

Pflegekonzepte bei Menschen mit Körperwahrnehmungsstörungen

Fachbereichsarbeit

zur Erlangung des Diploms
für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
des Ausbildungszentrums West
Innsbruck

Beurteiler:
Wolfgang Brunner
Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege

vorgelegt von
Alexandra Todeschini und Marlene Weißensteiner

Innsbruck, im Jänner 2009

Dankesworte

An dieser Stelle möchten wir die Gelegenheit nutzen und uns bei allen Personen ganz herzlich bedanken, die uns sehr unterstützt haben:

Unser Dank gilt unserem Betreuer, Herrn **Wolfgang Brunner**, der während dieser Arbeit viel Zeit und Mühe aufgebracht hat um uns tatkräftig zu unterstützen.

Des Weiteren möchten wir uns für die freundliche Antwort auf alle mögliche Fragen zum Thema LIN bei Frau **Heidrun Pickenbrock** bedanken. Es erscheint uns nicht selbstverständlich, sich einfach auf einen E-Mail-Verkehr einzulassen und sich so interessiert und hilfsbereit zu geben. Vielen Dank!

Unser größter Dank gilt allerdings **unseren Familien**, die im Hintergrund unserer Arbeit und unserer Erfolge der letzten drei Jahre stehen. Sie haben uns immer wieder motiviert und unterstützt und durch sie ist diese Ausbildung für uns erst möglich geworden!

1	Einleitung.....	1
2	Der hohe Querschnitt.....	2
2.1	Das Rückenmark.....	2
2.1.1	Der Aufbau des Rückenmarks	2
2.1.2	Die Reflexe.....	4
2.2	Das Krankheitsbild des hohen Querschnitts	6
2.2.1	Definition	6
2.2.2	Ursachen der hohen Querschnittslähmung.....	7
2.2.3	Symptome der hohen Querschnittslähmung	8
3	Die Basale Stimulation®.....	10
3.3	Definition von Wahrnehmung.....	10
3.4	Was ist die Basale Stimulation®?	11
3.5	Welche Ziele hat die Basale Stimulation®?	12
3.6	Welche Methoden kennt die Basale Stimulation®?	13
3.6.1	Die Initialberührung	13
3.6.2	Die Begrenzungslagerung in Rückenlage	14
3.6.3	Die Königsstuhllagerung	16
3.6.4	Die Nussschalenlagerung	17
3.6.5	Die Embryonalpositionierung	18
3.7	Welche Bereiche deckt die Basale Stimulation® noch ab?.....	19
3.7.1	Techniken zur somatischen Wahrnehmung	19
3.7.2	Techniken zur vestibulären Stimulation.....	20
3.7.3	Techniken zur vibratorischen Stimulation.....	20
3.7.4	Techniken zur oralen und olfaktorischen Wahrnehmung	21
3.7.5	Techniken zur taktil-haptischen Stimulation	22
3.7.6	Techniken zur auditiven und visuellen Wahrnehmung	23
4	Das Bobath Konzept®	25
4.1	Prinzipien und Ziele des Bobath Konzeptes®	26
4.2	Unterschied zwischen konventioneller Pflege und dem Bobath Konzept®	27
4.3	Schlüsselpunkte	28
4.4	Positionseinnahme auf eine Seite	29
5	LIN – Lagerung in Neutralstellung	32
5.1	Was ist LIN.....	32
5.2	Geschichte und Entwicklung	32

5.3 Grundprinzipien von LIN	33
5.3.1 Halt geben.....	33
5.3.2 Körperabschnitte günstig zueinander positionieren.....	34
5.3.3 Neutralstellung modifizieren – Individuelle Lösungen finden.....	35
5.4 Ziele	35
5.5 Für welche Patienten/Patientinnen ist LIN geeignet?	35
5.6 Lagerungsmöglichkeiten nach LIN	36
5.6.1 30°-Seitenlage in LIN	36
5.6.2 Wie bringt man einen Patienten/eine Patientin in 30°-Seitenlage?	40
5.6.3 Oberkörperhochlagerung nach LIN	41
5.6.4 Rückenlagerung nach LIN.....	44
5.7 Umsetzung im Alltag	46
6 Zusammenfassung	47
7 Resümee	49
8 Literaturverzeichnis	52
9 Anhang	56

1 Einleitung

Da es in unserem Tätigkeitsfeld – also im Bereich der Pflege – sehr viele verschiedene Patientengruppen gibt, die in irgendeiner Form von Körperwahrnehmungsstörungen betroffen sind und es im Laufe des vergangenen Jahrhunderts einige Änderungen im Bereich der Pflegekonzepte gegeben hat, stellt die Frage nach den geeigneten Pflegekonzepten für Patienten mit Körperwahrnehmungsstörungen den zentralen Bereich unserer Arbeit dar.

Nachdem wir uns im vergangenen Jahr intensiv mit Literatur zu den Konzepten – der Basalen Stimulation® dem Bobath-Konzept® und der Lagerung in Neutralstellung (LIN) - beschäftigt haben, möchten wir diese in der folgenden Arbeit kurz erklären. Dabei ist es uns wichtig, dass unsere Arbeit nicht nur eine Auflistung der möglichen Pflegekonzepte wird, sondern durch Patientenbeispiele an Praxisnähe gewinnt.

Wir haben unser Hauptaugenmerk in dieser Arbeit auf das Vergleichen der einzelnen Konzepte untereinander gelegt. In unserer Arbeit folgt daher nun eine kurze Erklärung und Beschreibung des Krankheitsbildes des hohen Querschnitts und eine Darstellung der einzelnen Konzepte.

Damit es jedoch nicht nur eine Einführung und Erklärung der Pflegetätigkeiten wird, haben wir sämtliche Arbeiten am Patienten auf eine spezielle Gruppe von Betroffenen mit Körperwahrnehmungsstörungen gelegt. Diese Gruppe stellen die Betroffenen von einem hohen Querschnitt dar. Wir haben anhand dieser Wahrnehmungsstörung, Pflegetätigkeiten aus den einzelnen Konzepten ausgewählt und uns im Besonderen für die präzise Erläuterung der Positionseinnahmen entschieden. Da unsere zentrale Forschungsfrage: „Welche Positionseinnahmen im Bett bieten die Konzepte LIN, Bobath® und Basale Stimulation® für Betroffene mit hohem Querschnitt?“ ist, werden sämtliche andere Möglichkeiten und Methoden der einzelnen Konzept nur kurz erwähnt werden.

2 Der hohe Querschnitt

Da es sich bei einer Querschnittslähmung um eine Schädigung des Rückenmarks und/oder der im Wirbelkanal verlaufenden Nervenwurzeln handelt, ist es von Bedeutung über diese Struktur – das Rückenmark – genauer Bescheid zu wissen. Es folgt eine kurze Erklärung und Darstellung dieses Abschnittes des zentralen Nervensystems und anschließend die Beschreibung der Krankheit bzw. der Symptome, die diese Krankheit nach sich ziehen kann (Kellenhauser et al, 2004).

2.1 Das Rückenmark

„Das Rückenmark (Medulla spinalis) ist die Verbindung zwischen dem Gehirn und den Rückenmarksnerven (Spinalnerven)“ (Menche, 2003, S. 169). Seine Aufgabe besteht darin, über große auf- und absteigende Nervenfasern, Impulse vom Gehirn in die Peripherie und umgekehrt zu senden. Dies passiert in der sogenannten weißen Substanz des Rückenmarks.

Neben dieser weißen Substanz, gibt es im Rückenmark auch eine graue Substanz. Diese beinhaltet Schaltstellen, in denen über Reflexe, mitunter lebenswichtige motorische Reaktionen sofort ausgelöst werden können (Menche, 2003).

2.1.1 Der Aufbau des Rückenmarks

Das Nervengewebe des Rückenmarks verlässt durch das große Hinterhauptloch das verlängerte Mark – welches noch zu den Strukturen des Gehirns zählt – als zentimeterdicker Strang und zieht sich durch den gesamten Wirbelkanal bis in den Bereich des zweiten Lendenwirbelkörpers hinab. Entlang dieses Strangs entspringen 31 Nervenwurzelpaare, die sich zu Spinalnerven vereinigen. Diese 31 Paare sind der Grund, warum sich das Rückenmark in insgesamt 31 Segmente unterteilen lässt. Jedes Segment enthält dabei eigene Reflex- und Verschaltungszentren. Eingeteilt werden diese Segmente in Gruppen, die den einzelnen Abschnitten der Wirbelsäule zugeordnet sind. So gibt es „acht Halssegmente (C1 – C8), die neben

der Atemmuskulatur insbesondere die oberen Extremitäten versorgen“ (Menche, 2003, S. 169), zwölf Brustsegmente (Th1 – Th12), die für die Innervation im Rumpfbereich zuständig sind, fünf Lendensegmente (L1 – L5), die gemeinsam mit den fünf Kreuzbeinsegmenten (S1 – S5) für die Innervierung und Versorgung der unteren Extremitäten, der äußeren Geschlechtsorgane und des Afters zuständig sind (Menche, 2003).

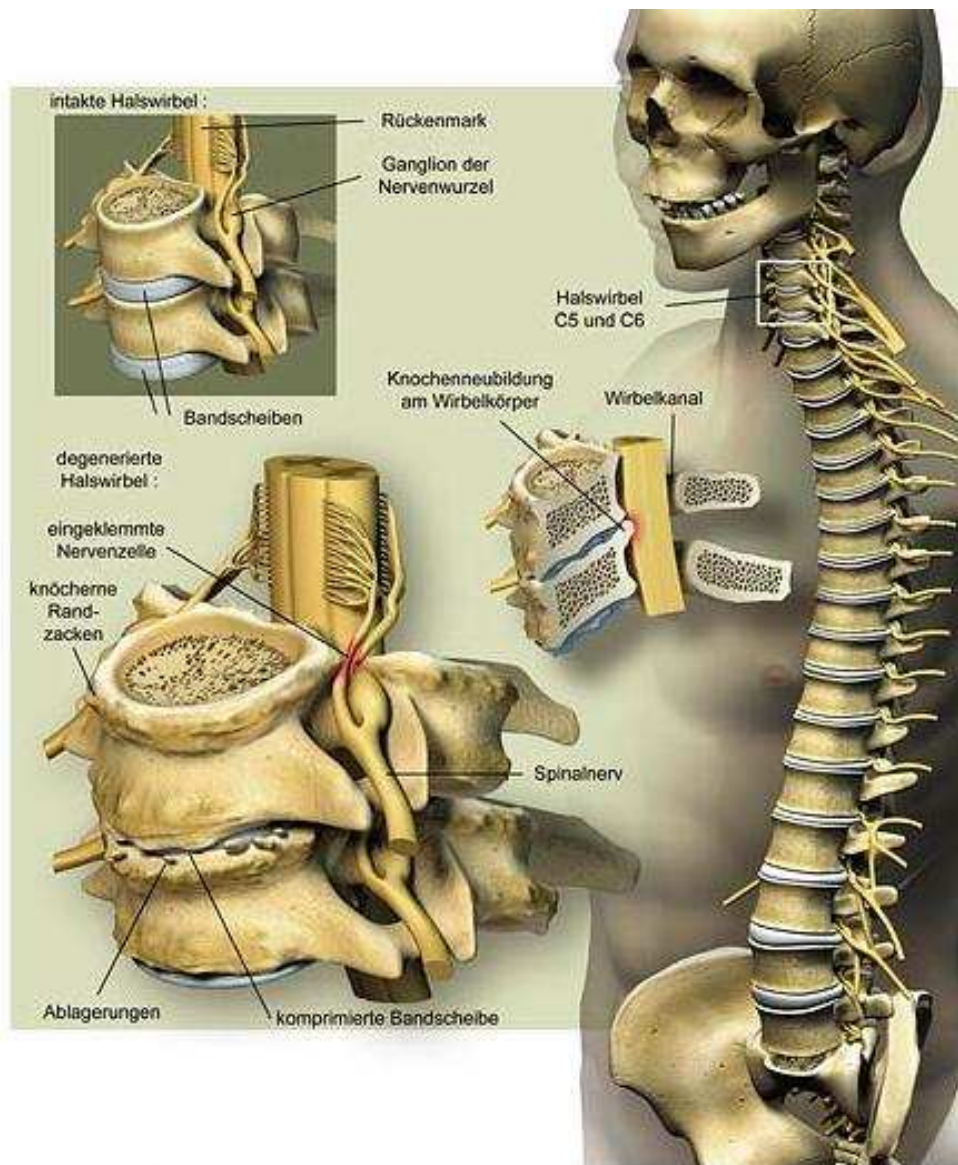


Abb. 1: Das Rückenmark (Lertola, 2008)

