht den ganzen Tag im Bett, da gehe ich ja morgens aus dem Bett und fertig. Und gehe nur abends wieder ins Bett.“ (Pat8, Z. 174-177)

Auch die Pflegenden begrenzen den für sie nutzbaren Raum und die Verantwortung zur Bewegungsförderung auf die Zimmerebene. Die Förderung der Bewegung außerhalb des Zimmers wird wahrgenommen als das Arbeitsfeld der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

„Die Krankengymnastik geht auf dem Flur auf und ab. Also wir mobilisieren dann viel im Zimmer, dass die Leute aus dem Bett kommen, so Sachen. [...] so halt auf Zimmerebene mehr.“ (Pfl6, Z. 101-103).

Für die Pflegenden ist deutlich, dass die Verantwortung der Bewegungsförderung außerhalb des Zimmers einer anderen Berufsgruppe zugeteilt ist.

Neben der Bewegung im Zimmer und dem Flur gibt es die Möglichkeit, die Station zu verlassen, was hauptsächlich als Aufgabe der Angehörigen wahrgenommen wird.

„Wir setzen die Patienten in den Rollstuhl und sagen, dann fahren sie doch mal ums Karree. Ja das machen sie dann auch. Man muss die Angehörigen auch mit einbeziehen. Das muss man schon machen. [...] man kann auch sagen, nehmen sie ihn noch mit in den Schlepptau und fahren sie mit ihm noch etwas spazieren. Das machen sie dann auch.“ (Pfl7, Z. 167-172)

Die Pflegenden sehen bei der Förderung der Bewegung außerhalb der Station ihre Aufgabe darin, die Angehörigen bei der Nutzung von Hilfsmitteln zu unterstützen und anzuleiten.

Wie sich zeigt, werden die Bewegung und Mobilisation der Patientinnen und Patienten als Aufgabe verschiedener Berufsgruppen wahrgenommen, bei der die Förderung von Bewegung jedoch nicht als Prozess gesehen wird. Dadurch ergeben sich parallele Strukturen mit fehlenden oder wenigen spontanen Absprachen, was eine konkrete Planung und einen kontinuierlichen Verlauf erschwert. Die Patientinnen und Patienten haben meist keine Stimme innerhalb dieser Absprachen. Abstimmungen mit den Angehörigen beinhalten Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln.

4.3.3 Bedeutung des Phänomens für Patienten/-innen und Pflegende

Wie beschrieben, erleben die Pflegenden und die Patientinnen und Patienten körperliche Bewegung im Krankenhaus eingebettet und beeinflusst von organisatorischen Strukturen und Arbeitsprozessen. Die pflegerischen Interaktionen sind individuell geprägt und ausgestaltet, mit einer geringen Kontinuität beim Bewegungshandeln. Beeinflusst ist dieses Handeln zudem durch die vorherrschende Stationskultur, ausgedrückt und erkennbar in der Sprache, in Handlungsabläufen sowie den Arbeitsweisen. Im Weiteren wirken sich die Annahmen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten wie auch der Pflegenden auf die Bedeutung von Bewegung aus.

Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Untersuchung zeigt sich eine Diskrepanz zwischen den Aussagen und dem beobachteten Handeln. Beiden sind die körperliche Bewegung und die Förderung wichtig, das jeweilige Handeln ist dennoch nicht mit diesem Fokus ausgestaltet. Die Patientinnen und Patienten sind sich der Möglichkeiten der Bewegungsförderung während des Krankenhausaufenthaltes nicht bewusst und schieben die Förderung der Bewegung in die Zeit danach. Hingegen nehmen Pflegende die Förderung von Bewegungsfähigkeiten im Krankenhaus als wichtig wahr, geben aber den Arbeitsprozessen eine höhere Priorität. Dies stellt sich unabhängig von den defizit- oder ressourcenorientierten Grundeinstellungen der Pflegenden dar. Unter-

schiede in den Annahmen zur körperlichen Bewegung sind bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den zeitlichen Dimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erkennbar. Die Annahmen der Patientinnen und Patienten beziehen sich vermehrt auf die Vergangenheit und die Zukunft beeinflusst vom jeweiligen Lebenskontext. Als wie wichtig der Erhalt der Bewegungsfähigkeit und die Bewegungsförderung von den Patientinnen und Patienten empfunden werden, hängt von den Erfahrungen im bisherigen häuslichen Umfeld oder der Langzeitbetreuung ab. Die vom pflegerischen Kontext geprägten Annahmen bleiben auf die Gegenwartsperspektive begrenzt. Dabei wirken die Sicht auf die Patientinnen und Patienten, das eigene Rollenverständnis sowie die persönlichen Einstellungen auf die Bedeutung von körperlicher Bewegung und deren Förderung ein.

Ausgehend von den Vorstellungen und dem empfundenen Wert körperlicher Bewegung passen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihr Verhalten in der Interaktion teilweise an. Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im sozialen Kontext oder bei früheren Krankenhausaufenthalten nehmen Einfluss auf die Anpassungen des Bewegungshandelns. Auch lassen sich implizite Verhaltensmuster erkennen, bei denen die Notwendigkeit von selbständigem Bewegungshandeln trotz vorhandener Ressourcen nicht wahrgenommen wird.

„Die Frau macht das alles. Die muss hinne und vorne sein (lacht). Ja also das ist eine Schande. Aber ich bin halt alt. [...] Ich kann nicht. Die Frau macht das immer. Die Frau wäscht mich.“ (Pat3, Z. 41-52)

Auf die Anpassungen des Bewegungshandelns der Pflegenden wirken die Vorgaben der Arbeitsprozesse und die Möglichkeiten, den individuellen Handlungsbereich zu nutzen. Auch Berufserfahrung, Haltung und Rollenverständnis der einzelnen Pflegenden entscheiden über die Art der Anpassung in der Interaktion.

Manchmal (.) ist dann vielleicht so ein Tag, wo man die Pflege einfach so überstülpt. Das macht man vielleicht auch. Das kann ja auch sein. Aber na gut, das ist halt so [...] man sieht das dann auch gar nicht so. Im Alltag ist man so, man ist ja so ein alter Pflegender und denkt, das tut einem gut, das wird so jetzt gemacht. (Pf17, Z. 130-134)

Somit bleibt die Förderung der Bewegung in der Interaktion auf einer individuellen Ebene verankert.

Patientinnen und Patienten bewerten die Bedeutung der körperlichen Bewegung für die soziale Teilhabe in zwei zeitlichen Abschnitten. Der erste bezieht sich auf den Krankenhausaufenthalt und der zweite auf die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Während der akuten Versorgung im Krankenhaus nehmen sich die Patientinnen und Patienten als fremdgesteuert wahr,

mit wenigen Möglichkeiten einer aktiven Beteiligung in der Interaktion. Zudem ist durch die räumliche Begrenzung auf die Station und die zeitliche Begrenzung auf den Besuch der Angehörigen der soziale Austausch eingeschränkt. Mit der Anpassung an den derzeitigen Lebensraum bewerten die Patientinnen und Patienten die Bedeutung von Bewegung während des Aufenthaltes als nicht so hoch. Anders stellt sich das für den Zeitabschnitt nach dem Krankenhausaufenthalt dar, in dem die Bewegungsfähigkeit für die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit sozialer Teilhabe als wichtig erachtet wird. Die Planungen in Bezug auf die soziale Teilhabe gehen dahin, die Aktivitäten wieder wie gewohnt aufzunehmen.

*„Und dann habe ich dienstags immer Werkstoffunterricht. Da gehe ich bei uns [...] ist da eine alte Holzwerkstatt und da wird dann gebastelt. Wenn ich wieder zu Hause bin, gehe ich da wieder hin, da kann ich hin laufen, sind ca. 10 Minuten.“
(Pat1, 99-110)*

Für Pflegende ist der Fokus der pflegerischen Maßnahmen auf die akute Versorgung und den gegenwärtigen Zustand der Patientinnen und Patienten gerichtet. Der Erhalt von Bewegungsfähigkeit und die Förderung der Bewegung im Hinblick auf die Situation der Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt werden bei der akuten Versorgung vernachlässigt. Dies spiegelt sich auch in der direkten Interaktion durch vermehrten Übernahme von Bewegungshandeln wider.

5. Diskussion

Das Ziel der Untersuchung war es, die gelebte Erfahrung des Phänomens „körperliche Bewegung im Krankenhaus“ sowohl aus der Perspektive älterer Menschen über 75 Jahre als auch der von Pflegenden in ihrer Breite und Tiefe zu beschreiben, aber auch zu erkennen, wie sie Bewegung wahrnehmen und bewerten. Weiter galt es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Annahmen mit Anpassungen des Bewegungsverhaltens in der Interaktion aufzuzeigen. Die Ergebnisse werden im Kontext der Forschungsfragen und der empirischen Ergebnisse des Forschungsstandes diskutiert. Zum Abschluss dieses Kapitels wird die Studienmethode kritisch reflektiert.

5.1 Diskussion der Studienergebnisse

a) Phänomen körperliche Bewegung im Krankenhaus

In den Ergebnissen dargestellt zeigt das Phänomen die vier Merkmale Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse, Einschätzung der Bewegungsfähigkeit, individuelle Beziehung zwischen Patienten/-innen und Pflegenden sowie verschiedene Interaktionspartner/-innen. Mit dem größten Einfluss auf das Bewegungshandeln kann den Organisationsstrukturen und Arbeitsprozessen eine zentrale Stellung zugesprochen werden. Patientinnen und Patienten wie auch Pflegende dieser

Untersuchung nehmen diese als Handlungsrahmen wahr und erleben körperliche Bewegung eingebunden in diese Strukturen und Prozesse. Die Grenzen des Rahmens werden dabei als Zwänge, aber auch als Orientierung im Krankenhausalltag empfunden. Das Ziel dieser Strukturierung ist es, die Patientinnen und Patienten effektiv durch den Krankenhausaufenthalt zu lenken (Vogd, 2011). Weiter zeigt sich eine steigende Patienten/-innen-Zahl mit sinkender Verweildauer im Krankenhaus (BiB, 2015; Destatis, 2016b). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nehmen eine Arbeitsverdichtung mit engen zeitlichen Ressourcen wahr. Als Folge setzen Pflegende individuell Prioritäten in der direkten Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dieses Priorisieren von Maßnahmen beschreiben auch Brown et al. (2007) in ihren Untersuchungsergebnissen. Zudem verdeutlichen die Pflegenden der vorliegenden Untersuchung die Schwierigkeit, Handlungsabläufe auf der operativen Ebene anzupassen oder zu verändern, wenn diese nicht mit den Vorgaben und Zielen der normativen Ebene übereinstimmen. Auch die bauliche Struktur eines Krankenhauses beeinflusst das Bewegungshandeln. Orientiert an den Zielen einer koordinierten komplexen Versorgung von Patientinnen und Patienten, finden spezielle Bedürfnisse älterer Menschen wenig Berücksichtigung (Schmiege et al., 2011). Der erhöhte Unterstützungsbedarf erfordert jedoch bauliche Anpassungen zum Erhalt der Alltagskompetenzen der älteren Patientinnen und Patienten in der Akutversorgung. In Deutschland sind diese Anpassungen im Langzeitpflegebereich schon erfolgreich umgesetzt, im Akutbereich eher auf individuelle Konzepte einzelner Krankenhäuser begrenzt. In den europäischen Ländern Niederlande und Großbritannien oder auch in Kanada dagegen zeigen sich bereits Ansätze, die Krankenhäuser patientenfreundlicher im Hinblick auf ältere Menschen zu gestalten (Galvin et al., 2010; Huang et al., 2011; Strijbos et al., 2013).

