

# «Festgenagelt sein» – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung

Angelika Zegelin

## Zusammenfassung

*Bettlägerigkeit ist ein alltägliches Phänomen der Pflege, trotzdem liegt kein differenziertes Wissen über Gründe, Formen, Entwicklung und Bewältigung von Bettlägerigkeit vor. Der Begriff Bettlägerigkeit wird beliebig eingesetzt, der Zustand ist nur grob umrissen. Eine Literaturanalyse ergab, dass lediglich die pathophysiologischen Folgen des Liegens hinreichend geklärt sind. Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, Einblicke in die Entstehung von Bettlägerigkeit zu erhalten. Den Hauptdatenbestand der vorliegenden Untersuchung bildeten 32 Interviews mit bettlägerigen, älteren Menschen. Die Befragten berichten über die Entwicklung aus ihrer Sicht. Es handelte sich um 19 Frauen und 13 Männer, die Hälfte lebten im Altenheim, die anderen wurden zu Hause versorgt. Diese qualitative Studie folgte dem Forschungsstil der Grounded Theory nach Strauss und Corbin. Als zentrale Kategorie bildete sich das Phänomen der «allmählichen Ortsfixierung» heraus. Bettlägerigwerden geschieht in einem schleichenden Prozess der zunehmenden Verwiesenheit auf einen Ort. Die Entwicklung ist verbunden mit steigendem Hilfebedarf und ungünstigen Folgen wie der Liegepathologie, Interesseneinengung und Zeitverlust. Diese Folgen unterhalten wiederum die Abwärtsentwicklung. Die Untersuchung deckt einen phasenhaften Verlauf und eine Reihe von Einflussfaktoren auf diesen Prozess auf. Viele dieser Faktoren liegen in der betroffenen Person selbst und in ihrer Interaktion mit den Umständen; andere Einflüsse liegen im strukturellen Bereich, zum Beispiel durch Zeitdiktate der Pflege oder durch ungünstige Möblierung. Ein großer Teil dieser einflussnehmenden Faktoren sind veränderbar – bei rechtzeitiger Erkennung und Vorbeugung könnte ein unfreiwilliges Schicksal langer Bettlägerigkeit für viele Betroffene vermieden werden.*

## Summary

«Tied down» – The process of becoming bedridden through gradual local confinement  
*To be bedridden is a common phenomenon in nursing. However, there is no solid base of knowledge on reasons, types, development of, and coping with this situation. The concept of being bedridden is applied in an arbitrary manner and the state of being bedridden is far from being clearly defined. A literature review revealed that only pathophysiological effects of this state are sufficiently explained. The aim of this study was to gain knowledge of the development of being confined to bed. Thirty-two interviews with elderly, bedridden people (nineteen woman, thirteen men) were conducted. They were asked about their perspective on and their experience of the development of being confined to bed. Half of the interviewees lived in a nursing home, the others were cared for at home. Data collection and analysis were performed by using a Grounded Theory approach as developed by Strauss and Corbin. «Gradual local fixation» was identified as the core category. Becoming bedridden is a slow process by which the person is increasingly confined to one location. This development is related to an increasing need for support and to negative consequences such as a pathology of immobility, narrowing of interests, and loss of time. These consequences again are responsible for a downward spiral development. This study reveals phases of development and a range of factors influencing them. Many of these factors arise from the person and his/her interactional behaviour in the circumstances, other influences are structural factors such as external pressure caused by time constraints of professional nursing services or unfavourable arrangements of furniture.*

*A lot of factors of being confirmed to bed are changeable. Long periods of being bedridden can be prevented in many cases, if early warning signs are being recognized and preventive measures are taken in time.*

## 1. Einleitung/Problembeschreibung

In dieser Untersuchung geht es um die Erkundung von Ursachen und Formen der Bettlägerigkeit. Bettlägerigkeit ist eines der geläufigsten Phänomene in der Pflege, zugleich auch ein Begriff aus unserer Alltagssprache. Fast jeder Mensch kann sich unter Bettlägerigkeit etwas vorstellen. Und doch gibt es kaum systematisches Wissen über Bettlägerigkeit – die Gründe, warum Menschen schließlich dauernd liegen, sind unbekannt. Eine medizinische Diagnosestellung erklärt nicht, warum im Krankheitsfortschritt der eine Mensch bettlägerig wird und der andere nicht. Wir wissen zwar viel über die Pathophysiologie des Liegens, über psychische und soziale Auswirkungen und Bewältigungsformen für Betroffene und Angehörige finden sich jedoch keine Studien. Unklar ist auch, was Bettlägerigkeit eigentlich ausmacht. Wird unter Bettlägerigkeit nur striktes Liegen verstanden, oder fallen unter diese Bezeichnung auch Menschen, die mit Hilfen ganz kurz aufstehen können, im Rollstuhl sitzen oder auf einem anderen Möbel als dem Bett liegen?

Bettlägerigkeit hat beträchtliche Auswirkungen auf die Lebensgestaltung der Betroffenen. In der Regel wird ihre Autonomie stark eingeschränkt, und sie werden abhängig von fremder Hilfe. Im pflegerisch-medizinischen Umfeld wird der Begriff Bettlägerigkeit oft benutzt, doch wie es scheint in einer recht diffusen Art. Interessanterweise findet sich «Bettlägerigkeit» nicht als Stichwort im Glossar von Pflegelehrbüchern, sie taucht in keinem Klassifikationssystem auf, findet sich nicht in Pflegelexika oder in Pflegediagnosenkorpora, eine Begriffsanalyse liegt nicht vor.

Hingegen gibt es verschiedene Beschreibungen von Immobilität/Mobilität (u.a. Rush/Ouellet, 1993; Zeller-Forster, 1999) – bei näherer Betrachtung fällt auf, dass diese Konstrukte übergreifend sind und auf den jeweiligen Kontext näher definiert werden müssen. In verschiedenen Büchern wird das Thema Mobilität aufgegriffen und es werden interessante Aspekte zur Beweglichkeitsförderung oder Sturzprävention vorgetragen – in der Regel werden dabei Bettruhe und Bettlägerigkeit gleichgesetzt. Bettruhe scheint jedoch eher eine ärztlich angeordnete bzw. durch akute Krankheit erforderliche und befristete Zeit der «Schonung» zu sein, Bettruhe «hat» man, bettlägerig «ist» man.

In den letzten Jahren wird zunehmend über das interdisziplinäre Konzept «Chronische Krankheit» publiziert, ein chronischer Verlauf kann (muss aber nicht) mit zunehmender Lägerigkeit einhergehen. Bettlägerigkeit ist in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht näher definiert – möglicherweise ist jedoch das «Illness Trajectory Model» (Glaser/Strauss, 1968; Corbin/Strauss, 1988) ein Bezugsrahmen, um auch Abwärtsentwicklungen im Bereich Mobilität deutlich zu machen.