2.1.2 Die Reflexe

Die zweite Aufgabe des Rückenmarks besteht – neben der Weiterleitung der Impulse vom Gehirn in die Peripherie und umgekehrt – im Vermitteln von Reflexen. Reflexe sind unwillkürliche, unabhängig vom Gehirn ablaufende Reaktionen auf Reize. Sie spielen sich blitzschnell ab und kommen in Situationen, in denen bewusste Überlegungen und daraus resultierende Handlungen zu viel Zeit in Anspruch nehmen würden, vor. So zum Beispiel passiert es, dass beim Berühren einer heißen Herdplatte, die Hand sofort zurückgezogen wird.

Zudem regeln Reflexe Körperfunktionen, wie beispielsweise die Muskelspannung. Diese „Reflexhandlungen werden über so genannte Reflexbögen ausgelöst“ (Menche, 2003, S. 171). Der Ablauf startet, sobald ein Reiz auf einen Rezeptor trifft. Dieser Reiz wird über sensible – also gefühlstechnische – Nervenfasern zu einem Reflexzentrum im zentralen Nervensystem geleitet. Die Antwort geht direkt von diesem Reflexzentrum aus und vermittelt über motorische – also bewegungstechnische – Nervenfasern dem ausführenden Organ, was es zu tun hat (Menche, 2003).

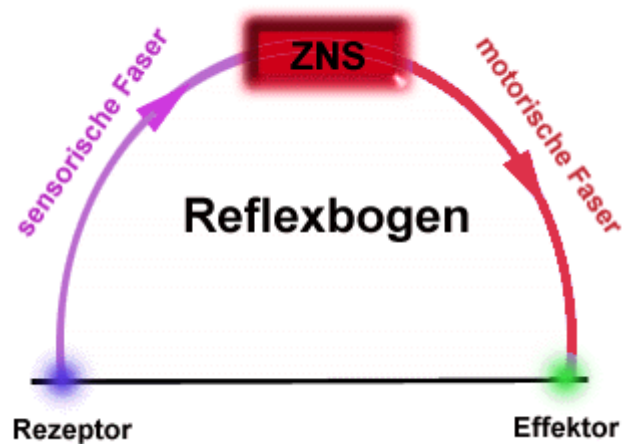


Abb. 2: Der Reflexbogen (Beck, 2008)

Im menschlichen Körper kann man Reflexe unterscheiden in Eigen- und Fremdreflex. Beim Eigenreflex liegen Rezeptor und Effektor – also Reizempfänger und zuständiger Handlungsssetzer – im selben Organ. Ein Beispiel hierfür wäre der Patellarsehnenreflex (PSR): „Ein kurzer Schlag auf die Sehne des M. quadriceps femoris unterhalb der Kniescheibe bewirkt eine Dehnung dieses Muskels. Das vorher im Kniegelenk gebeugte Bein wird schlagartig gestreckt“ (Menche, 2003, S. 171).

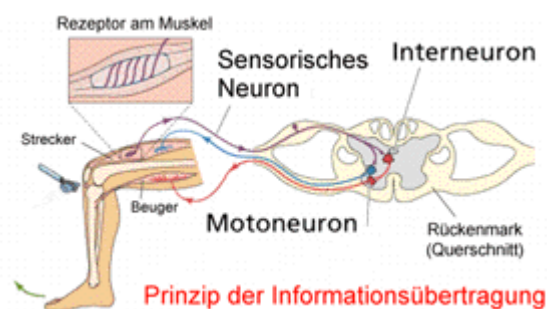


Abb. 2: Der Patellarsehnenreflex (Beck, 2008)

Andere für die Neurologie wichtige Eigenreflexe sind der Achilles-, Bizeps- und Trizepssehnenreflex. Auch ohne Einwirkung von außen, laufen diese Eigenreflexe ständig ab. Sie dienen dazu die Körperhaltung zu regulieren.

„Reflexe bei denen Rezeptor und Effektor nicht im selben Organ liegen, nennt man Fremdreflexe“ (Beck, 2007, o.S.). Diese Reflexbögen beinhalten mehrere Schaltstellen zwischen sensiblen und motorischen Nervenfasern. Eine Vielzahl der körpereigenen Schutzreflexe zählen zu diesen Fremdreflexen. So beispielsweise der Husten- und Würgereflex. Aber auch vegetative Reflexe – wie Atmung und Blase – oder Fluchtreflexe – wie zum Beispiel Schmerzen an der Fußsohle, verursachen eine Beugung im Bein – gehören dazu (Beck, 2007).

2.2 Das Krankheitsbild des hohen Querschnitts

„Querschnittslähmungen und ihre Folgen ... betreffen ... Motorik und Sensibilität sowie die vegetativen Funktionen des Patienten...“ (Schwenkreis et al, 2006, o.S.). Dieser Absatz beschäftigt sich mit der Definition, den Ursachen und im Besonderen mit den Symptomen einer Querschnittslähmung.

2.2.1 Definition

Das Querschnittssyndrom ist eine von Höhe und Ausmaß der Verletzung abhängige Lähmung der Leitungsbahnen im Rückenmark (Roche, 2003).

Das Lähmungsbild, das daraus resultiert, entsteht durch den Ausfall motorischer, sensibler und vegetativer Funktionen unterhalb der Läsion (Felleiter et al, 2004).

Lähmungen, die unterhalb der Schädigung auftreten sind zentral. Diese zentralen, oder auch spastischen Lähmungen, entstehen aufgrund einer Schädigung der Pyramidenbahnen, was zur Folge hat, dass die Eigenreflexe gesteigert sind. Auf der Höhe der Schädigung selbst, kommt es zu einer peripheren, also spastischen Lähmung und zu einem totalen Ausfall der Reflexe (Huch, Bauer, 2003).

Unterschiede gibt es auch noch im Ausmaß der Verletzung. Das heißt, es gibt eine komplette – das Nervengewebe des Rückenmarks ist vollständig unterbrochen – und eine inkomplette – das Nervengewebe des Rückenmarks ist noch teilweise erhalten – Lähmung (Beyer, 2007).

Wenn sich eine Verletzung der Leitungsbahnen im Bereich über C6 – also im Abschnitt vom Beginn des Rückenmarks, bis zum Ende der Halswirbelsäule abspielt – spricht man von einem hohen Querschnitt. Dies kann je nach betroffenem Wirbelabschnitt mitunter nicht mehr mit dem Leben vereinbar sein (Lafenthaler, 2005).

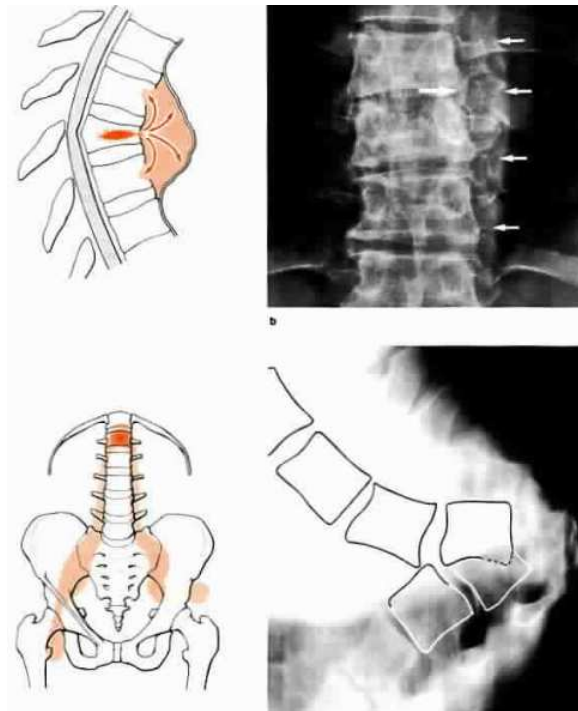


Abb. 3: Querschnittslähmung Lendenwirbelsäule (Ebenhoeh, 2008)

2.2.2 Ursachen der hohen Querschnittslähmung

Die häufigste Ursache der hohen Querschnittslähmung ist das Trauma im Bereich der Halswirbelsäule. Dies passiert durch äußere Krafteinwirkung oder durch das sogenannte Schleudertrauma bei Auffahrunfällen. Bei diesen Verletzungen wird die Halswirbelsäule stark überstreckt, übermäßig gebeugt oder verdreht. Zu den häufigsten Ursachen für Verletzungen und Frakturen im Bereich der Halswirbelsäule zählen Motor- und Fahrradstürze, Reitunfälle, Kopfsprünge in zu seichtes Wasser, PKW-Unfälle, bei denen Personen aus dem Auto geschleudert werden und Stürze aus großer Höhe (Regitnig-Tillian, 2007).

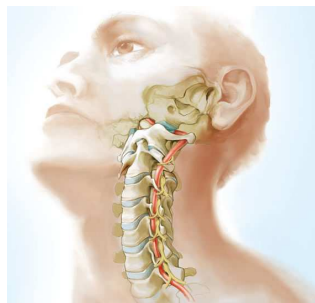


Abb. 4: Halswirbelsäule (Regitnig-Tillian, 2007)

Neben den Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule gibt es noch weitere, nicht-traumatische Ursachen. Diese können beispielsweise eine vaskuläre Rückenmarkserkrankung (primäre und sekundäre Ischämien, Blutungen, Gefäßmalformationen), entzündliche Rückenmarkserkrankungen, sowie spinale Raumforderungen sein.

Gründe für solche vaskulären Rückenmarkserkrankungen sind beispielsweise die allgemeine Arteriosklerose. Diese ist zwar im Bereich der Gefäße, die das Rückenmark versorgen oft nur wenig ausgeprägt, jedoch als Ursache für eine nicht-traumatische Querschnittslähmung durchaus möglich. Die häufigsten Symptome dieser Art des Rückenmarkssyndroms sind gürtelförmige oder radikuläre – also eine Spinalnervenwurzel betreffende – Schmerzen, gefolgt von einer schlaffen Tetra- oder Paraparese.

