

**Expertenstandard nach § 113a SGB XI  
„Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“**

**Aktualisierung 2020**

im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI vertreten  
durch den Verein Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.

**Abschlussbericht**

**30. Oktober 2020**

**(redigierte Fassung vom 19.11.2020)**

**Die vorliegende Aktualisierung wurde durchgeführt im Auftrag der Vertragsparteien  
nach § 113 SGB XI vertreten durch den  
Verein Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.**

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg;  
Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher; Dipl.-Pfleger Moritz Krebs;  
Heiko Stehling, MScN; Dalien Stomberg, M.A.

Geschäftsstelle: Elke Rausing und Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Postfach 19 40 · 49009 Osnabrück · Tel.: 0541 969-20 04  
Paketanschrift : Albrechtstr. 30 · 49076 Osnabrück  
E-mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de) · Internet: <http://www.dnqp.de>

**Osnabrück, Oktober 2020**

## Inhaltsverzeichnis

1	Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Aktualisierung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ .....	4
1.1	Einberufung der Expertenarbeitsgruppe .....	4
1.2	Erstellung einer neuen Literaturstudie.....	4
1.3	Anpassung des Expertenstandards und der Kommentierungen an den aktuellen Stand des Wissens .....	5
1.3.1	Einbeziehung der Fachöffentlichkeit .....	6
1.3.2	Ergebnisse der Aktualisierung .....	6
1.4	Fertigstellung des aktualisierten Expertenstandards .....	9
2	Der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, 1. Aktualisierung 2020 .....	10
2.1	Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe .....	10
2.2	Präambel zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, 1. Aktualisierung 2020“ .....	14
2.3	Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, 1. Aktualisierung 2020 .....	18
2.4	Komentierungen der Standardkriterien .....	19

# **1 Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Aktualisierung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“**

Andreas Büscher und Petra Blumenberg

Der Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ wurde 2013 im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI entwickelt und am 28. März 2014 konsentiert. Im Anschluss daran stand er der Fachöffentlichkeit kostenfrei zum Herunterladen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zur Verfügung. Die Universität Bremen wurde 2015 mit der Durchführung einer modellhaften Implementierung des Expertenstandards beauftragt, deren Ergebnisse im August 2016 in einem Bericht zusammengefasst und im Nachgang ebenfalls der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht wurden. In der modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs durch die Universität Bremen wurden zur Untersuchung der Wirkung des Expertenstandards lediglich ausgewählte Parameter betrachtet. Vor einer Einführung des Expertenstandard-Entwurfs sah der damalige Abschlussbericht daher weiteren Forschungsbedarf. Der Qualitätsausschuss Pflege empfiehlt die freiwillige Einführung des Expertenstandard-Entwurfs.

Der Auftrag für die reguläre Aktualisierung des Expertenstandards ging im Mai 2019 an das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Das Vorgehen bei der Entwicklung und Aktualisierung erfolgte entsprechend der Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom März 2009, die sich weitgehend am methodischen Vorgehen des DNQP orientiert.

## **1.1 Einberufung der Expertenarbeitsgruppe**

Professor Dr. Klaus Wingenfeld vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), der bereits wissenschaftlicher Leiter der Expertenarbeitsgruppe für die Entwicklung des Expertenstandards war, stand auch für die wissenschaftliche Leitung des Aktualisierungsprozesses zur Verfügung. Nach einem öffentlichen Aufruf in den fachlich relevanten Print- und Onlinemedien erklärten sich sieben Expert\*innen der Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards bereit, ihre weiterbestehende Expertise auch in die Aktualisierung des Expertenstandards einfließen zu lassen. Aus den insgesamt 40 eingegangenen Bewerbungen konnten sieben weitere Expert\*innen berufen werden, die die Gruppe sowohl um pflegewissenschaftliche, als auch praktische und berufsgruppenübergreifende Expertisen (Sportwissenschaft, Ergotherapie, Heimaufsicht) ergänzten. Bei der Auswahl der Expert\*innen wurde neben einer möglichst gleichmäßigen Verteilung von praktischer und wissenschaftlicher Expertise zum Thema der Mobilität bei pflegebedürftigen Menschen auch darauf geachtet, dass die verschiedenen Versorgungsbereiche vertreten waren. Außerdem konnte eine Patientenvertreterin aus dem Bereich der Selbsthilfe gewonnen werden.

## **1.2 Erstellung einer neuen Literaturstudie**

Die Literaturstudie zur 1. Aktualisierung des Expertenstandards Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege wurde durch das IPW unter der Leitung von Prof. Dr. Klaus Wingenfeld von Dorit Schröder, Jolien Willert und Britta Bender erstellt. Ziel des Aktualisierungsauftrags war, neue Erkenntnisse zum Thema der Mobilitätsförderung aus Forschungsarbeiten seit 2013 zu identifizieren. Dabei ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass eine Aktualisierung nicht dazu

dient, ein Thema von Grund auf neu und aus einer anderen Perspektive zu beleuchten, sondern primär dazu, die Aktualität der bei der Entwicklung gemachten Aussagen zu prüfen.

Die durchgeführte Recherche orientierte sich daher an den Fragestellungen und Suchstrategien, die bereits bei der Entwicklung des Expertenstandards 2014 zugrunde gelegt wurden. Die Verwendung der ursprünglichen, nur leicht modifizierten Versionen der ursprünglichen Suchstrategien gewährleistet, dass auch wirklich das im ursprünglichen Standard dargestellte Wissen überprüfbar ist.

Der Recherche zugrunde lag das in der Erstversion des Expertenstandards formulierte Mobilitätsverständnis im Sinne von „Eigenbewegung mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen“. Der Mobilitätsbegriff im Expertenstandard steht somit in Übereinstimmung mit dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Der Fokus bei der Recherche lag auf der Suche nach Erkenntnissen, die einen Veränderungsbedarf der Standardkriterien und ihrer Kommentierungen begründen könnten. Maßnahmen der Mobilitätsförderung und -erhaltung können der Gesundheitsförderung, Prävention chronischer Erkrankungen sowie diverser Prophylaxen für pflegerische Probleme (Dekubitus, Sturz, Thrombose u.v.m) dienen. Diese Komplexität macht eine Abgrenzung bei der Studienrecherche schwierig. Da das Ziel des Expertenstandards die Erhaltung oder Verbesserung der Mobilität ist, wurden Studien mit den primären Outcomes Verhinderung eines Dekubitus, Sturzvermeidung, Förderung oder Verbesserung des Körperbewusstseins/des Wohlbefindens ausgeschlossen, auch wenn zahlreiche berücksichtigte Studien zeigen, dass mobilitätsfördernde Maßnahmen auch einen Einfluss auf die Sturzrate, Dekubitusentstehung und Lebensqualität haben können. Berücksichtigt wurden entsprechend Studien, deren Zielsetzung in einer Verbesserung der Mobilität bzw. einem Mobilitätserhalt lag (s. Literaturanalyse).

Die Erstellung der Literaturstudie erfolgte zwischen August 2019 und März 2020, wobei die zentralen Erkenntnisse für die Expertenarbeitsgruppen-Sitzung am 15. Januar 2020 in einem vorläufigen Bericht zur Verfügung gestellt wurden. Für den Zeitraum Juni 2013 bis September 2020 konnten 7.753 Referenzen identifiziert werden, von denen 242 in ein Volltextscreening übernommen wurden. Daraus verblieben 72 Arbeiten, die den Einschlusskriterien der Recherche entsprachen und damit in die vorliegende Literaturstudie einfließen (s. Literaturanalyse und Anlagenband zur Literaturanalyse).

Damit über die Recherche hinaus mögliche wichtige Hinweise auf eine Veränderung der Praxisbedingungen oder neue, für das Thema relevante Bereiche nicht übersehen werden, kommt der Expertenarbeitsgruppe und der Einbindung der Fachöffentlichkeit in der Konsultationsphase eine hohe Bedeutung zu.

### **1.3 Anpassung des Expertenstandards und der Kommentierungen an den aktuellen Stand des Wissens**

Die Literaturanalyse bildet die Grundlage für die Anpassung des Expertenstandards und der Kommentierungen zu den einzelnen Standardkriterien. Die Sitzung der Expertenarbeitsgruppe im Januar 2020 diente der kritischen Reflexion der einzelnen Standardkriterien, in die darüber hinaus Erkenntnisse aus der modellhaften Implementierung des Expertenstandards durch die Universität Bremen eingeflossen sind.

Als Ergebnis der Sitzung und des anschließenden Austauschs innerhalb der Expertenarbeitsgruppe lag im Mai 2020 ein Entwurf zum aktualisierten Expertenstandard vor, der den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zur zustimmenden Kenntnisnahme zugesandt

wurde. Die Expertenarbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass das Qualitätsniveau des Expertenstandards bestätigt werden konnte und die vorgeschlagenen Änderungen am Expertenstandard daher sehr überschaubar sind. So wurde für das Kriterium der Mobilitätseinschätzung die Bedeutung der Selbsteinschätzung sowie der Differenzierung der Einschätzungsergebnisse in den unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis hervorgehoben. Im Kriterium zur Information, Anleitung und Beratung wurden verschiedene Klarstellungen und Kommentierungen vorgenommen. Im Kriterium der Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität wurde deutlicher als bislang herausgestellt, dass die alltagsintegrierten Maßnahmen ebenfalls der expliziten Planung bedürfen und nicht dem Zufall überlassen bleiben können. Im abschließenden Kriterium der Evaluation erfolgten sprachliche Anpassungen.

Vor dem Hintergrund dieses festgestellten Aktualisierungsbedarfs erfolgten die Bearbeitungen des Expertenstandards und der Kommentierungen zu den Standardkriterien. Diese wurden im Umlaufverfahren und durch ergänzende telefonische Absprachen zwischen den Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppe abgestimmt. In einem weiteren Schritt wurde die auf diesem Weg verfasste Konsultationsfassung dem Auftraggeber vorgelegt. Nach Freigabe des Entwurfs durch den Auftraggeber wurde dieser für die achtwöchige Konsultationsphase vorbereitet.

### **1.3.1 Einbeziehung der Fachöffentlichkeit**

Die Fachöffentlichkeit wurde über Hinweise in den einschlägigen Print- und Onlinemedien, über die Homepage des DNQP und den DNQP-Newsletter sowie die Kommunikationswege der einzelnen Vertragspartner auf die Möglichkeit der Beteiligung an der öffentlichen Konsultationsphase aufmerksam gemacht. Neben dem aktualisierten Expertenstandard und den Kommentierungen wurden die neue Literaturanalyse sowie die Anlage zur Literaturanalyse mit dem Methodenreport auf der Homepage des DNQP veröffentlicht. Eine Möglichkeit zur Einsicht in die Dokumente und zur Rückmeldung bestand vom 13. Juli bis zum 06. September 2020.

In diesem Zeitraum wurden die eingestellten Dokumente etwa 4.000 mal abgerufen. Bei der Geschäftsstelle des DNQP gingen 21 schriftliche Rückmeldungen von Einzelpersonen, Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften ein. Die Rückmeldungen beinhalteten Hinweise auf den Mobilitätsbegriff, auf im Standard und den Kommentierungen verwendete Begrifflichkeiten, auf das beschriebene Leistungsniveau, das manchmal als zu hoch und manchmal als zu niedrig angesehen wurde und auf die Umsetzung in den unterschiedlichen Settings und bei den unterschiedlichen Zielgruppen.

Alle Rückmeldungen wurden für die Expertenarbeitsgruppe inhaltlich aufbereitet und in 58 Fragen formuliert, die von den Expert\*innen mit Ja, Nein oder Kommentaren beantwortet werden konnten.

### **1.3.2 Ergebnisse der Aktualisierung**

In diesem Kapitel werden die am Expertenstandard und den Kommentierungen vorgenommenen Änderungen ausgeführt, die sich aus dem Abstimmungsprozess zwischen der Expertenarbeitsgruppe und den Rückmeldungen im Rahmen der Konsultationsphase ergeben haben. Da sich diese vorwiegend auf sehr spezifische Aspekte, wie z. B. Begrifflichkeiten, konzentrierten, war der Veränderungsbedarf am Expertenstandard eher gering. Für Einrichtungen, die sich bereits in der Vergangenheit mit den Inhalten des

Expertenstandards auseinandergesetzt haben, gehen die Veränderungen in der Praxis vermutlich mit einem nur geringen Arbeitsaufwand einher.

Ebenso wie Einrichtungen, die sich noch nicht mit den Inhalten des Expertenstandards befasst haben, wird ihnen aber die Durchführung eines Audits mit dem standardspezifischen Audit-Instrument empfohlen, um so das einrichtungsinterne Vorgehen zu analysieren und gegebenenfalls Verbesserungsbedarfe zu identifizieren. Das Audit-Instrument sowie Beispiele für das Vorgehen bei der Implementierung finden sich im Abschlussbericht der Universität Bremen zur modellhaften Implementierung des Expertenstandards<sup>1</sup>.

### *Übergreifende Hinweise und Diskussionen*

In vier Rückmeldungen wurde auf den zugrunde gelegten Mobilitätsbegriff eingegangen und vorgeschlagen, diesen um Mobilitätskonzepte zu erweitern, die auch den weiteren Raum, wie z. B. das Quartier, die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs bzw. Teilnahmemöglichkeiten am öffentlichen Leben außerhalb des pflegerischen Settings bzw. der eigenen Wohnumgebung berücksichtigen. Diese Frage wurde bei der Entwicklung des Expertenstandards bereits umfassend von der Expertenarbeitsgruppe diskutiert und es wurde sich dabei für eine enge Verzahnung mit der Mobilitäts-Definition des Pflegebedürftigkeits-Begriffs ausgesprochen.

Aufgrund eines Hinweises der Fachöffentlichkeit wird im gesamten Expertenstandard nicht mehr von „Menschen mit Demenz“ sondern von „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“ gesprochen, außer es sind explizit Menschen mit einer Demenz gemeint. Dies berücksichtigt den Umstand, dass kognitive Beeinträchtigungen auch ohne die Diagnose Demenz vorkommen können.

### *Titel, Zielsetzung und Begründung*

Zum *Titel des Expertenstandards* „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ entstand innerhalb der Expertenarbeitsgruppe eine Diskussion um das Verhältnis von Erhaltung und Förderung. Es bestand Einigkeit, dass Erhaltung und Förderung der Mobilität keinesfalls gleichzusetzen sind. Ebenfalls bestand Einigkeit, dass beide gemeinsam vorkommen können, aber nicht zwangsläufig müssen. Aus dieser Diskussion resultierte der Vorschlag für die Konsultationsfassung, die Formulierung „und/oder“ im gesamten Expertenstandard zu übernehmen. Andererseits konnte argumentiert werden, dass das „und/oder“ verzichtbar ist, da Maßnahmen zur Erhaltung immer auch der Förderung dienen und umgekehrt. Zudem schafft die fortlaufende Formulierung des „und/oder“ keine inhaltliche Klarheit, sondern sprachliche Unklarheit. Das Votum der Fachöffentlichkeit unterstützte dann das Streichen des „und/oder“ in der ursprünglichen Zielsetzung, so dass im gesamten Expertenstandard einheitlich von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität die Rede ist.

Die *Zielsetzung* wurde um einen Hinweis auf die Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen ergänzt, um deutlich zu machen, dass diese immer das letztlich entscheidende Kriterium für Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität ist.

In der *Begründung* wurde zur Bedeutung der Mobilität für die gesellschaftliche Teilhabe noch die damit erreichbare Unabhängigkeit von anderen Personen ergänzt.

---

<sup>1</sup> [https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20160831\\_Modellhafte\\_Implementierung\\_Expertenstandard\\_Mobilita%CC%88t\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20160831_Modellhafte_Implementierung_Expertenstandard_Mobilita%CC%88t_Abschlussbericht.pdf)

## *Präambel*

In der Präambel wird verdeutlicht, dass Mobilitätsbeeinträchtigungen im Alter grundsätzlich beeinflussbar und vielfach auch vermeidbar sind. Hinsichtlich der unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen außerhalb des stationären Langzeitpflegebereichs wurde insbesondere der Kurzzeitpflege in den Rückmeldungen ein deutlich höherer Stellenwert in Hinblick auf eine eigenständige Planung der Förderung von Mobilität zugesprochen. Insbesondere dann, wenn es sich bei dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege um einen Übergang aus dem akutstationären Setting handelt, sollte die aktuelle Planung fördernder Aspekte berücksichtigt werden. Aber auch Tagespflegeeinrichtungen sollten Konzepte für die Erhaltung und Förderung der Mobilität ihrer Gäste vorhalten, die sich an ihrem Versorgungsauftrag orientieren und auf diesen abgestimmt sind.

Zum Begriff der Angehörigen wurde in der Präambel eine Fußnote ergänzt, in der das erweiterte Verständnis im Sinne von nahen Bezugspersonen erläutert wird.

## *Kriterienebene 1*

Die Standardkriterien sind unverändert geblieben und an den Kommentierungen wurden nur kleinere Änderungen vorgenommen.

Zu dem Hinweis, dass die Zeit, die ein pflegebedürftiger Mensch außerhalb des Bettes verbringt häufig bereits als Indikator für eine Verbesserung der Mobilität angesehen wird, wird eine Ergänzung vorgenommen die deutlich macht, dass dies als problematisch anzusehen ist und für sich betrachtet kein verlässliches Kriterium darstellt.

In der Kommentierung zum Ergebniskriterium wird der Punkt zu den relevanten Umgebungsfaktoren noch um Hilfsmittel ergänzt, da auch deren Vorhandensein und Wirkung bei der Einschätzung berücksichtigt werden sollten.