Im Zuge der Pflegeversicherung sind einige Begriffe aus dem Umfeld der Pflege, z.B. Pflegebedürftigkeit, unter sozialrechtlichen Aspekten formuliert worden. Der Zusammenhang zwischen Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit kann nur vermutet werden. Entsprechend finden sich auch keine Aussagen zum Vorkommen von Bettlägerigkeit in Forschungen im Bereich der Pflegeversicherung.

Bettlägerigkeit wird im Allgemeinen negativ konnotiert, als Endzustand, beschrieben und erlebt, der zum allmählichen (sozialen) Sterben führt. Dies mag auch mit der aktivistischen Einstellung westlich orientierter Leistungsgesellschaften zusammenhängen. Bewegungseinschränkungen bei Alten können heute «repariert» werden, in früheren Jahren zogen sich die Menschen zurück und begaben sich schließlich auf das «Altenlager» – das scheint in dieser Form bei uns nicht mehr vorzukommen. Bewegung gilt als grundlegendes Merkmal von Leben, der aufrechte Gang ist typisch für die Spezies Mensch. Fortbewegung ermöglicht Entwicklungschancen und Kontakte. Straus (1960) legt in einer anthropologischen Studie die zahlreichen Besonderheiten der aufrechten «Haltung» dar, Begriffe wie «Niederlage» oder «Unterlegen-Sein» zeigen die moralischen Kategorien auf.

In Kenntnis der sozialen Möglichkeiten und anthropologischen Grundlagen war ein Interesse dieser Untersuchung, die Ursachen zu erforschen, um eine von den Betroffenen unerwünschte Bettlägerigkeit zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Dies geschah durchaus in Anerkennung der Tatsache, dass es Menschen gibt, für die Bettlägerigkeit eine (primäre) Daseinsform ist.

## 2. Literaturübersicht

Bei der Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, HECLINET, GEROLIT, der Datenbank des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), CARELIT und des SCIENCE CITATION INDEX wurden unter den Suchbegriffen *Bettlägerigkeit*, *Bettruhe* u.ä. ohne Zeitbegrenzung auch jahrzehntelang zurück gesucht. Es fanden sich ausnahmslos Studien zur Pathophysiologie. Englischsprachige Suchbegriffe waren *bedridden*, *bedrest*, *confinement to bed* oder *lay down*.

Bettruhe wurde als Behandlungsform im 19. Jahrhundert «erfunden». Einige schicksalhafte Verläufe bekannter Persönlichkeiten hin zum dauerhaften Liegen sind überliefert: Pickering (1974) stellt entsprechende Biografien vor; unter anderem hat Florence Nightingale über dreißig Jahre im Bett verbracht.

Allen, Glaszion und Del Mar (1999) kommen nach systematischer Sichtung von 39 Studien zur Liegeverordnung (5777 PatientInnen) zum Schluss, dass Bettruhe als Heilungsempfehlung, selbst aufgrund eines Myokardinfarktes, wegen der vielen ungünstigen Nebenwirkungen als kritisch zu beurteilen ist. Die ersten größeren Studien über die nachteiligen Wirkungen des Liegens, z.B. Thrombosen, Dekubitus und Pneumonie, wurden in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts durchgeführt; sie sorgten dafür, dass etwa die postoperativen Liegezeiten drastisch verkürzt wurden. Birke (1965), Harper/Lyles (1988), Rubin (1988), Olson (1990) u.a. gehen auf die zahlreichen pathologischen Auswirkungen des Liegens ein; fast jedes Organsystem ist betroffen. Die ersten Veränderungen treten schon nach zwei Tagen ein, bei älteren Menschen sind die Folgen dramatisch und festigen dadurch weiteres Liegen. Hypotension und Pulsanstieg stellen sich ein, alle Atemvolumina sind reduziert, es kommt zu Sekretstau und Atelektasen. Magensekretion und Peristaltik nehmen ab. Es

kommt zu Obstipation, durch das Liegen wird eine Harninkontinenz begünstigt. Körperflüssigkeiten und Elektrolyte verschieben sich, die Niere filtert durch die Anschoppung des Blutes im Körperstamm mehr aus, Plasma geht in den extrazellulären Raum. Die Gerinnungsverhältnisse ändern sich, die Immunabwehr nimmt ab, die Hormonzyklen sind gestört. Die Knochen verlieren Calcium, vor allem schwindet die Muskelkraft schon nach kurzer Zeit, es drohen Gelenkkontrakturen.

Einige AutorInnen weisen auf die sensorische Deprivation hin. Depressionen und Stimmungswechsel können auftreten. Menschen fühlen sich wertlos und ohne Hoffnung. Fröhlich (1998), Begründer der «Basalen Stimulation», eines Förderansatzes für schwerstbehinderte Menschen, weist darauf hin, dass Wahrnehmung sehr eng mit Bewegungsfähigkeit verknüpft ist. Fehlende Anregung führt zur Abstumpfung, Gewöhnung und Habituation, langes, ruhiges Liegen bewirkt einen Verlust des Oberflächen- und des Körpergefühls. Auch höhere Denkleistungen erfahren einen Niedergang durch die Ruhigstellung. Zahlreiche Studien aus dem Bereich der Medizinischen Psychologie zeigen auf, dass allein die Krankenhausaufnahme einen Einbruch in kognitiven Leistungen bedeutet. Lehr (1984) konstatiert die «Talfahrt des IQ im Krankenhaus» und fordert Bewegung, sensorische und emotionale Anregung und geistige Aktivierung für ältere PatientInnen. Bei der Modellbildung wird davon ausgegangen, dass psychische und geistige Leistungsfähigkeit mit dem allgemeinen Aktivierungsniveau in engem Zusammenhang stehen. Es konnte belegt werden, dass beim «Herumgehen» oder auch auf dem Fahrradergometer die kognitiven Leistungen besser waren als in Ruhe.

Einige Autoren gehen übergreifend auf den Rückzug ins Bett ein und fassen die strukturellen Aspekte der Hospitalisierung zusammen: Ulmer/Saller (1994) beschreiben ein Inaktivitätssyndrom, das schließlich zu einem Kaskadeneffekt führt. Sie zitieren eine Untersuchung von Creditor (1993), nach der drei Viertel der über 75-Jährigen, die vor Klinikeintritt noch selbständig waren, nach der Entlassung Hilfe benötigten. Sie beziehen sich ebenfalls auf die bereits oben genannten negativen Folgen der abnehmenden Mobilität, führen aber noch zusätzliche Aspekte ein. So erwähnen sie die Rolle der Angst und der Vorsichtsmaßnahmen, die Wirkung der einseitigen, ungewohnten Ernährung, der fremden Umgebung, des Angewiesenseins auf Hilfe. Durch Medikation und Infusionen werden die PatientInnen ans Bett «fixiert».