Entzündliche Rückenmarkserkrankungen können zu einer akuten Querschnittssymptomatik führen, da durch die mit einer Entzündung einhergehende Schwellung eine Raumforderung besteht. Diese Schwellung führt zu einer Kompression des Rückenmarks und dadurch zu sekundären Rückenmarksschädigungen. Eine dieser Entzündungen ist die sogenannte Myelitis – eine Entzündung des Rückenmarks. Diese kann viral bedingt sein, oder durch eine andere Virusinfektion immunologisch vermittelt werden.

Unter Raumforderungen versteht man spinale Tumore, Metastasen oder pathologische Wirbelfrakturen. Auch Discushernien im Bereich der Halswirbelsäule können dazugezählt werden (Schwenkreis et al, 2006).

2.2.3 Symptome der hohen Querschnittslähmung

Es gibt verschiedene Ausprägungen beim klinischen Erscheinungsbild der Querschnittslähmung. Je nach Höhe und Ausmaß sind diese wieder unterschiedlich. Ausgangspunkt für diese Arbeit sind die Betroffenen eines inkompletten, hohen Querschnitts. Das heißt, die Betroffenen weisen eine schlaffe Lähmung auf und haben keine Reflexe mehr. Vegetativ äußern sich die Symptome durch Harnverhalt oder Blasenlähmung, sowie Darmentleerungsstörungen und eine fehlende

Schweißsekretion. Die Betroffenen haben Wärmeregulationsstörungen abwärts des durchtrennten Rückenmarks. Weiters weisen sie Störungen im Bereich des Sexualverhaltens auf, wie beispielsweise einen Potenzverlust. Die Extremitäten der Betroffenen sind gelähmt. Diesen Zustand nennt man Tetraplegie. Zur Tetraplegie kommt eine sensible Lähmung, also ein Empfindungsverlust, dazu. Sollten die Betroffenen eine Verletzung der Halswirbelsäule über C4 haben, kommt eine Atemnervlähmung dazu, da in diesem Bereich der Nervus phrenicus – der normalerweise zuständig für die Versorgung des Zwerchfells ist – verläuft (Pafel, 2008).

Patienten/Patientinnen, die vom Krankheitsbild einer Querschnittslähmung betroffen sind – und hier speziell Betroffene mit Tetraplegie – benötigen Unterstützung in allen ATL's (Aktivitäten des täglichen Lebens). Sie sind durch ihre Lähmungs- und Sensibilitätserscheinung stark beeinträchtigt. Es ist also Aufgabe der Pflege sämtliche Prophylaxen zu übernehmen und dafür zu sorgen, dass die Körpermobilität und Gelenkbeweglichkeit intakt bleibt (Kellnhauser et al, 2004).

3 Die Basale Stimulation®

Die Basale Stimulation® ist ein Konzept, das darauf abzielt, Betroffene, die unter Wahrnehmungsstörung leiden, Schritt für Schritt wieder zu aktivieren und ihnen Sinneskanäle zu öffnen. In diesem Konzept wird versucht, über einfache Berührungen oder Impulse – die gezielt auf die einzelnen Sinneskanäle gelenkt werden – mit den Menschen Kontakt aufzunehmen und zu kommunizieren (Schweiger, 2007).

3.3 Definition von Wahrnehmung

„Wahrnehmung, Prozess der Verarbeitung der von einem Sinneskanal (Sehen, Hören, Tasten, Schmecken, Riechen) aufgenommenen Information über die Beschaffenheit der physischen Welt zum Zweck der adaptiven (sich an die Umgebungsbedingungen anpassenden) Steuerung des Handelns“ (Encarta® Online-Enzyklopädie, 2008). Das heißt der Grundbaustein für diese Verarbeitung von Reizen wird bereits intrauterin gelegt – diese Bereiche werden dann auch grundlegende Wahrnehmung genannt – und reift im Laufe der ersten acht Lebensjahre nach der Geburt aus – die sogenannte aufbauende Wahrnehmung. Wahrnehmung ist daher ein Begriff der in verschiedenen Entwicklungsstufen abläuft und durch verschiedene Umgebungsfaktoren, wie zum Beispiel Erziehung, Lebensweise, Kultur, usw. geprägt wird. Die Basale Stimualtion® orientiert sich an diesen Entwicklungsstufen (Pickenhain, 1998).

Die grundlegende Wahrnehmung setzt sich zusammen aus:

- dem somatischen Bereich, der über Haut, Muskulatur und Gelenke Reize wahrnimmt. Hier sind die Körperwahrnehmung (Propriozeption), Bewegung (Kinästhesie) und Berührung (taktil) angelegt.
- dem vestibulären Bereich, der den Menschen dazu bringt sich mit Schwerkraft und Bewegung im Raum auseinanderzusetzen.
- dem vibratorischen Bereich, der den Menschen die Schwingungen, die an ihn herangetragen werden, wahrnehmen lässt.

Zu den aufbauenden Wahrnehmungen werden visuelle (Reize über den Sehsinn), auditive (Reize über den Hörsinn), olfaktorische (Reize über den Geruchssinn), orale (Reize über den Geschmackssinn) und taktil-haptische (Reize über den Tastsinn) Reize gezählt.

Für die Ausführung dieses Konzepts ist es daher von größter Bedeutung zu wissen, auf welcher Ebene der Patient/die Patientin sich befindet, um ihn/sie nicht zu über- oder unterfordern, sondern genau an dem Punkt der Wahrnehmung anzusetzen, wo er/sie etwas damit anfangen kann (Schweiger, 2007).

3.4 Was ist die Basale Stimulation®?

Das Konzept der Basalen Stimulation® wurde in den 1970er Jahren von dem Sonderpädagogen und heilpädagogischen Psychologen Professor Andreas Fröhlich zur Förderung geistig und körperlich schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher entwickelt. Grundlage dafür war die Vermutung, dass selbst schwerstbehinderte Kinder erlebnis- und wahrnehmungsfähig sind und so ein elementares Bedürfnis nach Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation verspüren. Professor Andreas Fröhlich entdeckte, dass sich Kommunikation und Wahrnehmung auch weit jenseits der Sprache finden lassen und entwickelte ein Konzept um über die Sensorik der Betroffenen Kontakt mit ihnen aufzunehmen und ihre Fähigkeiten weiter zu fördern. Er bediente sich dabei möglichst einfacher, aber genauer Reize auf die Betroffenen, wie beispielsweise dem Spüren der Körpergrenzen, sich in Bewegung erleben und dem Entdecken des Körperinneren durch schaukelnde Bewegungen und Vibrationen.

In den 1980er Jahren entdeckte die Krankenschwester Prof. Christel Bienstein Parallelen zur Pflege von Koma- und Wachkomapatienten/-patientinnen und so geschah es, dass sich das Konzept in der Erwachsenenpflege durchsetzte.

Die Basale Stimulation® ist ein Konzept, das auf drei Ebenen arbeitet: der Kommunikation, der Wahrnehmung auf allen Sinnesebenen und der Bewegung. Es knüpft an die Biografie eines Menschen an und arbeitet mit Hilfe des Lernpotentials eines Menschen. Durch das richtige Einsetzen dieses Konzepts wird dem Patienten/der Patientin die Kommunikation mit anderen ermöglicht, aber auch sich

selbst und seine/ihre Umgebung wahrzunehmen und sich in Bewegung zu erleben und auszudrücken.

Diese drei Punkte sind der eigentliche Kern des Konzepts, die besagen, dass es nicht nur darum geht beim/bei der schwerst wahrnehmungseingeschränkten Patienten/Patientin die vitalen Grundfunktionen zu sichern, sondern humane Begegnungen zwischen Pflegenden und Patienten/Patientinnen zu gestalten.

So soll über die Erfahrung des eigenen Körpers das Körper-Ich stabilisiert und die Eigenaktivitäten angeregt werden. Der Patient/die Patientin kann mit dieser Stabilisierung, auch ein Stück weit zu seiner/ihrer Genesung beitragen. Unansprechbarkeit und Bewusstlosigkeit werden nicht als Hindernis für eine Interaktion von Pflegenden und Patienten/Patientinnen gesehen, da die Basale Stimulation® zuerst Kontakt zu den Patienten/Patientinnen über somatische, vestibuläre und vibratorische Anregung aufnimmt. Später können dann orale, auditive, taktil/haptische, olfaktorische und visuelle Reize dazu kommen, die dem Patienten/der Patientin helfen, sein/ihr Körperselbstbild und eine Raum-Zeit-Orientierung neu aufzubauen und Beziehung zu seiner/ihrer Umwelt aufzunehmen (Schweiger, 2007).

3.5 Welche Ziele hat die Basale Stimulation®?

Ziel der Basalen Stimulation® in der Pflege ist die Begleitung und Förderung individueller Lernprozesse eines erkrankten Menschen und v.a. die frühest mögliche Aktivierung und Förderung aller Sinneswahrnehmungen. Dies bedeutet im Speziellen:

- Setzen von eindeutigen Reizen
- Fördern von Körper- und Umgebungswahrnehmung
- Geben von Orientierungshilfen
- Integration von Angehörigen (Schweiger, 2007)

3.6 Welche Methoden kennt die Basale Stimulation®?

Das Konzept setzt sich aus verschiedenen, auf die einzelnen Wahrnehmungsmöglichkeiten bezogenen, Techniken zusammen. Es beinhaltet, angefangen von der Positionierung eines wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen, über die Atem erleichterung bis hin zur anregenden oder beruhigenden Waschung, beinahe jeden Punkt in der Pflege von Koma- oder Wachkomapatienten/-patientinnen, von Patienten/Patientinnen mit Schlaganfall und Querschnittssymptomatik. Es ist ein ganzheitliches Konzept mit dem der Patient/die Patientin in jeder Situation über Reize seine/ihre Umwelt und sein/ihr Körperbild darin wahrnehmen lernen kann, um eventuell später darauf zu reagieren. Wichtig ist es nur, den Patienten/die Patientin nicht zu überfordern, d.h. der Patient/die Patientin sollte nicht auf allen Sinneskanälen gleichzeitig gefördert werden (Schweiger, 2007).

3.6.1 Die Initialberührung

Die „Begrüßung“ und „Verabschiedung“ des Patienten/der Patientin durch eine eindeutige und klare Berührung einer nicht im Intimbereich der Betroffenen liegenden Körperstelle. Es empfiehlt sich, sich im Team auszusprechen und einen Punkt für diese Initialberührung zu wählen – beispielsweise die rechte Schulter. Wichtig ist, dass dieser Berührungspunkt vor und nach jeder Handlung, die an den Betroffenen ausgeführt wird, „aktiviert“ wird. Es zeigt dem Patienten/der Patientin: „Hallo, ich bin da! Du brauchst dich nicht zu fürchten. Es passiert dir nichts.“

Mit dieser Initialberührung lernt der Patient/die Patientin zu verstehen,

- dass gleich etwas passieren wird,
- dass jemand im Raum ist,
- dass er/sie gleich berührt wird.

