

Umsetzung des Expertenstandards Mobilitätsförderung in der Praxis

BAGFW –Fachtag „Expertenstandards in der Pflege“

Am 14. Februar 2020. Berlin.

Dr. med. Nada Ralic, Master of Public Health

Gliederung

- Die Bedeutung der Mobilität im Alter
- Mobilitätseinschränkungen erkennen
- Auswirkungen von Mobilitätseinschränkungen
- Interventionen zur Förderung und Erhaltung der Mobilität
- Beurteilung des Pflegeprozesses
- Der Expertenstandard Mobilitätsförderung und Qualitätsindikatoren
- Der Expertenstandard Mobilitätsförderung und QPR/Plausibilitätsprüfung
- Fazit
- Literaturquellen

Die Bedeutung der Mobilität im Alter

Befunde – Ist Situation

- **¾ der Heimbewohner** – Fähigkeitseinschränkung sich fortzubewegen oder sich in liegender Position zu bewegen.
- Bei 30-40% der Menschen (keine/geringe kognitive Einbußen) erfolgt innerhalb von 6 Monaten ein schleichender Abbau der Mobilität bis hin zur Bettlägerigkeit (o. Krankheitsgeschehen)
- Bei 50-60% der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen
- Immobilität wird oft als „normaler“ Prozess gesehen – Haltung!



Die Mobilität kann auch im hohen Alter erhalten bzw. wiederhergestellt werden!

Die Bedeutung der Mobilität im Alter

- Selbständigkeit im Alltag & autonome Lebensgestaltung
- Soziales Leben/Teilhabe
- Lebensqualität
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Chronische Erkrankungen
- Prävention von Dekubitus, Sturzverletzungen, Pneumonie, Thrombose, Kontrakturen, Obstipation...



Mobilitätseinbußen und kognitive Beeinträchtigung
sind wichtigsten Ursachen für schwerwiegende
Gesundheitsprobleme und dauerhafte Pflegebedürftigkeit

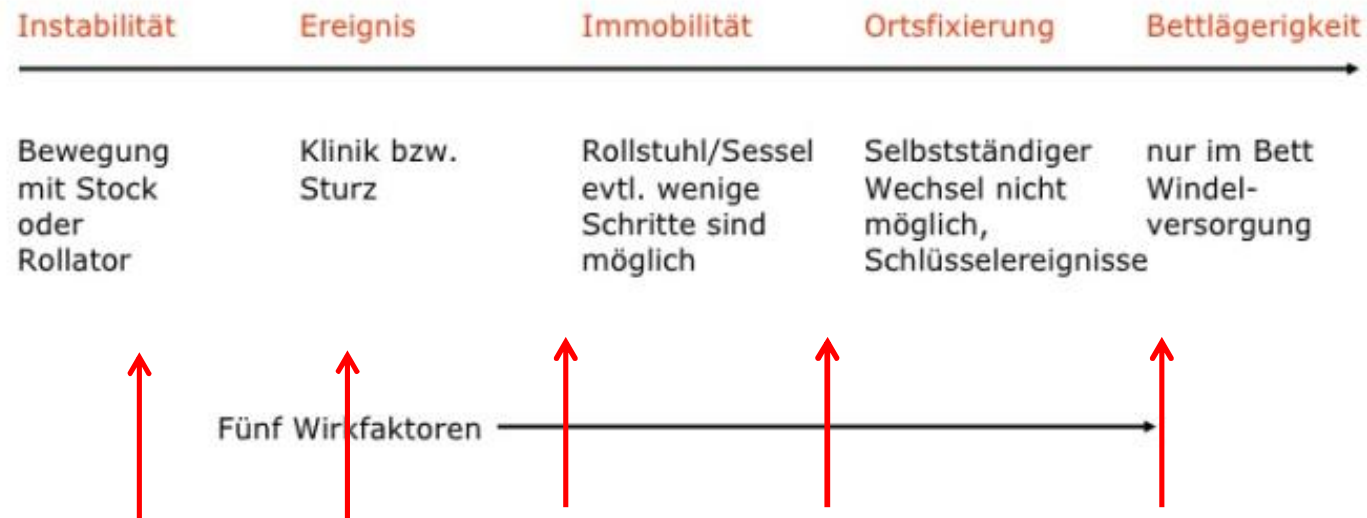
Studie zum Prozess des Bettlägerigwerdens (Zegelin 2005)

Die Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin fand heraus, dass Bettlägerigkeit ein schleichender Prozess ist, bei dem zahlreiche – veränderbare – Einflüsse eine Rolle spielen.