## *Kriterienebene 2*

Die Formulierung in der Kommentierung zum Kriterium P2, dass die Pflegefachkraft mit dem pflegebedürftigen Menschen und „mit seiner Einwilligung“ auch seinen Angehörigen Maßnahmen plant, wird als zu formal angesehen. Daher wird der Satz umformuliert und von „mit seiner Zustimmung“ gesprochen. Wichtig ist der Expertenarbeitsgruppe an dieser Stelle, dass die Einbeziehung von Angehörigen mit dem pflegebedürftigen Menschen abgesprochen werden sollte, um sicherzustellen, dass die Einbeziehung der Angehörigen nicht ohne Zustimmung erfolgt. Andererseits soll die oftmals wichtige Einbeziehung der Angehörigen jedoch nicht zu stark formalisiert werden. Zum gleichen Kriterium wurde eine Ergänzung vorgenommen, um deutlich zu machen, dass auch bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und fehlenden Bezugspersonen eine Form der Verständigung anzustreben ist, deren Ziel darin besteht, den mutmaßlichen Willen des pflegebedürftigen Menschen zu erkennen und den Planungen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität zugrunde zu legen.

Ebenfalls zum Kriterium P2 wurde der Begriff der „Transfertechniken“ infrage gestellt, da er implizit sagen würde, dass es eine bestimmte Technik gibt. Im Vordergrund würden aber eher individuelle Bewegungsmuster stehen, daher wurde der Begriff ersetzt durch „individuelle Lösungen zur Mobilitätsförderung“.

Aus Sicht des Arbeits- und Unfallschutzes wurde angemerkt, dass es zwar wünschenswert wäre, dass Therapeuten und Orthopädietechniker die individuelle Anpassung der Hilfsmittel an die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen vornehmen, sowie die Einweisung in den Umgang mit diesen übernehmen, dies in der Realität jedoch nicht regelmäßig stattfindet. Daher wird der Hinweis als wichtig angesehen, dass Einrichtungen dadurch nicht von ihrer Einweisungspflicht für die Mitarbeiter\*innen im Umgang mit diesen Hilfsmitteln entbunden sind.

### *Kriterienebene 3*

Unter der Kommentierung zum Kriterium P3 wurde auf das Angebot von Information, Beratung und Schulung bei Menschen mit Demenz eingegangen und darauf hingewiesen, dass dieses Angebot in Abhängigkeit vom mutmaßlichen Interesse gemacht werden und sich auf die Maßnahme „Anleitung“ beschränken sollte. Dieser Hinweis wurde gestrichen, da auch eine Informationsgabe oder Beratung in Abhängigkeit von der aktuellen Situation des Menschen mit Demenz oder einer anderen kognitiven Beeinträchtigung nicht ausgeschlossen werden sollen.

### *Kriterienebene 4 – Durchführung von Maßnahmen*

In der Kommentierung zu S4a wird zu dem Unterpunkt „Ausreichend qualifiziertes Personal“ eine Ergänzung vorgenommen, um deutlich zu machen, dass neben dem Wissen zu mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen auch das Können wichtig ist, um eine fachlich kompetente Anleitung sicherzustellen.

Zur Kommentierung von P4a wurde in einer Rückmeldung angemerkt, dass die Beschreibung des „passiven Mobilisierens“ eigentlich einen Widerspruch in sich darstelle, da Mobilisation nicht passiv erfolgen könne. Die Expertenarbeitsgruppe hat sich dafür ausgesprochen, die Formulierung zu belassen, durch eine Ergänzung aber noch deutlicher zu machen, dass eine Mobilisation ohne aktive Beteiligung des pflegebedürftigen Menschen keine mobilitätsfördernde Maßnahme darstellt.

## **1.4 Fertigstellung des aktualisierten Expertenstandards**

Die vorliegende Veröffentlichung zum aktualisierten Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ setzt sich zusammen aus dem aktualisierten Expertenstandard mit Präambel und Kommentierungen. Die aktuelle Literaturstudie sowie der Anlagenband mit ausführlichen Hinweisen zum methodischen Vorgehen bei der Literaturbewertung sowie den Ergebnissen der ein- und ausgeschlossenen Literatur stehen als separate Dokumente zur Verfügung. Die Übergabe an die Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI erfolgte am 30. Oktober 2020.

## **2 Der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, 1. Aktualisierung 2020**

Klaus Wingenfeld, Ute Becker, Marlies Beckmann, Bianca Berger, Barbara Eifert, Ellen Freiberger, Annett Horn, Regine Krampen, Dorte Kretschmar, Silke Metzelthin, Anke Püttjer, Sven Reuther, Andrea Schiff, Thomas Skiba, Elke Schlesselmann, Steve Strupeit

### **2.1 Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe**

<b>Wissenschaftliche Leitung:</b>	Klaus Wingenfeld, Bielefeld
<b>Moderation:</b>	Andreas Büscher, Osnabrück
<b>Wissenschaftliche Mitarbeit DNQP:</b>	Petra Blumenberg, Osnabrück
<b>Wissenschaftliche Mitarbeit Literaturanalyse:</b>	Dorit Schröder, Bielefeld Jolien Willert, Bielefeld Britta Bender, Bielefeld
<b>Externe Fachberatung:</b>	Ellen Freiberger, Nürnberg Regine Krampen, Giessen Silke Metzelthin, Maastrich/Niederlande
<b>Nutzervertreterin:</b>	Barbara Eifert, Dortmund

### **Expertinnen und Experten<sup>2</sup>**

#### *Ute Becker*

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachreferentin für Mobilität und Palliative Care der Münchenstift GmbH, dort auch verantwortlich für die Umsetzung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

#### *Marlies Beckmann*

Prof., Dipl.-Medizinpädagogin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Professorin für klinische Pflege und Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Frankfurt i. R.; Kinästhetik-Trainerin in der Pflege, Bobath-Therapeutin, Validationsanwenderin, Entwicklerin des Aktivitas-Pflege-Konzeptes – einem auf Aktivierung ausgerichteten Konzept mit Anteilen aus der Kinästhetik, der Bobath-Therapie, der basalen Stimulation und anderer wahrnehmungsfördernder Konzepte, Veröffentlichung zur Pflege von Schlaganfall-Patienten, Vorträge zum Thema.

---

<sup>2</sup> Erklärungen zu möglichen Interessenskonflikten der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe liegen dem DNQP vor. Bei den beteiligten Expertinnen und Experten lagen zum Zeitpunkt der Aktualisierung des Expertenstandards keine Interessenskonflikte vor, die einer Mitwirkung in der Expertenarbeitsgruppe entgegenstanden.

### *Bianca Berger*

MScN, Dipl.-Pflegerin (FH), Mitautorin der Veröffentlichung „Kontrakturprophylaxe im Kontext der Bewegungsförderung“ (2012). Freiberufliche Referentin zum Thema der Mobilitätsförderung; seit 2019 wiss. Mitarbeiterin im Projekt „Prävention in (teil)stationären Pflegeeinrichtungen in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung mittels partizipativer Konzeptentwicklung“ an der Hochschule Esslingen.

### *Annett Horn*

Prof. Dr., Dipl.-Pflegerin (FH), Gesundheits- und Krankenpflegerin, Professur für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Münster, Forschungsprojekte und Veröffentlichungen zum Thema Bewegungsförderung in der Langzeitversorgung. Mitarbeit an einer Datenbank über bestehende Interventionen zur Bewegungsförderung (ZQP); Entwicklung einer Handreichung für Pflegefachkräfte/Einrichtungen zur Umsetzung bewegungsfördernder Maßnahmen; wiss. Mitarbeit an der Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Bewegungsförderung in Pflegeeinrichtungen (Lübecker Modell Bewegungswelten).

### *Dorte Kretschmar*

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Qualitätsmanagerin für den Bereich „Leben und Alter“ der Diakonie Düsseldorf; Teilnahme an der modellhaften Implementierung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“; Referentin für interne Fortbildungen zum Expertenstandard.

### *Anke Püttjer*

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Kinästhetik-Trainerin. Seit 2014 Dozentin an der Akademie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein; Teilnahme am Projekt zur Implementierung der „Lübecker Modell Bewegungswelten“; Veröffentlichungen zum Thema.

### *Sven Reuther*

Dr., MScN, Altenpfleger, Leitung Organisation und Entwicklung an den Städtischen Seniorenheimen Krefeld; Masterarbeit zum Thema: „Mobilitätsbeeinflussende Faktoren bei Bewohner/Innen in einem deutschen Altenpflegeheim – Fallanalysen über den Verlauf der Mobilität“; Vorträge und Veröffentlichungen zum Thema.

### *Andrea Schiff*

Prof. Dr., Diplom-Pflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Professorin für Pflegewissenschaft an der Katholischen Hochschule in Nordrhein-Westfalen am Standort Köln, Alter als thematischer Schwerpunkt sowohl bei der Diplom-Arbeit als auch bei der Promotion, Vorträge und Veröffentlichungen zum Thema.

### *Thomas Skiba*

Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegeexperte an der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit ist die Schulung, Anleitung und Beratung zur Bewegungsförderung und deren Umsetzung in pflegerischen Interventionen in allen pflegerischen Fachbereichen, Pflegefachberater für Beratung und Anleitung zur Sturzprophylaxe, Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und zuständig für die Implementierung der Expertenstandards Dekubitus- und Sturzprophylaxe.

### *Elke Schlesselmann*

Dr., Diplom-Pflegewirtin, Lehrerin für Pflegeberufe, Gesundheits- und Krankenpflegerin. Promotion zum Thema Bewegung. Stabsstelle Qualität bei der Bremer Heimstiftung. Freiberufliche Beraterin und Autorin. Buchveröffentlichung zum Thema Bewegung und Mobilitätsförderung.

### *Steve Strupeit*

Prof. Dr., MScN, Dipl.-Pfleger (FH), Gesundheits- und Krankenpfleger. Institutsdirektor des Instituts für Pflegewissenschaft der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd und Prodekan der Fakultät; Promotion zum Thema pflegerische Interventionen und pflegerische Beratung bei Mobilitätseinschränkungen; Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

### *Klaus Wingenfeld*

Prof. Dr., wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Im Rahmen des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ Definition von Mobilität als einem messbaren Indikator für den Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit; Mitentwickler des Neuen Begutachtungsassessment (NBA) und Mitgestaltung der in der Leistungsbeschreibung vorgenommenen Definition von Mobilität; Projektkoordination „Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe – eine empirische Bestandsaufnahme“ (IPW 2012).

## **Nutzervertreterin**

### *Barbara Eifert*

Diplom-Sozialwissenschaftlerin. Seit 1996 wiss. Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Wissenschaftliche Beraterin der Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen.

## **Externe Fachberatung**

### *Ellen Freiburger*

PD Dr., Diplom Psychogerontologin, Diplom-Sportwissenschaftlerin. Promotion zum Thema „Veränderung der Bewegungskoordination im Alter“; seit 2013 am Institut für Biomedizin des Alterns; Zahlreiche Projekte und Veröffentlichungen zum Thema.

*Regine Krampen*

Gesundheits- und Krankenpflegerin, M.A., Fachbereichsleiterin Obere Betreuungs- und Pflegeaufsicht/Fachbereich Pflege Hessen; Thematischer Schwerpunkt auf der ethischen Fragestellung im Zusammenhang mit Mobilität und partizipativen Entscheidungsprozessen in der Pflege.

*Silke Metzelthin*

Dr., M.Sc., Ergotherapeutin. Entwicklung eines Trainingsprogramms für den ambulanten Bereich („Stay active at home“) mit anschließender Evaluation, Promotion zum Thema Bewegungsförderung; Veröffentlichungen zum Thema.

### **Wissenschaftliche Mitarbeit Literaturstudie**

*Britta Bender*

M.Sc. (Public Health), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld.

*Dorit Schröder*

M.A. (Medizinmanagement), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld.

*Jolien Willert*

M.Sc. (Pflege – Advance Practice Nursing), Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

## 2.2 Präambel zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, 1. Aktualisierung 2020“

Mobilität und Mobilitätserhaltung sind für pflegebedürftige Menschen<sup>3</sup> und für Menschen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, von besonderer Wichtigkeit. Mobilität ist in vielen Lebensbereichen eine grundlegende Voraussetzung für Selbstständigkeit und autonome Lebensführung, für soziale Teilhabe, Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Bewegungsmangel und Mobilitätseinbußen gehören zu den zentralen Risikofaktoren für schwerwiegende Gesundheitsprobleme und sind zusammen mit kognitiven Beeinträchtigungen die wichtigsten Ursachen für dauerhafte Pflegebedürftigkeit. Die Mehrheit pflegebedürftiger Menschen<sup>4</sup>, die durch Pflegefachkräfte<sup>5</sup> versorgt werden, ist von Mobilitätseinbußen unterschiedlichster Ausprägung betroffen. Die Studienlage zeigt, dass Mobilitätseinschränkungen durch gezielte Förderung beeinflusst werden können.

Mobilitätserhaltung und Mobilitätsverbesserung sind daher zentrale Ziele einer professionellen Pflege. Pflegerische Maßnahmen zur Erhaltung oder Förderung der Mobilität tragen dazu bei, elementare Grundlagen der selbstständigen Lebensführung zu erhalten. Sie leisten darüber hinaus einen wichtigen Beitrag, um die Entstehung neuer Funktionseinbußen und gesundheitlicher Störungen zu verhindern, die sich ihrerseits auf die Mobilität auswirken und somit einen Prozess befördern, der in eine weitgehende Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe führt.

Erhaltung und Verbesserung von Mobilität weisen daher auch ein großes Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention auf. Dies gilt sowohl für den allgemeinen gesundheitlichen Status und elementare Ressourcen der Selbstpflege als auch für spezifische Risiken, mit denen sich pflegebedürftige Menschen konfrontiert sehen. Bei einer Sturz-, Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonie-, Dekubitus- oder Obstipationsgefährdung ist die Fähigkeit, sich fortzubewegen und eigenständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen, stets von elementarer Bedeutung. Dementsprechend sind Maßnahmen zur Verbesserung bzw. zum Erhalt dieser Fähigkeit ein wichtiges pflegefachliches Mittel, um diesen Gefährdungen frühzeitig entgegenzuwirken.

Der vorliegende Expertenstandard definiert Mobilität als die **Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen**. Lageveränderung und Fortbewegung umfassen den Lagewechsel im Liegen, Sitzen, das Aufstehen und das Umsetzen sowie das Gehen mit oder ohne Hilfen. Der Expertenstandard formuliert einen allgemeinen konzeptionellen Rahmen für die evidenzbasierte, bedürfnisgerechte Pflege zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. Er richtet sich an Pflegefachkräfte und Einrichtungen in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege, also Versorgungsbereiche, in denen die Begleitung pflegebedürftiger Menschen eine gewisse Kontinuität

---

<sup>3</sup> Die verwendeten Begrifflichkeiten für pflegebedürftige Menschen in den verschiedenen Settings sind unterschiedlich. Die Expertenarbeitsgruppe hat sich für diesen Expertenstandard dazu entschlossen, von dem pflegebedürftigen Menschen zu sprechen, da damit die Personen angesprochen sind, die nach § 14 SGB XI als pflegebedürftig gelten und für die dieser Expertenstandard gültig ist.

<sup>4</sup> Psychisch kranke Menschen, vor allem Menschen jüngeren oder mittleren Erwachsenenalters, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als pflegebedürftig gelten, weisen eher selten ein Mobilitätsrisiko auf. Gleichwohl kann es auch bei dieser Zielgruppe Probleme hinsichtlich der Mobilität geben, z.B. aufgrund von Antriebslosigkeit oder Müdigkeitserscheinungen aufgrund von Medikation, so dass auch sie Zielgruppe des Standards sein kann.

<sup>5</sup> In dieser Veröffentlichung werden unter dem Begriff „Pflegefachkraft“ die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in mit und ohne akademischen Grad) angesprochen.

aufweist und damit eine stetige Förderung der Mobilität möglich ist. Damit angesprochen sind ausdrücklich auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen jedoch manche Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität eine besondere Herausforderung darstellen und in Teilen auch an Grenzen stoßen. Die im Rahmen der Langzeitpflege ebenfalls stattfindende Versorgung von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen ist im Standard nicht explizit angesprochen.

An die Akutpflege im Krankenhaus stellen sich je nach Bereich vergleichbare, aufgrund der kurzen Verweilzeiten oft aber auch abweichende Anforderungen. Bei der Pflege in Rehabilitationseinrichtungen können Teile des Expertenstandards ebenfalls Anwendung finden, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Pflege hier in der Regel Teil definierter Programme ist, die von anderen Berufsgruppen strukturiert werden. Von Pflegefachkräften in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist der Standard prinzipiell anwendbar, sofern die dort geregelte Kooperation mit anderen Berufsgruppen einen geeigneten Handlungsrahmen bietet. In einigen Einrichtungen der Behindertenhilfe werden Bewegungsangebote von Physio-, Sporttherapeuten oder anderen Berufsgruppen durchgeführt oder koordiniert. Unter diesen Umständen sind verschiedene pflegfachliche Vorgaben des Standards auf diesen Versorgungsbereich nicht ohne weiteres übertragbar.

Aber auch in der Langzeitpflege ist für die systematische Förderung der Mobilität ein geeigneter Rahmen erforderlich. Soll sie Wirksamkeit entfalten, kann sie nicht nebenbei erfolgen, und es darf auch nicht den zufällig entstehenden Spielräumen im Versorgungsalltag überlassen bleiben, ob eine Förderung der Mobilität erfolgt oder nicht. Die Umsetzung des Standards setzt dementsprechend einen expliziten pflegerischen Auftrag voraus. Dieser entsteht durch die Vereinbarung zwischen einem pflegebedürftigen Menschen und einer Pflegefachkraft im Rahmen des Pflegeprozesses. Diese Verständigung erfolgt vor dem Hintergrund gesetzlicher, vertraglicher und finanzieller Rahmenbedingungen, die für die verschiedenen Bereiche der pflegerischen Versorgung unterschiedlich gestaltet sind.