Er/sie lernt, dass diese Berührung gleichermaßen bedeutet, dass er/sie sich in Sicherheit wiegen kann und – später dann – dass er/sie aufgefordert wird, mitzuhelfen und mitzuarbeiten (Schweiger, 2007).



Abb. 5: Die Initialberührung (Nydahl, 2008)

3.6.2 Die Begrenzungslagerung in Rückenlage

Diese Lagerung ist auch als Nestlagerung bekannt. Sie stammt ursprünglich aus der Neonatologie und sollte dem frühgeborenen Kind, seine Körpergrenzen bewusst machen und es in den intrauterinen Zustand rückversetzen.

Einsatz findet diese Art der Positionierung heute zudem auch bei Patienten/Patientinnen, die über längere Zeit liegen müssen und bei denen eine Gefahr des Körperwahrnehmungsverlustes besteht bzw. bereits vorliegt. Also bei Betroffenen, denen eigene Körpergrenzen wieder neu erfahrbar gemacht werden sollen (Rannegger, 2007).

Laut Rannegger besteht die Möglichkeit diese Nestlagerung als geschlossene oder offene Positionierung anzuwenden. Es hat sich speziell bei Betroffenen mit Querschnittslähmungen jedoch die offene Nestlagerung besser bewährt, da sie dort durchgeführt wird, wo die Gefahr einer Tonuserhöhung oder Spastizität in den Beinen besteht.

Man benötigt für diese Positionierung, abhängig von der Größe der Betroffenen, zwei bis drei Decken mit oder ohne Überzug, je nach Hygienenotwendigkeit, oder eigene Basale Lagerungsschlangen. Es empfiehlt sich zudem ein kleines Kopfpolster zu verwenden, um die Halsregion des Patienten/der Patientin zwar gut zu

unterpolstern, jedoch keine unphysiologische Position im Bereich des Nackens zu provozieren (Schweiger, 2007).

Die Decken werden zu „Schlangen“ zusammengerollt und an die Körpergrenzen des Patienten/Patientinnen anmodelliert. Das heißt, man schiebt die Decken, beginnend im Bereich der Achselhöhle, unter den Thorax, das Becken und die Beine, bis auf Höhe des unteren Drittels der Wade. Hier werden die Enden der Decken nach innen gegeben, die Füße werden nicht begrenzt und bleiben somit frei. Wichtig ist es rund um den Körper denselben Druck zu verwenden bzw. die Decken rundherum gleich weit unter den Körperrand zu schieben und die Decken möglichst nahtlos aneinander anzumodellieren, um den Patienten/Patientinnen ihre Körpergrenzen möglichst effektiv aufzuzeigen. Der Kopf wird ausgespart und auf dem kleinen Polster platziert (Rannegger, 2007).

Bei der geschlossenen Nestlagerung werden die Decken um den gesamten Körper gelegt. Auch die Fußsohlen werden hier miteinbezogen, wobei die Fußsohlen eine Bewegungsfreiheit aufweisen sollten, da sonst wiederum die Gefahr einer Tonuserhöhung gegeben ist. Es hat sich zudem bewährt, zwischen den Beinen mit einem Kissen oder einem Laken noch zusätzlich Körpergrenzen zu vermitteln (Rannegger, 2007).



Abb. 6: Nestlagerung (Rannegger, 2007)

3.6.3 Die Königsstuhllagerung

„Der Name Königsstuhl-Lagerung stammt von Maria Adam – Lehrschwester für Gesundheit und Krankenpflege in Graz. Er wurde wegen der Ähnlichkeit mit einem Königsstuhl benannt“ (Rannegger, 2007). Der Sinn dieser Lagerung ist es, die Betroffenen Sicherheit erleben zu lassen. Sie erhalten eine Orientierung über den eigenen Körper und können die Außenwelt miterfahren. Es wird eine besondere Art der Körperwahrnehmung vermittelt und die Stabilität des Körpers verstärkt. Zudem werden Spastiken reduziert und eine Dekubitusvorsorge, speziell im Sakralbereich, gewährleistet.

Anwendung findet diese Positionseinnahme bei Patienten/Patientinnen mit Körperwahrnehmungsstörungen im Sinne eines gestörten/beeinträchtigten bzw. verlorenen Körperbilds, aber auch bei Betroffenen, die im Rahmen einer postoperativen Therapie längere Zeit am Rücken liegen müssen oder bei Menschen mit verstärkter Körperspannung – Spastizität – zur Optimierung der Entspannung.

Benötigt werden zwei Decken, die wieder zu „Schlangen“ zusammengerollt werden, ein kleines Kopfpolster und, wenn nötig, zwei Waschlappen. Zudem können eventuell zwei weitere Polster zur Unterstützung der Arme verwendet werden.

Die zusammengerollte Decke wird in Höhe des Sitzbeinhöckers vor dem Gesäß platziert, die beiden Enden entlang des Oberkörpers hochgezogen und somit der Rumpf fest nachmodelliert. Die Enden der Decke werden unter die Schulter geschoben und bilden mit dem Kopfkissen einen nahtlosen Übergang bzw. können, sollte die Decke zu lang sein, auch unter das Kissen geschoben werden. Wichtig ist, dass die Enden der Decken fest angezogen werden, um eine verbesserte Körperwahrnehmung und Entspannung zu erreichen.

Die Arme können frei liegen bleiben oder mit zwei weiteren Polstern unterlagert werden. Die zweite Decke, wahlweise ist auch ein Stillkissen möglich, wird an den Fußenden platziert und entlang der Unterschenkelaußenseiten bis zu den Knien anmodelliert. Die Enden werden unter den Kniekehlen übereinander gelegt, dadurch werden die Knie in eine leichte Beugstellung gebracht und die Hüfte im Beckenbereich entspannt. Die Fersen können, wenn notwendig, noch zusätzlich

mit einem Waschlappen gelagert werden. Ähnlich der Nestlagerung ist es auch hier möglich, zwischen den Beinen noch ein Handtuch oder ein Laken einzulegen, damit die Beine als „Ganzheit“ wahrgenommen werden können. Diese Positionierung ist sowohl für die/den sitzende/n, als auch für die/den liegende/n Patientin/Patienten gedacht. Wobei diese Position beim sitzenden Betroffenen auch zur Abdeckung der Pneumonieprophylaxe dienlich sein kann (Rannegger, 2007).



Abb. 7: Königsstuhllagerung (Rannegger, 2007)

3.6.4 Die Nussschalenlagerung

Der Name wurde bei einer ARGE Sitzung 1998 in Graz kreiert, da die Ähnlichkeit nicht zu verleugnen ist. Sie wird bei Betroffenen auf Weichlagerungen angewandt, um sie das Körperbild nicht verlieren zu lassen, aber auch bei Querschnittpatienten/-patientinnen bzw. bei Betroffenen mit Wirbel- oder anderen Rückenproblemen. Sie dient der Stabilisierung und Entspannung im Rückenbereich. Patienten/Patientinnen nach Angiographien, Lumbalpunktionen und Schädel-Hirn-Traumata können so positioniert werden, aber auch unruhige und ängstliche Patienten/Patientinnen. Zudem dient sie ebenfalls der Dekubitusprophylaxe.

Benötigt werden zwei Decken, ein Kopfpolster und ein Leintuch. Wie bei den oben genannten Positionierungen werden auch hier die Decken zu Rollen zusammengelegt, aber UNTER das Leintuch gegeben.

Beginnend am Kopfende wird die Rolle an der Seite des Betroffenen bis zu den Fußsohlen anmodelliert. Um die Decke ausreichend zu stabilisieren, soll das Leintuch mit der zweiten Hand angespannt werden. Die Lagerungsschlange wird fest zum Körper des Patienten/der Patientin gepresst um eine bessere Körperform zu erreichen. Im Bereich der Kniekehle wird die Rolle weiter nach innen geschoben um eine Beugung im Bereich der Knie zu bewirken. Diese trägt wesentlich zu einer besseren Entspannung bei. Das Ende der Decke wird am Fußende nach innen geschlagen.

Die zweite Decke wird auf dieselbe Weise auf der anderen Körperseite angebracht. Auch hier hat es sich bewährt, zum Abschluss ein Laken oder Handtuch zwischen die Beine zu legen um die Wahrnehmung der einzelnen Beine zu verbessern und eventuellen Druckstellen im Bereich der Knie vorzubeugen (Rannegger, 2007).



Abb. 8: Nestlagerung (Rannegger, 2007)

3.6.5 Die Embryonalpositionierung

Diese Lagerung ist eine gute Alternative zu den oben genannten Positionierungsarten, da sie in Seitenlage stattfindet.

Benötigt werden zusammengerollte Decken – zwei oder drei, je nach Körpergröße – ein großes Kissen und ein kleines Kopfpolster.

Die Körpergrenzen werden auch hier mit Hilfe der zusammengerollten Decken aufgezeigt. Die Decken werden vom Nacken ausgehend den gesamten Rücken

entlang anmodelliert. An den Beinen werden sie im Schritt durchgezogen, sodass das obere Bein darauf zu liegen kommen kann. Somit sind bei dieser Lagerungsart die Fußflächen frei. Zusätzlich empfiehlt es sich dem Patienten/der Patientin im Bereich des Bauchs eine Unterstützungsfläche zu geben, da dies Sicherheit und Schutz vermittelt. Am besten eignet sich hierfür ein Polster (Schweiger, 2007).



Abb. 9: Embryonallage (Edel, Knauth, 1999)

3.7 Welche Bereiche deckt die Basale Stimulation® noch ab?

Die Basale Stimulation ist als ganzheitliches Förderungskonzept zu betrachten. Es soll über gezielte Stimulationen aller Wahrnehmungskanäle alte Bewegungs-, Berührungs- und Empfindungsmuster neu bzw. wieder aktivieren (Schweiger, 2007).

3.7.1 Techniken zur somatischen Wahrnehmung

Im Vordergrund steht hierbei, dass der Patient/die Patientin durch gezielte und eindeutige Berührungen ein Bewusstsein über seinen/ihren Körper und dessen Grenzen neu bzw. wieder erlernt. Wie bereits oben erwähnt, bezieht sich die somatische Wahrnehmung auf Haut, Muskulatur und Gelenke, d.h. der Patient/die Patientin empfängt Reize für das Spüren von Druck, Schmerz und Temperatur, die den Grundbaustein im Spüren der Lage und Bewegung der Gliedmaßen darstellen und somit helfen, das Körperbewusstsein wiederherzustellen (Schweiger, 2007).

3.7.2 Techniken zur vestibulären Stimulation

Diese Stimulation betrifft den Gleichgewichtssinn. Sitz des Gleichgewichtssinns ist das Innenohr. Dieser Sinn steht in engem Zusammenhang mit dem Sehsinn. Die vestibuläre Wahrnehmung ist die Wahrnehmung über die Stellung des eigenen Körpers im Raum, sowie über Bewegungsgeschwindigkeit und Bewegungsrichtung. Dies funktioniert über ein Zusammenspiel von Seh- und Gleichgewichtssinn. Die Rezeptoren im Innenohr stehen in neuronaler Vernetzung mit den Augen in Kontakt, so werden die Augenbewegungen mit der Kopfbewegung koordiniert (Schweiger, 2007).