Prozess des Bettlägerig werdens
(„Abwärtsspirale“)

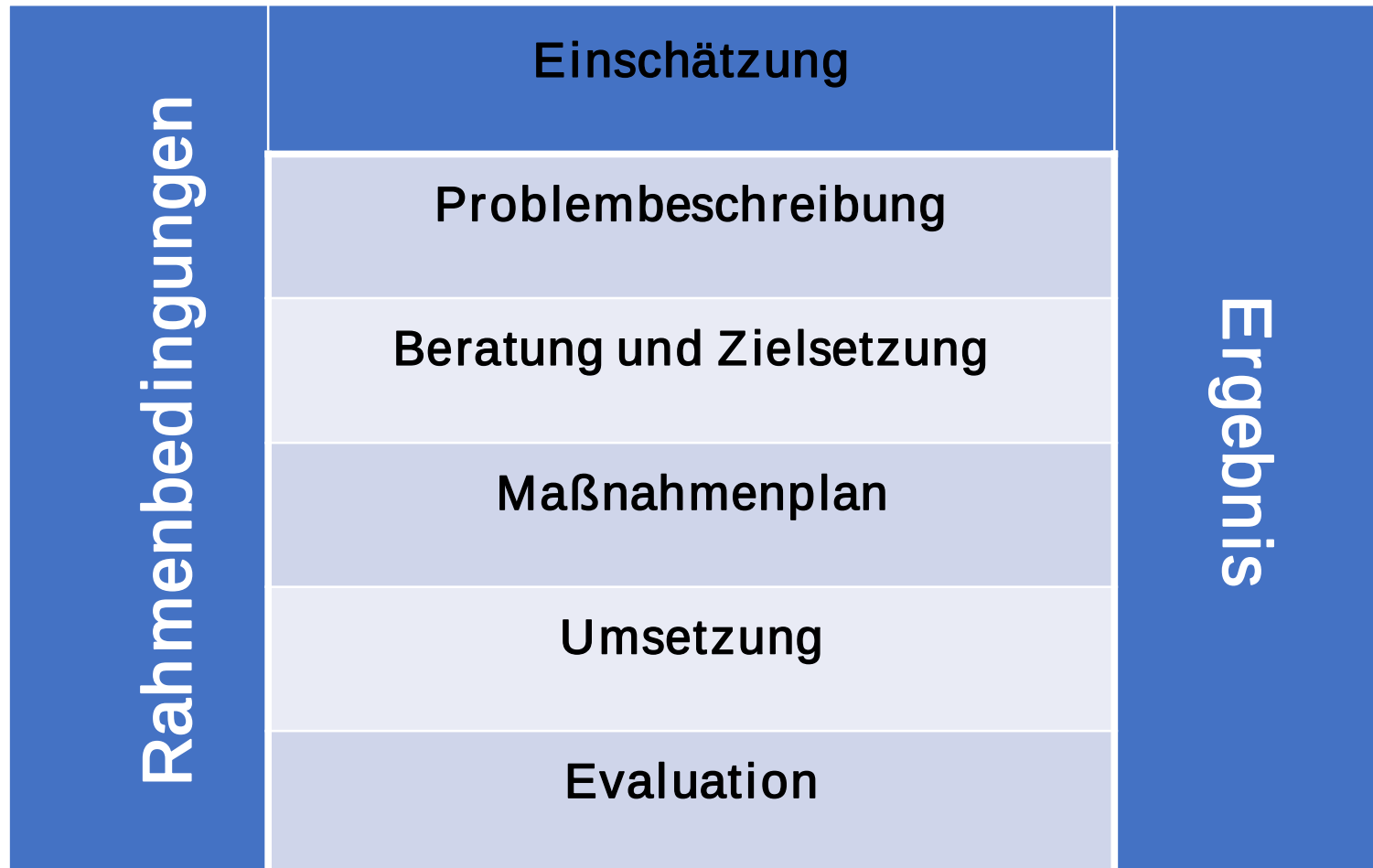
Der Prozess des Bettlägerigwerdens

Phasenabfolge



Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege

Expertenstandard ist ein Pflegeprozess



Mobilitätseinschränkungen erkennen

An welchen Merkmalen können Sie erkennen, dass ein Bewohner in der Mobilität eingeschränkt ist?

Kriteriengeleitete Einschätzung:

- **Aktueller Status** der Mobilität:
 - Selbstständiger Lagewechsel in liegender Position
 - Selbstständiges Halten einer aufrechten Sitzposition
 - Selbstständiger Transfer (aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen)
 - Selbstständige Fortbewegung über kurze Strecken (Wohnräume)
 - Selbstständiges Treppensteigen
- **Früherer Status** der Mobilität
- **weitere Einflussfaktoren:**
 - Individuelle körperliche Beeinträchtigungen und Ressourcen
 - Individuelle kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen
 - Merkmale der materiellen und sozialen Umgebung
 - Erkrankungen und aktuell durchgeführte therapeutische Maßnahmen (auch Medikamente)

Mobilitätseinschränkungen analysieren

Beobachtungen:

- Des Gangbildes
- Der Körperhaltung
- Der Koordination
- Bei alltäglichen Lebensaktivitäten

Gezielt durch Tests, wie z.B.