Für die ambulante Pflege gelten einige andere strukturelle Voraussetzungen, um Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Rahmen des pflegerischen Auftrags vereinbaren zu können. Dies betrifft insbesondere die Gewährleistung einer engmaschigen Begleitung der Maßnahmen sowie der für den ambulanten Bereich besonders betonten Bedeutung von Information, Anleitung und Beratung.

In der stationären Versorgung besteht hinsichtlich der Vereinbarung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität eine größere Freiheit in der Planung und Gestaltung von Pflegemaßnahmen als in der ambulanten Pflege, da Pflegeleistungen pauschal und nicht richtungs- oder leistungsbezogen vergütet werden. Die Umsetzung der Maßnahmen in der ambulanten und stationären Pflege zur Erhaltung und Förderung der Mobilität erfordert eine Entsprechung in den zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen. Die Vertragsparteien sind hier gefordert, die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen.

Für die Kurzzeitpflege und die teilstationären Einrichtungen gilt einerseits Ähnliches wie für die stationäre Pflege, andererseits geht es nicht, wie in der stationären Pflege, um eine dauerhafte und kontinuierliche Gestaltung des Pflegeprozesses, sondern um eine zeitlich begrenzte Versorgung. Ihre Aufgabe besteht entsprechend ihres jeweiligen Auftrags und der individuellen Pflegesituation in edukativen Maßnahmen, wie z. B. Beratung, Vermittlung von Informationen und der Wahrung der Kontinuität von Maßnahmen, die im jeweiligen Versorgungssetting begonnen wurden und die es fortzuführen gilt. Daher sollte auch in diesen Einrichtungen ein Konzept zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege vorliegen, auf dessen Grundlage entsprechende mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen initiiert werden können.

Die Vereinbarung und Umsetzung eines pflegerischen Auftrags zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegefachkraft ist das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses. Als allgemeiner Grundsatz professionellen Pflegehandelns gilt dabei die Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des pflegebedürftigen Menschen. Dieses umfasst immer das Recht, auf Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität zu verzichten. Die Herausforderung für die Pflege besteht darin, dem pflegebedürftigen Menschen Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität darzulegen und Hinweise auf die damit verbundenen Chancen zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität aufzuzeigen. Da es oftmals nicht allein physische Faktoren sind, die zu einer Beeinträchtigung der Mobilität führen, sondern auch nachlassende Motivation oder Ängste einen Einfluss haben können, kommt diesen Aspekten eine hohe Bedeutung im Aushandlungsprozess zu.

Für die Erhaltung und Förderung der Mobilität werden im Expertenstandard drei verschiedene Maßnahmen unterschieden. Neben gezielten Einzel- und Gruppeninterventionen wird der Integration von mobilitätsfördernden Aspekten in Alltagsaktivitäten und alltäglichen pflegerischen Maßnahmen ein hoher Stellenwert eingeräumt. Bei der Umsetzung des Expertenstandards sind die jeweiligen Anforderungen in den verschiedenen Settings der Langzeitpflege zu berücksichtigen. So werden ambulante Pflegedienste, anders als voll- oder teilstationäre Einrichtungen, für ihre Klientel in der Regel keine eigenen Gruppenaktivitäten zur Förderung der Mobilität anbieten können, auch wenn diese grundsätzlich möglich sind. Demgegenüber hat die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen<sup>6</sup> in der ambulanten Pflege einen besonderen Stellenwert.

Der Expertenstandard orientiert sich ausschließlich an der Frage, wie Mobilität erhalten oder verbessert werden kann. Neben der individuellen Beratung, der Gestaltung der räumlichen Umgebung, der Nutzung von Hilfsmitteln und der Integration der Mobilitätsförderung in Alltagsaktivitäten sind körperliche Aktivität und Bewegungsübungen zentrale Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Körperliche Aktivität hat für pflegebedürftige Menschen jedoch auch unabhängig von diesem Ziel einen wichtigen Stellenwert, der im vorliegenden Standard aber nicht im Mittelpunkt steht. Analoges gilt für pflegerische Interventionen, die auf andere, spezifische Pflegeprobleme oder Risiken ausgerichtet sind. Dazu gehören unter anderem die Themen Sturzvermeidung, Kontrakturen oder Dekubitusgefährdung. Wenngleich es enge inhaltliche Bezüge zwischen Mobilitätserhalt und diesen Themen gibt, stellt der vorliegende Standard kein Konzept zur Vermeidung von Stürzen, Dekubitus o.ä. dar. Diese pflegerischen Aufgaben umfassen speziellere Fragen und die fachlichen Anforderungen sind zum Teil auch bereits in anderen Expertenstandards des DNQP dargelegt. Die Erhaltung und Förderung der Mobilität kann jedoch als übergeordnetes Ziel pflegerischen Handelns angesehen werden und einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung der genannten Gefährdungen leisten.

Insofern ist es empfehlenswert das Potenzial der Erhaltung und Förderung der Mobilität für die Risikovermeidung bewusst und schon in einem frühen Stadium der Pflegebedürftigkeit zu nutzen. Erhaltung und Förderung der Mobilität einerseits und die Vermeidung verschiedener gesundheitlicher Gefährdungen pflegebedürftiger Menschen andererseits sollten im Pflegeprozess explizit aufeinander abgestimmt werden.

---

<sup>6</sup> Wenn in dieser Veröffentlichung von Angehörigen gesprochen wird, liegt dem keine enge juristische Definition zugrunde. Vielmehr geht es um ein soziales Konzept, das die Personen mit ihren Beziehungen, und ihrer Bereitschaft, füreinander Verantwortung zu übernehmen, in den Blick nimmt. Die pflegebedürftigen Menschen selbst bestimmen, wer ihre Angehörigen sind. Dies können Verwandte, Freunde oder andere wichtige Personen aus dem Umfeld sein, die mit Zustimmung des pflegebedürftigen Menschen in die pflegerische Versorgung eingebunden sind.

Der Expertenstandard rückt die Bedeutung der Mobilität stärker in das Blickfeld der Pflegefachkräfte und der Einrichtungen. Hier steht auch insbesondere die Haltung der Pflegefachkräfte und der Einrichtung im Kontext von Mobilitätserhaltung und -förderung im Fokus. Durch die Integration einer systematischen Mobilitätsförderung in den Versorgungsalltag unter Wahrung des Grundsatzes der Bedürfnisorientierung ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität im Sinne einer wirksamen Prävention, gesteigerter Lebensqualität und vermehrter Teilhabechancen erreichbar. Auch die seit langem bemängelte Orientierung an Defiziten wird mit dem Standard – in einem Teilbereich des pflegerischen Handelns – zugunsten einer konsequenten Ressourcenorientierung aufgehoben.

Gleichwohl stellen Maßnahmen zur Erhaltung und zur Förderung der Mobilität die Pflegefachkräfte vor eine große Herausforderung. Die Expertenarbeitsgruppe geht davon aus, dass Pflegefachkräfte grundsätzlich für die Umsetzung dieses Expertenstandards befähigt sind. Wie bei anderen Expertenstandards auch sollten bei der Implementierung umfangreiche Fortbildungen durchgeführt werden, um die notwendigen Kenntnisse zu vertiefen. Diese umfassen das Wissen um die Faktoren, die auf die Mobilität Einfluss nehmen, aber auch eine Kompetenz zur Einschätzung komplexer pflegerischer Sachverhalte, das Wissen um geeignete Interventionen und nicht zuletzt das Wissen um die eigenen fachlichen Grenzen bzw. die Notwendigkeit, bei Bedarf andere Berufsgruppen mit einzubeziehen. Die Mobilitätsförderung ist ein Aufgabenfeld, in dem auch die Fähigkeit und Bereitschaft der Berufsgruppen zur Kooperation und zu einem verbindlich abgestimmten Vorgehen von größter Bedeutung ist. In diesem Sinne verbindet sich mit der Vorstellung dieses Expertenstandards der Wunsch, der Pflegepraxis einen Impuls für mehr Mut zur Bewegung im Pflegealltag zu geben.

Abschließend sei kurz auf die besonderen Herausforderungen hingewiesen, die mit diesem ersten Expertenstandard nach § 113a SGB XI einhergehen. Die im Gesetz verankerte unmittelbare Verbindlichkeit des Expertenstandards stellt für die Erhaltung und Förderung der Mobilität pflegebedürftiger Menschen zugleich Chance und Gefahr dar. Die Chance besteht darin, diesen Expertenstandard als wichtigen Impuls zu begreifen, um auf allen Ebenen die Voraussetzungen zu schaffen, die Mobilität pflegebedürftiger Menschen zu erhalten und zu fördern und damit eines der wichtigsten Ziele der Pflegeversicherung, die individuellen Folgen der Pflegebedürftigkeit abzumildern, zu unterstützen. Die Verbindlichkeit des Expertenstandards geht jedoch auch mit der Gefahr einher, zu starre Festlegungen zu treffen, um der verbindlichen Umsetzung zur Durchsetzung zu verhelfen. Im Expertenstandard wird Wert daraufgelegt, dass das Vorgehen individuell auf die Bedürfnisse und Problemlagen des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt ist. Bei der Einführung dieses Expertenstandards sollte der Schwerpunkt entsprechend darauf liegen, die Pflegefachkräfte in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bei der Erhaltung und Förderung der Mobilität pflegebedürftiger Menschen methodisch zu unterstützen und nicht das Abarbeiten von vermeintlichen Prüfinhalten in den Mittelpunkt zu stellen. Trotz der gesetzlichen Festlegung bleibt ein Expertenstandard ein Instrument der internen Qualitätsentwicklung. Er bietet den Pflegediensten und -einrichtungen die Chance, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege im Hinblick auf die Mobilität pflegebedürftiger Menschen entscheidend zu verbessern.

## 2.3 Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, 1. Aktualisierung 2020

Stand: Oktober 2020

<p><b>Zielsetzung:</b> Jeder pflegebedürftige Mensch erhält im Rahmen seiner Selbstbestimmung eine pflegerische Unterstützung, die zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beiträgt.</p>		
<p><b>Begründung:</b> Eine eingeschränkte Mobilität ist ein Risiko für pflegebedürftige Menschen. Sie kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zu einer Ortsfixierung und Bettlägerigkeit führen und mit dem Risiko weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen (wie z. B. Dekubitus, Sturz) einhergehen. Durch eine regelmäßige Einschätzung der Mobilität, differenzierte Informations- und Edukationsangebote, eine motivierende und mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung, das Angebot sowie die Koordination zielgerichteter, die Eigenaktivität fördernder Maßnahmen kann zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beigetragen werden. Eine so verstandene pflegerische Unterstützung hat gesundheitsfördernden Charakter. Die damit erreichte Mobilität hat eine große Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe sowie die Unabhängigkeit von anderen Personen.</p>		
Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p><b>S1 Die Pflegefachkraft</b> verfügt über die Kompetenz, die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen, sowie Umgebungsmerkmale, die für die Mobilität relevant sind, systematisch einzuschätzen und Gründe für Mobilitätsbeeinträchtigungen zu identifizieren.</p>	<p><b>P1 Die Pflegefachkraft</b> schätzt zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und Förderung der Mobilität ein. Sie wiederholt die Einschätzung regelmäßig in individuell festzulegenden Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren.</p>	<p><b>E1</b> Eine aktuelle Einschätzung der vorhandenen Mobilität und möglicher Probleme und Ressourcen im Zusammenhang mit der Mobilität liegen vor. Die Entwicklung der Mobilität ist abgebildet.</p>
<p><b>S2a Die Pflegefachkraft</b> verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordination von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.</p> <p><b>S2b Die Einrichtung</b> stellt sicher, dass Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements sind.</p>	<p><b>P2 Die Pflegefachkraft</b> plant und koordiniert in enger Absprache mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen sowie weiterer Berufsgruppen individuelle Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität unter Berücksichtigung seiner Präferenzen. Sie sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans.</p>	<p><b>E2</b> Ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität des pflegebedürftigen Menschen liegt vor.</p>
<p><b>S3a Die Pflegefachkraft</b> verfügt über die Kompetenz, den pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seine Angehörigen über die Bedeutung von Mobilität für die Gesundheit und den Erhalt von Selbstständigkeit zu informieren und sie durch Beratung und Anleitung darin zu unterstützen, Maßnahmen der Erhaltung und Förderung der Mobilität in ihren Lebensalltag zu integrieren.</p> <p><b>S3b Die Einrichtung</b> stellt Material zur Information, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zur Verfügung.</p>	<p><b>P3 Die Pflegefachkraft</b> bietet dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen Information, Beratung und Anleitung unter Berücksichtigung der bei der Einschätzung identifizierten Probleme, Wünsche und Ressourcen an.</p>	<p><b>E3</b> Der pflegebedürftige Mensch und gegebenenfalls seine Angehörigen sind über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität sowie Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert.</p>
<p><b>S4a Die Einrichtung</b> verfügt über personelle, materielle und räumliche Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung.</p> <p><b>S4b Die Pflegefachkraft</b> verfügt über Kompetenzen zur Ermöglichung und Durchführung von mobilitätsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen.</p>	<p><b>P4 Die Pflegefachkraft</b> unterbreitet dem pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität und führt die mit dem pflegebedürftigen Menschen vereinbarten Maßnahmen durch.</p>	<p><b>E4</b> Die in der Maßnahmenplanung festgelegten und zuvor vereinbarten Maßnahmen wurden durchgeführt und Änderungen vom Maßnahmenplan dokumentiert.</p>
<p><b>S5 Die Pflegefachkraft</b> verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und die Auswirkungen der Maßnahmen auf den pflegebedürftigen Menschen zu überprüfen.</p>	<p><b>P5 Die Pflegefachkraft</b> überprüft gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen sowie weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen den Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen. Bei Bedarf vereinbart sie mit dem pflegebedürftigen Menschen auf Grundlage einer erneuten Einschätzung Veränderungen am Maßnahmenplan.</p>	<p><b>E5</b> Eine Evaluation der vereinbarten Maßnahmen liegt vor.</p>

## 2.4 Kommentierungen der Standardkriterien

### **S1 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen, sowie Umgebungsmerkmale, die für die Mobilität relevant sind, systematisch einzuschätzen und Gründe für Mobilitätsbeeinträchtigungen zu identifizieren.**

Alle Menschen, die pflegerische Unterstützung benötigen, weisen ein erhöhtes Risiko auf, Beeinträchtigungen der Mobilität oder eine Verstärkung von Mobilitätseinbußen zu erleben. Aus diesem Grund sieht der Standard keine gesonderte Identifizierung von Risikogruppen vor (vgl. P1), sondern richtet sich an alle pflegebedürftigen Menschen.

Mobilität und Mobilitätsbeeinträchtigungen sind komplexe Phänomene, die nicht allein auf der Grundlage einer *Einschätzung von Bewegungsfähigkeiten* beurteilt werden können. Für eine fachlich adäquate Gesamtbeurteilung müssen weitere Faktoren einbezogen werden. Dazu gehören *biografische Aspekte* sowie *körperliche, kognitive und psychische Ressourcen bzw. Beeinträchtigungen*, die für die Mobilität und für die Motivation des pflegebedürftigen Menschen von Bedeutung sind. Des Weiteren müssen *Merkmale der materiellen und sozialen Umgebung*, die auf die individuelle Mobilität und ihre Entwicklung Einfluss nehmen, berücksichtigt werden. *Erkrankungen und aktuell durchgeführte therapeutische Maßnahmen* können ebenfalls einen besonderen Stellenwert haben (vgl. Kommentierung zu P1). Die Pflegefachkraft sollte über Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, die erforderlich sind, um diese Aspekte zu erfassen, zuverlässig zu beurteilen und zu dokumentieren.

Empfehlungen zur Wahl bestimmter Einschätzungsinstrumente lassen sich aus dem aktuellen Stand der Forschung nicht ableiten (vgl. Kap. 3.4). Es existiert kein Instrument, mit dem sich sämtliche der oben genannten Teilaspekte erfassen ließen. Die Literaturanalyse ergab auch keine Hinweise auf die Überlegenheit von Einschätzungen mit Hilfe standardisierter Instrumente gegenüber kriteriengeleiteten pflegefachlichen Einschätzungen. Für die Einschätzung der Mobilität und der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren kommen daher sowohl die kriteriengeleitete, pflegefachliche Einschätzung als auch die Einschätzung mit Hilfe von Einschätzungsinstrumenten in Betracht. In beiden Fällen sind die unter P1 aufgeführten Inhalte zu berücksichtigen.

Die Einschätzung der Mobilität ist Teil der pflegefachlichen Gesamteinschätzung zu Beginn und im Verlauf des Pflegeprozesses. Sie weist zahlreiche inhaltliche Bezüge zu anderen pflegefachlichen Einschätzungen auf, z. B. zur Einschätzung des Sturzrisikos oder des Dekubitusrisikos. Die Pflegefachkraft sollte über das Wissen und die Fähigkeit verfügen, diese inhaltlichen Bezüge zu erkennen, um Doppeleinschätzungen zu vermeiden.