3.7.3 Techniken zur vibratorischen Stimulation

Die vibratorische Wahrnehmung, auch Pallästhesie genannt, ist eigentlich eine Feinwahrnehmung. Sie wird bereits intrauterin als Embryo entwickelt und empfunden. Sie entsteht durch Schwingungen, die der menschliche Körper mittels Rezeptoren – den Vater-Pacini-Körperchen – in der Haut wahrnimmt. So zum Beispiel werden beim Sprechen oder Gehen Vibrationen mit Hilfe unseres Skelettsystems weitergeleitet und wir erhalten Informationen über unsere Beziehung zur Schwerkraft und über unser Gleichgewicht.

Zur vibratorischen Stimulation genügt das einfache Benutzen eines Elektrorastlers, der seine minimalen Schwingungen auf die Haut abgibt, oder das Reden direkt neben dem Patienten/der Patientin, wobei hier enger Körperkontakt gehalten werden muss. Auch einfache Musikinstrumente wie Gitarre, Klangstäbe oder Becken können hergenommen werden. Es gibt auch die Möglichkeit mit verschiedenen, eigens für die Vibrationsstimulation hergestellten Geräten, wie beispielsweise einem Schwingbrett oder Vibrationswürfeln, zu arbeiten oder sich der Hilfe von Klangschalen zu bedienen. Wichtig hierbei ist es nur, dass dies erst nach einer geeigneten Schulung geschehen darf und nicht ungezielt erfolgt (Schweiger, 2007)!

3.7.4 Techniken zur oralen und olfaktorischen Wahrnehmung

Unser Mund und unsere Nase sind zu einem sehr großen Teil mitverantwortlich für das Vermitteln von Eindrücken. Über den geöffneten Mund können freigesetzte Aromastoffe oder Duftmoleküle über den Rachenraum zu den Riechzellen der Nasenschleimhaut gelangen. Dies spielt für den Menschen eine zentrale Rolle in der sozialen Kommunikation, der Nahrungsaufnahme und der Vermeidung ungünstiger Umweltbedingungen.

Der Mund kann mit Hilfe von Berühren und Streicheln des äußeren Mundbereiches mit kühlen Objekten, Zahnbürsten, Kauschwämmchen, Kausäckchen, Knabberspielzeug, Finger-Mundspielen, Indianergeheul, usw. dazu stimuliert werden sich zu öffnen, wann immer der Mensch es will. Es sollte auch dazu dienen den Patienten/Patientinnen ihren eigenen Mund wieder bewusst zu machen, aber auch die Mund-Hand-Koordination den Patienten/Patientinnen wieder beizubringen.

In der oralen und olfaktorischen Stimulation kommen aber hauptsächlich Gerüche und Geschmäcker, die möglichst genau biografisch auf den Patient/die Patientin abgestimmt werden, zum Tragen. Das Arbeiten mit Duschölen, die den Patienten/die Patientin an früher erinnern, oder das Auftragen eines bestimmten Parfüms dient dieser Stimulation. Aber auch das Schlucken kann hier wieder trainiert werden. Man kann dem Patienten/der Patientin beispielsweise in Gazetupfer eingewickelte Nahrungsstücke zur Geschmacksstimulation in den Mund legen.

Wichtig ist es darauf zu achten, dass der Gazetupfer nicht verschluckt werden kann, um eine Aspiration zu vermeiden. Es kann auch mit Geschmacksstoffen angereichertes Wasser mit Hilfe einer Pipette auf die Zunge der Patienten/Patientinnen geträpfelt werden.

Um bei dieser Stimulation Erfolge zu erlangen ist die genaue Patientenbeobachtung absolut unumgänglich (Schweiger, 2007)!

3.7.5 Techniken zur taktil-haptischen Stimulation

Unter dem taktil-haptischen Sinn versteht man den Tast- und Greifsinn, der es uns möglich macht, durch das Abtasten und Greifen unsere Umwelt zu identifizieren. An der Oberfläche der Tast- und Greifwerkzeuge, also unserer Hände, spielt sich diese Sinneswahrnehmung ab. Unsere Hautrezeptoren reagieren auf Kälte, Wärme, Druck, Vibration und Berührung. Die größte Empfindung in diesen Bereichen nimmt der Mensch an den Fingerkuppen wahr, daher rührt auch der Ausdruck „Fingerspitzengefühl“. Mit Hilfe dieses „Fingerspitzengefühls“ können kleinste Unterschiede an Oberflächen berührt, ertastet und erkannt werden.

Um den Patienten/die Patientin auf dieser Ebene zu erreichen, ist es für die Pflegekräfte von höchster Wichtigkeit, zu wissen, ob es sich bei der Wahrnehmungsstörung, die der Patient/die Patientin aufweist, um eine Störung des ersten Motoneurons – also eine Störung in der Reizverarbeitung im Gehirn – oder um eine Störung des zweiten Motoneurons – also eine Störung der Nerven in der Peripherie – handelt. Diese beiden Patientengruppen bedürfen eines differenzierten Umgangs bei der taktil-haptischen Stimulation!

Wie bei allen anderen Stimulationen ist es auch hier wichtig, sich langsam und an den Patienten/Patientinnen orientierend in der Wahrnehmungsförderung zu steigern. Das heißt es könnte beispielsweise zuerst ein Kontakt mit dem verwendeten Wasser bei der Ganzkörperwäsche hergestellt werden – ist es warm oder kalt, wie fühlt es sich an?

In weiterer Folge könnte man dem Patienten/der Patientin Dinge zum Greifen geben, wie beispielsweise Gegenstände, mit denen er/sie früher viel zu tun hatte. Später, wenn der Patient/die Patientin umpositioniert wird, sollte man ihm/ihr Inputs an den Fußsohlen durch das Aufstellen der Beine geben oder ihm/ihr beim Querbett sitzen die Hand zur Bettkante führen, damit er/sie weiß: „So viel Platz habe ich“, „Hier befindet sich also beim Körper“.

Die taktil-haptische Stimulation beruht auf dem Grundwissen, dass flächenhafte Berührungen leichter zu empfinden sind und daher die Gefahr von Missempfindungen von Seiten des Patienten/der Patientin geringer ist. Aus diesem Grund

sollte der Patient/die Patientin bei all diesen Pflegetätigkeiten großflächig berührt und geführt werden (Schweiger, 2007).

3.7.6 Techniken zur auditiven und visuellen Wahrnehmung

Zuletzt, wenn alle anderen Sinne bereits erreichbar und gefördert sind, widmet sich die Pflege dem „Auf- oder Ausbau“ der sogenannten „Fernsinne“.

- der auditive Bereich

Dieser Bereich umfasst alles, was Menschen durch ihr Gehör wahrnehmen. Er ist sehr subjektiv, da jeder Mensch Geräusche anders wahrnimmt. Dies kommt daher, dass die Wahrnehmung und Interpretation von Geräuschen auf Erfahrung und Erziehung beruht. In der Basalen Stimulation® kann das Anbieten von bekannten Geräuschen den Kontaktaufbau fördern. Die Auswahl der Geräusche, die dem Patienten/der Patientin angeboten wird, sollte allerdings gut durchdacht sein, da sich der Versuch einen Kontakt herzustellen, sonst auch zu einem Rückzug von Seiten des Patienten/der Patientin entwickeln kann.

Verwendete Geräusche könnten beispielsweise Stimmen von Familienmitgliedern sein oder Musik, die der Patient/die Patientin früher gern gehört hat. Mit Hilfe einer Biografiearbeit – wenn keine von früher vorliegend ist, kann man sich auch der Befragung nahestehender Angehöriger bedienen – lässt sich eine ideale Stimulation des Gehörs durch Geräusche durchführen.

Zu beachten ist, dass sämtliche Geräusche, die vorgebracht werden über Raumakustik stattzufinden haben, da eine Stimulation mit Kopfhörern dem Patienten/der Patientin keine Möglichkeit lässt, den auditiven Reiz zu steuern. Ebenso wird die Wahrnehmung von Außengeräuschen beeinträchtigt, was für den Patienten/die Patientin durch die Unmöglichkeit Geräusche zuzuordnen bedrohlich wirken kann.

- der visuelle Bereich

Er ist der Bereich, über den bei gesunden Menschen, am meisten wahrgenommen wird. Er verknüpft sämtliche andere Wahrnehmung in einem gemeinsamen Bild und steht zudem in engem Zusammenhang mit dem Gleichgewichtssinn.

Patienten/Patientinnen können auf dieser Ebene beispielsweise mit Bildern mit Erinnerungszusammenhang stimuliert werden. Eine Oberkörperhochpositionierung verschafft dem Patienten/der Patientin Überblick über den Raum, seine/ihre eigene Stellung im Raum und die Möglichkeit Veränderungen zu sehen und mitzuerleben. Es ist wichtig, dass der Raum nicht überdekoriert ist, da dies zu einer Reizüberflutung führen könnte. Ebenso sollte man mit Projektionen auf die Decke sehr vorsichtig umgehen, da diese auch als bedrohlich und verwirrend erlebt werden können (Schweiger, 2007).

4 Das Bobath Konzept®

Es wurde um 1943 von der Krankengymnastin Berta Bobath und ihrem Mann Dr. Karel Bobath, einem Neurologen, entwickelt. Heute ist es ein Konzept, das weltweit anerkannt ist für die Rehabilitation von Patienten/Patientinnen mit einem Schlaganfall oder anderen Erkrankungen des Zentralen Nervensystems.

Berta Bobath beobachtete viele Patienten/Patientinnen, die unter einer Spastik litten. Dabei fiel ihr auf, dass durch verschiedene Lagerungen die Spastik beeinflusst werden kann. Also befasste sie sich Anfangs nur mit der Spastik. Erst später begann sie auch Wahrnehmungsstörungen und zu niedrigen Muskeltonus miteinzubeziehen. Die neurologischen Grundlagen lieferte ihr Mann und untermauerten so das ganze Konzept (Dammshäuser, 2005).

Es hat sich im Laufe der Jahre immer an die neuesten Erkenntnisse angepasst, wobei der Grundsatz bestehen blieb: „Die Anbahnung von Bewegungsabläufen und damit die Beeinflussung des Muskeltonus“ (Dammshäuser, 2005, S. 1).

Anfangs wurde das Konzept lediglich an Ärzte, Physiotherapeuten und speziell an die Angehörigen weitergegeben. Berta Bobath verbrachte viel Zeit damit, die Angehörigen anzuleiten. Erst in den späten 60ern hielt Berta Bobath die ersten Fortbildungskurse für das Pflegepersonal. Sie erkannte, dass sofort mit der Förderung der Patienten/Patientinnen begonnen werden muss (Dammshäuser, 2005).

„Physiotherapie und Pflege sollen sich gegenseitig ergänzen, da sich Physiotherapie und Pflege unterscheiden. In diesem frühen Stadium kümmert sich das Pflegepersonal den ganzen Tag um den Patienten, der Physiotherapeut dagegen ist jeden Tag nur kurze Zeit bei ihm“ (Dammshäuser, 2005, S.8).