1. Der Timed Up and Go Test
2. Esslinger Transferskala
3. Erfassungsbogen Mobilität (EBoMo)

→ **Mit Hilfe von Physiotherapeuten**

→ **Mit Hilfe von digitaler Technik z.B.:**

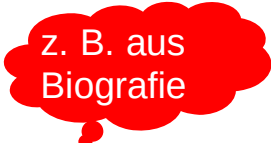
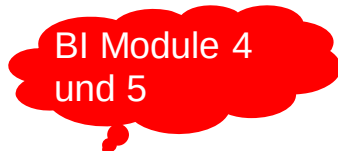
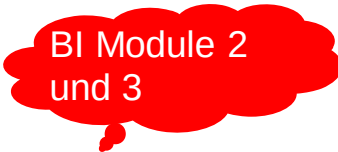
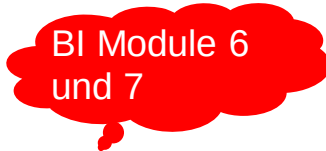
- AAL-Technologien
- Mobility Monitor (Bettsensorik zur Bewegungsüberwachung)
- Mobilitätsanalyse per App

Mobilitätseinschränkungen erkennen

- **Aktueller Status der Mobilität:**
 - selbständiger Lagewechsel in liegender Position
 - selbständiges Halten einer aufrechten Sitzposition
 - selbständiger Transfer (aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen)
 - selbständige Fortbewegung über kurze Strecken (Wohnräume)

	BI Modul 1	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
4.1.2	Halten einer stabilen Position	0	1	2	3
4.1.3	Umsetzen	0	1	2	3
4.1.4	Fortbewegen innerhalb Wohnbereichs	Instabilität Ereignis Immobilität Ortsfixierung Bettlägerigkeit			
4.1.5	Treppensteigen				

Mobilitätseinschränkungen erkennen

- Früherer Status der Mobilität.
 z. B. aus Biografie
 BI Module 4 und 5
- Individuelle körperliche Beeinträchtigungen und Ressourcen, die den aktuellen Status der Mobilität bestimmen.
 BI Module 2 und 3
- Individuelle kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen, die für die Mobilität von Bedeutung sind.
 BI Module 6 und 7
- Merkmale der materiellen und sozialen Umgebung.
 BI Modul 5
- Erkrankungen und aktuell durchgeführte therapeutische Maßnahmen, denen ein besonderer Stellenwert für die individuelle Mobilität und ihre Entwicklung zukommt.

Auswirkungen von Mobilitätseinschränkungen

- Massive Selbstversorgungsdefizite (Waschen, Kleiden, Toilettengang, Inkontinenz, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme)
- Risiko von **Dekubitus**, Kontrakturen, **Sturz**, Pneumonien, Obstipation, **Malnutrition**, **Dehydration**
- psychische und soziale Folgen können sein:
 - nachlassendes Selbstwertgefühl
 - Verlust der selbstständigen Alltagsgestaltung
 - Isolation
 - nachlassende kognitive und emotionale Fähigkeiten
 - Verwahrlosung
 - fehlende Sinnesreize