**P1 Die Pflegefachkraft schätzt zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und Förderung der Mobilität ein. Sie wiederholt die Einschätzung regelmäßig in individuell festzulegenden Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren.**

Im Rahmen einer jeden Einschätzung zur Bestimmung des individuellen Pflegebedarfs ist die Frage zu beantworten, welche Beeinträchtigungen, Ressourcen und Umgebungsbedingungen die individuelle Mobilität beeinflussen und welche Möglichkeiten vorliegen, vorhandene Ressourcen zu erhalten oder zu verbessern und Risiken für Mobilitätseinbußen zu beseitigen oder zu verringern. Individuelle Wünsche und Vorstellungen des pflegebedürftigen Menschen werden mitefassen. Für alle Aspekte der Einschätzung der Mobilität gilt, dass die Perspektive des pflegebedürftigen Menschen von hoher Bedeutung ist und explizit einzubeziehen ist. Folgende Aspekte sind bei der Einschätzung zu berücksichtigen:

- **Aktueller Status der Mobilität:** Der aktuelle Status der Mobilität umfasst die Fähigkeit, selbstständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen oder sich selbstständig über kurze Strecken fortzubewegen. Unabhängig davon, ob ein bestimmtes Einschätzungsinstrument verwendet wird oder eine kriteriengeleitete pflegefachliche Einschätzung stattfindet, sollten mindestens folgende Fähigkeiten berücksichtigt werden:
  - selbstständige Lagewechsel in liegender Position (eingeschlossen ist dabei das selbstständige Aufrichten in eine sitzende Position)
  - selbstständiges Halten einer aufrechten Sitzposition
  - selbstständiger Transfer (aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen)
  - selbstständige Fortbewegung/selbstständiges Gehen über kurze Strecken (Wohnräume)
  - selbstständiges Treppensteigen.
- **Früherer Status der Mobilität:** Die Erhebung des früheren Mobilitätsstatus ist u. a. wichtig, um Veränderungen der Mobilität im Zeitverlauf zu erkennen, die aktuelle Situation besser beurteilen und bei Maßnahmen zur Mobilitätsförderung biografische Bezugspunkte bestimmen zu können. Dabei geht es um die Beantwortung der Frage nach Lebensgewohnheiten mit Mobilitätsbezug und der Motivation, die für den pflegebedürftigen Menschen in früheren Jahren charakteristisch waren. Hierzu gehören auch Aussagen zum Abbau von Fähigkeiten, die zum jetzigen Status führten.

Neben diesen zentralen Aspekten der Mobilitätseinschätzung gibt es vielfältige Einflussfaktoren, die auf die individuelle Mobilität einwirken und im Rahmen der Einschätzung berücksichtigt werden sollten. Dazu gehören:

- **Individuelle körperliche Beeinträchtigungen und Ressourcen**, die den aktuellen Status der Mobilität bestimmen: Sie umfassen Aspekte, wie beispielsweise Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen des Bewegungsapparates oder Adipositas, die die individuelle Beweglichkeit signifikant einschränken.
- **Individuelle kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen**, die für die Mobilität von Bedeutung sind: Diese Beeinträchtigungen und Ressourcen sind nach Auffassung der Expertenarbeitsgruppe integraler Bestandteil einer Mobilitätseinschätzung. Sie üben ebenso wie körperliche Faktoren maßgeblichen Einfluss auf die Möglichkeiten und Grenzen der Fortbewegung aus. Sie umfassen u. a. das Wissen und die

Motivation der pflegebedürftigen Menschen, die für die Feststellung eines Beratungsbedarfs relevant sein können. Mit psychischen Beeinträchtigungen/Ressourcen sind dabei auch die emotionale Situation oder die Selbststeuerungskompetenz angesprochen, wie beispielsweise starke, vom pflegebedürftigen Menschen nicht steuerbare motorische Aktionen, Auswirkungen von Psychopharmaka oder motorische Unruhe bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die die Möglichkeit zur Teilnahme an regelmäßigen Gruppenaktivitäten zur Förderung der Mobilität begrenzen.

- **Merkmale der materiellen und sozialen Umgebung**, die auf die individuelle Mobilität und ihre Entwicklung Einfluss ausüben: Umgebungsmerkmale umfassen sowohl soziale wie auch materielle Probleme und Ressourcen. Die Nutzung von Hilfsmitteln und die Beschaffenheit der räumlichen Umgebung, die sich hemmend, aber auch fördernd auf die Mobilität auswirken können, sind dabei ebenso von Bedeutung wie die Möglichkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen/Angehörigen. Letzteres setzt nicht nur die Einschätzung ihrer Motivation, sondern auch ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten zur zielgerichteten Förderung von Mobilität voraus.
- **Erkrankungen und aktuell durchgeführte therapeutische Maßnahmen**, denen ein besonderer Stellenwert für die individuelle Mobilität und ihre Entwicklung zukommt: Die Pflegefachkraft sollte in der Lage sein, den Einfluss der vorliegenden Erkrankungen und therapeutischen Maßnahmen auf die Mobilität und die Entwicklung der Mobilität einzuschätzen. Maßnahmen können beispielsweise pflegerische Bewegungskonzepte, physiotherapeutische oder auch medikamentöse Maßnahmen umfassen, die sich direkt oder indirekt auf die Mobilität auswirken. Gemeinsam mit dem Hausarzt oder einem Apotheker könnten z. B. verordnete Medikamente auf unerwünschte, die Mobilität einschränkende, Nebenwirkungen (wie z. B. Schwindel, Müdigkeit) geprüft werden.

Diese oben genannten Aspekte und Einflussfaktoren werden bei pflegerischen Einschätzungen häufig routinemäßig erfasst und dokumentiert. Einrichtungen, die so verfahren, benötigen selbstverständlich keine zusätzlichen Instrumente. Einrichtungen, in denen bereits mit Einschätzungsinstrumenten gearbeitet wird oder die planen, neue Instrumente einzuführen, sollten prüfen, ob die genannten Kriterien berücksichtigt werden.

Die Expertenarbeitsgruppe geht davon aus, dass die oben genannten Aspekte eine ausreichende Basis darstellen, um auch einen etwaigen Informations-, Beratungs- und Anleitungsbedarf des pflegebedürftigen Menschen und/oder seiner Angehörigen feststellen zu können.

Der Einsatz von spezifischen Instrumenten (vgl. Literaturstudie Kap. 4.2) zur Einschätzung von Balance, Gehgeschwindigkeit oder ähnlichen Aspekten kann sinnvoll sein, beispielsweise dann, wenn Veränderungen der betreffenden Fähigkeiten im Zeitverlauf detailliert beschrieben werden sollen.

Bei der Einschätzung sollte den charakteristischen Merkmalen der jeweiligen Versorgungssituation Aufmerksamkeit gewidmet werden, denn aus ihnen lässt sich ableiten, wo Schwerpunkte der Einschätzung liegen sollten. Beispielhaft kann dies anhand der folgenden drei Konstellationen für Bewegungseinschränkungen deutlich gemacht werden:

- *Weitgehende Immobilität*: Diese Situation ist nicht gleichzusetzen mit vollständiger Immobilität in liegender Position. Innerhalb unterschiedlicher Positionen (Rücken-, Seiten- und Sitzpositionen) gibt es Möglichkeiten, einen Rest von Mobilität zu erhalten oder anzuregen. Bei der pflegerischen Einschätzung geht es hier insbesondere darum, Bewegungen,

die noch selbstständig ausgeführt werden können, und solche, die unterstützt bzw. angeleitet werden müssen, zu identifizieren. Dazu gehört z. B. auch die Identifizierung noch erhaltener Fähigkeiten zur geringfügigen Bewegung, die auf vorhandene Mobilitätsressourcen hindeuten können.

- *Teilmobilität außerhalb des Bettes:* Hierbei liegt der Schwerpunkt der Einschätzung auf Transfer, Balance, Rumpfkontrolle, Stehen, Standsicherheit und Gehfähigkeit. Zu beachten sind hierbei auch Teilaspekte wie Kraftreserve, Energie und Motivation, die für den Aufenthalt außerhalb des Bettes verfügbar sind. Als problematisch ist es anzusehen, wenn allein die Zeit, die jemand außerhalb des Bettes verbringt, als Indikator für eine Mobilitätsverbesserung verwendet wird. Die Pflegekraft sollte fachlich und individuell einschätzen, wie lange der pflegebedürftige Mensch im Stuhl sitzen kann, damit es nicht zu einer Überforderung oder Ortsfixierung/Immobilität auf einem Stuhl kommen kann.
- *Mobilität außerhalb des Bettes:* In dieser Konstellation liegen Schwerpunkte eher auf den Themen selbstständiger Transfer, dem aktiven Rollstuhlfahren bzw. Nutzung von Gehhilfen, Gehen in den Wohnräumen, Korridoren oder Etagen und Ausdauer. Mit zunehmender *Selbstständigkeit* des pflegebedürftigen Menschen im Bereich der Mobilität gewinnen Umgebungsfaktoren an Bedeutung. So sind beispielsweise mögliche Gefährdungen durch Teppiche, Gegenstände unter Kniehöhe, Schwellen oder kontrastarme Gegenstände zu beachten. Aber auch Gegenstände, die die Beweglichkeit im Raum unterstützen (z. B. das Sich-Festhalten ermöglichen), sollten berücksichtigt werden.

Der Standard macht keine konkreten zeitlichen Vorgaben für die Aktualisierung der Einschätzung. Er legt vielmehr fest, dass die Einschätzung in regelmäßigen, individuell festzulegenden Abständen und bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren wiederholt werden soll. Die Entscheidung über den individuellen Zeitabstand ergibt sich aus dem aktuellen gesundheitlichen Status, der Versorgungssituation und ggf. den individuellen Pflegezielen. Bei pflegebedürftigen Menschen, die kürzlich ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben (z. B. Schlaganfall), ist es sinnvoll, den Mobilitätsstatus innerhalb kurzer Fristen (z. B. von täglich bis zu einem drei- oder vierwöchigem Abstand) neu einzuschätzen. Bei pflegebedürftigen Menschen in einer stabilen gesundheitlichen Situation kann ggf. ein Abstand von einigen Monaten ausreichen. Die Fristen können auch je nach Gegenstand der Einschätzung unterschiedlich ausfallen. Beispielsweise ist es denkbar, dass die Frist zur Einschätzung des Mobilitätsstatus bei einem pflegebedürftigen Menschen in der Langzeitpflege im Einzelfall kürzer ausfällt als die Frist zur Einschätzung von Umgebungsfaktoren, weil sich die relevanten personellen und materiellen Umgebungsbedingungen nicht kurzfristig ändern. Im Versorgungsalltag sind vielfältige Konstellationen denkbar, wodurch die Festlegung **einheitlicher** Fristen fachlich nicht zu rechtfertigen wäre.

Gleichwohl sollte die regelmäßige Einschätzung mit anderen Prozessen zeitlich in Einklang gebracht werden. Dies gilt insbesondere für die regelmäßig durchzuführende Ergebniserfassung in der stationären Langzeitpflege, wie sie in den geltenden Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität nach § 113 SGB XI sowie der geltenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung festgelegt sind, bei der Teilaspekte der Mobilität ohnehin neu eingeschätzt werden müssen.

Bei Veränderungen der gesundheitlichen Situation sollten alle bisherigen Einschätzungen auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden. Kehrt beispielsweise ein vormals bereits pflegebedürftiger Mensch nach einem zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt in sein gewohntes Umfeld zurück,

müssen sich die Pflegefachkräfte vergewissern, ob sich die Voraussetzungen für Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität verändert haben. Gleiches gilt für schwerwiegende Sturzverletzungen und andere akute Ereignisse mit gravierenden Folgen.

Die wiederholte Einschätzung der Mobilität kann auch im Rahmen der Evaluation der Pflegemaßnahmen erfolgen. Nähere Hinweise finden sich in der entsprechenden Kommentierung zur Standardebene 5.

### **E1 Eine aktuelle Einschätzung der vorhandenen Mobilität und möglicher Probleme und Ressourcen im Zusammenhang mit der Mobilität liegen vor. Die Entwicklung der Mobilität ist abgebildet.**

Die Ergebnisse der Einschätzung in allen genannten Dimensionen sollten in übersichtlicher Form dokumentiert werden. Dies umfasst Aussagen zu folgenden Punkten:

- Früherer und aktueller Status der Mobilität,
- körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen, die als hinderlich für Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung von Mobilität anzusehen sind,
- körperliche, kognitive und psychische Ressourcen, die als besonders förderlich für Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung von Mobilität anzusehen sind,
- relevante Umgebungsfaktoren und Hilfsmittel und die Art ihrer Wirkung (mobilitätsfördernd/mobilitätshemmend),
- Besonderheiten, beispielsweise besonders wichtige krankheits- und therapiebedingte Einflüsse oder individuelle Risiken für einen (weiteren) Mobilitätsverlust,
- Hinweise auf einen etwaigen Informations-, Beratungs- und Anleitungsbedarf des pflegebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen,
- Benennung möglicher Ansatzpunkte zur Mobilitätsförderung, die sich aus der Einschätzung ergeben (z. B. Benennung der Fähigkeiten, die zielgerichtet trainiert werden könnten, Veränderungen der Umgebungsgestaltung, Hilfsmiteleinsetz).

Damit sollte die Situation des pflegebedürftigen Menschen zutreffend beschrieben und eine hinreichende Grundlage für die Maßnahmenplanung geschaffen sein.

Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt, den aktuellen Status der Mobilität so zu erfassen, dass Entwicklungen im Zeitverlauf ohne nennenswerten zusätzlichen Aufwand dargestellt werden können. Hier ist insbesondere die Zusammenführung mit anderen Prozessen, wie die bereits erwähnte Ergebniserfassung in der stationären Pflege empfehlenswert, welche die Entwicklung der Mobilität im Zeitverlauf abbilden. Die Statuserfassung sollte außerdem so erfolgen, dass sie kurzfristig als Information beim Übergang des pflegebedürftigen Menschen in ein Krankenhaus bzw. eine andere Pflegeeinrichtung nutzbar ist (vgl. P1). Aber auch umgekehrt sollten Pflegefachkräfte bei Entlassungen aus dem Krankenhaus ihre Beobachtungen zur Mobilität den nachsorgenden Berufsgruppen und Angehörigen mitteilen.

## **S2a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordination von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.**

Im Zusammenhang mit dem Erhalten und dem Fördern der Mobilität ist zu beachten, dass die jeweiligen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen individuell und biographisch geprägt sind und die Möglichkeit besteht, dass die Bedürfnisse nicht immer mit dem professionell ermittelten Bedarf übereinstimmen. In diesem Spannungsfeld zwischen Bedarf und Bedürfnis benötigt die Pflegefachkraft die Kompetenz, einen Aushandlungsprozess zu gestalten, um die pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich zur Mobilität anzuregen und mobilitätsfördernde Maßnahmen in den Alltag zu integrieren. Je größer dabei die Kontinuität in der Betreuung ist, desto besser werden verborgene Ressourcen, zugrundeliegende Ängste, eine mögliche Rücksichtnahme auf die Belastung der Pflegefachkräfte und Veränderungen der Mobilität erkannt. Von daher eignen sich Bezugspflegesysteme, bei denen die zentrale Verantwortung für die Planung und Koordination in der Hand einer festen Pflegefachkraft ruht, besonders für die Sicherstellung einer mobilitätserhaltenden und -fördernden Pflege.

Pflegerische Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität sind in Ergänzung zu den Maßnahmen anderer Berufsgruppen (wie bspw. Physio- und/ oder Ergotherapie) zu sehen, die ebenfalls zur Mobilität pflegebedürftiger Menschen beitragen. Sie sollen diese keinesfalls ersetzen, sondern zielgerichtet und in einem strukturierten Rahmen zum Wohl des pflegebedürftigen Menschen geplant durchgeführt werden. Die Pflegefachkraft kennt Inhalt und Zweck der therapeutischen Maßnahmen und berücksichtigt sie in der individuellen Tagesstruktur bzw. Maßnahmenplanung.

Zur Planung und Koordination benötigt die Pflegefachkraft aktuelles Wissen zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im stationären und ambulanten Bereich. Planungs- und Koordinationskompetenz umfasst auch die Information weiterer beteiligter Berufsgruppen über identifizierte Mobilitätsbeeinträchtigungen, um ggf. diagnostische und therapeutische Maßnahmen rechtzeitig anregen zu können. Die Pflegefachkraft ist außerdem in der Lage, geplante Maßnahmen in Absprache mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen zu koordinieren. Die Voraussetzungen zur Übernahme der Planungs- und Koordinationsverantwortung unterscheiden sich zum Teil erheblich zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. So finden sich im stationären Bereich eher Formen der fest vereinbarten und institutionellen Kooperation zwischen den Berufsgruppen, die ein gutes Fundament für die Zusammenarbeit bilden. Im ambulanten Bereich gilt es, die Kooperation jeweils fallspezifisch individuell herzustellen. Die Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste sind dabei recht schnell ausgeschöpft. Dennoch sollte im Bedarfsfall der Versuch unternommen werden, andere Berufsgruppen (wie z. B. Hausärzte, Physiotherapeuten) in die Versorgungssituation mit einzubeziehen.

Die Pflegefachkraft sollte über zielgruppenspezifische Angebote außerhalb der Einrichtung bzw. in der unmittelbaren Umgebung des Wohnortes informiert sein. Denn häufig werden bereits durch andere Anbieter (Seniorenorganisationen, Sportvereine oder Gesundheitszentren etc.) im Ort regelmäßig Maßnahmen vorgehalten, die ggf. auch in der Einrichtung durchgeführt bzw. von dem pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen werden können.