Im Feld der Altenpflege macht Frieling-Sonnenberg (1997) auf strukturelle Probleme, z.B. «therapeutisch» gutgemeinte, aber sinnentleerte «aktivierende Maßnahmen», aufmerksam: Diese können zum weiteren Rückzug alter Menschen führen. Er beklagt den Mangel an lebensgeschichtlicher Orientierung in der Pflege sowie fehlende Anreize zu einer positiven Lebens- und Alltagsbewältigung.

Zum Abschluss der zur Literaturanalyse soll noch etwas zum Bett als «besonderer Ort» gesagt werden. In unserem Kulturkreis «betten» sich die Menschen auf einem erhöhten Liegemöbel mit «Füßen» zur Ruhe, weltweit liegen die meisten Menschen eher auf Matten. Das Aufkommen der Bettstatt für weite Kreise der Bevölke-

rung wird auf das 18. Jahrhundert datiert, zuvor begnügte sich das Volk mit einer Pritsche und/oder einem Strohsack. Erst seit etwa zwei Jahrhunderten steht das Bett in europäischen Ländern in einem abgesonderten Raum, dem «Schlafzimmer» (Elias, 1998). Immer wieder betont wird die Funktion des Bettes zu Anfang und Ende des Lebens, auch auf die Privatheit des Bettes wird häufiger eingegangen (Jansen, 1997). In früheren Zeiten war ein ganzes Arsenal «salonfähiger» Liegemöbel in Gebrauch und kam damit den Bedürfnissen «hinfalliger» Menschen entgegen. Von der Ottomane über den Diwan und das Kanapee, von der Chaiselongue zur Récamiere gab es über viele Jahrhunderte diverse Liegemöbel. Noch bis in die 1960er Jahre verfügten auch Wohnküchen in Deutschland über eine Couch zum «Ausruhen zwischendurch». Erst in unserer Zeit haben sich die Räume weiter differenziert, das Sofa ist der «Sitzgruppe» gewichen, und Lägerigkeit wird damit ins Bett und Schlafzimmer verbannt. Liegen ist bisher aus verschiedenen Perspektiven thematisiert worden, Bettlägerigkeit als langfristiger Seinszustand, ihre Ursachen und Entwicklung sind bisher aber nicht geklärt worden.

### 3. Zielsetzung und Hauptfragen

Das führende Ziel dieser Forschung war, Einsicht in die Entstehung von Bettlägerigkeit zu erhalten. Die Fragestellungen lauteten: «Auf welche Art und Weise werden Menschen bettlägerig? Lassen sich verschiedene Ursachen und Formen unterscheiden?» Damit verbunden war die bisher ungelöste Frage, was Bettlägerigkeit überhaupt ausmacht: «Sind nur Menschen gemeint, die überhaupt nicht mehr aufstehen können, oder sind auch die Menschen eingeschlossen, die mit Hilfe ein- oder mehrmals täglich das Bett verlassen können?» Weitere Fragen waren: «Gibt es wiederkehrende Muster, gibt es «Schlüsselmomente» in denen sozusagen eine Weichenstellung erfolgt, gibt es Beschleunigungs- und Verlangsamungspunkte? Ist «Bettlägerigwerden» immer mit einer Abwärtsentwicklung verbunden oder ist die Situation auch umkehrbar? Wie gehen die Betroffenen mit der Situation um, und hat dieses Einfluss auf die Entwicklung?» Besonders die letzten Fragen legen nahe zu untersuchen, ob es Analogien zu den erwähnten Verlaufskurvenmodellen gibt. Diese Untersuchung soll dem Verständnis für die Zusammenhänge von Bettlägerigwerden dienen und eine differenzierte Wahrnehmung ermöglichen.

### 4. Methoden

Bettlägerigkeit ist ein weitgehend unbekanntes Phänomen und bisher nicht konzeptualisiert. Bei der Entstehung von Bettlägerigkeit handelt es sich offensichtlich um ein komplexes Geschehen mit vielen Einflussfaktoren, dazu gibt es bisher keine Wissensgrundlage. Erste Erkenntnisse mussten aus subjektiven Erfahrungen generiert werden; hierzu war ein offenes, «qualitatives» Vorgehen im Sinne interpretativer Forschung notwendig. Die Perspektive der Betroffenen, ihre Wirklichkeit und ihr Erleben der Entwicklung standen im Vordergrund. Es scheint Konstellation

tionen zu geben, die eine Vielzahl von Menschen ins Bett «zwingen». Für die Aufklärung dieser Muster und Prozesse sozialer Wirklichkeit eignete sich der Forschungsstil der *Grounded Theory* nach Strauss/Corbin (1996), es sollte ein gegenstandsbezogener Theoriebeitrag geliefert werden. Erhebung, Kodierung und Analyse wechselten sich in dieser Studie ab, die Ergebnisse wurden jeweils im Feld neu überprüft und der Fortgang durch das Datenmaterial selbst gesteuert (theoriegeleitete Auswahl und konstanter Vergleich).

Die Gespräche unterlagen einigen Besonderheiten, es handelte sich um sehr kranke Menschen mit Atembeschwerden, Schmerzen oder Schwerhörigkeit – alle Befragten beklagten ihren Zustand, erinnerten oder trauerten. Als ethische Grundlage der Untersuchung dienten die Belmont-Kriterien: Achtung vor der Person, Wohlwollen und Gerechtigkeit.

Die halbstandardisierten Leitfaden-Interviews dauerten im Durchschnitt 30 Minuten, sie wurden aufgezeichnet und regelhaft transkribiert. Neben den Interviews wurden auch Beobachtungsnotizen und verschiedene Memos theoretischer, methodischer und persönlicher Art in die Auswertung einbezogen. Zum Teil konnten auch die Pflegenden befragt, manchmal konnte Einblick in eine Pflegedokumentation genommen werden.

Nach jedem Interview erfolgte eine Analyse in den Auswertungsschritten der *Grounded Theory*. Die Interviewinhalte wurden «offen» und danach «axial» kodiert, d.h. zunächst wurden die Aussagen mit einem «Oberbegriff», einer Kategorie, versehen und zusammengefasst, dabei wurden häufig wörtliche Aussagen genutzt («in-vivo-Codes»). Durch das axiale Kodieren wurden die Kategorien systematisch in ihren Eigenschaften und Ausprägungen untersucht. In einem späteren Schritt entwickelte sich durch weiteres Verdichten, durch «selektives» Kodieren, eine Kernkategorie, die sich als zentrales Phänomen durch alle Daten zieht.