www.shutterstock.com · 421952293



Erhaltung und Förderung der Mobilität

Sturz- und Dekubitusprophylaxe



**Mobilität
außerhalb
des Bettes**

**Teilmobilität
außerhalb
des Bettes**

**Vollständige und
weitgehende
Immobilität**

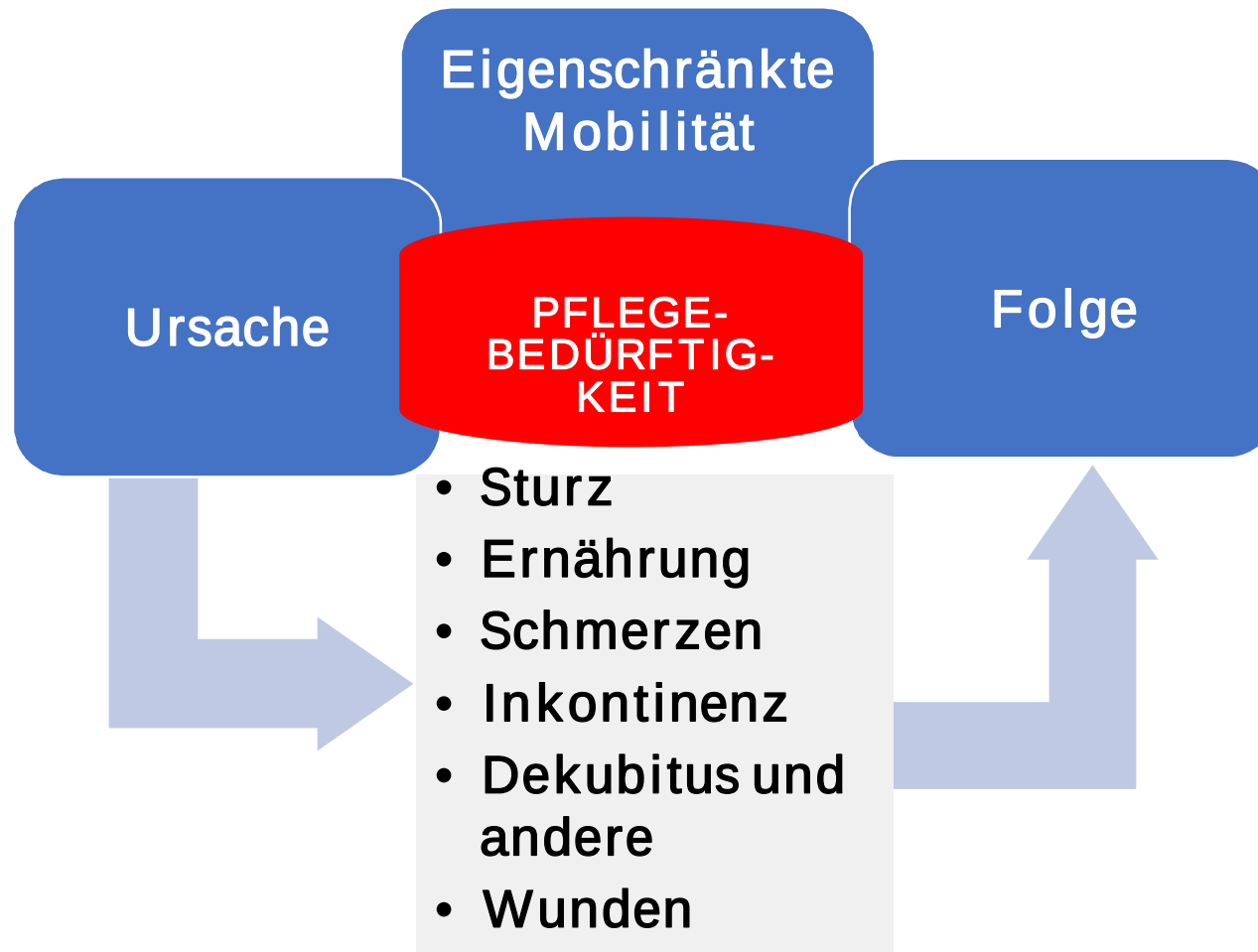
Je größer die Mobilität eines alten Menschen ist, desto größer ist sein **Sturzrisiko!**

Je geringer die Mobilität eines Menschen ist, desto größer ist sein **Dekubitusrisiko!**

Phasenabfolge



Mobilitätseinschränkung als Ursache und Folge



Interventionen zur Förderung und Erhaltung der Mobilität

❖ Einzelinterventionen

- Bewegungsübungen in jeder Körperposition
- Fitnessübungen



❖ Maßnahmen mit vorrangig anderer Zielsetzung, die mobilitätsfördernde Aspekte in Alltagsaktivitäten und alltägliche pflegerische Maßnahmen integrieren