## **S2b Die Einrichtung stellt sicher, dass Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements sind.**

Da Beeinträchtigungen der Mobilität als generelles Risiko für pflegebedürftige Menschen angesehen werden können und für Maßnahmen zur Erhaltung oder Förderung der Mobilität keine Eingrenzung auf eine bestimmte Risikogruppe vorgenommen wird, empfiehlt es sich, im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (z. B. im Qualitätsmanagementhandbuch oder einem Konzept zur Mobilitätsförderung) Aussagen zu treffen, aus denen das einrichtungs- und settingspezifische Vorgehen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität als einem übergeordneten Qualitätsziel deutlich wird. Somit ist sichergestellt, dass eine am Bedürfnis und Bedarf des pflegebedürftigen Menschen orientierte Erbringung von Maßnahmen erfolgt und Verantwortlichkeiten, Abläufe und Maßnahmen beschrieben sind. Die Einrichtung muss sicherstellen, dass alle an der Versorgung Beteiligten über das vereinbarte Vorgehen informiert sind. In der Einrichtung bereits bestehende Konzepte sollten in Hinblick auf die Erhaltung oder Förderung der Mobilität geprüft und ggf. ergänzt werden. Die konzeptionellen Inhalte sollten auch für externe Beteiligte (z. B. Hausärzte, Angehörige) in Form von zielgruppenspezifischen Informationen (Informationsabende und -materialien) bekannt gemacht werden, um so eine bessere Akzeptanz von Maßnahmen zur Erhaltung oder Förderung der Mobilität zu erreichen. Bei der konkreten Ausgestaltung sind Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich zu beachten. Während im stationären Bereich z. B. konkreter beschrieben werden kann, wie durch die Schaffung eines mobilitätsfördernden Umfelds und entsprechender Angebote Mobilität erhalten und gefördert wird, kann der Schwerpunkt in der ambulanten Pflege auf einem umfassenden Beratungskonzept liegen. Für die stationäre Pflege bestehen nach § 5 SGB XI zudem Möglichkeiten zur Förderung von Leistungen durch die Pflegekassen. Für die ambulante Pflege besteht diese Möglichkeit leider nicht. Im Qualitätsmanagementhandbuch oder einem schriftlichen Konzept zur Erhaltung und Förderung der Mobilität können Aussagen gemacht werden:

- zum Stellenwert der Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Einrichtung
- zu unterschiedlichen, einrichtungsspezifischen Vorgehensweisen (Einschätzung, Dokumentation, Verlaufsbeobachtung, Evaluation) und Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität (Einzel- und Gruppenmaßnahmen, spezifische Angebote),
- zum Vorgehen bei Information, Beratung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen und ggf. Ehrenamtlichen,
- zum Angebot regelmäßiger zielgruppenspezifischer Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen für alle an der Versorgung Beteiligten,
- zur Kooperation mit Therapeuten, Sanitätshäusern, Sportvereinen, Kirchengemeinden, Ehrenamtlichen und anderen mit Fragen der Mobilität befassten Gruppen,
- zum Einsatz von notwendigen und individuell angepassten sowie technisch einwandfreien Hilfsmitteln, mit dem Ziel, Bewegung zu fördern und nicht zu hemmen,
- zu Kompetenzen und Aufgaben sowie zur Verantwortung der an der Versorgung Beteiligten,
- zu Maßnahmen zur Gestaltung einer bewegungsförderlichen Umgebung, z. B. Gestaltung von Räumlichkeiten und Gängen, die zur Bewegung motivieren, geeignete und ausreichend vorhandene Sitzmöbel, das Anbringen von Bildern im Wohnbereich oder die Umsetzung angemessener Lichtverhältnisse,
- zu bedarfsbezogenen Fallbesprechungen zur Mobilitätsförderung und zum Mobilitätserhalt mit dem Ziel, Maßnahmen abzustimmen und ggf. ethischen Fallbesprechungen.

**P2 Die Pflegefachkraft plant und koordiniert in enger Absprache mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen sowie weiterer Berufsgruppen individuelle Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität unter Berücksichtigung seiner Präferenzen. Sie sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans.**

Die Pflegefachkraft plant und vereinbart mit dem pflegebedürftigen Menschen und, mit seiner Zustimmung, mit seinen Angehörigen auf der Grundlage der individuellen Einschätzung von Bewegungsressourcen und -einschränkungen sowie den zugrundeliegenden Ursachen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. In einem gemeinsamen Entscheidungsprozess mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. den Angehörigen entscheidet sie, welche Einzel- oder Gruppenmaßnahmen in Frage kommen und bespricht und plant die gezielte Förderung der Eigenbewegung bei Pflegemaßnahmen sowie die Einbindung von Übungen zur Verbesserung der Mobilität in den Alltag. Ist dieser gemeinsame Entscheidungsprozess erschwert, z. B. bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und ggf. fehlenden Angehörigen, so erfordert dies eine sehr sensible Beobachtung von Verhaltensweisen und die Berücksichtigung von biografischen Aspekten (siehe hierzu auch Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz).

Hierbei werden die aktuellen Vorlieben und Wünsche sowie Gewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen ermittelt und einbezogen, um eine möglichst große Motivation für die geplanten Maßnahmen zu erreichen. Zusätzlich zu gezielten Maßnahmen, wie z. B. regelmäßige Geh- oder Balanceübungen, sollten Anlässe identifiziert werden, die den pflegebedürftigen Menschen motivieren, sich zu bewegen. Das kann die Teilnahme an Gemeindetreffen oder der Besuch auf dem Friedhof sein. Die einzelnen Maßnahmen sollen in einem Maßnahmenplan zusammengeführt werden, der für alle Berufsgruppen einsehbar ist. Zu beachten ist, dass die individuellen Maßnahmen, auch unterschiedlicher Berufsgruppen, aufeinander abgestimmt sind.

Die zuständige Pflegefachkraft initiiert bei Bedarf einen strukturierten multiprofessionellen Austausch auf Grundlage der intern festgelegten Vereinbarungen (vgl. Kommentierung zu S2b), der von den Kenntnissen über den aktuellen Mobilitätsstatus geleitet wird und der dazu dient, einen gemeinsamen Maßnahmenplan zu erstellen. In vollstationären Pflegeeinrichtungen übernimmt sie die Verantwortung für die Koordination der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie z. B. der Physiotherapie, Medizin, Orthopädiotechnik und Ergotherapie. In einigen Pflegeeinrichtungen gibt es bereits angestellte Physio- oder Ergotherapeuten, welche die Anleitung von Pflegenden und auch von Angehörigen übernehmen sowie individuelle Lösungen zur Mobilitätsförderung und den Einsatz eines Hilfsmittels oder die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen beim Gehen schulen können. Inzwischen gibt es auch viele spezialisierte Pflegefachkräfte, die über besondere Kenntnisse zu Konzepten der Mobilitätsförderung verfügen und bei der Planung von Maßnahmen eingebunden werden können. Bedeutsam ist zudem die Abstimmung mit Apotheken und Hausärzten hinsichtlich die Mobilität beeinflussender Medikamente.

Bei Bedarf initiiert die Pflegefachkraft multiprofessionelle Fallgespräche zum Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität, um auf dieser Grundlage die Maßnahmenplanung mit den anderen Berufsgruppen abzustimmen. Die Maßnahmenplanung sollte verschiedene Wege zur Erhaltung und Förderung der Mobilität enthalten, so z. B. neben praktischen Übungen auch

Anleitung und Schulung sowie unterschiedliche Trainings im Hinblick auf Muskelaufbau, Ausdauer und Balance.

In enger Kooperation mit den jeweiligen Fachexperten erfolgt die Auswahl geeigneter Hilfsmittel. Die individuelle Anpassung der Hilfsmittel an die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen, sowie die Einweisung in den Umgang mit diesen obliegt in erster Linie den Therapeuten und Orthopädietechnikern. Die Pflegenden integrieren die Hilfsmittel in die alltäglichen Pflegeaktivitäten. Die Einrichtung ist dadurch nicht von ihrer Pflicht zur Gewährleistung eines sicheren Umgangs mit Hilfsmitteln entbunden.

Die zuständige Pflegefachkraft stellt sicher, dass die pflegerischen Maßnahmen zur Mobilitätsförderung kontinuierlich angeboten werden (bei ambulanter Pflege: soweit Mobilitätsförderung Bestandteil des pflegerischen Auftrags ist). Damit ist sowohl die Einhaltung einer zeitlichen Kontinuität (Einhaltung von festen Zeiten und vereinbarten Terminen) als auch eine inhaltliche Kontinuität (gezieltes Einüben alltäglicher Bewegungsabläufe und gezielter Bewegungsübungen, die Maßnahmen werden von allen Beteiligten nach gleichen Prinzipien vermittelt) gemeint. Wichtig ist die geplante Integration in die alltäglichen Pflegemaßnahmen und eine Verteilung von Angeboten über den ganzen Tag, um eine Ballung von Angeboten und damit eine Überforderung zu vermeiden.

Allgemeingültige Empfehlungen oder Vorgaben zur Häufigkeit, Dauer und Intensität, mit der mobilitätsfördernde Bewegungsübungen durchgeführt werden sollten, kann es selbstverständlich nicht geben. Sie stehen immer in Abhängigkeit von den Zielen, der Zielgruppe und der Art der Übungen.

Manche Interventionsprogramme beinhalten feste Vorgaben, von denen die Einrichtungen möglichst nicht abweichen sollten, wenn sie die betreffenden Programme einsetzen. Bei anderen Maßnahmen existieren solche Vorgaben nicht, oder sie unterscheiden sich je nach körperlichen und kognitiven Voraussetzungen der jeweiligen Zielgruppe. In diesen Fällen ist es unumgänglich, dass die Einrichtungen selbst Festlegungen treffen. Hierbei können sie verschiedene Orientierungshilfen nutzen. So formuliert beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO), gestützt auf wissenschaftliche Untersuchungen, verschiedene allgemeine Empfehlungen zum Niveau körperlicher Aktivität zur Gesunderhaltung. Dazu gehört auch die Empfehlung für Personen im Alter ab 65 Jahren, wöchentlich mindestens 2,5 Stunden mäßig anstrengend körperlich aktiv zu sein *oder* etwa die Hälfte dieser Zeit mit intensiver belastenden Aktivitäten zu verbringen. Für Personen mit schon bestehender Mobilitätseinschränkung wird empfohlen, mindestens drei Mal wöchentlich mobilitätsfördernde Aktivitäten zur Verbesserung von Balance und Sturzprävention durchzuführen. Besteht das Ziel in der Kräftigung der Muskulatur, sollte mindestens an zwei Tagen pro Woche trainiert werden. Ist es, so die Empfehlung der WHO, aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht möglich, die genannte Intensität zu erreichen, so sollte aber doch das Belastungsniveau angestrebt werden, das auf der Grundlage der verbliebenen Ressourcen möglich ist (WHO 2010). Ähnliche Hinweise findet man in Empfehlungen des Bundesgesundheitsministeriums, in gesundheits- und sportwissenschaftlichen Publikationen sowie in physiotherapeutischen Fachbeiträgen, die sich mit der Bewegungsförderung bei älteren Menschen beschäftigen.

Dies kann, wie schon angesprochen, lediglich eine Orientierungshilfe sein. Eine individuelle Anpassung ist, besonders im Falle bestehender Pflegebedürftigkeit, immer erforderlich. Werden mit der Mobilitätsförderung beispielsweise spezifische Verbesserungen angestrebt (z.B. Verbesserung der Bewegungskoordination, Körperkraft, Balance o.ä.), kann es sinnvoll sein,

die Frequenz der Übungen wesentlich zu erhöhen (z.B. täglich oder vier Mal wöchentlich), wenn es die körperliche Verfassung und die Motivation des pflegebedürftigen Menschen zulassen. Umgekehrt verdeutlichen die Empfehlungen der WHO, dass mobilitätsfördernde Maßnahmen, die lediglich einmal wöchentlich durchgeführt werden, allenfalls geringe Erfolge erwarten lassen.

Bei einem Krankheitsgeschehen (z. B. nach Fieber, Grippe) oder einem kurzfristigen Unwohlsein des pflegebedürftigen Menschen sorgt die Pflegefachkraft dafür, dass die Maßnahmen angepasst und anschließend wiederaufgenommen werden. Für die Kontinuität der Maßnahmen ist es wichtig, den pflegebedürftigen Menschen immer wieder zu motivieren und bei einer Verschlechterung der Mobilität frühzeitig zu reagieren.

Bei einer Verschlechterung der Mobilität oder bei bestimmten Diagnosen, die die Mobilität einschränken (z. B. Apoplexie, Parkinson, Schmerzen), kann sich die Notwendigkeit zusätzlicher diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ergeben. Die Pflegefachkraft verfügt über die erforderliche Kompetenz, die hierfür erforderlichen Schritte einzuleiten. In der ambulanten Pflege sollte gemeinsam mit dem Hausarzt und den Angehörigen geprüft werden, ob die Planung von ergänzenden Maßnahmen angebracht ist.

Zudem regt die zuständige Pflegefachkraft Kooperationen mit externen Anbietern an, um die Mobilität von pflegebedürftigen Menschen im jeweiligen Lebensumfeld zu fördern. Die pflegebedürftigen Menschen werden dazu motiviert, an Angeboten zur Bewegungsförderung außerhalb der Wohnung oder Einrichtung teilzunehmen. Insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege werden wohnortnahe Angebote von Sportvereinen, Volkshochschulen oder Gemeinden aufgezeigt. Zu prüfen ist allerdings, ob solche Angebote im Einzelfall, unter Berücksichtigung der vorliegenden Beeinträchtigungen und Ressourcen, für den pflegebedürftigen Menschen überhaupt in Betracht kommen und individuell geeignet sind. Nur dann sollten sie in die Beratung einbezogen werden. Wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot wahrnehmen möchte, koordiniert die Pflegefachkraft die Möglichkeit der Teilnahme, z. B. indem sie die Beförderung oder eine Begleitung dafür organisiert.

Bei Problemen im Zusammenhang mit der Mobilität, wie z. B. der dauerhaften Ablehnung von Maßnahmen, empfiehlt die Expertenarbeitsgruppe eine Fallbesprechung im Pflegeteam oder berufsgruppenübergreifend mit dem Ziel einer Entscheidungsfindung. Im ambulanten Bereich sollte bei entsprechenden Beobachtungen das Gespräch mit den Angehörigen gesucht werden, sofern dafür das Einverständnis des pflegebedürftigen Menschen vorliegt. Wünsche und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bleiben bei der Entscheidungsfindung der maßgebliche Faktor.

## **E2 Ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität des pflegebedürftigen Menschen liegt vor.**

Die individuellen, mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen vereinbarten Maßnahmen sind im Team besprochen und wie auch die Ergebnisse von Fallbesprechungen und weiteren Vereinbarungen in der Pflegeplanung dokumentiert. Alle am Prozess

beteiligten Berufsgruppen haben Zugriff auf den Maßnahmenplan und dokumentieren Veränderungen. Die Umsetzung der Maßnahmen sowie die Zielerreichung werden durch die Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Koordinationsverantwortung regelmäßig überprüft.

**S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seine Angehörigen über die Bedeutung von Mobilität für die Gesundheit und den Erhalt von Selbstständigkeit zu informieren und sie durch Beratung und Anleitung darin zu unterstützen, Maßnahmen der Erhaltung und Förderung der Mobilität in ihren Lebensalltag zu integrieren.**

Die Kompetenz zu Information, Beratung und Anleitung im Bereich der Mobilitätsförderung umfasst eine Vielzahl an Kenntnissen und Fähigkeiten. Von grundlegender Bedeutung sind soziale Kompetenzen und die Fähigkeit, Sachverhalte in einer für den Adressaten nachvollziehbaren Weise sprachlich zum Ausdruck zu bringen.

Information, Beratung und Anleitung sind durch unterschiedliche Vorgehensweisen gekennzeichnet und haben jeweils auch ein anderes Potenzial:

- **Information** durch die Pflegefachkraft umfasst die Übermittlung von Fakten und Einschätzungen im Gespräch. Sie kann durch verschiedene Medien schriftlich, akustisch oder visuell unterstützt oder ergänzt werden. Information dient vorrangig der Erweiterung des Kenntnisstandes. Umfang und Art der Information muss den Möglichkeiten des Adressaten entsprechen. Dabei wird vorausgesetzt, dass der Adressat selbst in der Lage ist, Wissen in Handeln oder Verhaltensänderungen umzusetzen. Informationsübermittlung kann aber auch darauf abzielen, Interesse an einem Thema zu entwickeln und dadurch Motivation zu fördern.
- Die professionelle pflegerische **Beratung** hat zum Ziel, die Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit des pflegebedürftigen Menschen bzw. seiner Angehörigen bezogen auf die Erhaltung oder Förderung der Mobilität zu verbessern, die hierzu erforderlichen Kompetenzen zu stärken und bei Bedarf die Entscheidungsfindung zu unterstützen. Unter **Beratung** sind ein oder mehrere Gespräche zwischen der Pflegefachkraft und dem pflegebedürftigen Menschen (ggf. seinen Angehörigen) zu verstehen, die entweder die Handlungskompetenz der Adressaten verbessern sollen („ressourcenfördernde Beratung“) oder dazu dienen, die Entwicklung einer Lösung für ein Problem oder eine Aufgabe zu unterstützen. Information ist immer Bestandteil von Beratung. Beratung ist allerdings ein ergebnisoffener Prozess. Der pflegebedürftige Mensch bzw. dessen Angehörige entscheiden sich ggf. für ein Vorgehen, das aus der Sicht der Pflegefachkraft keine Priorität hätte.
- **Anleitung** ist die unterstützende Begleitung von praktischem Handeln, bei dem die Pflegefachkraft die Handlungen des Adressaten verbal begleitet (kommentiert, dirigiert, korrigiert), Handlungssequenzen vorführt oder auf andere Weise beim Erlernen oder eigenständigen Durchführen von bestimmten Handlungen hilft. Unter Schulung wird eine planvolle Veranstaltung verstanden, die auf einem feststehenden Konzept beruht und bei der die Lerninhalte vermittelt und eingeübt werden können (Wissen und Wissensanwen-

dung im konkreten Handeln). Schulungen können als Gruppen- oder Einzelschulung erfolgen. Information ist immer und Anleitung häufig Bestandteil von Schulungen. Anleitung und Schulung haben gegenüber der reinen Information oder einem Beratungsgespräch den Vorteil, dass das jeweilige Thema auf der Ebene des praktischen Handelns bearbeitet werden kann. Das (wiederholte) Ausprobieren und Reflektieren von Übungen und Handlungen bietet bessere Aussichten auf Akzeptanz und damit Verhaltensänderung und Nachhaltigkeit als die „reine Theorie“. Besonders wichtig sind Motivation und emotionale Aspekte. Zahlreiche Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zeigen, dass langfristige Verhaltensänderungen wenig wahrscheinlich sind, wenn sie lediglich aus Vernunftgründen angestrebt werden. Eigenmotivation und positive Gefühle erhöhen die Erfolgsaussichten in hohem Maße. Maßnahmen der Anleitung sollten dies bei der Entscheidung über das konkrete Vorgehen berücksichtigen.