## 5. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt kamen 32 Interviews mit als «bettlägerig» bezeichneten Menschen in Altenheimen und in der häuslichen Pflege zur Auswertung; die Befragten schilderten rückblickend die Entwicklung. Die Kontakte entstanden über Mittelspersonen. Voraussetzung war, dass die bettlägerigen Menschen Auskunft geben konnten und wollten, dass sie sich an den Verlauf erinnerten und zu einem Zeitpunkt der Entwicklung optional aufstehen konnten (damit wurden Menschen ausgeschlossen, die von vornherein aus körperlichen Gründen völlig unbeweglich waren). Nach all diesen Einschränkungen stellte sich der Zugang als sehr schwierig dar, der Erhebungszeitraum dehnte sich über zwei Jahre aus, und zeitweise entstand der Eindruck, dass es gar keine Bettlägerigen gebe. Bettlägerigkeit schien auch ein Stigma zu sein – aus Altenheimen wurde gemeldet, dass es keine bettlägerigen Bewohner gäbe, alle Pflegebedürftigen würden «herausgesetzt».

Es wurden zwölf Männer und zwanzig Frauen befragt. An Diagnosen fand sich das ganze Spektrum chronischer Krankheiten, obstruktive Lungenerkrankungen, Rheuma, Parkin-

son – oft stand keine bestimmte Diagnose im Vordergrund; Stürze, Schwindel und Schwäche oder unklare neurologische Beschwerden wurden genannt – die medizinischen Diagnosen spielten beim theoretischen Sampling allerdings keine besondere Rolle. Einige Befragte hatten einen Schlaganfall überwunden und wurden nur in diese Befragung aufgenommen, wenn sie (zunächst) wieder rehabilitiert und gehfähig waren.

Das Alter reichte von 62 bis 98 Jahren. Die Zeitdauer des Liegens stellte sich unterschiedlich dar, von zwei Wochen bis zu vier Jahren. Auch die außerhalb des Bettes verbrachte Zeit war verschieden, ebenso wie die Selbstzuschreibung «bettlägerig» zu sein.

## 6. Ergebnisse

### *Phasenmodell des Bettlägerigwerdens*

Als analytischer Bezugsrahmen und erstes Ergebnis entwickelte sich ein Phasenmodell des Bettlägerigwerdens. Bettlägerigkeit entwickelt sich allmählich über die fünf verschiedenen Phasen Instabilität, Ereignis, Immobilität im Raum, Ortsfixierung und schließlich, erst in der letzten Phase, Bettlägerigkeit. Die einzelnen Phasen haben fließende Übergänge, sie sind von jeweils unterschiedlicher Dauer, unterliegen jedoch einer gewissen Dynamik, die von verschiedenen Einflussfaktoren abhängt. Diese Einflussfaktoren werden phasenweise thematisiert; es kann hier allerdings nur ein Teil der Ergebnisse dargestellt werden.

Bei allen Befragten gab es fünf «konstante» Einflussfaktoren, die in allen Phasen wirkten. Dazu zählte die schon erwähnte Liegepathologie, je länger sie andauerte, umso schwerer wurde das «Dagegen-Angehen». Auch der Krankheitsfortschritt mit verschiedenen Komplikationen konnte die Lägerigkeit zementieren, eine Thrombose oder ein zweiter Schlaganfall konnten Fortschritte rückgängig machen. Einsichtig ist auch, dass die Individualität der Personen eine Rolle spielte. «Ich bin ein Stehaufmännchen», sagte eine Befragte, «Ich bin eine Kämpfernatur», meinte ein (fast) bettlägeriger Mann – beide drücken damit aus, dass sie gegen den Zustand kämpfen. Andere haben sich aufgegeben und meinen: «Es ist aus.» Während die Individualität grundsätzliche Eigenschaften zeigt, meint der Faktor Weltsicht/Bewältigung die aktuelle Auseinandersetzung und die Zukunftsorientierung: «Ich will zur Goldenen Hochzeit wieder aufstehen können», oder ähnlich drückten sich die InterviewpartnerInnen aus. Als letzter durchgängiger Faktor fiel die Einstellung der Pflegenden auf, auch sie hatten einen deutlichen Einfluss auf die Entwicklung. Wenn pflegende Angehörige der Meinung waren: «Es ist gut, dass Oma oben im Bett liegt», werden sie kaum etwas dagegen unternommen haben. Wenn beruflich Pflegenden dachten, ein Mensch habe im Alter von 70 Jahren sein Leben gelebt, sie nicht über Wissen und Geschick beim Transfer verfügten, dann werden sie nicht in der Lage gewesen sein, eine Bettlägerigkeit aufzuklären, geschweige denn «rückgängig» zu machen.

Sowohl die Phasen als auch die durchgängigen Wirkfaktoren waren «eingebettet» in gesellschaftliche Struktu-

ren und Bedingungen, d.h. die Akteure begegneten sich als Rollenträger, sie lebten unter Bedingungen der Kleinfamilie bzw. des Single-Haushaltes, sie wohnten in Altenheimen, nutzten ambulante Pflegeangebote, setzten sich mit den Leistungen der Pflegeversicherung auseinander, holten die «Welt» über Fernsehen oder Telefon zu sich und vieles andere mehr. Im Folgenden werden die Phasen vorgestellt, innerhalb der Phasen werden dann einige der typischen Einflussfaktoren abschnittsweise thematisiert.

### 1. Phase: Instabilität

Fast alle befragten Menschen gaben an, schon vor der Bewegungsunfähigkeit gewisse Probleme mit dem Gehen gehabt zu haben: «wackelig, vorsichtig, schwindelig» sind übliche Beschreibungen. Zum kleinen Teil bewegten sich die Menschen auch außer Haus ohne Hilfsmittel, die meisten benutzten aber schon einen Gehstock oder ein Gehgestell/Rollator; manche bewegten sich fast nur zu Hause, stützten sich an den vertrauten Möbeln ab und hatten schon Sturzerfahrungen. Einige der InterviewpartnerInnen hatten Veränderungen in ihrem Wohnumfeld vorgenommen, Möbel umgestellt, persönliche Sachen nähergeholt – entweder wurde dies in Eigeninitiative oder auch nach Wohnberatung durchgeführt.