Innerhalb des beschriebenen Handlungsrahmens zeigt sich das Merkmal Einschätzung der Bewegungsfähigkeit als Grundlage des Bewegungshandelns. In der vorliegenden Untersuchung erfolgt diese Einschätzung subjektiv und individuell aus der Perspektive der Pflegenden und mündet in stationsdefinierte „Hilfebedarfsgruppen“. Diesen sind über inoffiziellen Regeln einer Station bestimmte pflegerische Maßnahmen zugeordnet. Kulturelle Regeln beeinflussen und bestimmen dabei das Handeln der einzelnen Interakteure innerhalb eines sozialen Gefüges und gründen sich dabei auf Normen und Verhalten, deren Bedeutung für alle Mitglieder gleich ist (Goffman, 2014; Geertz, 2015). Die Einschätzung bleibt zudem bei den teilnehmenden Pflegenden auf die Gegenwartspektive begrenzt, bei der die Bewegungsförderung sich auf die akute Versorgung während der Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung beschränkt. Doherty-King und Bowers (2011) stellen dar, Pflegende würden bewegungsfördernde Maßnahmen für Patientinnen und Patienten sogar erst für die Zeit kurz vor der Entlassung einschätzen und planen. Die Patientinnen und Patienten hingegen schätzen ihre Bewegungsfähigkeit auf die Zukunft gerichtet ein und sehen die Notwendigkeit zu deren Förderung erst wieder für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt. Das bedeutet, Maßnahmen zum Erhalt von Bewegungsfähigkeit und zur Förderung von Bewegung

müssen für zwei verschiedene Zeitdimensionen geplant werden, was eine gemeinsame Zielsetzung der Bewegungsförderung erschwert.

Im Weiteren lässt sich bei den Pflegenden ein Kontinuum von defizitorientierter zu ressourcenorientierter Einschätzung der Bewegungsfähigkeit erkennen. Mehr oder weniger ausgeprägt sehen Pflegende die Patientinnen und Patienten als schutzbedürftig an, die Unterstützung benötigen und vor Schaden bewahrt werden müssen. Als einen Faktor in der Entscheidungsfindung zur Bewegungsförderung der Patientinnen und Patienten beschreiben Brown et al. (2007) ebenfalls die Sorge vor Verletzungsgefahren. Das erklärt die Aussagen der teilnehmenden Pflegenden, die Patientinnen und Patienten erst schlechter einzuschätzen und im Verlauf der Betreuung die Bewertung anzupassen. Entscheidungen auf Grundlage von Einschätzungen zu treffen ist abhängig von analytischen Fähigkeiten, in Verbindung mit Erfahrung und Wissen, die sich jedoch erst im Laufe der Berufstätigkeit entwickeln (Kroneberg, 2011; Benner et al., 2012). Dies lässt die Frage offen, inwieweit mit subjektiven Bewertungen, die zudem erfahrungs- und personenabhängig sind, eine kontinuierliche Einschätzung der Bewegungsfähigkeit in der Akutversorgung erwartet werden kann. Zur Unterstützung einer objektivierten Erfassung gibt es validierte Instrumente zur Risikoerschätzung und zur Bewertung der Bewegungsfähigkeiten von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Empfohlen wird, diese in Verbindung mit der direkten individuellen Einschätzung während der Interaktion sowie unter Einbezug von Beobachtung, Erfahrung und subjektiver Bewertung zu nutzen (Ellis et al., 2011; Mehta et al., 2011; Hoogerduijn et al., 2012; Ostir et al., 2012).

Ein weiteres Merkmal im Handlungsrahmen ist die individuelle Beziehung in der Interaktion, die wesentlich geprägt ist von einer Rollenverteilung sowie der Balance von Unterstützung und Übernahme von Bewegungshandlungen. Personen interagieren in einer sozialen Gruppe mit der Übernahme einer bestimmten Rolle, der ein bestimmtes Verhalten zugeordnet ist (Strandberg und Jansson, 2003; Zündel, 2011). In den Ergebnissen dieser Untersuchung lässt sich eine solche Rollenverteilung zwischen den Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartnern erkennen, bei der Pflegende die aktive und dominante Rolle einnehmen. Den Patientinnen und Patienten hingegen wird die passive Rolle zugeteilt. Wahrgenommene Erwartungen und eigene Überzeugungen beeinflussen dabei das Rollenverhalten. Eine solche wahrgenommene Erwartung verändert das Selbstbild, einhergehend mit einer veränderten Definition der eigenen Identität und einer Anpassung des Verhaltens (Strandberg und Jansson, 2003; Elias, 2003; Hoben, 2011; Goffman, 2016). Damit lässt sich das in dieser Untersuchung gezeigte Verharren der Patientinnen und Patienten in der passiven Rolle erklären. Sie vertrauen den Fähigkeiten und dem Wissen der Pflegenden und agieren gemäß einem wahrgenommenen erwarteten Verhalten. Die Pflegenden hingegen handeln in der aktiven Rolle und vermehrt nach einem von der Historie abgeleiteten Rollenverständnis.

Pflegende werden darin als aktive Helfer gesehen, die Entscheidungen über das Handeln für den Patienten oder die Patientin treffen (Sander, 2012; Goffman, 2014).

Dieses aktive Helfen zeigte sich in dieser Untersuchung als Übernahme von Bewegungshandlungen, trotz Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten zur selbständigen Durchführung. Dieses Vorgehen fördert jedoch die Abhängigkeit der Patientinnen und Patienten was ihre Motivation zur selbständigen Durchführung von Bewegungen unterdrückt (Barton et al., 1980; Strandberg und Jansson, 2003; Resnick et al., 2011). Dabei sind gerade während der Zeit im Krankenhaus die Prävention von Bewegungsverlusten und Motivation zur Bewegungsförderung notwendig, um Folgeschäden zu vermeiden. Doherty-King et al. (2011, 2014) beschreiben die Prävention von Komplikationen im Krankenhaus als pflegerische Aufgabe, die auch von den Pflegenden wahrgenommen wird. Jedoch zählen sie dazu das Verhindern von Thrombose, Pneumonie oder Dekubitus. Die Prävention von Bewegungsverlust steht dabei nicht im Fokus und daher messen sie der Mobilitätsförderung eine geringere Priorität zu. Des Weiteren zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung automatische Handlungen der Pflegenden, die eine Übernahme von Bewegungsmaßnahmen fördern und dadurch die selbständige Bewegung der Patientinnen und Patienten behindern. Die Arbeitsroutine sowie die geringe Reflexion der Arbeitsprozesse fördern dieses Herausbilden von Automatismen und weisen auf ein funktionsorientiertes Arbeiten hin (Kroneberg, 2011). Zudem bilden sich durch die Berufserfahrung gefestigte Handlungsabläufe heraus, die Automatismen begünstigen (Brown et al., 2007; Benner et al., 2012). Zusammenfassend stellt sich die Frage, mit welchen Möglichkeiten Arbeitsprozesse verändert werden können, um die Bewegungsförderung in die tägliche Routine einzufügen. Hier fehlt die Evidenz zu Nutzen oder Schaden von Maßnahmen.

Das letzte Merkmal innerhalb des Handlungsrahmens umfasst verschiedene Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner an unterschiedlichen Bewegungsorten und deren Zuständigkeiten bei der Bewegungsförderung. Dabei nehmen Patientinnen und Patienten wie auch Pflegende die Förderung von Bewegung auf das Zimmer begrenzt wahr, mit dem Bett als zentralen Ort des Aufenthaltes und Bewegungshandelns. Das zeigen auch Studien zur Überprüfung von Bewegungszeiten bei Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, bei denen festgestellt wurde, dass 83% der Krankenhauszeit im Bett verbracht werden (Brown et al., 2009; Doherty-King et al., 2014). Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen jedoch, dass diese auf das Bett eingegrenzte Lebenswelt für die Umgebung zu Hause keine Gültigkeit habe. Bei Gesundheit stellt es einen Ort für die Nacht und keinen Aufenthaltsort für den Tag da. Bei Krankheit hingegen wird das Bett zu einem Ort für mehr als nur die Nacht erweitert (Zegelin, 2005). Somit lässt sich die Fokussierung auf das Bett als Aufenthaltsort der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu einem gewissen Grade erklären. Jedoch zeigen sich keine rationalen Gründe für die Entscheidung der Pflegenden, Bewegungsabläufe mit den oder

für die Patientinnen und Patienten im Bett zu präferieren (Brown et al., 2004; Zegelin, 2005; Doherty-King und Bowers, 2011). Bewegungsförderung findet ebenfalls auf dem Flur statt, wird von den Pflegenden jedoch nicht ihrem Zuständigkeitsbereich zugeordnet. Diese schreiben die teilnehmenden Pflegenden den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu. Außerhalb der Station oder des Krankenhauses sehen sie die Motivation zur Bewegung als Aufgabe der Angehörigen. Multiprofessionell zeigen sich in dieser Untersuchung parallele Abläufe mit geringer Prozessstruktur und Absprachen zwischen den Berufsgruppen auf geringem strukturellem Niveau, eher erkennbar als eine spontane Kommunikation. Möglichkeiten zur zukünftigen Strukturierung der interdisziplinären Versorgung ergeben sich aus der im DRG-System hinterlegten Komplexbehandlung für geriatrische Patientinnen und Patienten (OPS-2017, Code 8-550) mit Vorgaben zu strukturierten Kommunikationsabläufen, wie regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen, durch schriftliche Dokumentationen nachgewiesen. Dies gewährleistet eine kontinuierliche und einheitliche Wissensbasis der beteiligten Berufsgruppen und eine gemeinsame Zielsetzung zum Versorgungsverlauf der Patientinnen und Patienten. Solche strukturellen Regelungen sind in ähnlicher Weise bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall zu finden (OPS-2017, Code 8-981; OPS-2017, Code 8-552).

(b) Anpassen körperlicher Bewegung in der Interaktion

Von der Perspektive der teilnehmenden Patientinnen und Patienten aus betrachtet ist der Kontakt mit dem Krankenhaus mit gewissen Vorstellungen verbunden, die geprägt sind vom Selbstbild der Patientinnen und Patienten, von kulturellen Regeln und dem Kontext der Lebenswelt. In der Institution Krankenhaus treffen sie auf neue kulturelle Regeln und Normen innerhalb einer zunächst fremden Lebensumgebung. Eine gewisse Anpassung an die Umgebung wird von den Patientinnen und Patienten erwartet, die in der Folge Auswirkungen auf das selbstbestimmte Handeln und das Verhalten hat. Goffman (2014) hat in seiner Arbeit über die sozialen Situationen von Patientinnen und Patienten in Institutionen bestimmte Merkmale erkannt, wie die räumliche Trennung vom sozialen Umfeld, die Anerkennung neuer Regeln sowie ein fremdgesteuerter Tagesablauf. Diese fanden sich auch in den teilnehmenden Krankenhäusern wieder. Ebenfalls waren Entscheidungen im angenommenen Sinne der Patientinnen und Patienten sowie die begründete Einschränkung der Selbstbestimmung erkennbar (Goffman, 2014). Die Vorstellungen zur Rolle der Patientinnen und Patienten haben sich in den Jahren zwischen den Arbeiten von Goffman und heute verändert. Patientinnen und Patienten erwarten Mitbestimmung bei ihrer Behandlung. Jedoch zeigen sich in den Ergebnissen dieser Untersuchung weiter tief verankerte Annahmen von Pflegenden, die das Handeln mit den Patientinnen und Patienten beeinflussen. Von einer gesellschaftlichen Perspektive aus betrachtet gibt die Figurationstheorie von Elias (2003) mit den Erläuterungen zu den verschiedenen Interdependenzgeflechten eines Menschen Erklärungsansätze für das Verhalten innerhalb der Interaktionen. Menschen passen ihr Verhalten entsprechend den

Umweltveränderungen an und damit verbunden auch die eigene Identität und Gruppenzugehörigkeit. Der Krankenhausaufenthalt wird somit als ein weiterer Strang des sozialen Geflechtes gesehen und gemäß den vorgefundenen Vorgaben und Erwartungen eingeflochten. Das Verhalten für die Zeit des Aufenthaltes innerhalb dieser Gruppe wird angepasst.