Zur Unterstützung dieser Maßnahmen kann auch schriftliches oder bildhaftes Informationsmaterial nützlich sein, insbesondere wenn die Angehörigen die Zielgruppe sind. Das Material kann selbst hergestellt oder von verschiedenen Institutionen bezogen werden, ist grundsätzlich aber auf Angemessenheit der Inhalte zu prüfen.

Die Pflegefachkraft muss wissen, wie ein professionelles Beratungsgespräch oder eine professionelle Anleitung aufgebaut wird. Diese Anforderung unterscheidet sich nicht von den Anforderungen, die in anderen pflegerischen Aufgabenfeldern bestehen, in denen Beratung oder Anleitung erfolgen sollen. Darüber hinaus benötigt die Pflegefachkraft umfangreiches Fachwissen zum Themenkreis Mobilität und Mobilitätsförderung. Dieses Wissen umfasst

- die allgemeine Bedeutung von Mobilität für die Gesunderhaltung und den Erhalt von Selbstständigkeit,
- den potenziellen Einfluss körperlicher, kognitiver und psychischer Ressourcen bzw. Beeinträchtigungen auf die Mobilität sowie Einflüsse der materiellen und sozialen Umgebung und Folgen von Erkrankungen und therapeutischen Maßnahmen für die Mobilität (vgl. Kommentierung zu S1 - E1),
- mögliche Gründe für die fehlende Motivation zur Beteiligung an Übungen und Programmen
- Möglichkeiten der Nutzung geeigneter Kursangebote der verschiedenen Institutionen in der näheren Umgebung,
- Expertise anderer Berufsgruppen, die einen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Mobilität leisten können
- regelmäßige Bewegungsübungen, die allein, mit professioneller Unterstützung oder unter Begleitung von Angehörigen durchgeführt werden können,
- Möglichkeiten, Alltagshandlungen so zu organisieren, dass sie die zur Erhaltung und Förderung der Mobilität erforderlichen Fähigkeiten aktivieren,
- den angemessenen Umgang mit Hilfsmitteln und die Überprüfung der Maßnahme auf ihre Wirkung (z. B. Antirutschmatten, Rutschbretter, Block zum Höhenausgleich bei kleinen Menschen, denen der Bodenkontakt mit den Füßen fehlt).

Nicht alle Wissensbereiche haben in den verschiedenen Versorgungssettings die gleiche Relevanz. Die Frage nach der selbstständigen Nutzung von Kursangeboten einer Krankenkasse oder anderer Anbieter beispielsweise stellt sich häufiger bei ambulanter Versorgung.

Die Pflegefachkraft muss in der Lage sein zu erkennen, welche Information dem Interesse, den Bedürfnissen, den personalen Ressourcen, der gesundheitlichen Situation und den Lebensumständen des Adressaten entspricht. Wird diese Frage außer Acht gelassen, entsteht nicht nur das Risiko, dass Informationen von vornherein wirkungslos bleiben, sondern auch die Gefahr einer körperlichen Überforderung. Mobilität ist eine der Aktivitäten, aus der betagte Menschen sich zurückziehen oder diese ablehnen können, z. B. als Reaktion auf die Lebensverhältnisse oder auch „um keine Arbeit zu machen“. Pflegefachkräfte müssen daher in der Lage sein, in einem sensiblen Aushandlungsprozess mit dem pflegebedürftigen Menschen z. B. zugrundeliegende Ängste oder Rücksichtnahme auf das Pflegepersonal zu identifizieren, um angemessen und individuell beraten zu können.

Von den individuellen Ressourcen des Adressaten hängt auch ab, ob Information, Anleitung oder Beratung durchführbar sind und wie sie im Einzelnen ausgestaltet werden sollen. Die Pflegefachkraft muss daher über die Kompetenz verfügen, die Lernvoraussetzungen sowie körperliche und motivationale Voraussetzungen des Adressaten realistisch einzuschätzen. Ein Beratungsgespräch, das in hohem Maße kognitive Fähigkeiten voraussetzt, stellt für pflegebedürftige Menschen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen keine wirksame Unterstützung dar. Hier sind besondere Formen der Informationsgabe und eine spezifische Anleitung zu berücksichtigen. Für Pflegefachkräfte schwieriger zu beurteilen ist die Situation von pflegebedürftigen Menschen mit vermindertem Antrieb, fehlender Motivation oder verminderter Selbstwirksamkeitserwartung.

Die Pflegefachkraft muss also in der Lage sein, auf der Grundlage der Einschätzung und unter Berücksichtigung der individuellen Situation des pflegebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen zu beurteilen, ob und wie Information, Beratung oder Anleitung einen Beitrag zur Erhaltung oder Verbesserung der Mobilität leisten können. Dabei sollte die Pflegefachkraft auch sinnvolle Schnittstellen zu anderen pflegerischen Problemen erkennen und gegebenenfalls im Beratungsgespräch berücksichtigen. So kann beispielsweise die Beratung zur Förderung der Mobilität mit einer Beratung zur Sturzprophylaxe gemeinsam erfolgen.

### **S3b Die Einrichtung stellt Material zur Information, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zur Verfügung.**

Im Rahmen der einrichtungsinternen Regelungen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität sollte festgelegt sein, welches Informationsmaterial für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vorgehalten und zur Verfügung gestellt werden soll. Ebenso sollten Materialien für die Beratung und Anleitung im Rahmen angebotener Programme zur Erhaltung und Förderung der Mobilität verfügbar sein.

**P3 Die Pflegefachkraft bietet dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen Information, Beratung und Anleitung unter Berücksichtigung der bei der Einschätzung identifizierten Probleme, Wünsche und Ressourcen an.**

Information, Beratung und Anleitung finden auch unabhängig vom Ziel der Mobilitätsförderung in vielen Situationen des Pflegealltags statt. So weist eine ressourcenfördernde Pflege, mit der die Eigenaktivität des pflegebedürftigen Menschen angeregt, Funktionsbeeinträchtigungen gemindert und vorhandene Fähigkeiten gestärkt werden sollen, immer Anteile von Information und Anleitung auf, zum Teil sogar Anteile von Beratung. Information und Anleitung finden bei vielen konkreten Maßnahmen zur Mobilitätsförderung statt, z. B. bei Bewegungsübungen oder beim korrekten Einüben des Transfers aus dem Bett. Sie sind als genuiner Bestandteil solcher Maßnahmen zu verstehen und dienen vorrangig dazu, den pflegebedürftigen Menschen darin zu unterstützen, diese Maßnahmen korrekt durchzuführen.

Im vorliegenden Zusammenhang werden nur solche Maßnahmen angesprochen, die unabhängig von definierten Bewegungsübungen durchgeführt werden, um

- die Motivation und Kompetenz des pflegebedürftigen Menschen und/oder seiner Angehörigen zur eigenverantwortlichen Durchführung von mobilitätserhaltenden/-fördernden Maßnahmen zu stärken oder
- gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder seinen Angehörigen Möglichkeiten zu erschließen, wie sie durch Verhaltensänderungen oder die Nutzung von geeigneten Angeboten mobilitätserhaltende/-fördernde Maßnahmen in ihren Lebensalltag integrieren können.

Die Pflegefachkraft unterbreitet dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen das *Angebot* einer Information, Beratung oder Anleitung. Dabei sollte in kurzen und klaren Worten erläutert werden, was dieses Angebot beinhaltet und warum eine Information, Beratung oder Anleitung zum Thema für wichtig erachtet wird. Bevor eine Beratung oder eine Schulung durchgeführt wird, sollte die Bereitschaft der pflegebedürftigen Person dafür abgeklärt werden. Vor Beginn dieser Maßnahmen ist abzuklären, ob auf Seiten des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen ein Wunsch danach besteht. Eine unaufgeforderte Beratung zur Mobilitätsförderung, an der die Adressaten kein Interesse aufbringen, widerspricht dem Grundsatz individueller Bedarfs- und Bedürfnisorientierung und wäre im Übrigen auch wirkungslos.

Eine besondere Herausforderung entsteht an diesem Punkt bei Menschen mit Demenz. Im mittleren und späten Stadium der Demenz sind sie nicht in der Lage, ein solches Angebot vollständig nachzuvollziehen, den potenziellen Nutzen zu erfassen und ihr Interesse zu kommunizieren. Während bei ambulanter Versorgung in aller Regel pflegende Angehörige anwesend sind und angesprochen werden können, gibt es für pflegebedürftige Menschen in der stationären Langzeitpflege meist keine analoge Möglichkeit. In diesem Fall muss auf der Basis der Kenntnis des pflegebedürftigen Menschen, seiner Biografie und seiner aktuellen Bedürfnisse beurteilt werden, ob ein Interesse besteht. Kognitive Fähigkeiten stellen eine wichtige Voraussetzung für das Verarbeiten von Information und Beratung dar. Daher kommen diese Angebote im mittleren und späten Stadium der Demenz häufig nicht mehr in Betracht, weshalb dann die situationsangemessene Anleitung im Vordergrund steht. Insbesondere bei Menschen mit Demenz sollten tagesformabhängige Schwankungen erkannt und berücksichtigt

werden, um Möglichkeiten für eine Informationsgabe wahrnehmen zu können, aber auch, um frühzeitig eine Überforderung zu erkennen.

Formulieren der pflegebedürftige Mensch oder seine Angehörigen den Wunsch nach Information, Beratung und Anleitung, so sollte zunächst eine Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten des Adressaten und sonstiger Voraussetzungen für Verhaltensänderungen und die Aneignung von Wissen erfolgen. Dies kann auf den Ergebnissen der ersten Einschätzung aufbauen (vgl. Kommentierung zu S1-E1). Umfang und Tiefe des Vorgehens werden dann darauf abgestimmt. Die Wahl der Methode muss sich u. a. an den kognitiven und physischen Möglichkeiten des pflegebedürftigen Menschen ausrichten, um eine Über- oder auch Unterforderung zu vermeiden. Bei einem Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen ist die Wahl des Vorgehens besonders wichtig. Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt, bei dieser Personengruppe nach Möglichkeit die praktische Anleitung in den Mittelpunkt zu stellen.

In der Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder seinen Angehörigen zum Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität können, je nach Lebenssituation und Versorgungsumgebung, u. a. folgende Inhalte von Bedeutung sein:

1. Die **Bedeutung von Bewegung** für die Gesundheit und den Erhalt von Selbstständigkeit sowie die Folgen von Immobilität. Dabei wird häufig das Vorurteil reflektiert werden müssen, dass Ruhe und Schonung stets eine „richtige“ Maßnahme darstellen, was im Einzelfall jedoch zumeist nicht zutrifft.
2. **Krankheitsspezifische Aspekte:** Die Erkrankungen des pflegebedürftigen Menschen spielen eine große Rolle und bestimmen häufig die Möglichkeiten und Grenzen, aber auch besondere Anforderungen der Mobilitätsförderung. Bei Morbus Parkinson beispielsweise sind andere Aspekte und Risiken zu beachten als bei einer Hemiplegie oder nach einer hüftnahen Fraktur.
3. **Handlungsgewohnheiten und Verhaltensänderungen im Alltag:** Hierunter fallen beispielsweise Themen wie gewohnte Bewegungsmuster, Umgang mit Hilfsmitteln, Arten des Transfers, die Art und Weise, wie Alltagsaufgaben erledigt werden oder die Integration neuer und/oder zusätzlicher Übungseinheiten in den Alltag. Auch die Suche nach Gründen für fehlende Motivation oder Angst davor, sich zu bewegen, kann von Bedeutung sein.
4. **Räumliche Gestaltung der Wohnumgebung:** In einem Beratungsgespräch kann beispielsweise die Platzierung des Mobiliars thematisiert werden (wie müssen Möbel im Raum gesichert werden, damit diese als „Stütze“ zum Laufen verwendet werden können oder genügend Platz ist, um sich z. B. mit dem benötigten Hilfsmittel bewegen zu können). Auch die jeweilige Sitzhöhe sollte berücksichtigt werden, um zu verhindern, dass ein eigenständiges Aufstehen aus zu tiefen Möbeln nicht mehr möglich ist.
5. **Einstellungen und Emotionen:** Beratungsgespräche können dazu genutzt werden, eine bestehende Angst vor Stürzen, aufgrund derer die Fortbewegung mit und ohne Hilfsmittel vermieden wird, zu reduzieren bzw. weitere Gründe, warum sich jemand nicht bewegen möchte, zu thematisieren.
6. **Nutzung von Angeboten:** Auch die Frage, ob es geeignete, den individuellen Ressourcen entsprechende Übungsangebote gibt und wie sie regelmäßig genutzt werden könnten, kann Gegenstand von Information und Beratung sein.

7. **Integration von Bewegungsübungen in den Alltag:** Damit ist die Frage angesprochen, welche Bewegungsübungen sich im Einzelfall eignen, um sie ohne Risiken selbstständig durchzuführen, und wie sie im Detail ausgestaltet werden sollten (Häufigkeit, Dauer, Intensität und korrekte Ausführung).
8. **Berücksichtigung weiterer pflegerischer Anforderungen mit Mobilitätsbezug** (z. B. Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Kontinenzförderung, Ernährungsmanagement).

### *Settingspezifische Unterschiede bei Information, Anleitung und Beratung*

Die ambulante, stationäre oder teilstationäre pflegerische Versorgung stellen verschiedene Pflegesettings dar, deren Rahmenbedingungen den Umfang, Inhalt und die Unterstützungsform (Information, Beratung und Anleitung) wesentlich beeinflussen. Anpassungen sind notwendig, weil einerseits die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen und andererseits die Möglichkeiten der Pflegefachkräfte stark variieren. Auch der konkrete pflegerische Auftrag definiert Bedingungen, an denen sich das Handeln der Pflegefachkraft ausrichten muss.

### *Ambulante Dienste*

Für ambulante Pflegedienste bieten sich verschiedene Anlässe für die Information, Anleitung und Beratung. Diese Anlässe sind an unterschiedliche Voraussetzungen gebunden. Für eine kontinuierliche Beratung im Rahmen mehrerer wöchentlicher Pflegeeinsätze bedarf es der leistungsrechtlichen Voraussetzungen in Form eines entsprechenden Leistungskomplexes oder der Vereinbarung flexibler, zeitorientierter Vergütungsansätze. Nur so kann eine kontinuierliche Beratung über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, die auch die Möglichkeit zur Reflexion von Erfahrungen oder Schwierigkeiten bietet. Die Beratung im Rahmen eines Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI muss aus naheliegenden Gründen anders aufgebaut werden. Allerdings werden diese Besuche nicht selten über viele Jahre erbracht, so dass es zu längeren Beratungsprozessen kommen kann. Vermittelt werden können in diesem Zusammenhang auch Informationsveranstaltungen im Quartier und Informationsbroschüren zum Thema Mobilität. Bei weiteren Besuchen kann die Entwicklung der Mobilität eingeschätzt und ggf. gezieltere Unterstützung angeboten werden. Ambulante Pflegedienste, die mit den Pflegekassen einen Vertrag über die Durchführung individueller häuslicher Schulungen nach § 45 SGB XI abgeschlossen haben, verfügen über die Möglichkeit, gezielte Anleitung und Schulung zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der häuslichen Umgebung anzubieten und durchzuführen.

Im ambulanten Bereich geht es vorrangig darum, wesentliche Risiken für eine Mobilitätseinschränkung deutlich zu machen. Bei Bedarf können Kontakte hergestellt werden, z. B. zu Wohnraumberatungsstellen oder Pflegebüros/Pflegestützpunkten. Im Bedarfsfall können auch Gruppenveranstaltungen durch Einrichtungen der ambulanten Versorgung in Kooperation mit weiteren lokalen Anbietern (Selbsthilfegruppen, Sanitätshäuser) eine wichtige Informationsquelle für die pflegebedürftigen Menschen zum Thema Mobilität sein. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Information, Beratung und Schulung in der ambulanten Pflege eine inten-

sive Auseinandersetzung mit dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen voraussetzt, da der Pflegeanteil und die Verantwortlichkeit für den Alltag bei den Angehörigen in der Regel sehr hoch sind. Außerdem ist die Pflegefachkraft nur eine begrenzte Zeit des Tages im häuslichen Umfeld. Es ist außerdem relevant, ob der pflegebedürftige Mensch oder die pflegenden Angehörigen Adressaten der Maßnahmen sind. Sollen pflegende Angehörige mobilitätsfördernde Übungen in den häuslichen Alltag integrieren, müssen sie die Kompetenz entwickeln, den pflegebedürftigen Menschen adäquat anzuleiten und zu motivieren. Dadurch entstehen besondere Anforderungen an die pflegerische Beratung und Anleitung (die alleinige Information wäre in diesem Fall keine geeignete Maßnahme). Individuelle häusliche Schulungen stellen auch dafür ein geeignetes Instrument dar, wobei darauf hinzuweisen ist, dass diese auch ausdrücklich auf die Angehörigen und nicht allein die pflegebedürftigen Menschen anzuwenden sind. In der Logik der Leistungen der Pflegeversicherung stehen diese den pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung und sind nicht auf die Angehörigen ausgerichtet. Angesichts ihrer großen Bedeutung für die häusliche Pflege sind jedoch auch die Angehörigen Adressaten von Information, Beratung und Anleitung.