4.1 Prinzipien und Ziele des Bobath Konzeptes®

Von Gisela Ritter werden folgenden Prinzipien dargelegt, welche von den Mitgliedern der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschland zusammengestellt wurden. Diese Prinzipien stehen untereinander in Zusammenhang und sollen individuell auf den jeweiligen Patienten/die jeweilige Patientin angepasst werden.

- „die Veränderlichkeit (Offenheit des Konzepts)
- die Ganzheitlichkeit (der Mensch als Ganzes)
- die Zielbezogenheit der Therapie (individuelle Unabhängigkeit und Selbstständigkeit)
- die Berücksichtigung der Eigenaktivität
- die neurologische Fundierung
- die sensomotorische Erfahrung (nach dem Verständnis der Neurophysiologie)
- die entwicklungsbezogene Motorik
- die Alltagsbezogenheit
- die individuumbezogene Vorgehensweise
- die Normbezogenheit (bezogen auf außer-, inter- und intraindividuelle Normen)
- die Therapie als Interaktion
- die Wechselwirkung von Befund und Behandlung
- die Vorbeugung von Kontrakturen und Deformitäten
- die therapiebezogene Arbeit mit Angehörigen
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit“ (Ritter, 2004, S. 89).

Das wichtigste Ziel aus dem Bobath Konzept ist, dem Patienten/der Patientin das Wiedererlernen verlernter Bewegungsabläufe zu ermöglichen. Weiters ist wichtig, dass man die Vitalzeichen stabil hält. Hierbei soll versucht werden, dem Patienten/der Patientin die größtmögliche Selbstständigkeit zu erlernen. Dabei ist es von großer Bedeutung, den stärker betroffenen Körperabschnitt mit einzubeziehen und somit die Koordination zu verbessern. Mit dem Bobath Konzept kann ein Rückgang der Spastizität erreicht werden. Das Finden der Körpersymmetrie und

dem Patienten/der Patientin die Körpermitte fühlen zu lassen gehört ebenfalls zu den Zielen. Die Pflegenden sollen Sicherheit in den Aktivitäten des täglichen Lebens geben und auf die persönlichen Bedürfnisse des Patienten/der Patientin eingehen. Kontrakturen, Folgeschäden und Schmerzen sollen verhindert werden (Brunner, 2007). Prinzipiell gilt: „Patienten/Patientin zwar fordern aber nicht überfordern“ (Brunner, 2007, S. 11).

4.2 Unterschied zwischen konventioneller Pflege und dem Bobath

Konzept®

Nun einige Punkte, die die Unterschiede aufzeigen.

Konventionelle Pflege

- versorgen → der Patient/die Patientin ist eher passiv
- die betroffenen Körperabschnitte werden nicht konsequent mit einbezogen
- schnell
- die Stellung der Körperabschnitte wird zu wenig beachtet
- passive Ganzkörperwaschung
- waschen von schwer betroffenen Patienten/Patientinnen im Liegen
- während der Grundpflege wird das Lagerungsmaterial entfernt
- Information über jeden Handlungsschritt
- vorgeben, was zu tun ist → „Ich wasche Ihnen das Gesicht“

Pflege im Bobath Konzept

- fördern → der Patient/die Patientin wird aktiviert
- die betroffenen Körperabschnitte werden in günstige Position gebracht
- in der Geschwindigkeit dem Patienten/der Patientin angepasst
- unter Umständen nur Teilwäsche um
 - o der Belastbarkeit entsprechend, aktivierend zu sein
 - o dem Patienten/der Patientin zu lernen, sich selber zu waschen
 - o dem Patienten/der Patientin sich und seine/ihre Bewegungen im Körper und Raum zu erfahren

- auch schwer betroffene Patienten/Patientinnen werden, wenn indiziert, in eine Position gebracht, die mehr Eigenaktivität erleichtert (Sitz im Bett, unter Umständen Seitenlage)
- das Lagerungsmaterial verbleibt zur Stabilisation und Erleichterung von Bewegungen
- es gibt nur wenige verbale Vorgaben
- den Patienten/die Patientin an der Handlungsplanung aktiv beteiligen (Pickenbrock, 2005) → „Was ist als nächstes zu tun?“ (Pickenbrock, 2005).

4.3 Schlüsselpunkte

Darunter versteht man Körperregionen, die eine hohe Dichte an Propriozeptoren besitzen. Propriozeptoren dienen der Steuerung der Körperhaltung und der Bewegung. An diesen Regionen kann der Haltungs- und Bewegungstonus verändert werden. Je nachdem wie die Schlüsselpunkte zueinander stehen, weiß das zentrale Nervensystem die anstehende Tonusspannung.

Die Schlüsselpunkte werden unterteilt in:

- zentraler Schlüsselpunkt:
Damit ist der Bereich um das Sternum gemeint. Er hat Einfluss auf die proximalen Schlüsselpunkte.
- proximale (körpernahe) Schlüsselpunkte:
Dazu zählen beide Schulterregionen und die Beckenregion mit den beiden Hüften.
- Distale (körperferne) Schlüsselpunkte:
Darunter versteht man die Hände und die Füße. Über diese Punkte kann Kontakt zur Umwelt aufgenommen werden.
- Kopf:
Er wird separat angeführt, da er über eine Vielzahl von Propriozeptoren verfügt. Ihm wird eine wesentliche Bedeutung zuteil, da er bei Bewegungen meist als erster beim Positionswechsel verändert wird (Dammshäuser, 2005).

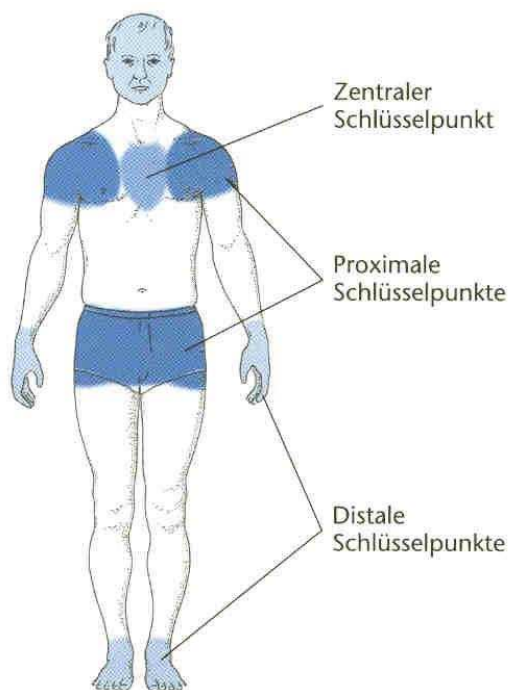


Abb. 10: Schlüsselpunkte (Dammshäuser, 2005, S. 42)

4.4 Positionseinnahme auf eine Seite

Diese Lagerung ist die therapeutisch sinnvollste Positionierung bei Patienten/Patientinnen mit Körperwahrnehmungsstörungen, im Speziellen auch bei Patienten/Patientinnen mit hohem Querschnitt.

Durch die Druckausübung des eigenen Körpergewichts des Patienten/der Patientin, wird die Wahrnehmung der Körpergrenzen gefördert. Er/sie kann sich dadurch besser über seinen/ihren Körper orientieren und seine/ihre Lage und Stellung der Gelenke nachvollziehen. Durch den Auflagedruck wirkt diese Positionierung zudem stark regulierend auf den Muskeltonus. Wichtig ist es hierfür eine härtere Matratze zu verwenden, damit die Körpergrenzen nicht verschwommen wahrgenommen werden.

Der Patient/die Patientin befindet sich in Rückenlage in der Mitte des Bettes. Um die Positionseinnahme auf eine Seite zu ermöglichen, z.B. auf die rechte Seite, muss der Patient/die Patientin mit Hilfe einer Pflegeperson zuerst an einen Rand des Bettes gebracht werden.

Da Patienten/Patientinnen mit hohem Querschnitt nicht in der Lage sind sich selbstständig im Bett auf eine Seite zu bewegen, werden sie durch die Pflegeperson unterstützt. Dazu schiebt die Pflegeperson einen Arm unter den Schultergürtel des Patienten/der Patientin und legt den zweiten Arm auf die der Pflegeperson weiter entfernte Schulter des Betroffenen. Der Patient/die Patientin wird nun aufgefordert den Kopf in Richtung Brust zu heben, während die Pflegeperson durch Verlagerung des eigenen Körpergewichts nach hinten – am besten durch das Zurückfallenlassens des Oberkörpers – den Oberkörper des Patienten/der Patientin zur gewünschten Bettseite zieht. Dasselbe passiert mit dem Becken des Patienten/der Patientin und letztlich auch mit den Beinen.

Die Pflegeperson wechselt nun die Bettseite. Der rechte Arm des Patienten/der Patientin wird in Schutzstellung – 90° zum Oberkörper des Patienten/der Patientin – gebracht. Nun werden die Beine des Betroffenen durch eine physiologische Außenrotation in der Hüfte mit gleichzeitiger Beugung im Knie parallel aufgestellt. Am Ende wird ein leichter Druck auf den Fußrücken ausgeübt, um den Patienten/die Patientin die Fußsohle spüren zu lassen. Patienten/Patientinnen mit hohem Querschnitt sind nicht in der Lage die Beine in dieser aufgestellten Position zu belassen, deshalb müssen sie durch Fixation einer zweiten Pflegeperson unterstützt werden.

Der Patient/die Patientin wird nun durch Zug am Beckenkamm und im Schulterbereich – Berührung am besten großflächig am Schulterblatt – auf die Seite gedreht. Als Unterstützungsfläche wird dem Patienten/der Patientin auf der Rückseite eine zusammengerollte Bettdecke oder ein Lagerungsschlauch anmodelliert. Diese Hilfsmittel können durch das Aufstellen des Bettrahmens zusätzlich fixiert werden. Die Schulter und das Becken auf der rechten Seite werden nun etwas nach vorne gezogen, um das Risiko einer Dekubitusentstehung zu verringern und eine für den Patienten/die Patientin angenehme Lage zu ermöglichen.

Anschließend wird unter dem rechten Arm ein Kissen geschoben und mit einer physiologischen Außenrotation – Handfläche zeigt nach oben – darauf platziert. Wichtig ist es, dem Wunsch des Patienten/der Patientin zu folgen, um eine möglichst angenehme Positionierung zu ermöglichen.

Das rechte Bein wird in eine annähernde Streckhaltung gebracht, wobei das Kniegelenk leicht gebeugt bleiben soll. Das linke Bein wird in Schrittstellung gebracht. Zwischen den Beinen wird ein Polster positioniert um dem Knie des rechten Beines zusätzlich Unterstützungsfläche zu bieten (Schweiger, 2007).