❖ Gruppeninterventionen

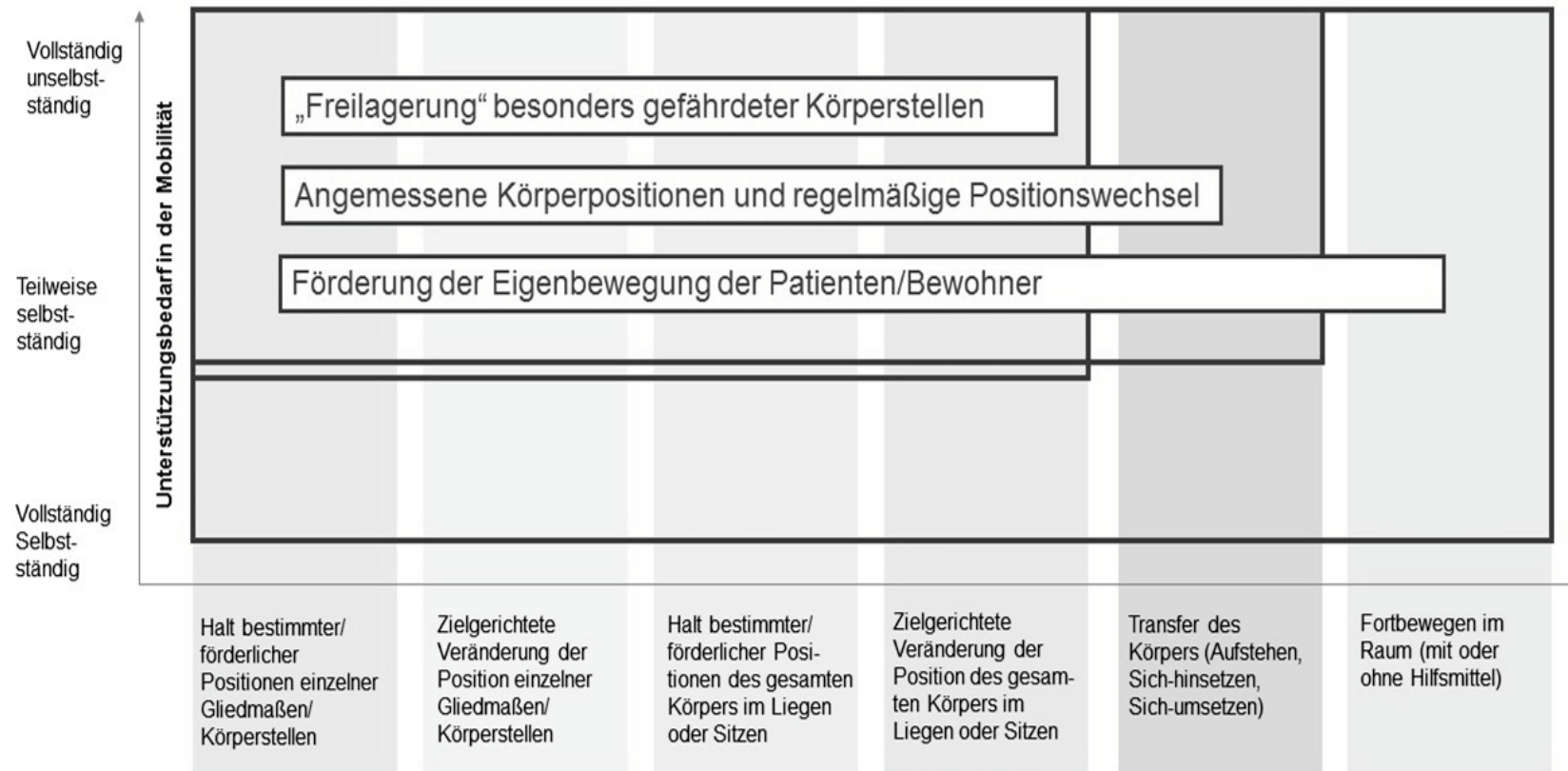
- Übungen zur Stärkung der Muskulatur, Übungen mit komplexen Bewegungsabläufen (Tanzen).
- Empfehlungen von Übungen zur Verbesserung von Kraft und Balance, sowie Koordinationstraining oder tänzerische Übungen

Mobilitätsfördernde Maßnahmen

Sturzprophylaktische Maßnahmen

- Allgemeine Bewegungsförderung
- Körperliches Training, gezielte Maßnahmen, die die Muskeln stärken, aufbauen sowie die Balance wiederherstellen
- Kraft- und Balancetraining
- Anpassung der Wohnumgebung
- Anpassung der Medikation (s. PRISCUS-Liste
http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)
- Umgang mit Beeinträchtigungen der Sehfunktion
- Anpassung des Schuhwerks
- Hilfsmittel: Brille, Niedrigbetten, Identifikationsarmbänder, Bettalarmsysteme, Hüft- sowie weitere Protektoren

Mobilitätsfördernde Maßnahmen= Dekubitusprophylaxe



Für das Dekubitusrisiko besonders relevante Dimensionen der Mobilität

Beispiel

Frau Krauß

Instabilität

Mobilität außerhalb des Bettes

Frau Krauß ist 85 Jahre alt. Sie hat einen Hilfebedarf aufgrund ihres reduzierten Allgemeinzustands infolge chronischer Erkrankungen. Sie leidet unter Morbus Parkinson und beginnender Demenz.

- Sie läuft kurze Strecken mit Rollator, für längere Strecken benötigt sie eine Begleitung.
- nach vorne gebeugte Körperhaltung
- runder Rücken (Osteoporose)
- Gang ist instabil, Gleichgewichtsstörungen
- beim Aufsetzen des Fußes unsicher
- kleinschrittige, variable Schrittfolge
- das Laufen ist verlangsamt, Festination
- Lateralschwankungen des Rumpfes, ihr Armschwung ist herabgesetzt , Drehbewegungen macht sie sehr vorsichtig
- Frau Kauß leidet unter chr. Schmerzen in den Schultern und Knien. Sie kann ihren re. Arm nicht hochheben, da sie Schmerzen in den Schultern hat, ihr rechtes Bein kann sie auch nicht ausstrecken.