In den Beobachtungen zeigte sich im Besonderen, dass die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes durch eine sich entwickelnde „Erlebens-Anpassungs-Spirale“ direkt in Bewegungs- und Handlungsabläufe einfließen. Barton et al. (1980) haben diesen Einfluss auf die Entwicklung der Abhängigkeit bei älteren Menschen beschrieben. Erleben die Patientinnen und Patienten bei vorhandenen eigenen Bewegungsressourcen defizitorientierte Handlungsprozesse in der Interaktion, passen sie ihr Handeln an. Dies wiederum sehen Pflegende als Bestätigung ihrer Einschätzung und handeln weiter mit defizitorientierten Angeboten, was in der Folge zu einem abhängigkeitsfördernden Verhalten bei Pflegenden wie auch bei den Patientinnen und Patienten führt (Barton et al., 1980). Dieser Ansatz ist aber nicht nur im pflegerischen Kontext erkennbar. Die gleiche Anpassung zeigt sich auch bei einem entsprechenden überfürsorglichen Verhalten der Angehörigen (Baltes et al., 1994). Interessant ist, dass diese Ergebnisse schon seit über 30 Jahren bekannt sind, bisher jedoch keine größeren Veränderungen in der pflegerischen Versorgung wahrnehmbar sind. Natürlich lassen sich in der Gegenwart die eingegrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen als Begründung heranziehen. Diese hatten jedoch in der Vergangenheit andere Dimensionen und können somit diese Begründung nicht untermauern. Es ist zu überlegen, welche weiteren Ursachen, neben einem verbreiteten funktionsorientierten Arbeiten, diesem Verhalten zugrunde gelegt werden können.

Neben einem funktionsorientierten Arbeiten beeinflussten beobachtete Routinen und stationsübliche Verfahren die Bewegungsabläufe in der Interaktion. Die Pflegenden mit langjähriger Berufserfahrung beschrieben in den Interviews erlernte Automatismen innerhalb dieser routinierten Abläufe. Benner et al. (2012, S. 75) definiert Erfahrung als ein durch das Arbeiten erlangtes Festigen von Vorstellungen und Theorie, um Konzeptionen zu erweitern. Diese Erfahrung hilft dabei, Situationen in der Interaktion zu deuten und entsprechende Entscheidungen zu treffen. Vom Dreyfuss-Modell abgeleitet richten Berufsanfänger ihr Handeln an den bestehenden Regeln und Normen aus. Die Experten, als Gruppe mit hohen Erfahrungen, analysieren ihre Entscheidungsprozesse im Praxiskontext (Benner et al., 2012). Automatisiertes Handeln beruht somit auf durch Erfahrung verinnerlichten Entscheidungsprozessen, denen eine unbewusste Analyse und Interpretation vorausgehen. Eine weitere Erklärung für das beobachtete Handeln in der Interaktion kann das Modell der Frame-Selektion (MFS) bieten. Dabei gründet sich die Wahl einer Handlung auf die Deutung der vorliegenden Situation und das Aktivieren eines bestimmten Handlungspro-

grammes. Haben sich die ausgewählten Handlungsprogramme in der Vergangenheit bewährt, erfolgt in ähnlichen Situationen eine automatische Mustererkennung mit einer Aktivierung bestimmter zugeordneter Schemata (Kroneberg, 2011).

(c) Bedeutung des Phänomens für die Patienten/-innen und Pflegenden

Die Bedeutung von körperlicher Bewegung beeinflusst das Handeln in der Interaktion. Die Patientinnen und Patienten dieser Untersuchung wiesen, abhängig vom Unterstützungskontext im sozialen Umfeld, den Bewegungsfähigkeiten während des Krankenhausaufenthaltes unterschiedliche Bedeutungen zu. Bei alleine lebenden Patientinnen und Patienten bedeutet der Erhalt der körperlichen Bewegung die Rückkehr in das gewohnte Wohnumfeld und die Wahrung von Autonomie. Ein Verlust hingegen hat weitreichende Veränderungen zur Folge mit der Notwendigkeit von Unterstützung und/oder veränderten Wohnsituationen und damit einhergehenden veränderten oder fehlenden sozialen Kontakten. Daher ist ihr Ziel der Erhalt der Selbständigkeit während des Krankenhausaufenthaltes. Hingegen passen Patientinnen und Patienten innerhalb eines schon vorhandenen Unterstützungskontextes ihr soziales Leben an die eingeschränkte Bewegung mit einer Abhängigkeit an. Dies wirkt sich aus auf die Motivation zur selbständigen Durchführung von Bewegungshandlungen, für die es dadurch vermehrt der Anreize von Pflegenden bedarf. In der Literatur finden sich Hinweise, dass fehlende Unterstützung im sozialen Kontext mit der Angewiesenheit auf eigene Ressourcen die Motivation erhöht, vorhandene Fähigkeiten zu nutzen und zu erhalten (Barton et al., 1980; Baltes und Wahl, 1992; Eriksson und Andershed, 2008). Dies bestätigt die erkannte Bedeutung von körperlicher Bewegung für die Patientinnen und Patienten in den unterschiedlichen Unterstützungskontexten.

Ebenfalls hängt die Bedeutung des Phänomens für die Patientinnen und Patienten dieser Untersuchung mit der Fähigkeit zur selbständigen Bewegung und dem Angewiesen sein auf andere zusammen. Eine selbständige Bewegung fördert den Aufenthalt außerhalb des Zimmers und innerhalb des Krankenhauses. Wenn zum Transfer oder zum Ortswechsel Unterstützung erbeten werden muss, verzichteten diese Patientinnen und Patienten schneller auf die Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen. Für sie bedeutet das Annehmen von Unterstützung den Verlust von Selbstbestimmtheit und verändert das Selbstbild. Die Entscheidung über Annehmen und Ablehnen der Hilfe wirkt als Barriere, die sich im Verlauf bis zum Verlust von Bewegungsfähigkeit auswirken kann (Strandberg und Jansson, 2003; Zegelin, 2005; Brown et al., 2007; Eriksson und Andershed, 2008; Hoben, 2011). Weiter bedeutet das Phänomen für die teilnehmenden Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt das Wiederaufnehmen von Freizeitgestaltung und des damit verbundenen sozialen Austauschs. Zudem nutzen sie, um zu Hause mobil zu sein, Kompensationsmöglichkeiten oder Hilfsmittel, die im Krankenhaus nicht gegeben sind.

Die Pflegenden betonen in den ausgewerteten Interviews eine hohe Bedeutung der Bewegungsförderung und der Prävention von Bewegungseinschränkungen der Patientinnen und Patienten

mit dem Ziel, ihre Selbständigkeit zu erhalten. Bei den Pflegenden zeigt sich ein Kontinuum von defizitorientierten bis zu ressourcenorientierten Einstellungen. Jedoch ist ein Widerspruch zwischen Annahmen und Handlungen bei der Bewegungsförderung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Pflegemaßnahmen zu beobachten. Zwar lässt bei Pflegenden mit ressourcenorientierten Vorstellungen vermehrt die Motivation der Patientinnen und Patienten erkennen, Bewegungshandlungen selbständig durchzuführen. Aber auch bei diesen Pflegenden ist im Betreuungsverlauf eine Tendenz zur Übernahme von Bewegungshandlungen für die Patientinnen und Patienten zu beobachten. Davon lässt sich ableiten, dass eine ressourcenorientierte Annahme nicht gleichbedeutend ist mit einem ressourcenorientierten Arbeiten. Zudem rückt die Bewegungsförderung während der Schicht in der Prioritätensetzung nach hinten. Diese Aussagen geben Hinweise auf ein funktionsorientiertes Arbeiten der Pflegenden im Krankenhaus. Die speziellen Bedürfnisse der älteren Menschen, mit veränderten Anforderungen an deren Versorgung, finden dabei geringe Berücksichtigung (Brown et al., 2007; Schmiege et al., 2011; Vogd, 2011; Doherty-King et al., 2011, 2014). Veränderungen in den Strukturen und Arbeitsprozessen sind ebenfalls noch nicht flächendeckend in der Akutversorgung der Krankenhäuser angekommen. In den speziellen Abteilungen, wie zum Beispiel zur Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall oder mit geriatrischen Schwerpunkten, finden die veränderten Anforderungen bereits Berücksichtigung im Arbeitsalltag (Ellis et al., 2011; Ekerstad et al., 2017). Dabei erlaubt eine ganzheitliche Sicht auf die Patientinnen und Patienten, mit Zusammenbringen der medizinisch und sozial geprägten Ansätze, einen mehrere Dimensionen umfassenden Blick auf die Funktionsfähigkeit (WHO, 2005; DNQP, 2014).

(d) Relevanz für Praxis und Forschung

Für die Praxis lässt sich, ausgehend von den Ausführungen, schlussfolgern, dass der Erhalt und die Förderung von körperlicher Bewegung bewusster in die tägliche pflegerische Versorgung eingebunden werden sollten. Gleichzeitig zeigt sich in Deutschland die fehlende Evidenz zu Nutzen oder Schaden von in die ATLS eingebetteten bewegungsfördernden Maßnahmen. Zudem ist es für die Schaffung eines bewegungsorientierten Klimas im Krankenhaus notwendig, alle Berufsgruppen für bewegungsfördernde Arbeitsprozesse zu sensibilisieren. Ein solcher Veränderungsprozess auf den Stationen muss jedoch über alle Hierarchieebenen gewollt sein und getragen werden, um eine längerfristige Wirkung für die Patientinnen und Patienten zu erzielen. Zur Untersuchung dieser Effekte einer Veränderung in der Praxis lässt sich ein weiterführendes Forschungsprojekt ableiten. Dazu sind komplexe Veränderungsmaßnahmen über mehrere Berufsgruppen und Hierarchieebenen hinweg notwendig. Diese Schritte eines vielschichtigen komplexen Veränderungsprozesses und dessen Effekte könnten mit einem Pilotprojekt getestet werden, um diese

dann, orientiert am Framework des UK Medical Research Council zur Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen, auf einer breiteren Basis zu untersuchen und zu implementieren (Craig et al., 2013).

5.2 Diskussion der Studienmethodik

Für qualitative Arbeiten ist es sinnvoll, die Literatur in der Breite zu sichten, um ausgehend von den Voruntersuchungen das Phänomen der Forschungsfrage einzugrenzen. Eine zu eng gefasste Eingrenzung birgt die Gefahr von gefestigten Vorannahmen, die verzerrend auf die Untersuchung wirken können (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010). Das Ziel der systematischen Recherche war es daher, einen Überblick über die verschiedenen Forschungsarbeiten zu körperlicher Bewegung, Bewegungsförderung und Prävention von Bewegungsverlusten im stationären Versorgungsbereich, unter Einbezug aller Studiendesigns, zu gewinnen. Limitationen ergaben sich bei der Begrenzung der Treffer durch die fokussierte Verknüpfung der Suchbegriffe, bei der weitere relevante Artikel eventuell übersehen wurden, was die Auswahl möglicherweise verzerrte. Ebenfalls kann die Schneeballsuche durch eine fehlende Systematik zur selektiven Auswahl von Artikeln und daher zu einer Verzerrung geführt haben. Die thematische Analyse der eingeschlossenen Artikel sowie deren narrative und deskriptive Darstellung ohne Critical Appraisal lassen keine Aussagen zur Qualität der Studien zu. Trotz dieser Einschränkungen war das *Literature Review*, wie von Grant und Booth (2009) beschrieben, für die Zielstellung der Recherche geeignet. Im Anschluss konnte die entsprechende Methode abgeleitet werden.