#### *Voll- und teilstationäre Einrichtungen*

Da in diesen Settings der pflegerische Anteil in Bezug auf psychische und physische Unterstützung besonders hoch ist, bezieht sich die Beratung häufiger auf komplexe Pflegesituationen und die Motivation der pflegebedürftigen Menschen, sich wieder aktiv selbst zu bewegen. Aufgrund fehlender Studienlage kann keine Aussage über die Effektivität und die Art und Weise von Information, Beratung und Schulung im Setting vollstationäre Einrichtung getroffen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Beratung, vor allem, wenn sie partizipativ und zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist, positiv auf das Beratungsziel auswirkt.

Eine besondere Rolle kann dem wachsenden Bereich der teilstationären Pflege bei der Erhaltung und Förderung von Mobilität zukommen. Die mehrstündige Begleitung in der Tagespflege kann die noch zuhause lebenden pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörige intensiv mit Informationen unterstützen und durch Anleitung beispielsweise den richtigen Umgang mit Hilfsmitteln einüben. Auch in der stationären Pflege sollten Angehörige bei vorhandener Bereitschaft in die Beratung und Anleitung eingebunden werden, da sie Einfluss auf die Motivation und die kontinuierliche Einhaltung von Maßnahmen nehmen können. In teilstationären und stationären Pflegebereichen können pflegebedürftige Menschen und Angehörige allein aus organisatorischen Gründen einfacher durch Informationsveranstaltungen erreicht werden.

### **E3 Der pflegebedürftige Mensch und gegebenenfalls seine Angehörigen sind über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität sowie Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert.**

Die Bedeutung von Mobilität und die Folgen bei Einschränkung der Bewegungsfähigkeit sind dem pflegebedürftigen Menschen (und ggf. den Angehörigen) bekannt. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen haben ein Verständnis für die Bedeutung der Mobilität in ihrer

jeweiligen Lebenssituation entwickelt. Letztlich entscheiden jedoch die Adressaten selbst darüber, ob und wie sie auf Vorschläge der Bewegungsförderung eingehen. Für Pflegefachkräfte kann dies eine Herausforderung darstellen, da sie sich in ihrer täglichen Arbeit nicht entmutigen lassen dürfen, wenn sich Verhaltensänderungen nicht kurzfristig einstellen.

Maßnahmen der Information, Beratung und Anleitung sowie die dabei thematisierten Schwerpunkte werden schriftlich dokumentiert. Bei länger andauernder Begleitung (z. B. bei einem mehrmonatigen Beratungsprozess) wird auch eine zusammenfassende Beschreibung und Bewertung der Umsetzung von Veränderungen, die sich der pflegebedürftige Mensch (oder ggf. seine Angehörigen) vorgenommen hat, in die Dokumentation aufgenommen.

#### **S4a Die Einrichtung verfügt über personelle, materielle und räumliche Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung.**

Pflegeeinrichtungen müssen durch das Vorhalten einer geeigneten personellen und materiellen Infrastruktur die Durchführung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen ermöglichen. Sinnvoll ist die Überprüfung bereits bestehender einrichtungsinterner Handlungskonzepte in Hinblick auf Mobilitätsförderung. Zu beachten ist, dass nicht alle pflegebedürftigen Menschen mit nur einem einheitlichen Angebot erreicht werden können. Vielmehr bedarf es einer Auswahl geeigneter Maßnahmen, um der Heterogenität der Zielgruppe und den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Pflegebedürftige Menschen, die über ausreichend kognitive Fähigkeiten verfügen, aber stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, müssen ebenso berücksichtigt werden wie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei gut erhaltener Mobilität und Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen die meiste Zeit im Bett verbringen.

Aufgrund der hohen Bedeutung, die der Erhaltung und der Förderung der Mobilität zukommen, ist eine Erweiterung des bestehenden Leistungsspektrums (z. B. in Form weiterer Leistungskomplexe oder durch die Einführung flexiblerer Leistungsformen) anzuraten, da andernfalls die im Standard beschriebene Mobilitätsförderung durch ambulante Pflegedienste kaum möglich sein wird. Die Durchführung mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen setzt eine mobilitätsfördernde Umgebung und ausreichend qualifiziertes Personal voraus. Für Gruppenaktivitäten in der voll- und teilstationären Pflege müssen geeignete räumliche Ressourcen und Materialien vorgehalten werden. Darüber hinaus muss die Einrichtung dafür Sorge tragen, dass die Angebote dauerhaft stattfinden und regelmäßig besucht werden können, da nur durch kontinuierliche Durchführung und Teilnahme ein nachhaltiger Effekt erzielt werden kann.

##### *Eine mobilitätsfördernde Umgebung gestalten: Voll- und teilstationäre Einrichtungen*

Um eine mobilitätserhaltende und -fördernde Umgebung zur Verfügung zu stellen, müssen verschiedene Aspekte, die eine sichere und aktive Bewegung/Eigenbewegung ermöglichen, berücksichtigt werden. Hierzu zählen gute Lichtverhältnisse, rutschhemmende Fußböden, Haltegriffe, Handläufe, kippsicheres Mobiliar, flache Stufen in Treppenhäusern und auch Möglichkeiten zum Ausruhen – also ausreichend Sitzgelegenheiten und verfügbare Liegemöbel.

Eine stationäre Einrichtung kann schon durch eine zur Bewegung motivierende Umgebung den Bewegungsradius pflegebedürftiger Menschen enorm erweitern. Relativ leicht umzusetzende Maßnahmen sind beispielsweise eine individuell eingestellte Betthöhe, Buffet-Tische, die mit Getränken und Snacks ausgestattet sind oder gemütliche Sitzecken, die dazu anregen, das eigene Zimmer oder das Bett zu verlassen. Einen größeren Aktivitätsradius ermöglicht oftmals schon die Anregung, gemeinsam mit anderen im Speisesaal zu essen oder einen Ausflug in der Gruppe zu unternehmen. Bewegung sollte auch außerhalb eines Gebäudes ermöglicht werden und ein barrierefreier Zugang nach „draußen“ vorhanden sein. Dies schließt auch ebenerdig zu erreichende Gartenanlagen und/oder Bewegungspfade ein, um beispielsweise gemeinsam im Garten spazieren zu gehen.

Während viele Einzelangebote auf wenig Raum durchgeführt werden können und daher in kleinen Räumen (z. B. im Zimmer des pflegebedürftigen Menschen) umsetzbar sind, sollten für Gruppenangebote größere Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Nur hier kann für die Umsetzung komplexer Bewegungsabläufe (beispielsweise beim Koordinations- und Krafttraining oder Tanzen) mehreren Personen gleichzeitig ausreichend Platz zur Verfügung gestellt werden.

Für einige mobilitätserhaltende und -fördernde Maßnahmen werden spezielle Materialien benötigt (z. B. Gewichtsmanschetten, Hanteln, Übungsbänder aus Gummi), die die Pflegeeinrichtung für die Durchführung zur Verfügung stellen muss. Um neben gezielten Einzel- und Gruppenangeboten auch eine regelmäßige und kontinuierliche Bewegung im Alltag zu ermöglichen, muss die Pflegeeinrichtung entsprechend ausgestattet sein, mit z. B. Haltegriffen an den Wänden und entsprechendem kippstabilen Mobiliar. Da einige Hilfsmittel, die von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen genutzt werden, individuell an die Situation der pflegebedürftigen Menschen angepasst werden müssen, hat die Einrichtung dafür Sorge zu tragen, dass Mitarbeiter im Umgang mit diesen Hilfsmitteln geschult sind bzw. entsprechende Kooperationen, z. B. mit Sanitätshäusern oder Physiotherapeuten, bestehen.

Aufgrund der bisherigen Studienlage können keine Hinweise zur Wirksamkeit unterstützender Technik (z. B. durch Powerplate, Motomed, Fitnesstracker etc.) auf die Erhaltung oder Förderung der Mobilität gegeben werden. Dies trifft auch auf die Wirkung von IT-gestützten Verfahren zu. Hier liegen bisher kaum belastbare Erkenntnisse vor. Technik kann jedoch als sinnvolle Ergänzung bei mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen eingesetzt werden. Wichtig erscheint bei einer Abwägung, dass die gemeinsame Nutzung von technikgestützten Maßnahmen (z. B. Spiele auf der Wii) für einzelne pflegebedürftige Menschen motivationsförderlich sein kann, sich überhaupt zu bewegen. Beim Einsatz technischer Unterstützung sollten jedoch immer mögliche negative Konsequenzen bedacht werden.

Die erfolgreiche Implementierung von mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die es als Einrichtung oder Dienst im Vorfeld zu berücksichtigen gilt. Die Mitarbeiter müssen von der Sinnhaftigkeit der Angebote überzeugt sein (z. B. Bedeutung der Mobilität für die Gesundheit und Autonomie der pflegebedürftigen Menschen). Zusätzlich sollte klar sein, welche Gruppe an pflegebedürftigen Menschen die Maßnahmen ansprechen sollte (z. B. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) und welche Qualifizierungsmaßnahme im Vorfeld für die Mitarbeiter erfolgen sollte. Darüber hinaus ist es wichtig zu evaluieren, ob beispielsweise die angedachte Zielgruppe auch erreicht

wurde oder inwieweit die Maßnahmen korrekt und kontinuierlich umgesetzt werden (u. a. Häufigkeit und Dauer der Übung).

Zur Orientierung für die Einrichtungen gibt es in der Zwischenzeit eine Reihe von Informationen, auf die zurückgegriffen werden kann. So stellt z. B. das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) für die Auswahl möglicher Interventionen eine Übersicht sowie eine Handreichung zur Implementierung eines Programms zur Verfügung.<sup>7</sup>

### *Eine mobilitätsfördernde Umgebung gestalten: Ambulante Dienste*

Viele der Vorschläge für den stationären Bereich können auch in der Häuslichkeit mit Zustimmung des pflegebedürftigen Menschen umgesetzt werden. Daher sollten pflegebedürftige Menschen und Angehörige entsprechend informiert und auf mobilitätseinschränkende Umgebungsfaktoren (wie z. B. hohe Türschwellen, rutschige Böden, fehlende Haltegriffe, schlechte Beleuchtung) hingewiesen werden. In Gesprächen können auch vielfältige mobilitätsfördernde Anregungen gegeben werden wie z. B. zur Anpassung von Lichtverhältnissen, zum Einfluss der Betthöhe auf die Fähigkeit, selbstständig aufzustehen oder zur räumlichen Anordnung der Möbel. Die Möbel im Zimmer und in der Häuslichkeit können so angeordnet werden, dass sich die Menschen eigenständig bewegen und dabei abstützen können oder aber, bei Nutzung eines Hilfsmittels, ausreichend Platz vorhanden ist. Bei solchen Veränderungen in der Privatsphäre ist allerdings immer das individuelle Bedürfnis des pflegebedürftigen Menschen und der Aspekt „Wohnlichkeit“ zu beachten. Insbesondere für den häuslichen Bereich kann ergänzend Kontakt zu Wohnberatungsstellen hergestellt werden. Möglichkeiten der Finanzierung zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes im Rahmen des § 40 (4) SGB XI sind dem pflegebedürftigen Menschen und / oder seinen Angehörigen mitzuteilen.

### *Ausreichend qualifiziertes Personal*

Die Pflegeeinrichtung muss sicherstellen, dass bei allen mobilitätserhaltenden und -fördernden Maßnahmen eine fachlich kompetente Anleitung durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter möglich ist. Dazu bedarf es neben einer ausreichenden personellen Besetzung in allen Schichten auch des entsprechenden Wissens und Könnens, um z. B. soviel wie nötig und so wenig wie möglich bei Aktivitäten zu unterstützen. Die Pflegefachkraft hat Kenntnisse, um zu erkennen über welche körperlichen Fähigkeiten der pflegebedürftige Mensch vor Einschätzung der Situation verfügte und welche Fähigkeiten er wiedererlangen möchte. Es ist zudem sinnvoll, ihn darüber zu informieren, wie realistisch es ist, bestimmte Fähigkeiten wiederzuerlangen und mit ihm auszuhandeln, welche er durch gezieltes Training erhalten sollte. Die Mitarbeiter müssen mobilitätsfördernde und -erhaltende Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen kennen. Nur auf Grundlage dieser Kompetenzen können sie über (individuelle) mobilitätsfördernde und -erhaltende Angebote informieren und beraten, edukative Aufgaben wahrnehmen, vorhandene Angebote im (therapeutischen) Team koordinieren und/oder Maßnahmen selbst anbieten und durchführen. Es ist dringend zu empfehlen, dass Mitarbeiter die Einzel- und/oder Gruppenmaßnahmen in den Einrichtungen

---

<sup>7</sup> [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Übersicht\\_Bewegungsförderung.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Übersicht_Bewegungsförderung.pdf)  
[https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Handreichung\\_bewegungsförderung.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Handreichung_bewegungsförderung.pdf)

anbieten, Schulungen besuchen und Zusatzqualifikationen im Bereich der Einzel- und Gruppeninterventionen erwerben, so wie es schon heute für die Umsetzung einiger Konzepte üblich ist. Im Rahmen eines einrichtungsspezifischen Konzepts zur Erhaltung und Förderung der Mobilität sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, welche Rolle die Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI unter Anleitung der Pflegefachkräfte in diesem Zusammenhang übernehmen können. Dies können begleitete Spaziergänge, die Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten außerhalb des Zimmers und andere begleitete Gänge sein.

#### **S4b Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Ermöglichung und Durchführung von mobilitätsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen.**

Die Expertenarbeitsgruppe unterscheidet zwischen Gruppen- und Einzelmaßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität sowie Maßnahmen, die vorrangig anderen Zielen dienen (z. B. Körperpflege, Mahlzeiten, Toilettengang), bei denen aber Mobilitätsförderung als Teilaspekte in das pflegerische Handeln integriert werden. Generell empfiehlt die Expertenarbeitsgruppe die Integration mobilitätsfördernder und -erhaltender Übungen in den Versorgungsalltag. Wenn Gruppenaktivitäten nicht möglich sind oder vom pflegebedürftigen Menschen nicht gewünscht werden, dann sollten die Angebote als Einzelmaßnahmen kontinuierlich unterbreitet werden. Es ist hervorzuheben, dass Gruppen- oder Einzelmaßnahmen immer dann am wirksamsten sind, wenn sie nicht zufällig, sondern zielgerichtet, entsprechend der Maßnahmenplanung, durchgeführt werden.

Zu den Gruppenmaßnahmen zählen Übungen zur Kräftigung der Muskulatur z. B. mit einem Theraband, Gewichten oder ein Gangtraining in verschiedenen Geschwindigkeiten und Gangarten sowie Übungen mit komplexen Bewegungsabläufen. Auf Grundlage der Literaturrecherche (vgl. Literaturstudie Kap. 5.2) können Übungen zur Verbesserung von Kraft und Balance empfohlen werden.

Prinzipiell in Betracht gezogen werden können auch tänzerische Übungen, Tai-Chi und Yoga. Die Entscheidung über den Einsatz dieser Übungen und ihre konkrete Ausgestaltung muss aber in Abhängigkeit von Zielgruppe und den vorhandenen Kompetenzen der Mitarbeiter getroffen werden. Grundsätzlich ist anzuraten, dass die Einrichtung nur solche Programme implementiert, die von den Mitarbeitern mit deren fachlichen Qualifikation auch angewendet werden können. Programme von externen Anbietern (z. B. Yogakurse) können das Angebot in der stationären Pflege nur dann sinnvoll ergänzen, wenn sie spezifisch auf pflegebedürftige Menschen zugeschnitten sind.

Darüber hinaus werden gezielte Einzelmaßnahmen angeboten. Als Einzelmaßnahmen werden unterschiedliche Bewegungs- und Fitnessübungen sowohl in der stationären als auch in der häuslichen Pflege beschrieben, die zu einer Verbesserung der Mobilität führen. Die untersuchten Übungen sind - wie die entsprechende Studienlage - heterogen. Entscheidend für die Planung und Durchführung sind die individuelle Einschätzung zu den Ressourcen und Problemen des pflegebedürftigen Menschen sowie die konkreten Möglichkeiten, die das jeweilige Setting bietet.

Viele Übungsformen aus dem Gruppentraining können auch als Einzelmaßnahme angeboten und durchgeführt werden. Aus den Ergebnissen der Literaturstudie lässt sich keine Überlegenheit von Einzelmaßnahmen gegenüber Gruppenmaßnahmen oder umgekehrt ableiten.

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen geht es darum, mittels verbaler oder non-verbaler Kommunikation im Vorfeld eine Beziehung herzustellen, um Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität überhaupt durchführen zu können. Ansonsten besteht die Gefahr der Überforderung und Ablehnung der Maßnahme. An dieser Stelle wird auf den aktuellen Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz hingewiesen.

Für eine systematische Integration von bewegungsfördernden Übungseinheiten, die sich an Alltagshandlungen orientieren, liegen Hinweise für eine Wirksamkeit vor (vgl. Literaturstudie Kap. 5.2). Bei der Integration von Maßnahmen in das alltägliche pflegfachliche Handeln gilt es, ein Maximum an Eigenaktivität des zu Pflegenden zu fördern. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen geplant und kontinuierlich durchgeführt werden.

Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, mit dem pflegebedürftigen Menschen alltägliche, zielgerichtete Bewegungsabläufe (z. B. im Liegen, beim Aufstehen von einer Sitzgelegenheit oder beim Bewältigen kurzer Gehstrecken) zu trainieren, die darauf zielen, Mobilität zu stabilisieren bzw. wiederherzustellen und Eigenaktivitäten des pflegebedürftigen Menschen fördern. So sollten möglichst bei der Körperpflege, beim Ankleiden und Aufstehen etc. bewegungsfördernde Anteile bewusst trainiert und geübt werden. Zu beachten ist jedoch, dass – wie die Literaturstudie aufgezeigt hat – Wirksamkeit im Rahmen der Mobilitätsförderung ein stetiges, planvolles und strukturiertes Vorgehen erfordert. Es genügt nicht, sich zufällig im Versorgungsalltag ergebende Gelegenheiten für die Mobilitätsförderung zu nutzen. Erhaltung und Förderung der Mobilität im Sinne des Expertenstandards setzt vielmehr die Integration definierter Maßnahmen mit klar definierten Inhalten, definierten Zeiträumen und einem definierten Umfang in der individuellen Maßnahmenplanung voraus. Sie können daher kaum Effekte im Sinne einer Erhaltung und Förderung der Mobilität erzielen. Es wird darauf verwiesen, dass diese Maßnahmen nur ein Baustein von unterschiedlichen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität sind.