Beispiel

Risiken: **Sturzrisiko**

Allgemeine und gezielte Bewegungsförderung/Übungen, die auf Stehen und Fortbewegung ausgerichtet sind

- Körperliches Training, gezielte Maßnahmen, die die Muskeln stärken, aufbauen sowie die Balance wiederherstellen
- Kraft- und Balancetraining
- Tanzen

Anpassung der Wohnumgebung

Anpassung der Medikation (s. PRISCUS-Liste

http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)

inkl. Schmerzlinderung

Umgang mit Beeinträchtigungen der Sehfunktion

Anpassung des Schuhwerks

Hilfsmittel: Brille, Niedrigbetten, Identifikationsarmbänder, Bettalarmsysteme, Hüft- sowie weitere Protektoren

Beispiel

Frau Krauß

Ereignis/Immobilität

Teilmobilität außerhalb des Bettes

- Vor einem Monat stürzte Frau Krauß und zog sich eine Femurfraktur rechts zu und war drei Wochen im Krankenhaus.
- Nach dem Krankenhausaufenthalt verschlechterte sich ihr Zustand, sie sitzt überwiegend im Rollstuhl.
- Mit leichter personellen Unterstützung (unter Arm halten, daneben stehen) kann sie sich vom Bett in den Stuhl und umgekehrt umsetzen.
- Stehfähigkeit, für kurze Zeit mit personeller Unterstützung, vorhanden
- Gehfähigkeit auf 5-Meter-Weg mit Rollator oder in Begleitung reduziert
- allerdings hat sie Angst vom Fallen
- Im Rollstuhl kann sie sich noch fortbewegen
- ✓ Ihre kognitiven Fähigkeiten lassen nach, Morbus Parkinson sowie Demenz schreiten voran. Sie kann noch ihre Gefühle mitteilen, aber auf gezielte Fragen nicht immer adäquat antworten. Gezielten und knappen Anleitungen kann sie folgen. Sie entwickelte Angstzustände, hat Schlafstörungen.

Beispiel

Risiken: **Sturzrisiko und „möglicherweise“ ein beginnendes Dekubitusrisiko**

Allgemeine Bewegungsförderung, die auf das Aufstehen, die stabile Körperposition, den selbständigen Transfer, das aktive Rollstuhlfahren bzw. die Nutzung von Gehhilfen ausgerichtet sind

- Körperliches Training, gezielte Maßnahmen, die die Muskeln stärken, aufbauen sowie die Balance wiederherstellen
- Kraft- und Balancetraining
- Wechsel der Körperposition im Sitzen
- Psychosoziale Begleitung/Stärkung

Anpassung der Wohnumgebung

Anpassung der Medikation (s. PRISCUS-Liste

http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)

Umgang mit Beeinträchtigungen der Sehfunktion

Anpassung des Schuhwerks

Hilfsmittel: Brille, Niedrigbetten, Identifikationsarmbänder, Bettalarmsysteme, Hüft- sowie weitere Protektoren, Antidekubituskissen

Beispiel

Frau Krauß

Ortsfixierung/Bettlägerigkeit

Vollständige und weitgehende
Immobilität

- Aktuell liegt Frau Krauß überwiegend im Bett.
 - Sie kann sich im Bett noch unter Anleitung und Unterstützung bewegen, aus eigener Kraft und spontan tut sie es eher nicht.
 - Für 3-4 Stunden kommt sie noch täglich in den Rollstuhl, den sie nicht mehr selbständig fortbewegen kann.
 - Die Sitzposition im Rollstuhl kann sie nicht aufrechterhalten, sie kippt zur Seite.
- ↯ Sie kann sich mündlich kaum noch äußern, ihre Mimik und Gestik sind stark herabgesetzt. Selbst einfache Inhalte werden von ihr nicht immer verstanden, sie kann tagesformabhängig auf einfache Fragen mit sehr leiser Stimme mit JA oder Nein oder mit Kopfnicken antworten. Nächtliche Unruhe ist vorhanden.

Beispiel

Risiken: **Dekubitusrisiko und noch vorhandenes Sturzrisiko im Sitzen**

Motivation zur Eigenbewegung im Bett und im Rollstuhl, Bewegungsförderung, die auf das Aufstehen, die stabile Körperposition, die Unterstützung beim Transfer ausgerichtet sind

- Wechsel der Körperposition im Sitzen und im Liegen unter Einbeziehung von Frau Krauß
- Angepasster Rollstuhl mit Rücken- und Armlehnen, gute und stabile Sitzposition, evtl. durch Kissen, etc...

Anpassung der Medikation (s. PRISCUS-Liste
http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)

Anpassung des Schuhwerks (Aufstehen)

Hilfsmittel: Niedrigbetten, Identifikationsarmbänder, Bettalarmsysteme, Antidekubitus – Hilfsmittel (Adäquate Hilfsmittel für Druckentlastung/Druckverteilung)

Beurteilung des Pflegeprozesses

- Erneute Einschätzung in **individuell** festgelegten Abständen
- Für die Einschätzung der Mobilität gibt es keine „Richtwerte“

☞ Es geht hier um die **neue** Einschätzung der Mobilitätsfähigkeiten und damit verbundenen Risiken

- Je **größer** das Risiko desto **häufiger** erneute Einschätzung

Der Expertenstandard Mobilitätsförderung und Qualitätsindikatoren

Unmittelbare Auswirkung:

- Mobilität*
- Sturzverletzungen*
- Dekubitus*
- Gurtfixierungen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
- Bettseitenteile bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern

Mittelbare Auswirkung:

- Selbstversorgung*
- Gestaltung des Alltagslebens
- Gewichtsverlust*
- Schmerzmanagement
- Unterstützung beim Heimeinzug

Der Expertenstandard Mobilitätsförderung und Qualitätsindikatoren

Zwei Risikogruppen

- a) **Erhaltene Mobilität** bei Bewohnern, die *keine oder nur geringe kognitive Einbußen* aufweisen
- b) **Erhaltene Mobilität** bei Bewohnern mit *mindestens erheblichen kognitiven Einbußen*.

Internes Qualitätsmanagement

Bewertung

Erhaltene **Mobilität, Stürze, Dekubitus**

- Wie gut gelingt es einer Einrichtung, die Mobilität ihrer Bewohner über einem Zeitraum von 6 Monaten zu erhalten oder zu verbessern?
- Wie gut gelingt es einer Einrichtung, Stürze mit gravierenden körperlichen Folgen zu verhindern?
- Wie gut gelingt es einer Einrichtung, die Entstehung von Dekubitalulzera zu verhindern?

Der Expertenstandard Mobilitätsförderung und QPR/Plausibilitätsprüfung

Qualitätsbereiche

1. **Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**
2. Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
3. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
4. Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
5. **Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen**
6. Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

Der Expertenstandard Mobilitätsförderung und QPR/Plausibilitätsprüfung

Subgruppen

Subgruppe A: Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Subgruppe B: Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt

Subgruppe C: Fortbewegung = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Externes Qualitätsmanagement

Beurteilung der bewohnerbezogenen Versorgung am Beispiel Mobilität

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Mobilitätsbeeinträchtigungen unvollständig dargestellt werden, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und die aus ihnen resultierenden Risiken berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Frage nach erhöhtem Sturz- oder Dekubitusrisiko unberücksichtigt blieben.
- vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt werden (insbesondere bei unterdurchschnittlicher Ergebnisqualität).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung des Bewohners bei der Fortbewegung erfolgt.
- keine ausreichende Unterstützung des Bewohners bei der Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung erfolgt.
- der Bewohner sich aufgrund fehlender Unterstützung nicht im Freien aufhalten kann, obwohl er es möchte.

Externes Qualitätsmanagement

Beurteilung der bewohnerbezogenen Versorgung am Beispiel Mobilität

Die Plausibilitätskontrolle erfolgt während der Informationserfassung, die bei jeder Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte durch den Prüfdienst durchgeführt wird. Zunächst verschafft sich der Prüfer ein Bild vom Bewohner und seiner Versorgungssituation, etwa durch Inaugenscheinnahme des Bewohners, durch Gespräche mit dem Bewohner oder mit den Pflegenden und durch die Dokumentation. Zur Überprüfung der Plausibilität soll er beurteilen, ob diese Informationen mit den Angaben aus der Ergebniserfassung in Einklang stehen oder nicht. Er überprüft also zum Beispiel, ob die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung plausibel sind:

- a. Entspricht die **Beschreibung der Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität dem aktuellen Status der Mobilität**? An welchen Stellen gibt es Abweichungen?
- b. Welche Entwicklungen oder Ereignisse könnten diese Abweichung erklären? – Gab es in den letzten Monaten gravierende Ereignisse wie Schlaganfall oder Fraktur? – Liegt eine Erkrankung vor, die mit einem stetigen Mobilitätsverlust einhergeht (z. B. Demenz)? – Gibt es Hinweise auf Mobilitätsverluste infolge einer Krankenhausbehandlung? – Gibt es andere Gründe?

Was ist entscheidend für die Umsetzung des ES Mobilitätsförderung?

Kompetenzen der Mitarbeitenden zu stärken:

- Bewusstsein (Der Prozess des Bettlägerig-werdens und daraus folgenden Risiken)
- Gute und gezielte Beobachtung von Bewegungseinschränkungen/Bewegungsressourcen
- Integration der bewegungsfördernden Maßnahmen bei jeder Unterstützung/Hilfestellung an vorhandene Ressourcen anpassen
- Die Bettlägerigkeit-Spirale zu unterbrechen bzw. hinauszuzögern
- Aufklärung/Beratung des Patienten/Bewohners/Angehörigen