Für den Feldzugang wurden eine Klinik der Maximalversorgung und ein Krankenhaus der Regelversorgung gewählt. Mit dieser Wahl sollte ein Kontrast bei den Einstellungen der Pflegenden sowie der Patientinnen und Patienten ebenso bei Arbeitsprozessen und Handlungsmustern dargestellt werden. Bezüglich der Prozessabläufe war jedoch in den teilnehmenden Kliniken kein deutlicher Unterschied erkennbar. Ableiten lässt sich das von den vereinheitlichten Versorgungs- und Finanzierungsgrundsätzen der Diagnosis Related Groups (DRGs) mit festgelegten mittleren Verweildauern. Die Klinikverantwortlichen wählten als Gatekeeper die teilnehmenden Stationen der Inneren Medizin aus. Eine Verzerrung bei der Auswahl kann daher nicht ausgeschlossen werden. Als Ausschlusskriterium bei den Patientinnen und Patienten waren chirurgische und orthopädische Krankheitsbilder definiert, da aufgrund einer solchen Erkrankung Bewegungseinschränkungen erwartet wurden. Die Rekrutierung der Pflegenden auf den Stationen erfolgte ebenfalls mit den Bereichsleitungen als Gatekeeper. Hierbei lässt sich ein Selektionsbias im Sinne von sozialer Erwünschtheit nicht ganz verhindern. Es könnten besonders motivierte Pflegende oder Pflegende mit hohen fachlichen Kompetenzen von den Leitungspersonen ausgesucht worden sein. Auch kann nicht sicher beurteilt werden, inwieweit die teilnehmenden Pflegenden durch die Autorität der Vorgesetzten ausgewählt wurden.

Die teilnehmenden Pflegenden suchten wiederum die potentiellen Patientinnen und Patienten aus. Dabei war im Vorfeld eine Absprache zur Auswahl im Sinne des theoretischen Samplings möglich. Das Ziel bestand in einer Kontrastierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, was auch erreicht wurde. Nach anfänglicher Bereitschaft der jüngeren Pflegenden konnten während des Untersuchungszeitraumes auch ältere Pflegende zur Teilnahme gewonnen werden, was eine Kontrastierung des Alters und der Arbeitsjahre möglich machte. Die Geschlechterverteilung, ein Pfleger bei neun teilnehmenden Pflegenden, zeigt zwar nur einen geringen Kontrast, bildet jedoch die Situation in den Gesundheitsberufen ab, bei der männliche Mitarbeiter mit einem Anteil von 18% in der Berufsgruppe die Minderheit bilden (Destatis, 2016a, S. 55). Auch bei der Gruppe der Patientinnen und Patienten ergibt sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung ein nur geringer Kontrast durch die höhere Bereitschaft zur Teilnahme bei den Patientinnen im Vergleich zu den Patienten. Die Lebensumgebung, die zehn ältere Menschen angeben, reflektiert die überwiegend im ambulanten Bereich erfolgende Versorgung. Sieben der zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Untersuchung leben innerhalb der Familie. Dadurch lässt sich eine Verzerrung bei der Darstellung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten nicht ausschließen. Der Feldzugang dieser Untersuchung erfolgte in einer vermehrt ländlichen Umgebung mit eventuell noch konservativen Familienkonstellationen. Ein Zugang in einer anderen Region würde womöglich eine andere Verteilung ergeben.

Das Tragen von Dienstbekleidung zur Begleitung der Schichten und bei den dabei durchgeführten Beobachtungen erwies sich als positiv, da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Beobachterin als Teil des Pflgeteams wahrnahmen. Dadurch konnte eine Verzerrung der Beobachtung verringert werden. Hingegen war die geplante passive Beobachtung außerhalb des Sichtfeldes während der pflegerischen Interaktion wegen der räumlichen Aufteilung nicht immer möglich. Weiter kann ein Verhalten der sozialen Erwünschtheit die Beobachtungen beeinflusst haben, was bei den Auswertungen berücksichtigt wurde. Schwierig war es auch, die Distanz bei der Kommunikation während der beobachteten Interaktionen einzuhalten. Kein Antworten konnte als unhöflich angesehen werden, was die Art der Teilnahme möglicherweise beeinflusst hätte. Somit wurden die Antworten kurz und neutral gehalten, mit dem Hinweis auf die Beobachterrolle. Bei den Auswertungen wurde auch diese Verzerrungsmöglichkeit berücksichtigt. Eine Wiederholung der Beobachtungen in einer weiteren Schichtbeobachtung war aufgrund der Dienstplanung schwierig. Es konnte dabei nicht gewährleistet werden, dass dieselben Pflegenden im Dienst sein und dieselben Patientinnen und Patienten betreuen würden. Somit war die Beobachtung der Interaktion Körperpflege jeweils nur einmal möglich. Die Beobachtungen wurden mit Kurznotizen dokumentiert und zu den Schichtenden ausführlich protokolliert. Dabei können Erlebnisse und Erfahrungen durch das eigene Berufsverständnis und die langjährige pflegerische Tätigkeit im Krankenhaus die Beobachtungsprotokolle beeinflusst haben. Diese Einflussfaktoren wurden bei der

Protokollierung immer wieder bewusst reflektiert. Schwierig bei der Durchführung der Interviews waren die Umgebung und die zeitlichen Faktoren, wie das Schichtende. Durch die räumlichen Gegebenheiten war es teilweise nicht möglich, die Interviews störungsfrei durchzuführen. Zu Schichtende wollten die Pflegenden nach Hause, obwohl die zusätzliche Zeit als Arbeitszeit gerechnet wurde. Diese Faktoren könnten einen Einfluss auf die Länge und Tiefe der Interviews genommen haben.

In die Analyse wurden alle erhobenen Daten aufgenommen. Dabei sind nicht alle Analyseeinheiten, bestehend aus dem Beobachtungsprotokoll der Interaktionen und den beiden Interviews der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, vollständig. Durch das Fehlen von vier Interviews der Patientinnen und Patienten kann es zu Verzerrungen in der Beschreibung ihrer Sicht auf das Phänomen gekommen sein. Die Datenanalyse erfolgte systematisch und nachvollziehbar mit dichter Beschreibung, Interpretation der Texte und Synthese der Kernaussagen. Bei jeder Datenanalyse machte sich die Untersuchende ihr Vorwissen und ihre inneren Annahmen bewusst, sodass diese nicht unreflektiert in die Auswertung der Daten mit einfließen und diese verzerren. Die zu beachtenden Vorannahmen und Kenntnisse leiten sich hierbei von der langjährigen pflegerischen Tätigkeit im Krankenhaus auf der Mikroebene von Stationen und der Makroebene des Managements ab. Die mit den Beobachtungsprotokollen erhobenen Daten erlaubten eine Situationsbeschreibung der direkten Interaktion. Diese umfasst auch die Darstellung der Umgebung, die Beschreibung erkennbarer Arbeitsprozesse und die interprofessionelle Zusammenarbeit. Der Einbezug der verschiedenen Perspektiven ermöglicht es, Handlungsprozesse und deren Regeln zu erkennen und im Kontext zu beschreiben (Girtler, 2001; Geertz, 2015, S. 40), wobei die kulturellen Besonderheiten der Stationen erst in Kombination mit den Interviewinhalten deutlich wurden. In den Interviews der Pflegenden fanden sich auch Botschaften oder verdeckte Appelle an die Führungsebene. Die Patientinnen und Patienten hatten Schwierigkeiten, den Alltag im Krankenhaus zu beschreiben. Bei der Analyse wurde sich daher die Verzerrungsgefahr durch soziale Erwünschtheit bewusst gemacht. Ebenfalls ist nicht ganz auszuschließen, dass trotz Reflexion eigene berufliche Erfahrungen und Kenntnisse einfließen. Mit den erhobenen und analysierten Daten wurde eine inhaltliche Sättigung erreicht und ermöglicht, das Phänomen körperlicher Bewegung im Krankenhaus in der Tiefe und Breite zu beschreiben.

Die Auswertungen und Interpretationen führte eine Person durch. Zur Qualitätssicherung erfolgte eine Diskussion der Datenanalyse und der Ergebnisse mit zwei Feedbackgruppen. Teilnehmerinnen mit einem berufsfremden Kontext bildeten die erste Gruppe, um eine Sicht ohne Vorkenntnisse des Krankenhausalltags auf die Ergebnisse zu erhalten. Die weitere Gruppe setzte sich aus Pflegenden mit gleichem beruflichem Kontext zusammen. In beiden Gruppen kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer teilweise zu den gleichen Ergebnissen, konnten aber auch Hinweise

auf weitere Aspekte geben. Diese neuen Aspekte aus den Feedbackgruppen erweiterten die Analyse und die Ergebnisse. Die Vorstellung der Ergebnisse im Krankenhaus-Setting untermauerte die Gültigkeit der Ergebnisse. Berücksichtigung bei der Darstellung dieser Untersuchung fanden die der Literatur zu entnehmenden Verfahren zur Qualitätssicherung qualitativer Studien. Tong, Seinsbury und Craig (2007) beschreiben mit ihren Consolidated criteria for reporting qualitative research (CoreQ) eine Checkliste mit 32 Punkten in drei Domänen zur Darstellung von Studien mit qualitativen Interviews und Fokusgruppen.

6. Zusammenfassung

Die steigende Anzahl älterer Menschen in der Gesellschaft zeigt sich ebenfalls im Zuwachs der über 75 Jahre alten Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern. Ein Problem dieser älteren Patientinnen und Patienten stellt die Gefahr eines Verlustes von Bewegungsfähigkeiten durch den Krankenhausaufenthalt dar. Trotz vielfältiger Assessments und Maßnahmen zur Prävention des Bewegungsverlustes oder Programmen zur Förderung war unbekannt, wie ältere Menschen und Pflegende das Phänomen körperliche Bewegung im Krankenhaus erleben und welche Bedeutung sie diesem geben. Mit 38 passiv teilnehmenden Beobachtungen von Bewegungen der Extremitäten und Rumpfkontrolle in den Interaktionen Körperpflege, Mahlzeiten und Transfer sowie 15 Interviews (sechs Patienten/-innen und neun Pflegende) wurden Daten erhoben. Das Phänomen und dessen Bedeutung wurden mit einer phänomenologischen und hermeneutischen Analyse und deren Synthese herausgearbeitet.

Als Schwerpunkt machen die Ergebnisse deutlich, dass die körperliche Bewegung innerhalb eines Handlungsrahmens, bestehend aus Organisationsstrukturen und Arbeitsprozessen, stattfindet. Dieser Rahmen wird von den Pflegenden unterschiedlich starr wahrgenommen und lässt auch individuelle Handlungsspielräume erkennen. Die Patientinnen und Patienten fügen sich diesen Rahmenbedingungen. Gleichwohl dient er ihnen auch als Orientierung. Des Weiteren beeinflusst die Einschätzung der Bewegungsfähigkeit von Extremitäten und Rumpf das Bewegungshandeln. Unterschiede der Einschätzung zeigen sich in der zeitlichen Dimension. Pflegenden schätzen die aktuellen Fähigkeiten in der Gegenwartsperspektive ein, die Patientinnen und Patienten hingegen in der Zukunftsperspektive unter Vermeidung der gegenwärtigen Situation. Darüber hinaus bestimmen individuelle Beziehungen die Bewegungsinteraktion. In der Rollenverteilung während der Interaktion zeigen sich Dominanz bei den Pflegenden und eine den Patientinnen und Patienten zugeordnete passive Rolle. Diese Rollenverteilung wird von den Patientinnen und Patienten selten in Frage gestellt, sondern eher mit dem Vertrauen auf das Wissen und die Fähigkeiten der Pflegenden verbunden. Den weiteren an der Versorgung beteiligten Personen werden an verschiedenen Bewegungsorten berufsgruppenspezifische Zuständigkeiten zugeordnet.