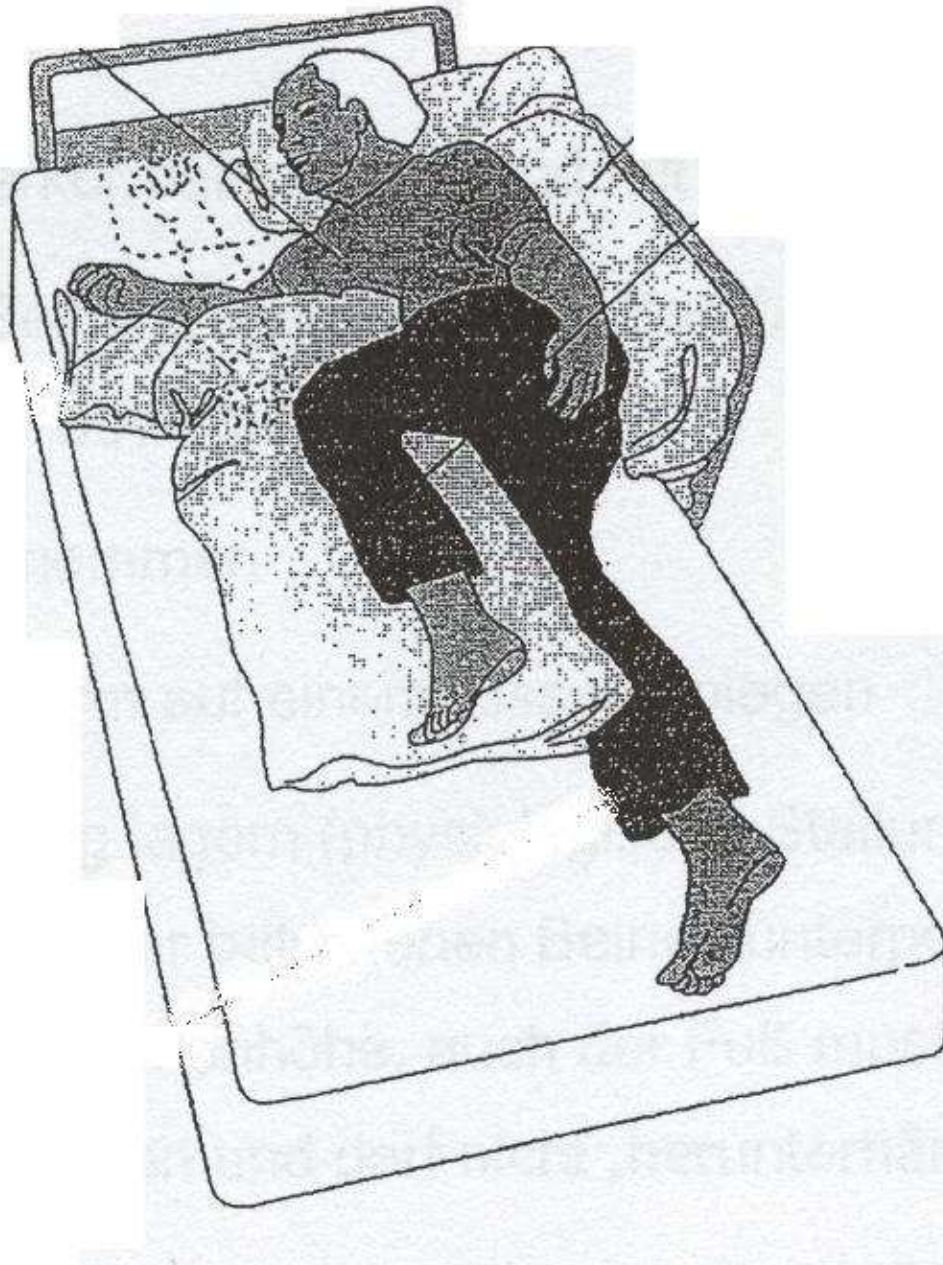


Abb. 11: Positionseinnahme auf eine Seite (Schweiger, 2007, S. 20)

5 LIN – Lagerung in Neutralstellung

Im folgenden Kapitel wird auf eines der wohl neuesten Pflegekonzepte in der Pflege von neurologischen Patienten/Patientinnen eingegangen. Es wird die Lagerung in Neutralstellung beschrieben.

5.1 Was ist LIN

Bei der Lagerung in Neutralstellung handelt es sich um verschiedene Lagerungsmöglichkeiten, die dem Patienten/der Patientin ein möglichst bequemes Liegen ermöglichen, aber auch gesundheitlich viel bieten. Diese Positionierungen wirken sich positiv auf Vitalparameter, Beweglichkeit und Muskeln aus. Zusätzlich wird das Dekubitusrisiko gesenkt. Man beugt Kontrakturen, Tonusdysregulationen und Folgeschäden, die während der Therapie freien Zeit auftreten können vor (Pickenbrock, Psychopraxis 2/06).

5.2 Geschichte und Entwicklung

Entwickelt wurde die LIN von Heidrun Pickenbrock. Sie ist Physiotherapeuten und Bobath-Instruktorin der IBITA (International Bobath Instructors Training Assoziati-on). Folgende Überlegungen führten dazu, die LIN zu entwickeln:

Wenn der Mensch aufrecht steht, hat er eine Neutrale-Null-Stellung der Gelenke untereinander. Die einzelnen Körperabschnitte werden weder gebeugt, noch gestreckt. Daher ist es nun möglich, ohne große Anstrengung einen Positionswechsel durchzuführen. Anders ist es, wenn man sich irgendwo hinlegt. Die Neutralstellung kann durch die Schwerkraft nicht mehr eingehalten werden. Der Körper passt sich seiner Unterlage an, das heißt beim Liegen kommt es zu Streckungen im Körper. Die Bauchmuskeln werden durch das nach-außen-Fallen der Beine, Ab-spreizen der Arme und Langwerden des Rumpfes überdehnt. Die Grundspannung des Rumpfes geht verloren. Um die Extremitäten bewegen zu können braucht es eine Halteaktivität im Rumpf. Bei Bewegungen im Bett aber, müssen sich die Mus-

keln beugen können, obwohl sich viele Körperabschnitte eher in Streckung befinden (Pickenbrock H., Magazin Stoma + Inkontinez 32 08/2003).

Selber sagt Heidrun Pickenbrock zur Entwicklung von LIN: „Ich bin angestellt worden, das Bobath-Konzept für Pflegende und Therapeuten in einem Akuthaus einzuführen, dass gerade eine Stroke Unit eröffnet hatte (1997)- Die Pflegenden haben sich nicht wirklich gefreut, da ich neben lehren auch eingefordert habe. Häufig habe ich dann zum Ausgleich auch pflegerische Tätigkeiten übernommen, um dann Zeit für Supervision freizuschaukeln. Dabei fiel mir auf, wie „schief“ Der Patient/die Patientin liegen (ich bin Bobath-Instruktorin und dort lernen wir von Alingment (Ausrichtung von Körperabschnitten zueinander). Ich hatte außerdem das große Glück, dass meine Ausbilderin mich getriezt hat, zu lernen: wenn Du etwas machst, dann musst Du sofort überprüfen, ob Du eine Veränderung erreichst hast. Ich habe Patienten gerader hingelegt, ich habe mich getraut, dafür Decken zu benutzen und siehe da, die Beweglichkeit der Extremitäten nahm spontan zu, die Atmung und der Puls senkte sich, unruhige Patienten schliefen ein... Dann habe ich systematisch überlegt: was tue ich, warum wirkt es und habe das bei vielen Lagerungen adaptiert“.

5.3 Grundprinzipien von LIN

Wie viele andere Konzepte auch, baut die LIN auf einfachen Grundprinzipien auf. Diese finden sich später in allen Anwendungsformen wieder, wenn auch nicht immer klar voneinander abgrenzbar.

5.3.1 Halt geben

Aufgrund von Verletzungen des zentralen Nervensystems ist der Patient/die Patientin am Anfang nicht in der Lage einen normalen Muskeltonus aufzubauen. Es beginnt meist mit einer schlaffen Lähmung die dann in eine spastische Lähmung

übergehen kann. Dadurch ist es für diese Personen sehr schwierig oder kaum möglich sich selbst zu positionieren.

Bei gesunden Personen arbeitet der Körper immer gegen die Schwerkraft und richtet sich auf. Dadurch kann es bei Geschädigten passieren dass sich ein sekundärer Hypertonus entwickelt, da versucht wird sich immer zu halten. Daraus resultiert, dass bestimmte Muskeln verhärten. LIN muss also dem entgegenwirken, indem sie dem Körper durch verschiedene Lagerungshilfsmittel Halt vermittelt. Es werden Hohlräume ausgefüllt und Unterstützungsflächen durch anmodelierte Hilfsmittel um den Körper geboten, um ein Maximum an Stabilität zu vermitteln und somit den Körper zu unterstützen.

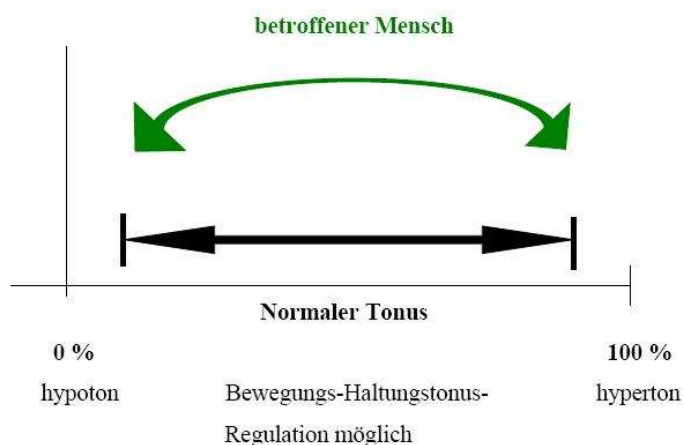


Abb. 12: Tonusregulation (Keller, 2007, S. 6)

5.3.2 Körperabschnitte günstig zueinander positionieren

Wir alle richten es uns im Bett so ein, dass wir bequem liegen. Jede/r hat hier seine eigenen Favoriten. Wir passen uns der Unterfläche immer wieder an. Manche Muskeln verkürzen wir, andere strecken wir. Wenn wir eine Position nicht mehr mögen drehen wir uns einfach um und suchen eine passendere. Durch den Muskeltonus ist das für uns kein Problem. Für Patienten/Patientinnen mit Hirnschäden ist dieses Umdrehen aber nicht möglich. Beim Positionieren kann es zu Verkürzungen oder Überdehnungen von Muskeln kommen. Deshalb versucht LIN mit Hilfe der Neutralstellung der Gelenke dies zu vermeiden. Unter der Neutralstel-

lung versteht man also ein Mittelmaß zwischen Beugen und Strecken und zwischen Außen- und Innenrotation. Die Unterlage wird hier an den Patienten/die Patientin angepasst. Dabei ist es natürlich wichtig die Reaktion des Patienten/der Patientin zu beobachten, denn die Lagerung soll bequem sein (Hartnick, 2006).

5.3.3 Neutralstellung modifizieren – Individuelle Lösungen finden

Wichtig ist, dass man keine Neutralstellung erzwingt. Manche Patienten/Patientinnen können z.B. wegen bestehender Kontrakturen nicht ganz in Neutralstellung gelagert werden. Dabei ist es wichtig den Betroffenen/die Betroffene so weit wie möglich in Neutralstellung bringen aber dabei das Wohlbefinden nicht außer acht zu lassen (Hartnick, 2006).

5.4 Ziele

- „Die Lagerung soll Wohlbefinden vermitteln, bequem sein.
- Vor Dekubitus schützen, die Atmung unterstützen.
- Der Tonus soll reguliert werden. Am Rumpf den Tonus aufbauen und an den Extremitäten vor spastischen Mustern bewahren.
- Dem Körper halt geben, um eine Bewegung zu ermöglichen und die Bewegung erleichtern.
- Der Mensch soll leichter zur Ruhe kommen.
- Eine Verminderung von Schulterbeschwerden soll erreicht werden.
- Vitalparameter sollen stabilisiert werden“ (Keller, 2007, Seite 8-9).