Besondere bewegungsfördernde Konzepte ausarbeiten und umzusetzen

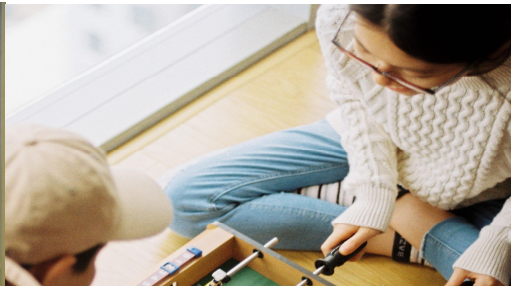
Adäquate Hilfsmittelauswahl und Einsatz

Multidisziplinärer Einsatz

Konzepte zur Förderung der Bewegung und Wahrnehmung

Aktivitas Pflege® (begründet durch Marlies Beckmann)	Aktivitas Pflege® ist ein auf Aktivierung ausgerichtetes Konzept, das erhaltene Fähigkeiten erweitert und neue Möglichkeiten initiieren möchte. Grenzen der Personen, die miteinander in Interaktion sind, sollen rechtzeitig erkannt und respektiert werden. Die Bewegungsanalyse ist dabei ein grundlegendes Beobachtungs- und Bewertungsinstrument. Die Reduktion von Bewegungsschmerz und Gelenkmobilisation ist ein wichtiger Aspekt des Konzepts.
Bobath-Konzept (begründet durch Berta Bobath und Karel Bobath)	Das Bobath-Konzept ist ein multiprofessioneller Ansatz in der Rehabilitation und Therapie von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Besonders bekannt ist es in der Arbeit mit Schlaganfallkranken und zur Verhinderung von Spastizität. Das Bobath-Konzept stellt einen Lernprozess dar. Die Klienten sollen lernen, die Kontrolle über die Muskelspannung und Bewegungsfunktionen wiederzuerlangen. Im Vordergrund stehen die Regulation des Muskeltonus und die Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe.
Kinästhetik in der Pflege® (begründet durch Frank Hatch und Lenny Maietta)	Kinästhetik in der Pflege® ist das Studium der Bewegung und der Wahrnehmung, die wiederum aus Bewegung entsteht. Bewegung von Klienten wird im Konzept als Dialog gestaltet. Bewegungsabläufe werden kräftesparend und nach physiologischen Bewegungsmustern durchgeführt.
Kinästhetik in der Pflege® (begründet durch Frank Hatch und Lenny Maietta)	Aktivierend-rehabilitative Pflege – Fördernde Pflege ist eine pflegerische Grundhaltung, durch die das Pflegeangebot an den Möglichkeiten und Zielen des Klienten ausgerichtet wird und der Bedarf an Unterstützung unter dem Aspekt der Förderung von Selbstständig- und Unabhängigkeit gestaltet wird.
Aktivierend-rehabilitative Pflege – Fördernde Pflege Mobilitätsförderung durch das Drei Schritte-Programm (nach einer Idee von Angelika Zegelin)	Es handelt sich um ein Programm zur Förderung der Beweglichkeit. Die Idee ist, Personen mit weitgehenden Einschränkungen der Mobilität einige Schritte mit Unterstützung gehen zu lassen. Personen, die bei größeren Entfernungen im Rollstuhl transportiert werden, sollen wenigstens die letzten drei Schritte laufen. Hierdurch soll ein Anreiz zu selbstständigem Bewegen gesetzt werden und ein Trainingseffekt einsetzen. Pflegenden unterstützen soweit wie nötig und nehmen sich in der Assistenz mehr und mehr zurück.
Basale Stimulation® in der Pflege (begründet durch Andreas Fröhlich und Christel Bienstein)	Basale Stimulation® in der Pflege ist ein Konzept zur Förderung der Wahrnehmung und die Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen. Zielgruppe sind Menschen mit erheblicher Wahrnehmungsbeeinträchtigung, deren Eigenaktivität aufgrund mangelnder Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist. Mit einfachen Mitteln wird versucht, den Kontakt zu den Menschen aufzunehmen, um ihnen den Zugang zu ihrer Umgebung und ihren Mitmenschen zu ermöglichen und Lebensqualität zu erleben.

Bewegung macht Spaß!



Literaturquellen

Abt-Zegelin, A. (2013): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. 2. Auflage. Bern: Huber.

Abt-Zegelin, A. (2012): Drei kleine Schritte können die Welt verändern. Präsentationsfolien: ©Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft. <http://www.uni-wh.de/gesundheit/pflegewissenschaft>.

Bundesministerium für Gesundheit. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Wingenfeld, K. & al. (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/www.bmfsfj.de)
www.bmfsfj.de

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht 13. Juni 2014. Osnabrück.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung. Osnabrück.

GKV-Spitzenverband (2017). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Essen.

GKV-Spitzenverband (2019). Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI Vollstationäre Pflege.

Holt, S.; Schmiedl, S.; Thürmann, P. A. (2011): PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf.

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit
und viel Erfolg
bei der Umsetzung!



Bleiben Sie in Bewegung

Dr. med. Nada Ralic, Master of Public Health, Qualitätsauditorin
Diakonie Düsseldorf
Platz der Diakonie 3
40233 Düsseldorf
0211 7353261
E-Mail: nada.ralic@diakonie-duesseldorf.de
www.diakonie-duesseldorf.de