### 2. Phase: «Ereignis»

In dieser Phase tritt als Ereignis ein Klinikaufenthalt und/oder ein Sturz ein, dadurch verschlechtert sich die Beweglichkeit dramatisch – auch wenn der Klinikaufenthalt nichts mit Beweglichkeit zu tun hat. «Seit ich im Krankenhaus gewesen bin, ist es alle», sagte eine 85-jährige Frau, inzwischen bettlägerig zu Hause, und eine weitere 89-jährige Frau im Altenheim, rollstuhlgebunden, sagte: «Ich war zweimal im Krankenhaus, da hab ich nur gelegen.» «Die haben mich nur liegen gelassen», sagte eine weitere Dame, und ein Befragter berichtete ebenfalls, dass ihm im Krankenhaus niemand gesagt hätte, dass er aufstehen sollte.

Die PatientInnen blieben passiv, zogen sich ins Bett zurück, sie wussten nicht, wo sie sich sonst aufhalten sollten – andererseits meinten sie, stets verfügbar sein zu müssen. «Nach jedem Krankenhausaufenthalt ist es schlimmer geworden», meinte eine rheumakranke Befragte. Sie führte weiter aus, dass die für sie notwendige Hilfe im Krankenhaus nicht geleistet werden konnte: «Ich hab so Angst vorm Krankenhaus, weil ich mich da irgendwie, man kann sich da nicht helfen.» Erstaunlich war die hohe Zahl an Sturzerereignissen, fast alle Befragten hatten Stürze erlebt, dies führte zur Vorsicht. Auch Beinahe-Stürze und selbst nur die Angst untermauerten die Immobilisierung. Zum Teil warnten auch die Betreuer oder Ärzte: «Wenn sie noch einmal stürzen, ist es aus.» Insgesamt scheint das Liegen im Krankenhaus noch allzu selbstverständlich zu sein, Begriffe wie Liegedauer oder Verlegung deuten darauf hin, dass das Denken hier noch von den Ideen des 19. Jahrhunderts bestimmt ist.

### Situation des Transfers

Die Transfersituation hatte große Einwirkung auf die Häufigkeit des Aufstehens; wenn die Pflegenden schwach und inkompetent wirkten, gar zwei Helfer benötigt wurden, reduzierten die Kranken ihre Ansprüche – besonders dann, wenn das Aufstehen mit beidseitigem Jammern und Klagen einherging. Die Mobilisierung schien oft zu einem täglichen Kampf zu geraten, nicht selten musste das Anliegen, oberflächlich betrachtet, gegen den Willen der Pflegebedürftigen durchgesetzt werden. Die PatientInnen konnten sehr gut mitteilen, was einen für sie sicheren Transfer ausmacht – in der Studie ist dies unter «geglückter Mobilisation» beschrieben.

Von den Pflegebedürftigen wurde sehr oft der Begriff «Gezerre» gebraucht, der Transfer erfolgte entsprechend nicht «aktiv» unter Beteiligung der Betroffenen, sondern der Pflegebedürftige wurde unter Kraft- oder Hilfsmittelaufwand passiv umgesetzt oder «herübergehoben». Oft wurde er lediglich disloziert und saß die Zeit ab – normalerweise bewegen Menschen sich zielgerichtet. Diese Ziele und Anregungen waren scheinbar nicht immer vorhanden.

### 3. Phase: «Immobilität im Raum»

In dieser Phase wurden die Menschen zunehmend bewegungseingeschränkt, sie wechselten zwischen Sofa, Rollstuhl oder Sessel und legten sich auch tagsüber schon mal ins Bett; das Gehen beschränkte sich auf wenige Schritte mit Hilfe. Diese Phase ist entscheidend für den weiteren Verlauf. Durch geschickte Hilfen und eine positive Bewältigung kann Bettlägerigkeit lange Zeit hinausgezögert werden. Hierbei ist die Häufigkeit des (selbstbestimmten) Wechsels zwischen Liegen und Sitzen wichtig. Wenn Pflegebedürftige allerdings wenige Male «zu lange» und ohne Hilfe beanspruchen zu können außerhalb des Bettes sitzen, dann versuchen sie, die Situation künftig zu meiden.

In der häuslichen Versorgung fiel auf, dass viele Menschen sehr wohl Stunden außerhalb des Bettes hätten verbringen können, z.B. in einem selbstverstellbaren bequemen Ruhesessel sitzend. Die Pflegedienste, die zwei- oder dreimal täglich zur Versorgung kamen, beendeten ihren Einsatz nach etwa 20–30 Minuten. Würde der Betroffene zum Essen oder Waschen «aus dem Bett geholt», hätte er anschließend «draußen» sitzen bleiben können. Diese Möglichkeit wurde jedoch nie in Anspruch genommen, da nach ein bis drei Stunden «Sitzzeit» keine Hilfe zur Stelle war. Die Pflegebedürftigen ließen sich aus diesem Grund wieder ins Bett bringen – so verstärkte sich die Liegepathologie weiter. Hier scheint es eine strukturelle Ursache für das Liegen im Bett zu geben; eine Frau sagte:

«Die tun das nicht, die haben doch heute alle keine Zeit mehr. Die dürfen sich nur 20 Minuten beim Patienten aufhalten.»

Im Altenheim fordert der Ansatz der «aktivierenden» Pflege, dass die Menschen nicht im Bett liegen. Allerdings passen die Abläufe nicht immer zu den Bedürfnissen der Bewohner, für viele ist das Sitzen im Rollstuhl unbequem – die Befragten saßen mehr im Zimmer, als dass sie durch die Gegend «rollten». Strikt im Bett lag kaum jemand, aber

ein funktionales «Absitzen der Zeit» im Rollstuhl kam vor, «und nach dem Essen bringen die ja alle wieder ins Bett, damit sie Mittagsschlaf halten», sagte eine Bewohnerin.

#### *Möblierung im häuslichen Bereich und im Altenheim*

Bei den meisten Befragten zu Hause dominierte das Pflegebett den Raum. Die Möbel waren achtlos beiseite geschoben und mit Pflegeartikeln belegt: «Es ist nicht mehr gemütlich hier», sagte eine Befragte. Frau F., 62 Jahre alt, schwer rheumakrank, mit ihrem Ehemann in einer Wohnung lebend, wurde im gemeinsamen Wohnzimmer auf einer gepolsterten Gartenliege liegend angetroffen: «Wir wollen unser Wohnzimmer nicht vershandeln», sagte sie. Die Anschaffung eines «Pflegebettes» schien Bettlägerigkeit zu fördern und die Abwärtsentwicklung zu markieren. In dieser Studie wurden nur einfachste weiße Krankbetten im häuslichen Bereich vorgefunden, zum Teil waren sie erhöht durch Spezialmatratzen, vielfach mit Bettgittern. Auch Altenheimräume waren eher «Schlafzimmer», die aufgestellten Betten beanspruchen den Platz.