Körperliche Bewegung erleben die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus gebunden an die Orte Bett, Zimmer oder Station und zudem als nicht selbstbestimmt und abhängig von verschiedenen pflegerischen Betreuungspersonen mit ihren jeweiligen Annahmen, Erfahrungen und Handlungsabläufen. Dadurch ergeben sich wechselnde Handlungsstrukturen in der Interaktion mit schwierigen oder geringen Orientierungsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten. Die Pflegenden hingegen erleben die Bewegungsförderung als Teil ihrer zu verrichtenden Maßnahmen, die mit zeitlichem Druck verbunden sind. Dabei werden die Bewegungsfähigkeiten der Patientinnen und Patienten während der Interaktion nicht bewusst wahrgenommen, was sich in der Differenz zwischen der Einstellung der Pflegenden und den tatsächlich durchgeführten pflegerischen Handlungen zeigt. Auch planen die Pflegenden Fördermaßnahmen auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes begrenzt, ohne die Zeit danach in ihre Überlegungen mit einzubeziehen. Die Patientinnen und Patienten hingegen sehen die Gegenwart als nicht relevant für die Förderung der Bewegung an, sondern planen Maßnahmen erst nach dem Aufenthalt. Somit ergeben sich zwei verschiedene Zielparameter in verschiedenen zeitlichen Dimensionen; eine gemeinsame Planung von Fördermaßnahmen gestaltet sich daher als schwierig.

In den Kliniken ist es notwendig, eine bewegungsorientierte Atmosphäre für ältere Menschen zu schaffen. Dabei muss der Fokus der Bewegungsförderung auf die Zeit des Aufenthaltes wie auch auf eine Vorbereitung für die Zeit nach der Entlassung gerichtet werden. Ebenso ist es wichtig, sich die Bedeutung der Bewegungsförderung bewusst zu machen und für die Durchführung von Maßnahmen zu sensibilisieren. Hier bietet es sich an, die Bewegungsabläufe in die Aktivitäten des täglichen Lebens und somit in die tägliche Patienten/-innen-Pflegenden-Interaktion einzubinden. Jedoch fehlt in Deutschland die Evidenz zum Nutzen oder Schaden solcher Maßnahmen wie auch zur Wirkung der implementierten zusätzlichen Bewegungsprogramme. Zur Erforschung der Effekte solcher veränderter Maßnahmen zur Bewegungsförderung in der Praxis lässt sich ein weiterführendes Forschungsprojekt ableiten. Da dieser komplexe Veränderungsprozess das Einbeziehen mehrerer Berufsgruppen und Hierarchieebenen notwendig macht, bietet sich für den Aufbau einer solchen Studie zum Beispiel das Framework des UK Medical Research Council zur Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen an. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können als Grundlagenwissen für die weitere Entwicklung einer solchen weiterführenden Studie genutzt werden.

7. Literaturverzeichnis

- Abels H: Identität. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2010, S. 352.
- Anker SD, Morley JE, Haehling S von (2016) Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 7(5):512–514.
- Baltes PB, Smith J (2003) New frontiers in the future of aging – From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 49(2):123–135.
- Baltes MM, Wahl HW (1992) The dependency-support script in institutions: Generalization to community settings. *Psychol Aging* 7(3):409–418.
- Baltes MM, Neumann EM, Zank S (1994) Maintenance and rehabilitation of independence in old age: An intervention program for staff. *Psychol Aging* 9(2):179–188.
- Barton EM, Baltes MM, Orzech MJ (1980) Etiology of dependence in older nursing home residents during morning care: The role of staff behavior. *J Pers Soc Psychol* 38(3):423–431.
- Becker C, Rapp K (2011) Stürze in der Geriatrie. Diagnostik und Therapie. *Internist* 52(8):939–945.
- Benner P, Wengenroth M, Staudacher D (Hrsg): Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert. Huber, Bern, 2012, S. 75-85.
- Berner F, Rossow J, Schwitzer K-P: Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2012, S. 313.
- Black BS, Rabins PV, Sugarman J, Karlawish JH (2010) Seeking assent and respecting dissent in dementia research. *Am J of Geriatr Psychiatry* 18(1):77–85.
- Boltz M, Resnick B, Gershowitz S, Galik E (2012) Function-focused care (FFC) Interventions. National Guideline Clearinghouse (NGC). Hartford Institute for Geriatric Nursing. <https://www.guideline.gov>. (letzter Zugriff: 18.05.2018).
- Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK (2004) Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *JAm Geriatr Soc* 52(8):1263–1270.
- Brown CJ, Williams BR, Woodby LL, Davis LL, Allman RM (2007) Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. *J Hosp Med* 2(5):305–313.
- Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM (2009) The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J AM Geriatr Soci* 57(9):1660–1665.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (2015) Bevölkerung in Deutschland. http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/2017-11-09-bevoelkerung-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=4. (letzter Zugriff: 18.05.2018).
- Buyser SL de, Petrovic M, Taes YE, Vetrano DL, Corsonello A, Volpato S, Onder G (2014) Functional changes during hospital stay in older patients admitted to an acute care ward – A multicenter observational study. *PloS One* 9(5):e96398.
- Cederholm T, Morley JE (2015) Sarcopenia: The new definitions. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 18(1):1–4.
- Charalambous A, Papadopoulos IR, Beadsmoore A (2008) Ricoeur’s hermeneutic phenomenology: An implication for nursing research. *Scand J Caring Sci* 22(4):637–642.
- Corbin JM, Strauss AL: Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Huber, Bern, 2004, S. 152–160.

- Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Bradbury C, Nielsen Z (2012) Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high risk of hospital readmission; A randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract* 18(1):128-34.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2013) Developing and evaluating complex interventions – The new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud* 50(5):587–592.
- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, Martin FC, Michel J-P, Rolland Y, Schneider SM, Topinková E, Vandewoude M, Zamboni M (2010) Sarcopenia – European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 39(4):412–423.
- Destatis (2009) Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 13. koord. Bevölkerungsvorausberechnung. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse.html>. (letzter Zugriff: 18.05.2018).
- Destatis (2011) Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung.html>. (letzter Zugriff: 18.05.2018).
- Destatis (2015) Die Generation 65+ in Deutschland. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrosc huere_generation65.html. (letzter Zugriff: 18.05.2018).
- Destatis (2016a) Grunddaten der Krankenhäuser; Fachserie 12, Reihe 6.1.1-2015. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKran kenhaeuser.html>. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- Destatis (2016b) Krankenhäuser; Krankenhausfälle. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html>. (letzter Zugriff: 18.05.2018).
- Destatis (2017a) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit; Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Hausha lteFamilien.html>. (letzter Zugriff: 18.05.2018).
- Destatis (2017b) Entwicklung der Privathaushalte bis 2035 – Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung 2017. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Entwic klungPrivathaushalte.html>. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- DIMDI (2017) Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2018 – Sarkopenie. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2018/ 039-icd2018-sarkopenie.pdf>. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- DIMDI (2017) ICD-10-GM Version 2016; U50 – U52 Funktionseinschränkung. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block- u50-u52.htm>. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. (Hrsg): Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP, Osnabrück, 2009, S. 18–25.
- DNQP (2014) Expertenstandard nach §113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege – Abschlussbericht. https://www.gkvspitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandards/ expertenstandards.jsp. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC, Staub M, Herrmann M (Hrsg): *Pflegediagnosen und Pflege- maßnahmen*. Huber, Bern, 2014, S. 17–27.

- Doherty-King B, Bowers B (2011) How nurses decide to ambulate hospitalized older adults: development of a conceptual model. *Gerontologist* 51(6):786–797.
- Doherty-King B, Yoon JY, Pecanac K, Brown R, Mahoney J (2014) Frequency and duration of nursing care related to older patient mobility. *J Nurs Scholarsh* 46(1):20–27.
- Dresing T, Pehl T: *Praxishandbuch Interview. Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg, 2013, S. 18–19. www.audiotranskription.de/praxisbuch. (letzter Zugriff: 10.12.2017).
- Düzel S, Voelkle MC, Düzel E, Gerstorff D, Drewelies J, Steinhagen-Thiessen E, Demuth I, Lindenberg U (2016) The Subjective Health Horizon Questionnaire (SHH-Q): Assessing future time perspectives for facets of an active lifestyle. *Gerontology* 62(3):345–353.
- Eckstein N, Buchmann N, Demuth I, Steinhagen-Thiessen E, Nikolov J, Spira D, Eckardt R, Norman K (2016) Association between metabolic syndrome and bone mineral density – Data from the Berlin Aging Study II (BASE-II). *Gerontology* 62(3):337–344.
- Eibich P, Buchmann N, Kroh M, Wagner GG, Steinhagen-Thiessen E, Demuth I, Norman K (2016) Exercise at Different Ages and Appendicular Lean Mass and Strength in Later Life – Results from the Berlin aging study II. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 71(4):515–520.
- Ekerstad N, Dahlin Ivanoff S, Landahl S, Östberg G, Johansson M, Andersson D, Husberg M, Alwin J, Karlson BW (2017) Acute care of severely frail elderly patients in a CGA-unit is associated with less functional decline than conventional acute care. *Clin Interv Aging* 12:1239–1249.
- Elias N, Schröter M (Hrsg): *Die Gesellschaft der Individuen*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2003, S. 40–250.
- Elias N, Blomert R, Treibel A: *Was ist Soziologie?* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2006, S. 15–177.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O’Neill D, Langhorne P (2011) Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 343:d6553.
- Eriksson M, Andershed B (2008) Care dependence: a struggle toward moments of respite. *Clin Nurs Res* 17(3):220–236.
- Ethgen O, Beaudart C, Buckinx F, Bruyère O, Reginster JY (2017) The future prevalence of sarcopenia in Europe: A claim for public health action. *Calcif Tissue Int* 100(3):229–234.
- Falcon LJ, Harris-Love MO (2017) Sarcopenia and the new ICD-10-CM Code: Screening, staging, and diagnosis considerations. *Fed Pract* 34(7):24–32.
- Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg): *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 2008, S. 18–24, S. 295–297.
- Galvin JE, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, Germino J, Murphy-White M, McGillick J (2010) “Dementia-friendly hospitals: Care not crisis”, an educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 24(4):372–379.
- Geertz C, Luchesi B: *Dichte Beschreibung – Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2015, S. 7–43, S. 261–288.
- Girtler R: *Methoden der Feldforschung*. Böhlau, Wien, 2001, S. 55–146.
- Goffman E: *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2014, S. 15–123.
- Goffman E, Dahrendorf P: *Wir alle spielen Theater – Die Selbstdarstellung im Alltag*. Piper, München, 2016, S. 19–97, S. 190–215.