Weitere an der unmittelbaren Betreuung beteiligte Personen (z. B. Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte, Angehörige) sollten über situationsabhängige Bewegungsabläufe informiert und ggf. in der richtigen Unterstützung angeleitet werden, damit diese möglichst immer in der gleichen Art und Weise erfolgt.

Studien belegen, dass im Alter die Bereitschaft, sich regelmäßig zu bewegen, abnimmt. Die Pflegefachkraft sollte daher sowohl über die Einstellung und Haltung aber auch die Kompetenz verfügen, pflegebedürftige Menschen durch eine nachvollziehbare Argumentation zu motivieren, sich regelmäßig an Trainings-/Bewegungsangeboten zu beteiligen.

In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, dass die Pflegefachkraft in der Lage ist, die individuelle Belastbarkeit (vgl. Kommentierung zu S1) und Motivation des pflegebedürftigen Menschen einschätzen zu können, aber auch tagesformabhängige Schwankungen erkennt. Unter- oder Überforderung sind zu vermeiden, denn beides führt letztlich dazu, dass keine Trainingseffekte sichtbar werden und die Motivation, das Angebot wahrzunehmen, stetig abnimmt.

**P4 Die Pflegefachkraft unterbreitet dem pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität und führt die mit dem pflegebedürftigen Menschen vereinbarten Maßnahmen durch.**

Bei den Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität werden alltagsintegrierte Maßnahmen, Einzel- und Gruppenmaßnahmen unterschieden. Eine Umsetzung des Expertenstandards zur Erhaltung und zur Förderung der Mobilität setzt voraus, dass sich ein pflegebedürftiger Mensch aktiv an Maßnahmen beteiligt und nicht nur passiv mobilisiert wird. Ihm werden kontinuierlich und regelmäßig individuelle Angebote - dem Maßnahmenplan entsprechend - unterbreitet, die darauf zielen, Eigenbewegungen anzuregen, durchzuführen und noch vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern. Es ist wichtig, dass die Pflegefachkraft sowie weitere an der Betreuung beteiligte Personen Übungen und relevante Bewegungsmuster kennen, um sie gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen in vertrauter Art und Weise in den Alltag zu integrieren. So wird auch vermieden, dass ein passiver Transfer vom Bett in den Stuhl mit Mobilitätsförderung verwechselt wird, sondern mit dem pflegebedürftigen Menschen ein Transfer eingeübt wird, der zu einer höchstmöglichen Selbstständigkeit führt.

Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt, im Rahmen alltäglicher Verrichtungen wie beispielsweise dem Anziehen immer wieder die situativ geforderten Fähigkeiten wie das Aufstehen und das Hinsetzen oder sich Umdrehen gezielt durchzuführen und diese Maßnahmen als die Mobilität unterstützende Maßnahmen im Maßnahmenplan zu hinterlegen.

Seit der Entwicklung des Expertenstandards 2014 haben komplexere Gruppen- und Einzelprogramme an Bedeutung gewonnen, die erfolgsversprechende Effekte (s. Literaturstudie Kap. 5.2) auf die Erhaltung und Förderung der Mobilität zeigen. Ein Vorteil ist, dass diese Programme unterschiedliche mobilitätserhaltende und -fördernde Übungen beinhalten (z. B. zu Kraft, Balance und Ausdauer, etc.), die individualisiert werden können. In diesen Programmen werden vielfach auch andere Themenbereiche integriert, z. B. Übungen zur Verbesserung der Kognition oder der Alltagskompetenzen. Andere Disziplinen (u. a. Ergo- oder Physiotherapie) können beteiligt sein.

Die Literaturstudie zeigt verschiedene Programme auf, deren Einsatz auf Grundlage der Bedürfnisse und des Bedarfs der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Ressourcen entschieden werden muss.

Die Pflegefachkraft trägt die Verantwortung, dass die vereinbarten Maßnahmen von allen am Prozess Beteiligten in möglichst gleicher Weise und kontinuierlich durchgeführt werden. Im Besonderen leitet sie die Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte bei Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität an, um so die Kontinuität in der Durchführung zu gewährleisten.

Die Pflegefachkraft gestaltet ein Umfeld, das die Bewegungsfähigkeit des pflegebedürftigen Menschen fördert und sein Training unterstützt (z. B. durch ausreichend Platz in den Zimmern, Räumlichkeiten in den Wohnbereichen). Sie sorgt dafür, dass die Maßnahmen kontinuierlich und regelmäßig ausgeübt werden.

Die Pflegefachkraft sollte Kenntnis darüber besitzen, dass sich der dauerhafte Aufenthalt an einem Ort bzw. an einer bestimmten Stelle wie z. B. im Bett, Stuhl, Rollstuhl, am Tisch usw. nachteilig auf die Mobilität auswirken kann. Entsprechend sollte die oftmals praktizierte „Mobilisation“ von einem Ort (z. B. dem Bett) an einen anderen (z. B. den Stuhl am Esstisch) kritisch hinterfragt werden, wenn keine weiteren mobilitätsfördernden Maßnahmen stattfinden.

Dem pflegebedürftigen Menschen sollten regelmäßig Angebote unterbreitet werden, die eine „Ortsfixierung“ vermeiden, z. B. durch die Unterstützung bei regelmäßigen Ortswechseln.

### *Kenntnisse über spezielle Angebote*

Aufgrund ihrer Kenntnis über die Anforderungen in Gruppen- oder Einzelmaßnahmen entscheidet die Pflegefachkraft gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. dessen Angehörigen, ob die Beteiligung an einer Einzel- oder Gruppenmaßnahme empfehlenswert erscheint. Sie ist sich darüber bewusst, dass das regelmäßige Training von Balance, Koordination, Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit elementar, um Mobilität zu erhalten und zu fördern. Unabhängig davon, ob entsprechend des individuellen Maßnahmenplans ausschließlich alltagsintegrierte Maßnahmen oder deren Kombination mit Einzel- oder Gruppentrainings zur Anwendung kommen, sind von der Pflegefachkraft Anzeichen für eine Über- oder Unterforderung zu beachten. Bei der Durchführung von mobilitätsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen ist die aktuelle Tagesform des pflegebedürftigen Menschen zu überprüfen, um eine körperliche oder psychische Überforderung zu vermeiden. Dieser Hinweis gilt auch und besonders für die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Die Durchführung gezielter Einzel- oder Gruppenmaßnahmen zur Förderung der Mobilität hat einen besonders wichtigen Stellenwert. Die mit dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen vereinbarten Maßnahmen sollten so organisiert und durchgeführt werden, dass sie nicht mit alltäglichen Handlungsroutinen kollidieren und die Motivation der pflegebedürftigen Menschen fördern. Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an Gruppenmaßnahmen teilnehmen können oder wollen, sollten gezielte Einzelübungen angeboten werden. Dazu kann auch das gezielte Einüben des Transfers vom Sitz in den Stand oder regelmäßiges Gangtraining in Verbindung mit einem Training der Balance gehören. Diese Übungen können auch bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und im häuslichen Bereich durchgeführt werden (vgl. Literaturstudie Kap. 5.2).

Bei der Durchführung der Maßnahmen müssen die vom pflegebedürftigen Menschen verwendeten Hilfsmittel berücksichtigt und deren korrekter Einsatz sowie die Funktionstüchtigkeit geprüft werden. Möglicherweise muss im Vorfeld (z. B. in Kooperation mit einem Sanitätshaus) eine Anpassung der Hilfsmittel erfolgen bzw. die Bestellung der richtigen Größe veranlasst werden. Es sollte auch regelmäßig (spätestens bei der Aktualisierung des Mobilitätsstatus) eine Überprüfung stattfinden, ob der pflegebedürftige Mensch das Hilfsmittel tatsächlich noch benötigt und ob die Anwendung und Anpassung korrekt erfolgt. Dies trifft in besonderem Maße auf die Inanspruchnahme von Rollstühlen und Rollatoren zu. Dabei muss sich die Pflegefachkraft auch vergewissern, dass sich das Hilfsmittel in einem ordnungsgemäßen (hygienischen und sicherheitstechnischen) Zustand befindet.

Generell, besonders aber bei eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, sorgen personelle Kontinuität und einheitliches Vorgehen beim „Handling“ (z. B. beim Transfer vom Bett in den Stuhl) für Sicherheit, Routine und Akzeptanz beim pflegebedürftigen Menschen. Die Pflegefachkraft trägt die Verantwortung, dass das korrekte, individuelle Vorgehen auch allen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Mitarbeitern bekannt ist, wenn diese beispielsweise den Transfer übernehmen. Dies trifft auch dann zu, wenn ein Wechsel des Settings stattfindet (im Sinne eines Überleitungsmanagements).

#### **E4 Die in der Maßnahmenplanung festgelegten und zuvor vereinbarten Maßnahmen wurden durchgeführt und Änderungen am Maßnahmenplan dokumentiert.**

Die Motivation des pflegebedürftigen Menschen, sich an Maßnahmen zur Förderung und zur Erhaltung der Mobilität zu beteiligen, wurde gestärkt. Der pflegebedürftige Mensch fühlt sich in die Durchführung der Maßnahmen einbezogen und erhält regelmäßig und kontinuierlich Angebote zur Erhaltung und zur Förderung der Mobilität. Er wird in seinen Bemühungen zur Erhaltung und Verbesserung der eigenen Mobilität unterstützt. Die Auswirkung aller Maßnahmen ist dabei sowohl pflegefachlich als auch aus der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen sowie ggf. der Angehörigen zu beurteilen. Verbesserungen bei alltäglichen Bewegungsabläufen, wie z. B. beim Aufstehen oder Hinsetzen werden im Gespräch als motivierend wahrgenommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Ziele insbesondere im hohen Alter und bei bestehender Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit nicht immer erreicht werden können, weil beispielsweise weitere Verschlechterungen jederzeit eintreten können. Der Erhalt und/oder eine Verlangsamung der Verschlechterung/Verschlimmerung einer Bewegung/eines Mobilitätsstatus sind unter diesen Umständen als positiver Effekt zu bewerten. Änderungen des Maßnahmenplans werden nachvollziehbar dokumentiert und gegebenenfalls im Team diskutiert.

#### **S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und die Auswirkungen der Maßnahmen auf den pflegebedürftigen Menschen zu überprüfen.**

Die Pflegefachkraft verfügt über Kenntnisse, welche Methoden genutzt werden können, um Veränderungen der Mobilität zu erfassen und zu beurteilen. Dazu gehören die individuelle pflegefachliche Einschätzung auf der Grundlage von Verhaltensbeobachtungen, gemeinsamen Reflexionsgesprächen (wie bspw. in Form von Fallbesprechungen, Pflegevisiten oder einer systematischen Befragung des pflegebedürftigen Menschen oder seiner Angehörigen) und verschiedene Verfahren der Fremdeinschätzung.

Die Pflegefachkraft muss über das Wissen verfügen, auf welche Fähigkeiten die Maßnahmen eine potenzielle Wirkung ausüben können und in welchem Zeitraum dies zu erwarten ist. Erforderlich sind außerdem Kenntnisse über potenzielle Einflussfaktoren, die unabhängig von den durchgeführten Maßnahmen eine Veränderung des Mobilitätsstatus hervorrufen können (vgl. Kommentierung Ebene 1).

Die Pflegefachkraft verfügt auch über die Fähigkeit, auf der Basis von Verhaltensbeobachtungen und von Gesprächen mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen zu beurteilen:

- ob die geplanten Maßnahmen ein adäquates Belastungsniveau aufweisen,
- ob sie den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen entsprechen,
- ob sie problemangemessen, d. h. geeignet sind, die vereinbarten Ziele zu erreichen,
- ob andere Faktoren/Ereignisse zu einer Veränderung der Mobilität geführt haben.

**P5 Die Pflegefachkraft überprüft gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen sowie weiteren an der Versorgung Beteiligten den Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen. Bei Bedarf vereinbart sie mit dem pflegebedürftigen Menschen auf Grundlage einer erneuten Einschätzung Veränderungen am Maßnahmenplan.**

Zur Erfassung der Veränderung der Mobilität sollte analog zur Standardebene 1 eine Neueinschätzung des Mobilitätsstatus stattfinden, die folgende Bereiche umfasst:

- selbstständige Lagewechsel in liegender Position (eingeschlossen ist dabei das selbstständige Aufrichten in eine sitzende Position)
- selbstständiges Halten einer aufrechten Sitzposition
- selbstständiger Transfer (aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen)
- selbstständige Fortbewegung/selbstständiges Gehen über kurze Strecken (Wohnräume)
- selbstständiges Treppensteigen.

Ob hierbei ggf. der Einsatz spezifischer Instrumente (zum Beispiel der Einsatz von Methoden zur Testung der Gehgeschwindigkeit) sinnvoll wäre, ist in Abhängigkeit von der Fragestellung abzuwägen. Dabei sollten Zeiten für Vorbereitung, Durchführung und Auswertung für solche Erhebungen und eine eventuelle Störung des Lebensalltags oder Belastungen des pflegebedürftigen Menschen bedacht werden.

Um die Wirksamkeit und Angemessenheit der Maßnahmen zu beurteilen, reicht die Erfassung von Veränderungen der Mobilität nicht aus. Vielmehr muss geprüft werden,

- ob die geplanten Maßnahmen ein adäquates Belastungsniveau aufweisen. Hierbei geht es vor allem um die Frage, ob Dauer, Häufigkeit und Intensität der Maßnahmen den Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen entsprechen und ihn körperlich, kognitiv und emotional weder über- noch unterfordern,
- ob die Maßnahmen den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen entsprechen. Bedürfnisorientierung ist im Hinblick auf Erhaltung und Förderung der Mobilität nicht nur ein allgemeiner fachlicher Grundsatz, sondern hat auch eine spezifische Funktion. Maßnahmen umfassen in aller Regel körperliche Übungen oder Aktivitäten des pflegebedürftigen Menschen. Ohne dessen Motivation werden sie nicht, nicht korrekt oder nicht vollständig durchgeführt, so dass keine Wirkung oder nur eine geringe Wirkung zu erwarten ist. Eigenmotivation ist darüber hinaus äußerst wichtig, weil die meisten Methoden zur Verbesserung der Mobilität über eine längere Zeit (Wochen oder Monate) zur Anwendung kommen müssen, um Wirkung zu entfalten,
- ob andere eigenständige Aktivitäten durch die Teilnahme an spezifischen Programmen zur Bewegungsförderung gehemmt werden,
- ob unabhängig von den geplanten Maßnahmen andere Faktoren Einfluss auf die Mobilität genommen haben. Nach einer erheblichen Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten beispielsweise kann sich auch die Mobilität verschlechtern, ohne dass Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von Maßnahmen gezogen werden können.

Es empfiehlt sich, die Evaluation im Regelfall mit einer Aktualisierung der Einschätzung (vgl. Kommentierung zu P1) zu verbinden. Es kann allerdings auch sinnvoll sein, die Angemessenheit von Maßnahmen in Zeitabständen zu überprüfen, die kürzer sind als die Zeitabstände, in denen eine Aktualisierung der Einschätzung erfolgen soll.

In Abhängigkeit von den Ergebnissen der Überprüfung wird die individuelle Maßnahmenplanung angepasst. Veränderungen können zum einen die Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen, die Ergänzung von Maßnahmen, die Beendigung einzelner Maßnahmenbestandteile (z. B. einzelner Übungssequenzen) oder ein Übergang zu gänzlich anderen Maßnahmen sein.

#### **E5 Eine Evaluation der vereinbarten Maßnahmen liegt vor.**

Die Ergebnisse der Evaluation werden in übersichtlicher, nachvollziehbarer Form schriftlich zusammengefasst. Diese Zusammenfassung sollte, abhängig vom pflegerischen Auftrag, Aussagen zu folgenden Punkten umfassen:

- aktueller Status der Mobilität,
- Veränderungen der Mobilität seit der ersten Einschätzung und dem letzten Evaluierungszeitpunkt,
- Plangemäße Durchführung der Maßnahmen,
- Motivation des pflegebedürftigen Menschen,
- Änderungsbedarf bei der Maßnahmenplanung,
- Besonderheiten (z. B. veränderte gesundheitliche Situation).

Längerfristige Verlaufsdarstellungen sind wichtig, um aktuelle Veränderungen besser einschätzen zu können. Durch die neuen Regelungen zur Darstellung der Ergebnisqualität in der stationären Langzeitversorgung erfolgt eine indikatorengestützte Erfassung des Mobilitätsstatus, über die auch Veränderungen im Zeitverlauf deutlich werden. Für die ambulante Pflege liegen entsprechende Regelungen nicht vor. Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt jedoch auch dort, Veränderungen der Mobilität in standardisierter Form zu dokumentieren und auf diese Weise den Verlauf der Mobilitätsentwicklung sichtbar zu machen.

Werden Mobilitätsbeeinträchtigungen von Ärzten oder anderen Therapeuten behandelt und wurde eine erhebliche Veränderung der Mobilität festgestellt, so werden diese über das Ergebnis der pflegerischen Evaluation in geeigneter Form unterrichtet. Anpassungen der Maßnahmenplanung, die aufgrund der Evaluation vorgenommen wurden, sind kenntlich gemacht. Gründe für die Anpassung werden durch konkrete Verweise auf die Verschriftlichung des Evaluationsergebnisses deutlich gemacht.

Evaluationsergebnisse bzgl. des Mobilitätsstatus sollten bei Übergängen in andere Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.