In den Altenheimen fehlten individuelle Hilfsmittel, die Bewohner saßen in oft unpassenden Transportrollstühlen und «tippelten» mit den Füßen hin und her – die Nutzung der großen Greifräder ist generell schwierig, und nach kurzer Zeit wird über Schmerzen geklagt. Im häuslichen Bereich stapelten sich dagegen nie genutzte Hilfsmittel in Abstellräumen und auf Balkonen. Es waren durchaus teure Produkte wie Lifter darunter, sie wurden nicht speziell ausgewählt und es erfolgte kein Training, sagten die Betroffenen. Der Anschaffungsprozess sei langwierig gewesen, und zum Lieferzeitpunkt hätten sich die Verhältnisse geändert.

#### *Rücksichtnahme*

Die Absicht, Rücksicht zu nehmen auf die Helfenden, zog sich wie ein Grundthema durch alle Interviews: «Man muss sich bescheiden», «die schaffen das nicht», «man muss ihnen entgegenkommen» oder «man muss das Beste draus machen», antworteten die Befragten, oder auch: «Die Schwestern haben keine Zeit.» Diese Aussagen wurden offen unter der Kategorie «Rücksichtnahme» kodiert. «Sonntags bleibe ich im Bett, dann sind zuwenig Leute hier», sagte ein 71-jähriger blinder Mann – die Pflegenden hingegen glaubten, dem Bewohner einen Gefallen mit der «Sonntagsruhe» zu erweisen. Und doch schien vielen ortsfixierten Menschen auch ein kurzes, wenn auch mühevolleres «Aufstehen», zumindest einmal täglich, wichtig zu sein: «Ja, ich komm aus dem Bett raus. Nicht jeden Tag, also jetzt bin ich schon zwei Tage nicht mehr bis dahinten gewesen (deutet in die andere Raumhälfte). Man hat ja manchmal etwas im Schrank, das man mal gucken möchte...»

Betroffene entschuldigten die Versäumnisse, sie wollten keine Umstände machen, nicht stören, nicht lästig sein und keine Zeit «verbrauchen».

Anziehen oder Aufstehen sind einerseits tägliche Aktivitäten jedes Menschen, in Pflegesituationen werden sie jedoch als Luxusleistungen gesehen. Untersucht man in der axialen Kodierung die Eigenschaften/Ausprägungen dieser Kategorie, fällt auf, dass sie im Altenheim deutlicher ausgeprägt ist, offensichtlich ordnen sich hier die Betroffenen selbst in eine Gruppe der «Pflegekonsumenten» ein.

#### *4. Phase: «Ortsfixierung»*

In diesem Abschnitt ist ein selbständiger Wechsel zwischen Orten wie Bett, Rollstuhl, Sessel, Toilette nicht mehr möglich. Die Menschen bleiben an einem Ort und sind für den Transfer auf Hilfe angewiesen. Diese Phase ist der entscheidende Eintritt in die Bettlägerigkeit, und es hängt von den Umständen und Pflegenden ab, wo und wie die Pflegebedürftigen sich tagsüber aufhalten.

Die meisten Befragten in dieser Studie befanden sich in eben dieser Phase. Die allmähliche Ortsfixierung ist die Kernkategorie dieser Studie: «Ich bin ‹festgenagelt›, ‹angekettet›», «Ich kann hier nicht allein weg», sagten die Interviewpartner und dieses Erleben stand für sie im Vordergrund. Ein «Heraussetzen» im Sinne einer eng verstandenen aktivierenden Pflege änderte daran nichts.

#### *Sich einrichten*

Als Teilaspekt der Bewältigung soll hier das Konzept «sich einrichten» vorgestellt werden. Das Erleben der «ortsfixierten» Menschen hing auch von den verbleibenden Möglichkeiten ab – vom «Heranholen» persönlicher Dinge, vom Verabschieden ferner liegender Gegenstände; auch das Ausstaffieren der Bettumgebung gehörte dazu. Ferner waren der Kontakt zur Außenwelt und ein befriedigend strukturierter Tagesablauf wichtig. Die Kategorie «sich einrichten» war unterschiedlich ausgeprägt, sie konnte eine Lägerigkeit stabilisieren oder ein vorübergehendes Erträglich-Machen bedeuten.

#### *Beschäftigung und Zeitverlust*

Anfangs sahen die Betroffenen viel fern, allmählich stellten sich Gefühle der Langeweile ein. Lesen war in fast allen Fällen erschwert, man könne das Buch nicht halten, die Liegeposition sei ungünstig, das Licht schlecht, die Brille unpassend und anderes mehr. Besuche waren stets willkommen. Allerdings stellten mehrere Befragte fest, dass sie ja selbst nichts mehr zu erzählen hätten. Die ereignisarme Welt führte schließlich zu einem Zeitverlust, Monate und Jahre schrumpften zusammen, durch die Fixierung auf den Ort schien die Zeit nicht mehr wichtig zu sein. Vermisst wurden die Gänge nach draußen, die Natur. Das «Nicht-mehr-selbst-einkaufen-Können» wurde immer wieder beklagt, das «Bankgeschäfte-Regeln» schien ein Zeichen von Unabhängigkeit zu sein und wurde von mehreren vermisst.

#### *Bewusstwerdung und Schlüsselereignisse*

In den Interviews wurde deutlich, dass verschiedene Schlüsselereignisse den Status der Bewegungsunfähigkeit beschleunigen können. Auf die Frage, wann es ihr bewusst geworden sei, nicht mehr aufstehen zu können, sagte eine Dame: «Eines Tages sagte meine Tochter, Mutti, ich habe die Sachen unten aus dem Schrank weggeräumt, die brauchst du ja jetzt nicht mehr.» Die Tochter sprach die Erwartung aus, dass die Mutter die Sachen nicht mehr brauche: Nach ihrer Ansicht gab es keine Entwicklungsumkehr hin zu mehr Beweglichkeit. Dadurch erfuhr die Betroffene, was von ihr «erwartet» wurde. Mitunter wurden sogar deutliche Veränderungen des Wohnumfeldes ohne Wissen des Pflegebedürftigen vorgenommen: «Wir dachten, das

wird nichts mehr», sagte eine Ehefrau über die erste Zeit des Klinikaufenthaltes. Über die möglichen Entwicklungen ihres kranken Mannes sei mit den Fachleuten nicht gesprochen worden.