- Grant MJ, Booth A (2009) A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J* 26(2):91–108.
- Hoben M: Angewiesenheit und Selbstdarstellung: Über die Bemühungen pflegebedürftiger Menschen, nicht aus dem Rahmen zu fallen – Vorschlag für einen theoretischen Bezugsrahmen für Forschung und Praxis. In: Mahler C, Hoben M, Berendonk C Reuschenbach B, Müller E: *Brücken bauen 2. Books On Demand*, Norderstedt, 2011, S. 3–20.
- Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, Rooij SE de, Schuurmans MJ (2012) The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing* 41(3):381–387.
- Huang AR, Larente N, Morais JA (2011) Moving towards the age-friendly hospital: A paradigm shift for the hospital-based care of the elderly. *Can Geriatr J* 14(4):100–103.
- Husserl E, Held K (Hrsg): *Die phänomenologische Methode*. Reclam, Stuttgart, 2010, S. 131–195, S. 255–270.
- Husserl E, Ströker E: *Logische Untersuchungen*. Meiner, Hamburg, 2009, S. 5–63.
- Karlsen A, Loeb MR, Andersen KB, Joergensen KJ, Scheel FU, Turtumoeygard IF, Perez ALR, Kjaer M, Beyer N (2017) Improved functional performance in geriatric patients during hospital stay. *Am J Phys Med Rehabil* 96(5):e78–e84.
- Keller K, Engelhardt M (2013) Strength and muscle mass loss with aging process. *Age and strength loss. Muscles, Ligaments Tendons J* 3(4):346–350.
- Kroneberg C: *Die Erklärung sozialen Handelns – Grundlagen und Anwendung einer integrativen Theorie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2011, S. 119–164.
- Kruse J: *Qualitative Rekrutierungsverfahren*. In: Wirtz MA (Hrsg): *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Huber, Bern, 2014, S. 1278.
- Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S: *Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008, S. 527.
- Lamnek S: *Qualitative Sozialforschung – Lehrbuch*. Beltz PVU, Weinheim, 2005, S. 265–269, S. 329–356, S. 547–587.
- Lavan AH, Gallagher P (2016) Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. *Ther Adv Drug Saf* 7(1):11–22.
- Lindseth A, Norberg A (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci* 18(2):145–153.
- Lübke N, Meinck M, Renteln-Kruse W von (2004) Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Z Gerontol Geriatr* 37(4):316–326.
- Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER (2014) Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 13(1):57–65.
- Marzetti E, Calvani R, Tosato M, Cesari M, Di Bari M, Cherubini A, Collamati A, D'Angelo E, Pahor M, Bernabei R, Landi F (2017) Sarcopenia: An overview. *Aging Clin Exp Res* 29(1):11–17.
- Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren MM, Palmer RM, Counsell SR, Landefeld CS (2011) A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. *J Am Geriatr Soc* 59(7):1206–1216.
- Mertens E, Tannen A, Lohrmann C, Dassen T (2002) Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus – Eine beschreibende Studie. *Pflege* 15(5):195–201.

- Merton RK, Fiske M, Kendall PL: The focused interview – A manual of problems and procedures. Free Press, New York, 1990, pp. 6–64.
- Morley JE, Anker SD, Haehling S von (2014) Prevalence, incidence, and clinical impact of sarcopenia: Facts, numbers, and epidemiology-update 2014. *J Cachexia, Sarcopenia Muscle* 5(4):253–259.
- Morton NA de, Jones CT, Keating JL, Berlowitz DJ, MacGregor L, Lim WK, Jackson B, Brand CA (2007) The effect of exercise on outcomes for hospitalised older acute medical patients: An individual patient data meta-analysis. *Age Ageing* 36(2):219–222.
- OPS-2017 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. <http://www.icd-code.de/ops/code/8-550.html>. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- OPS-2017 8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls. <http://www.icd-code.de/ops/code/8-981.html>. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- Orth EW: Phänomenologie. In: Seiffert H, Radnitzki G (Hrsg): *Handlexikon der Wissenschaftstheorie*, 1992, S. 242–254.
- Ostir GV, Berges I, Kuo YF, Goodwin JS, Ottenbacher KJ, Guralnik JM (2012) Assessing gait speed in acutely ill older patients admitted to an acute care for elders hospital unit. *Arch Intern Med* 172(4):353–358.
- Ostir GV, Berges IM, Kuo YF, Goodwin JS, Fisher SR, Guralnik JM (2013) Mobility activity and its value as a prognostic indicator of survival in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* 61(4):551–557.
- Prisma-Statement (2009) PRISMA flow diagram. <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>. (letzter Zugriff: 31.05.2018).
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M: *Qualitative Sozialforschung – Ein Arbeitsbuch*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, 2010, S. 26–27, S. 53–88, S. 145–155.
- Resnick B, Galik E, Boltz M: *Restorative Care Nursing for older Adults – A Guide for all Care Settings*. Springer Publishing Company, New York, 2011, pp. 1–14.
- Ricoeur P: *Hermeneutik und Strukturalismus – Der Konflikt der Interpretationen I*. Koesel, München, 1973, S. 11–36.
- Ricoeur P: *Die Interpretation – Ein Versuch über Freud*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2004, S. 15–69.
- Ricoeur P, Welsen P (Hrsg): *Vom Text zur Person – Hermeneutische Aufsätze (1970 – 1999)*. Meiner, Hamburg, 2005, S. 20–27, S. 227–249.
- Roper N, Logan WW, Tierney AJ: *Das Roper-Logan-Tierney-Modell – Basierend auf Lebensaktivitäten (LA)*. Huber, Bern, 2002, S. 137.
- Rosa H, Strecker D, Kottmann A: *Soziologische Theorien*. UVK-Verl.-Ges, Konstanz, 2007, S. 200.
- Sander K: Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxen. In: Hanses A, Sander K (Hrsg) *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. Springer VS, Wiesbaden, 2012, S. 15–34.
- Schmieg P, Marquardt G, Korneli P (2011) Wie die Generation 65 plus das Krankenhaus verändert. *Krankenhaus*, 103:129–134.
- Schütz D, Fügen I (2013) Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr* 46(3):203–207.

- Schwarber A, Hasemann W, Stillhard U, Schoop B, Senn B (2017) Prävalenz, Einflussfaktoren, Screening und Diagnose eines Delirs bei stationär hospitalisierten Patientinnen und Patienten in einem Schweizer Akutspital – Eine Pilotstudie. *Pflege* 30(4):199–208.
- Smith JA, Flowers P, Larkin M: *Interpretative phenomenological Analysis – Theory, Method and Research*. Sage, Los Angeles, 2013, pp. 32–39.
- Stauffer Y, Spichiger E, Mischke C (2015) Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt – Eine qualitative Studie. *Pflege* 28(1):7–18.
- Stefan H, Allmer F: *Praxis der Pflegediagnosen*. Springer, Wien, 2000, S. 209–279.
- Strandberg G, Jansson L (2003) Meaning of dependency on care as narrated by nurses. *Scand J Caring Sci* 17(1):84–91.
- Srijbos MJ, Steunenberg B, van der Mast RC, Inouye SK, Schuurmans MJ (2013) Design and methods of the Hospital Elder Life Program (HELP), a multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: Efficacy and cost-effectiveness in Dutch health care. *BMC Geriatr* 13:78.
- Tesch-Römer C, Mardorf S: Familiäre und ehrenamtliche pflegerische Versorgung. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T: *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin, 2009, S. 194–205. http://www.gbe-bund.de/pdf/Gesundh_Krankh_Alter.pdf. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) – A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19(6):349–357.
- Vogd W: *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist, 2011, S. 14–29, S. 76–80, S. 137–142, S. 143–182, S. 315–325.
- Watzlawick P, Bavelas JH, Jackson DD: *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*. Huber, Bern, 2007, S. 23–69.
- WHO (2005) DIMDI – ICF. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>. (letzter Zugriff: 21.05.2018).
- Zegelin A (2005) „Festgenagelt sein“ – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. *Pflege* 18(5):281–288.
- Zündel M: Ich, Du, Wir – Interaktion und Bewegung in der Praxis. In: Mahler C, Hoben M, Berendonk C, Reuschenbach B, Müller E: *Brücken bauen 2*. Books On Demand, Norderstedt, 2011, S. 45–55.

8. Thesen

1. Der Erhalt und die Förderung von körperlicher Bewegung im Krankenhaus sind für die Menschen Voraussetzung zum Erhalt der Mobilität und für den Verbleib im sozialen Umfeld. Im Krankenhaus wird dem Thema Mobilisation in der Regel wenig Bedeutung beigemessen.
2. Ziel der Untersuchung war es zu erfassen, wie sowohl ältere Menschen über 75 Jahre als auch Pflegende im Krankenhaus das Phänomen körperliche Bewegung in der Interaktion erleben, und zu erkennen, wie sie die Bewegung wahrnehmen beziehungsweise bewerten.
3. Die Datensammlung erfolgte mit 38 passiv teilnehmenden Beobachtungen von Körperpflege, Transfer Bett/Stuhl, Mahlzeiten und Umgebungsbedingungen sowie mit 15 anschließenden fokussierten Interviews. Die Daten wurden phänomenologisch-hermeneutisch analysiert.
4. Patientinnen und Patienten wie auch Pflegende erleben die körperliche Bewegung, eingebettet in den Rahmen von Organisationsstrukturen und Arbeitsprozessen, beeinflusst von der Bewegungseinschätzung, den Beziehungen in der Interaktion und in Zusammenarbeit verschiedener Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner.
5. Zudem erleben die Patientinnen und Patienten körperliche Bewegung fremdbestimmt und ortsgebunden. Bei den Pflegenden hingegen steht die Bewegungsförderung unter ständigem Zeitdruck im Vordergrund des Erlebens.
6. Daneben werden die Wertigkeit und der Sinn körperlicher Bewegung von den Pflegenden auf die Gegenwart und von den Patientinnen und Patienten auf die Zukunft bezogen, erfolgen somit in zwei verschiedenen zeitlichen Dimensionen.
7. Auch messen die Pflegenden der Bewegungsförderung eine hohe Bedeutung bei, gleichzeitig zeigt sich aber ein konträres Handeln der Pflegenden durch Übernahme von Bewegungsabläufen in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten.
8. Beeinflusst von Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Kontext passen hingegen die Patientinnen und Patienten ihr Bewegungsverhalten im Krankenhaus den Handlungsweisen der Pflegenden und den kulturellen Regeln an.
9. Daher ist es notwendig, alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu sensibilisieren, um eine Veränderung hin zu einer bewegungsorientierten Atmosphäre für ältere Menschen im Krankenhaus zu erreichen und die Wirkung von Maßnahmen zu prüfen.
10. In weiteren Studien bleibt zu untersuchen, wie interdisziplinäre Interventionen zur gezielten Bewegungsförderung, eingebunden in die Aktivitäten des täglichen Lebens von älteren Patientinnen und Patienten, wirken.

9. Anlagen

Literatur Review

Erstautor/ Jahr	Nat.	Design	Setting	Parti- cants	Interven- tion	Outcome				Care de- pendency	Anmerkungen/ Kernaussage
						Nurse Know- ledge	Risk- Assess- ment	Prevention functional decline	Sustain- ing of mobility		
Barton et al. 1980	USA	Beobach- tungsstu- die	Langz.	36 Pat.	Beobach- tung Pfl- Verhalten			x	x	x	Abhängigkeitsverhalten und Unab- hängigkeitsförderndes Verhalten beeinflussen das Verhalten der Pat. und somit als Auswirkung die Be- weglichkeit oder den Verlust der Beweglichkeit.
Baltes et al. 1992	D	Beobach- tungsstu- die	Langz.	100 Pat. 32 Pfl, 9 Angeh	Beobach- tung Inter- aktion			x	x		Soziales Verhalten überträgt sich in der Interaktion gegenseitig. Bei zu viel Übernahme - weniger Mo- tivation zu Aktivität bei Patienten/ -innen - erlernte Hilflosigkeit
Baltes et al. 1994	D	Vorher- Nachher St.	Langz.	I: 14 K: 13	Schulung	x			x	x	Veränderung im Verhalten (De- pendency-Support and Indepen- dence-Ignore) kann mit entspre- chenden Schulungen erreicht wer- den - auch bei langjährig Pflegen- den
Brown et al. 2004	USA	prospek- tive Koh- orten- studie	Krhs.	498 Pat.	Messung Mobi- Level			x	x		Verschiedene Mobilitätslevel bis hin zu Bettruhe wirken sich nach- teilig auf die Outcomes in 5 ATLS aus
Brown et al. 2007	USA	Grounded Theory	Krhs.	10 Pat., 10 Pfl., 9 Ärzte	Interview	x		x	x	x	Barrieren zur Mobilisation bei Pat., Pfl. und Ärzten - Erstellung eines Modells
Brown et al. 2009	USA	Beobach- tungsstu- die	Krhs.	54 Pat.	Messen von Zeiten bei def. Beweg.			x	x		Pat. verbringen die meiste Zeit lie- gend im Bett unabhängig von der Fähigkeit zu Laufen
Courtney et al. 2012	AUS	RCT	Krhs.	128 Pat. I: 64, K: 64	Training, Betreuung im Krhs. und Zu- hause			x	x		Das abgestimmte Programm be- ginnend während des stat. Aufent- haltes zeigt pos. Outcome in der Selbständigkeit und der Bewe- gungsfähigkeit im Vergleich zu ei- ner Kontrollgruppe
DeMorten 2007	USA	Meta- Analyse Review	Krhs.	?	Meta- Analysis				x		Spezielle Übungsprogramme stei- gern Bewegungsfähigkeit und ver- hindern Bewegungsverlust. Erhö- hung der Chance der Entlassung nach Hause.
Doherty- King, 2011	USA	Grounded Demen- tion Ana- lysis	Krhs.	25 Pfl.	Interviews			x	x		Modell über Entscheidungsprozess von Pflegenden, wie und wann Pa- tienten/-innen mobilisiert werden.
Doherty- King, 2014	USA	Beobach- tungsstu- die	Krhs.	15 Pfl. , 47 Pat	Messen von Fre- quenz und Dauer def. Bewegung				x		Wenige Mobilitätsaufforderungen an die Patienten/-innen. Meist Ste- hen und Transfer in Verbindung mit anderen Aktivitäten
Ellis et al 2011	GB	Review	Krhs.	22 RCTs 10315 Pat.	CGA vs. Routine	x	x	x	x		Versorgung mit CGA bringt besse- re Outcomes als die Routinebe- handlung. Die Ergebnisse sind ähnlich der verbesserten Outcomes auf Stroke Units mit spezifizierter Behandlung.