#### *Familiäre Geschehnisse*

Über «Schlüsselereignisse» hinaus konnten biografische bzw. familiäre Geschehnisse die Entwicklung in Richtung Bettlägerigkeit beeinflussen, etwa der Tod des Ehemannes. Zwei befragte Frauen äußerten sich entsprechend nach einer jahrelangen Pflege des kranken Partners. Nahestehende Menschen waren wichtig, und es schien, dass soziale Bindungen und Teilnahme am Leben die Situation der Bettlägerigkeit erleichterten. Von den Menschen, die «sich eingerichtet haben», wurden durchgängig die Familie oder die Kinder als wichtige positive Bezugspunkte genannt; am wichtigsten sei Zuwendung. Dabei war es nicht so erheblich, die Angehörigen sehr oft zu sehen, vielfach reichte auch ein telefonischer Kontakt. Das Liegen oder Sitzen im Wohnzimmer, dort wo sich auch andere aufhalten, schien die Situation etwas erträglicher zu machen. Ein pflegender Ehemann, dessen Frau auf einer Liege im Wohnzimmer lag, sagte: «... ist auch am Geschehen dran, ist nicht so abgeschnitten... es spielt sich ja alles im Wohnraum ab», und seine Frau bestätigte die Wichtigkeit des Aufenthaltes im Wohnraum.

Fast alle Befragten gaben an, dass ihre Seelenlage zwischen «Alltagsgeschäft» und «Verzweiflung» pendelte; «Angewiesensein» und «Wartenmüssen» waren dabei besonders schwierig. Hilfreich war wohl auch die Vorstellung, dass die Situation noch ungünstiger sein könnte: «Hauptsache, keine Schmerzen», sagte eine Befragte. «Es ist schlimm, es darf nicht schlimmer werden» oder «es gibt Fälle, die viel schlimmer sind», sagten mehrere InterviewpartnerInnen, ohne die Hoffnung auf Besserung ganz aufgegeben zu haben. Alle Befragten waren sehr unglücklich über ihr Schicksal, einige weinten während des Gespräches. Eine Dame, ortsfixiert, aber gegen dauerndes Liegen ankämpfend, sagte: «Um Gottes Willen, bloß nicht erst hinlegen, sonst komm ich nicht mehr raus, ja, das ist für mich die Vorstufe vom Tod. Also ich möchte nicht mich ins Bett legen und sagen, so nun lass den lieben Gott n' guten Mann sein und nun macht mal alle.» Die Assoziation, dass strikte Bettlägerigkeit etwas mit Tod und Sterben zu tun hat, klang bei mehreren Befragten an.

Ein «kleiner» Indikator für die Erwartungen und Möglichkeiten könnte die Kleidung der Pflegebedürftigen sein, in vielen Fällen wurden Nachthemd bzw. Schlafanzughemd getragen. Die «Kämpfer» gegen die Abwärtsentwicklung legten Wert auf Tageskleidung und äußerten Hoffnung auf Besserung.

#### 5. Phase: «Bettlägerigkeit»

In der Phase der Bettlägerigkeit liegen die Menschen «rund um die Uhr» im Bett, sie stehen überhaupt nicht mehr auf und sind «strikt bettlägerig». Für die GesprächspartnerInnen in meiner Studie traf dies nur auf sechs Menschen zu, diese Menschen verließen auch zur Ausscheidung nicht mehr das Bett und waren mit Vorlagen («Windeln») ver-

sorgt. In dieser Phase beklagten die Menschen weiter, dass sie sich oft nicht ernst genommen fühlten, dass über sie oder von oben mit ihnen gesprochen wurde und dass ihnen keine Rückzugsmöglichkeit, keine Privatsphäre blieb. Das Bett wurde zum öffentlichen «Arbeitsort»; zudem kam es zu einem großen Verlust von Macht und Kontrolle in den eigenen vier Wänden.

#### *Lägerigkeit als Daseinsstrategie*

Obwohl keiner der interviewten Menschen im Interview aussagte, dass er seine Situation als positiv empfand, muss daran gedacht werden, dass Bettlägerigkeit «strategisch» auch dazu dienen kann, überhaupt weiterzuleben. Möglicherweise sammeln Menschen durch das Liegen Kraft für andere Dinge, die ihnen wichtig sind – ein unreflektiertes «Rausgezerrte» ist nicht sinnvoll.

## 7. Diskussion: Theoretische und praktische Relevanz

Die Studie fokussierte die Entwicklung des Bettlägerigwerdens aus der Sicht der betroffenen Menschen. Im subjektiven Erleben bestätigten sich die zahlreichen beschwerlichen Folgen der bekannten Liegepathologie. Neu ist die Darstellung der Art und Weise des Bettlägerigwerdens. Der Prozess konnte bei den befragten 32 Menschen nachgezeichnet werden. Im Rückgriff auf Zielsetzung und Hauptfragen dieser Arbeit wurde festgestellt, dass Bettlägerigwerden einen phasenhaften Verlauf nimmt. Verschiedene Einflussfaktoren und Schlüsselmomente wirken daran mit. Entscheidend ist der Eintritt in die «Ortsfixierung».

Bei den individuellen Schicksalen zeigen sich diese Faktoren in unterschiedlichen Kombinationen, sie beeinflussen sich gegenseitig, Folgen werden dabei wieder zu Ursachen. Das entwickelte Phasenmodell der Bettlägerigkeit versteht sich als Spezifizierung des Trajektmodells nach Corbin/Strauss (1988). Verlaufskurven zeigen ähnliche Phasenbeschreibungen wie Aufschichtung, Ereignis, labiles Gleichgewicht, Erschöpfung, Entwicklung von Problemen zweiter Ordnung, Trudeln und schließlich Zusammenbruch (Hömann 2003). Die verschiedenen Aufgaben für die Betroffenen ähneln sich: Krankheitsbezogene Arbeiten müssen erledigt werden, Physiotherapie, Medikation usw.; der Alltag muss organisiert und das Geschehen sinnhaft in die Biografie eingeordnet werden.

Bisher gilt der Begriff Bettlägerigkeit als Synonym für den ganzen Prozess. Es ist erforderlich, Pflegephänomene auch sprachlich zu differenzieren.

#### *Definitive Aussage zur Bettlägerigkeit*

Unter Bettlägerigkeit wird hier ein längerfristiger Daseinszustand verstanden, bei dem sich der betroffene Mensch die überwiegende Zeit des Tages (und der Nacht) im Bett aufhält. Dabei ist es unerheblich, ob dieser Mensch sich überwiegend in halbsitzender oder flach liegender Position befindet, auch das Sitzen an der Bettkante ist dabei eingeschlossen, ebenfalls eingeschlossen sind alle «bettähnlichen» Liegemöbel. In einer strikten (schweren) Form von Bettlägerigkeit steht der Mensch überhaupt nicht mehr auf. Bei einer mittleren Ausprägung verlässt der Mensch

für wenige Handlungen kurzzeitig das Bett, etwa um auszuscheiden, zur Körperpflege oder zum Essen. In einer leichten Form der Bettlägerigkeit kann der Mensch etwa vier bis fünf Stunden außerhalb des Bettes sein, etwa in einem Rollstuhl oder in einem Sessel sitzend.

Zur weiteren Beschreibung könnten die verschiedenen Formen der Hilfestellung durch eine oder mehrere Personen bzw. Hilfsmiteinsatz differenziert werden. Bei strikter Bettlägerigkeit müsste ferner unterschieden werden, ob der bettlägerige Mensch in der Lage ist, sich im Bett zu bewegen. Auch diese Beschreibung könnte in einer dreistufigen Ausprägung geschehen: keine Eigenbewegung – mittlere Beweglichkeit – gute Beweglichkeit.

Für die Pflegepraxis resultieren aus dieser Untersuchung zahlreiche Hinweise; an dieser Stelle sollen nur wenige Gedanken formuliert werden. Zunächst sollte Bettlägerigkeit nicht länger als schicksalhaftes Geschehen, sondern vielmehr als Komplikation verstanden werden – immer vorausgesetzt, dass die betroffenen Menschen nicht dauernd liegen möchten. In vielen Fällen scheint Bettlägerigkeit «rehabilitierbar», es fehlt vor Ort jedoch an Bewegungskonzepten und an funktionalen Möbeln/Hilfsmitteln. Besonders in Krankenhäusern sollte dringend mehr auf Mobilisierung geachtet werden; wenn Menschen mehrere Tage gelegen haben, muss die Liegepathologie langsam zurücktrainiert werden (Muskelaufbau, Kreislauftraining); auch der Sturzprophylaxe muss mehr Bedeutung zukommen. Das Thema Bettlägerigwerden ist differenziert in allen Stufen der Pflegeausbildung zu unterrichten.

## 8. Grenzen der Studie und Vorschläge für weitere Studien

Diese Studie stellt eine «Querschnittserhebung» dar: Bettlägerige Menschen berichteten die Entwicklung retrospektiv aus ihrer Sicht. Es werden nur Aussagen über geistig gesunde ältere Menschen getroffen. Jüngere Personen konnten nicht befragt werden, durch die Suchstrategie wurden auch keine Menschen erfasst, die eine Bettlägerigkeit überwunden haben.

In der wissenschaftlichen Bearbeitung sind zahlreiche Folgestudien denkbar, zunächst sind Replikationen wünschenswert. Ergebnisse könnten für einzelne PatientInnengruppen, z.B. Schlaganfallkranke, spezifiziert werden; außerdem könnte die Sichtweise aller Beteiligten, der Pflegenden, der behandelnden Ärzte usw. erhoben werden. Durch Längsschnittstudien lassen sich die Verläufe zeitnah aufzeichnen. Auch die Transfersituationen sollten näher untersucht werden. Ferner scheint «Rücksichtnahme» ein mächtiger Wirkfaktor aus der Sicht der Pflegebedürftigen zu sein; dies dürfte auch für andere Pflegemaßnahmen gelten. Schließlich sollte ein differenziertes Einschätzungs- und Interventionsverfahren entwickelt

werden, um der drohenden Ortsfixierung vorbeugen zu können.

Bei dieser Studie handelt es sich um eine pflegewissenschaftliche Dissertation an der Universität Witten/Herdecke. Sie wurde betreut von Prof. Dr. Ruth Schröck und Dr. Wilfried Schnepf. Während der Erhebungsphase konnte ein Stipendium der Robert Bosch Stiftung in Anspruch genommen werden. Die Studie ist unter dem Titel als Buch im Verlag Hans Huber, Bern erhältlich.

## Literatur

- Allen, C.; Glasziou, P.; Del Mar, C.: Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *The Lancet* 354, 1999, 9: 1229–1233.
- Birke, E.R.: Bettlägerigkeit als Krankheitskomplex. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 107, 1995, 43: 2089–2093.
- Corbin, J.M.; Strauss, A.: *Unending Work and Core*. Jossey Bass, San Francisco, 1988.
- Creditor, M.D.: Hazards of hospitalisation of the elderly. *Annals of Internal Medicine* 1993, 118: 219–223.
- Elias, N.: *Über den Prozess der Zivilisation*. Suhrkamp, Frankfurt, 22. Aufl. 1998.
- Frieling-Sonnenberg, W.: Krankheit im pflegebedürftigen Alter wird durch die Strukturen der Altenhilfe und -pflege gefördert. *Pflege*, 1997, 10: 23–28.
- Fröhlich, A.: *Basale Stimulation: Das Konzept*. Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf, 2. Aufl. 1998.
- Glaser, G.B.; Strauss, A.L.: *Time for Dying*. Aldine, Chicago, 1968.
- Harper, C.M.; Lyles, Y.M.: Physiology and complications of bed rest. *Journal of American Geriatrics Society*, 1988, 36: 1047–1054.
- Höhm, U.: Versorgungskontinuität durch «Kooperative Qualitätsentwicklung» und abgestimmtes Trajektmanagement. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 2, 2003, 4. Zugriff über: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/> [05.03.2004]
- Jansen, B.: Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, U.; Schmitt, R. (Hrsg.): *Entwicklung einer lebensweltlichen Lebenskultur*, Transfer. Regensburg, 1997: 77–95.
- Lehr, S.: Die Talfahrt des IQ im Krankenhaus. *Psycho* 10, 1994, 198: 201–202, 207–208, 213.
- Olson, E.V.: The hazards of immobility. *American Journal of Nursing* 1990 (March): 43–49.
- Pickering, G.: *Creative Malady. Illness in the Lives and Minds of Charles Darwin, Florence Nightingale, Mary Baker Eddy, Sigmund Freud, Marcel Proust, Elizabeth Barrett Browning*. George Allen & Unwin Ltd., London, 1974.
- Rubin, M.: The physiology of bed rest. *American Journal of Nursing*, 1988 (January): 50–55.
- Rush, K.L.; Ouellet, L.L.: Mobility: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1993, 18: 486–492.
- Strauss, E.: *Psychologie der menschlichen Welt*. Gesammelte Schriften. Springer, Berlin, 1960.
- Strauss, A.; Corbin, J.: *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz PVU, Weinheim, 1996.
- Ulmer, E.-M.; Saller, R.: Das Krankenhaus – ein gefährlicher Ort für ältere Menschen? *Internistische Praxis*, 1994, 34: 847–852.
- Zeller-Forster, F.: Immobilität. In: Käppeli, S. (Hrsg.): *Pflegekonzepte*, Band 2. Huber, Bern, 1999: 57–74.