Erikson, 2008	S	Phänom-Hermeneut.	Krhs	9 Pat. (sterbende)	Interviews					x	Bedeutung von Abhängigkeit in täglichen Aktivitäten - Beschreiben ein Hin- und Her von Annahmen und Ablehnen
Hoben, 2011	D	Entwurf Bezugsrahmen						x	x		Pat. ist der Experte in der Einschätzung der Bewegungsfähigkeit - von Pflegenden oft ignoriert
Hoogerduijn et al. 2012	NL	Entwicklungsstudie	Krhs.	492 Pat. Entwickl. 484 Pat. Evaluation	Messen von funk. Status, kognitive Funkt. Nutri. Status		x				Identifikation von Risikopatienten mit Assesment/Scorecard: ISAR-HP. Als Schnell- und Notfall-einschätzung bei Aufnahme
Mehta et al, 2011	USA	Data Analys 2 Studien	Krhs.	1638 Pat.	ermitteln von Risikofaktoren		x				Klinischer Index zur Risikoeinschätzung bei Aufnahme mittels 7 Risikofaktoren
Mertens et al, 2002	D	Prävalenzstudie	Krhs. Langz	2686 Pat.						x	Zusammenhang Alter und Pflegebedürftigkeit - Ausmaß erhöht sich mit zunehmenden Alter + weitere Faktoren
Ostir et al, 2012	USA	Prospektive Studie	Krhs	322 Pat.	Messen von Laufgeschwindigkeit			x	x		Zusammenhang von Laufgeschwindigkeit und kürzere Verweildauer, wie auch größere Chance auf Entlassung nach Hause.
Ostir et al, 2013	USA	Prospektive Studie	Krhs.	224 Pat.	Schrittzähler			x	x		Schrittzahl und Zeit am ersten und letzten Tag/Krhs. Wenig Bewegung trotz Messung und Information zu Bewegung
Strandberg, 2002	S	Phänom-Hermeneut.	Krhs.	10 Pat. 7 Angeh 10 RN, 10 LPN	Interviews					x	Abhängigkeiten in der Pflege sehen Pat. und Pfl als eine Belastung. Bei Pat. führt es zum sinken des Selbstwertes, Pfl. sehen sich im Dilemma von zu viel oder zu wenig Hilfe.
Zegelin, 2005	D	Grounded Theory	Langz.	32 Pat.	Beobachtung					x	Bettlägerigkeit entsteht in einem Prozess von 5 Schritten
Zündel, 2009	D	Beobachtungsstudie Qualitativ	Krhs. Reha, Langz.	5 Pat. 9 Pfl.	Interview und Beobachtung Interaktion	x		x			Bewegung ist Teil der Interaktion. Wissen um Bedeutung der Bewegungsförderung ist bei Pfl. vorhanden - wird aber nicht ausreichend genutzt.
Boltz et al, 2012	USA		Krhs. Ambu, Langz.		Guideline	x	x	x	x		National Guideline Clearinghouse (NGC). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
DQNP, 2015	D		Langz.			x	x	x	x		Expertenstandard im Entwurf

November 2014

Informationsblatt für teilnehmende Patientinnen und Patienten,

Kolleginnen und Kollegen

Zur Studie „Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus“

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,**

Ich möchte Sie einladen, an einer Studie zum Thema „*Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus*“ teilzunehmen. Dabei ist für mich Bewegungsaktivität während der Körperpflege, Mobilisation und den Mahlzeiten von Interesse. Im Verlauf der Studie werden sowohl Beobachtungen von Bewegungsaktivitäten als auch ein Interview zu Ihrem Erleben durchgeführt. Ich heiße Iris Schneider und bin Doktorandin im Promotionsstudiengang „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“, der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Es handelt sich hier um mein Promotionsvorhaben.

Ziel der Studie:

Mein Ziel ist es, besser verstehen zu können, wie Bewegung während pflegerischer Betreuung von Patientinnen und Patienten sowie von Pflegenden erlebt wird, um fördernde und hemmende Faktoren in Bezug auf Bewegung erkennen zu können.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

Sie können sich frei entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten oder nicht. Ihre Teilnahme können Sie jederzeit bis zum Ende der Datenerhebung ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen Nachteile entstehen. In diesem Fall werden alle erhobenen Daten, die sich auf Ihre Person beziehen, gelöscht.

Wie ist das Vorgehen, wenn Sie an der Studie teilnehmen möchte?

Nachdem Sie die Informationen zur Studienteilnahme erhalten haben, werden Sie während Ihres stationären Aufenthaltes beziehungsweise während Ihrer Schicht von mir kontaktiert und um Ihre Einwilligung zur Teilnahme gebeten.

Was sollten Sie über den Ablauf der Studie wissen?

Zuerst beobachte ich im Patientenzimmer passiv teilnehmend pflegerische Tätigkeiten in den Bereichen Körperpflege (Gesicht und Oberkörper), Transfer (Bett zum Stuhl) und Mahlzeiten. Das heißt, ich beteilige mich nicht aktiv an den pflegerischen Aktivitäten und der Kommunikation. Die Beobachtung halte ich schriftlich in einem Beobachtungsprotokoll fest.

Zusätzlich führe ich mit Ihnen ein Interview, das ich gerne mit einem digitalen Aufnahmegerät aufnehmen möchte. Zu Ende des Interviews haben Sie Gelegenheit, Fragen zu stellen oder weitere, für Sie wichtige Punkte zu erörtern. Gerne würde ich auch einige Angaben zu Ihrer Person erheben.

November 2014

Das Gespräch wird anschließend in geschriebene Sprache übertragen, sodass die Gesprächsinhalte ausgewertet werden können.

Wie viel Zeit müssen Sie für die Teilnahme an der Studie einplanen?

Meine Beobachtungen der Patient-Pflege-Interaktion dauern ca. 10-20 Minuten. Für das Gespräch mit Ihnen plane ich ca. 45 Minuten ein.

Welche Vorteile erwachsen Ihnen aus der Teilnahme an der Studie?

Möglicherweise werden Sie keinen direkten Vorteil von der Studie haben. Ihre Teilnahme jedoch kann wichtige Hinweise darüber geben, wie Bewegung im Krankenhaus zukünftig gefördert werden kann.

Müssen Sie aufgrund Ihrer Teilnahme mit Nachteilen rechnen?

Unabhängig davon, ob Sie an der Studie teilnehmen oder nicht, hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Betreuung. Allerdings wird die Teilnahme – wie oben angezeigt – eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Selbstverständlich werden all Ihre Daten und Angaben vertraulich behandelt und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Datenschutzgesetzen. Alle Daten werden verschlüsselt (pseudonymisiert) gespeichert. Das bedeutet, dass jeder Person ein Pseudonym (Zahlencode) zugeordnet wird, der ausschließlich mir bekannt ist. Anderen Personen ist es nicht möglich, Sie zu identifizieren. Alle Daten werden ohne eine Verbindung zu Ihrer Person ausgewertet. Die Ergebnisse, die später in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden, können nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden. Die Beobachtungsprotokolle, die Tonbandaufzeichnungen und die Fragebögen werden nach Abschluss der Promotion vernichtet.

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie weitere Fragen haben?

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich von Montag bis Freitag im Zeitraum 08:00 bis 16:00 Uhr gerne an mich wenden.

Meine Kontaktdaten lauten:

Universitätsklinikum des Saarlandes Homburg/Saar; Tel.: 06841/1616176

E-Mail: iris.schneider@student.uni-halle.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie bitte Ihre Einwilligung auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Iris Schneider

November 2014

Einwilligungserklärung

Zur Studie „Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus“

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden. Ich habe die Informationen zum Forschungsprojekt gelesen und verstanden. Auch hatte ich die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich während der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten in verschlüsselter, d.h. pseudonymisierter, Form gespeichert und wissenschaftlich ausgewertet werden. Alle Daten werden entsprechend den Bestimmungen der Datenschutzgesetze streng vertraulich behandelt und ohne Namen oder eine Verbindung zu meiner Person ausgewertet. Die Beobachtungen und Gespräche werden auf Tonband aufgezeichnet. Diese Aufnahme kann auch während der Beobachtung oder während des Gespräches auf Wunsch jederzeit unterbrochen oder abgebrochen werden. Die Tonbandaufzeichnungen und Fragebögen werden nach Abschluss des Forschungsprojektes vernichtet.

Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt entstehen mir keine Kosten oder sonstige Verpflichtungen.

Eine Kopie des Informationsbogen und dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Name, Vorname (Blockschrift)

Ort, Datum

Unterschrift

Aufklärende Person:

Name, Vorname (Blockschrift)

Ort, Datum

Unterschrift

November 2014

Soziodemografische Daten Patienten und Patientinnen
Zur Studie „Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus“

Patient/-in Nr.:

Geburtsjahr: Geschlecht: F M
ledig verheiratet / Partnerschaft
geschieden / getrennt lebend verwitwet

in Familie lebend alleine lebend im Pflegeheim
Pflegestufe keine Stufe1 Stufe 2 Stufe 3

Bewegung zu Hause:
selbständig teilselbständig Übernahme durch eine Person

Hilfsmittel: nein Ja
Stock Rollator Rollstuhl
Greifzange sonstiges:

Einweisungsdiagnose:

Soziodemografische Daten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen
Zur Studie „Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus“

Pflegeperson Nr.:

Geburtsjahr: Geschlecht: F M

Jahr des Examens:
Arbeitszeit:
100% 50% 25% sonstiges:

Fachweiterbildung (staatl. Abschluss):
.....

Fortbildung (Zertifikat) Bewegungskonzepte:
Basale Stimulation Kinästhetik Bobath-Konzept
Affolter sonstiges:

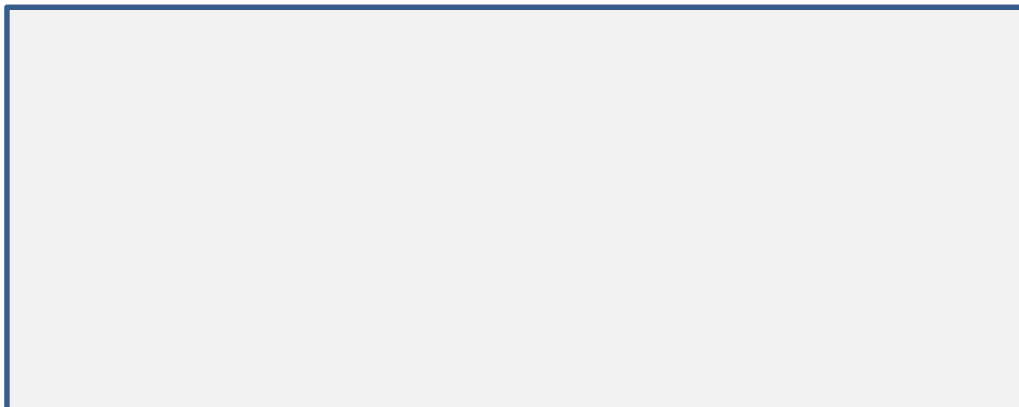
Pflegesystem auf Station:
.....
Anzahl betreute Patienten/innen pro Schicht:
.....

November 2014

Zimmer und Umgebungsskizze

Zur Studie „Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus“

Zimmerumriss



Legende Zimmer:

T	-	Tür	F	-	Fenster
BT	-	Bett	NT	-	Nachttisch
Ti	-	Tisch	ST	-	Stuhl
Bd	-	Bad	Toi	-	Toilette
WB	-	Waschbecken	KS	-	Kleiderschrank

Legende Flur:

G	-	Geländer	SE	-	Sitzecke
AR	-	Aufenthaltsraum	SR	-	Speiseraum

Tab. 1: Legende

Kommunikation (vgl. Watzlawick, 2007) zwischen älterem Menschen und Pflegendem/Pflegender	
Richtung	symmetrisch, asymmetrisch, von Patient/-in ausgehend, von Pflegendem ausgehend,
Verbal	aktiv, Monolog, Dialog
Nonverbal	passiv, Blickkontakt,
Verhaltensart	zurückhaltend, fordernd, abwehrend
Körperliche Bewegung von älteren Menschen (vgl. Jones et al. 1974)	
Funktionsniveau/Selbständigkeitsgrad	selbständig, größtenteils selbständig, teilweise selbständig, geringfügig selbständig, unselbständig/abhängig
Verpasste Gelegenheit der Bewegungsförderung	
Menschen > 75 J.	aktive Bewegungsdurchführung
Pflegende	Aufforderung zur aktiven körperlichen Bewegung
	passive Bewegungsdurchführung

Interviewleitfaden für Patienten und Patientinnen > 75 Jahre

Zur Studie „Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus“

Einstiegsfrage: Wenn Sie an die Situationen zurückdenken, bei denen ich dabei war (<i>Zusammenfassung der vorangegangenen Beobachtungen</i>), wie haben Sie die pflegerischen Maßnahmen erlebt?	
Themen	Mögliche Überleitungsfrage und Themenfragen
Körperliche Funktionalität	Wie sehen Sie Ihre Möglichkeiten, alleine Körperbewegungen durchzuführen oder im Zimmer umherzugehen? <i>Wie beschreiben Sie die Beweglichkeit Ihrer Arme und Beine? Welche Hilfe benötigen Sie bei der Körperpflege? Welche Hilfe benötigen Sie aus Ihrer Sicht beim Aufstehen? Wie beschreiben Sie Ihre Mobilität im Zimmer/auf der Station?</i>
	Mögliche Überleitungsfrage und Themenfragen
Erleben des Krankenhausaufenthaltes	Wie würden Sie Ihren täglichen Tagesablauf vom Aufstehen bis zum Schlafengehen hier im Krankenhaus beschreiben? <i>Wenn Sie an die Unterstützung durch Pflegenden denken, wie beschreiben Sie die Abstimmung der Maßnahmen? Wobei hätten Sie gerne mehr Unterstützung? Bei welchen pflegerischen Maßnahmen haben Sie das Gefühl, Sie hätten dies auch selbständig tun können?</i>
- Allgemein - Bezüglich Bewegung - Pflegemaßnahmen	
	Mögliche Überleitungsfrage und Themenfragen
Erleben der Umgebung	Wenn Ihre Familie oder Freunde zu Besuch sind, wo halten Sie sich auf? Können Sie das näher beschreiben? <i>Wie beschreiben sie Ihre Möglichkeiten, sich außerhalb des Zimmers aufzuhalten? Wenn Sie die Station verlassen, wohin gehen Sie? Wenn Sie Ihr Zimmer betrachten, was würden Sie als unterstützend für Ihre Bewegungsmöglichkeiten beschreiben?</i>
	Mögliche Überleitungsfrage und Themenfragen
Einschätzung Bewegungsfähigkeit nach Krankenhausaufenthalt	Wenn Sie an ihre jetzige Bewegungsfähigkeiten denken, wie sehen sie die Gestaltung Ihres täglichen Ablaufs nach dem Krankenhausaufenthalt? <i>Wie sehen sie mögliche Unterstützung zu Hause? Welche Aktivitäten werden Sie zu Hause wieder aufnehmen?</i>
	Ergänzende Fragen
Aktivitäten vor Krankenhausaufenthalt	Wie haben Sie Ihren Tag gestaltet bevor Sie ins Krankenhaus kamen?
Weitere Fragen direkt von Beobachtungssituation abgeleitet	

Interviewleitfaden für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen
Zur Studie „Körperliche Bewegung älterer Menschen im Krankenhaus“

Einstiegsfrage: Wenn Sie an die von mir beobachteten Situationen zurückdenken (<i>Zusammenfassung der vorangegangenen Beobachtungen</i>), wie würden Sie Ihr Erleben beschreiben?	
Themen	Mögliche Überleitungsfrage und Themenfragen
Erleben der Bewegungsfähigkeit der Menschen über 75 Jahre	Wie beschreiben Sie die körperlichen Fähigkeiten des Patienten/der Patientin? In welchen Bereichen sehen Sie Unterstützungsbedarf?
	<i>Wie schätzen Sie die Bewegungsfähigkeit des Patienten/der Patientin ein (Assessment, andere Einschätzungsmöglichkeiten)? Wie sehen Sie die Fähigkeit des Patienten/der Patientin, sich während des Tages auch außerhalb des Zimmers aufzuhalten?</i>
	Mögliche Überleitungsfrage und Themenfragen
Erleben der Pflegemaßnahmen	Wenn Sie an den/die Patienten/-in der Beobachtung zurück denken, wie würden Sie den Bedarf an Unterstützung beschreiben?
- Körperpflege (Gesicht und Oberkörper) - Transfer Bett zu Stuhl - Nahrungsaufnahme	<i>Wie haben Sie den Pflegebedarf für den Patienten/die Patientin eingeschätzt/ überprüft/ angepasst? Wie entscheiden Sie, welche Pflegemaßnahme Sie bei den jeweiligen Patienten/-innen durchführen/unterstützen/vorbereiten? Welche Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit sehen Sie?</i>
	Mögliche Überleitungsfrage und Themenfragen
Erleben der Umgebung	Sehen Sie Möglichkeiten, auf der Station die körperliche Bewegung der Patienten/-innen zu unterstützen?
	<i>Wie schätzen sie die Einteilung des Patientenzimmers in Bezug auf Bewegungsmöglichkeiten ein? Wie beurteilen Sie die Gefahren für Patienten/-innen, z.B. für Stürze, wenn sie die Gegebenheiten im Patientenzimmer und im Stationsflur betrachten?</i>
	Ergänzende Fragen
Erleben der täglichen Arbeitsprozesse	Welche Möglichkeiten der Zeiteinteilung haben Sie für die Planung der Patientenversorgung? Was beeinflusst Ihre Zeiteinteilung? Wie sehen Sie die interdisziplinäre Abstimmung bei der Versorgung der Patienten/-innen Ihrer Station?
Wissen zu Bewegung und Förderung der Bewegung	Haben Sie einen Kurs zu Bewegungskonzepten besucht? Werden solche Kurse in Ihrer Klinik angeboten? Kennen Sie Maßnahmen, um die Bewegungsfähigkeit der Patienten/-innen zu erhalten bzw. zu fördern? Welche?
Weitere Fragen direkt von Beobachtungssituation abgeleitet	

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Die Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis wurden beachtet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Rammelsbach, den 30.06.2018

Iris Tamara Schneider

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Ich habe keine früheren Promotionsversuche unternommen und befinde mich in keinem weiteren offenen Promotionsverfahren an der hiesigen oder einer anderen Universität.

Rammelsbach, den 30.06.2018

Iris Tamara Schneider

Lebenslauf

Name: Iris Tamara Schneider, geb. Jung

Geboren: 11.03.1967 in Kusel

Ausbildung/Studium:

Seit 09/2013	Doktorandin Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, INGRA Promotionsstudiengang „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“
10/2010 – 09/2012	Masterstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
08/2008 – 12/2008	Auslandsemester University of Missouri, St. Louis, College of Nursing, St. Louis, Missouri, USA
10/2005 - 08/2009	Diplomstudiengang Pflege/Pflegemanagement mit Vertiefungsrichtung Pflege in Theorie und Praxis, Fachhochschule Jena
2005	Hochschul- und Studiengangbezogenen Hochschulreife (gemäß § 67a Thüringer Hochschulgesetz durch die Prüfungskommission der Friedrich Schiller Universität Jena)
04/1985 – 03/1988	Krankenpflegeausbildung St. Johannis-Krankenhaus in Landstuhl

Beruflicher Werdegang:

Seit 09/2016	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität Trier, Fachbereich I - Pflegewissenschaft
2011 - 2016	Stabsstelle „Pflegeentwicklung und Forschung“, Pflegedirektion Universitätsklinikum des Saarlandes
2005 – 2011	Stabsstelle Pflegedirektion und Qualitätsmanagement, Westpfalz Klinikum GmbH, Standort II, Kusel
1998 – 2008	Klinik für neurochirurgische/neurologische Frührehabilitation Westpfalz Klinikum GmbH, Standort II, Kusel
1994 – 1998	Westpfalz Klinikum GmbH, Standort II in Kusel, Innere Medizin, Chirurgie
bis 1994	Familienpause
1988 – 1990	Kreis Krankenhaus Garmisch- Partenkirchen, Innere Medizin

Mitgliedschaften

Mitglied Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Chapter Nu Chi

Mitglied Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Mitglied Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes

Rammelsbach, den 30.06.2018

Iris Tamara Schneider

Danksagung

An erster Stelle gilt mein Dank meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer für ihre wissenschaftliche und methodische Unterstützung während der gesamten Bearbeitungsphase meiner Dissertation. Die stets motivierenden Gespräche haben meine Arbeit sehr unterstützt.

Besonders danke ich Frau Dr. Ayerle für die konstruktiven und fachlichen Gespräche, Ratschläge und Anmerkungen, die mich auf dem Weg zur fertigen Arbeit immer wieder neue Aspekte und Ansätze entdecken ließen.

Ein besonderer Dank gilt allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern meiner Untersuchung für ihre Informationsbereitschaft, ihre Zeit, ihre interessanten Beiträgen und bereitwilligen Antworten auf meine Fragen.

Außerdem gilt mein Dank den pflegerischen und fachfremden Diskussionsgruppen, die mich durch Aufzeigen verschiedener Blickwinkel und kritischen Nachfragen im Bearbeitungsprozess dieser Arbeit unterstützt haben.

Herzlich möchte ich an dieser Stelle auch meiner Familie, allen voran meinem Ehemann Hans-Peter, für die unermüdliche Stärkung, die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung und Motivierung danken, ohne die diese Arbeit so nicht möglich gewesen wäre.