5.5 Für welche Patienten/Patientinnen ist LIN geeignet?

LIN kann kurz gesagt für alle Patientengruppen angewandt werden. Man muss immer die individuelle Situation berücksichtigen und auch Überlegungen anstellen,

ob vielleicht bei bestimmten Patienten/Patientinnen nicht ein anderes Konzept besser zum Erfolg beitragen würde (Keller, 2007).

5.6 Lagerungsmöglichkeiten nach LIN

Es gibt verschiedene Möglichkeiten Patienten nach LIN zu positionieren. Wichtig ist dabei immer alle Hohlräume auszufüllen und genügend Lagerungshilfsmittel wie z.B: Steppdecken, Kissen, Handtücher und Bettbezüge zu verwenden. Zudem ist es wichtig, dass man nicht den Patienten/die Patientin an seine/ihre Unterlage anpasst, sondern versucht mit den genannten Hilfsmitteln alles an den Patienten/die Patientin anzupassen um ihm/ihr so ein bequemes Liegen zu ermöglichen. Man kann fast jede gelernte Art der Lagerung an LIN anpassen. Man muss es nur versuchen und einige Punkte beachten (Krasser, 2006).

5.6.1 30°-Seitenlage in LIN

Folgendes Bild zeigt einen Patienten, eine Patientin mit leicht erhöhten Oberkörper in der 30° Seitenlagerung nach LIN. Da LIN viel fältig angewandt werden kann, ist diese Positionierung auch für Betroffene mit hohem Querschnitt angezeigt.



Abb. 13: 30° Seitenlagerung nach LIN (Hartnick, 2006, S. 41)

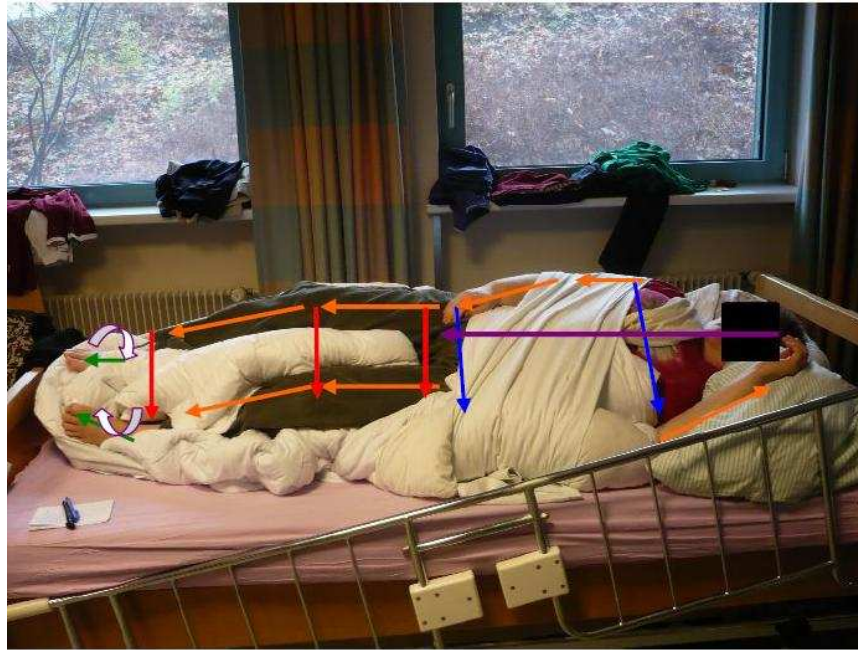


Abb. 14: 30° Seitenlage nach LIN (Diefert, 2008, S. 7)

- senkrechte Ebene
- waagrechte Ebene
- Eigenkritik. Lagerung entspricht nicht LIN
- ↻ zeigt Innen- oder Außenrotation an
- Verhältnis oberer zu unterer Rumpf (gedachte Linie von der Nasenspitze zum Sternum bis hin zur Symphyse)
- Abstand zwischen Becken, Knien und Sprunggelenken

Folgende Punkte sind laut der Abschlussarbeit von Jaqueline Diefert bei der 30° Seitenlagerung zu beachten:

Es wird meist am Kopf begonnen und man arbeitet sich durch alle Körperteile nach unten durch. Wichtig dabei ist, dass die Halswirbelsäule unbedingt ausreichend unterpolstert ist und dass es zu keiner Überdehnung kommt. Am besten lässt sich die Position vom Fußende aus beurteilen. Man sieht so leichter ob sich das Sternum, die Nase und die Symphyse auf einer geraden Ebene befinden.

Das Kinn kann leicht in Richtung Sternum gebeugt sein.

Das Becken und die Schulter sollten ca. im 30° Winkel gekippt sein. Ebenso wie die Halswirbelsäule soll auch die Lendenwirbelsäule gut unterstützt sein und Hohlräume vermieden werden.

Die Ellbogen liegen nahe am Oberkörper an. Falls die Unterarme am Oberschenkel aufliegen ist darauf zu achten, dass der Daumen nach oben zeigt.

Um Stabilität und Sicherheit zu vermitteln werden die Brüste und der Bauch mit Hilfe einer Decke unterstützt, bei adipösen Patienten/Patientinnen eignet sich auch gut eine Bauchbinde.

Der Oberschenkel und der Unterschenkel bilden eine Linie, wobei wichtig ist, dass die Adduktoren mit Hilfe einer Decke unterstützt werden. Das Becken, die Knie und die Sprunggelenke stehen parallel zueinander und die Füße werden einfach im 90°-Winkel zum Unterschenkel gelagert.

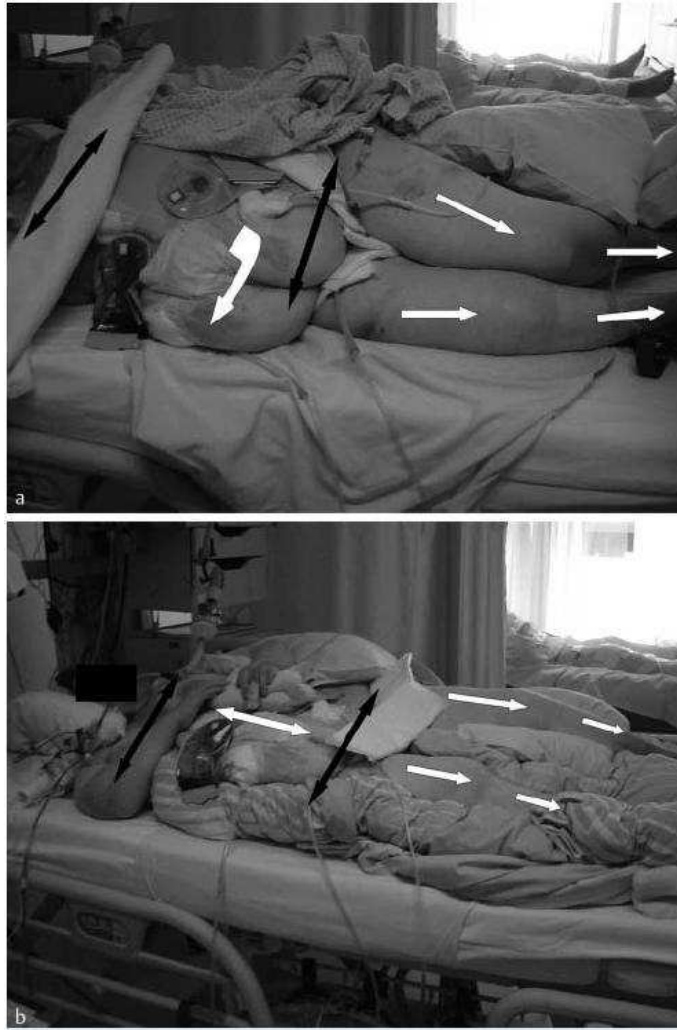


Abb. 15: 30°Seitenlagerung nach LIN (Keller, Wolper t, 2007, S. 231)

5.6.2 Wie bringt man einen Patienten/eine Patientin in 30°-Seitenlage?

Folgende Abbildung zeigt Schritt für Schritt wie man eine 30°-Seitenlage durchführt. Wichtig ist, dass man die Ressourcen des Patienten/der Patientin fördert. Wo er/sie mithelfen kann sollte er/sie auch mithelfen dürfen!

Als erstes wird der Patient/die Patientin auf die Seite gedreht. Die Steppdecken werden zusammengerollt und an den Körper des Patienten/der Patientin anmodelliert. Der Patient/die Patienten kann nun wieder auf den Rücken gelegt werden, so entsteht durch die unter dem Patienten/der Patientin positionierten Lagerungshilfsmittel, eine schiefe Ebene von ca. 30°.

Um ein Abrutschen zu verhindern, wird an der linken Seite wiederum eine Steppdecke an den Patienten/die Patientin anmodelliert.

Die hypertone Bauchmuskulatur kann mit Hilfe eines Badetuchs unterstützt werden. Dazu wird ein Ende mit der Decke unter den Patienten/die Patientin gebracht. Nach Fixation wird das Tuch über den Bauch gespannt und auf der anderen Seite fixiert.

Damit auch das linke Bein die neutrale Stellung erreichen kann, wird die Decke entlang des Körpers weiter anmodelliert. Dann werden das obere Bein, die Arme und der Kopf noch mit Lagerungshilfsmitteln in die neutrale Stellung gebracht und unterstützt (Hartnick, 2006).



Abb. 16: Vorhergehensweise 30°-Seitenlagerung (Hartnick, 2006, S. 42)

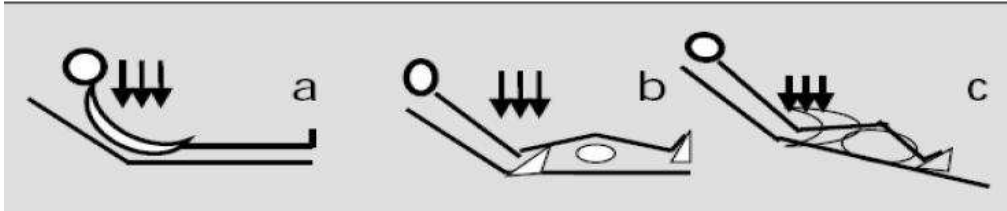
5.6.3 Oberkörperhochlagerung nach LIN

Die wichtigste Voraussetzung zu dieser Lagerung ist, wie bei der traditionellen Oberkörperhochlagerung, dass der Patient/die Patientin fähig ist, den Rumpf zu beugen. Dies trifft bei Betroffenen mit hohem Querschnitt zu.

Die Knie werden mit Hilfe z.B. eines Polsters, der darunter platziert wird, gebeugt. Außerdem kann eine Rutschbremse unter dem Gesäß z.B. ein Waschlappen eingebracht werden.

Die Arme werden gut unterlagert eventuell in einem Schiffchen neben dem Patienten/der Patientin positioniert. Nun wird zusätzlich das ganze Bett leicht nach vorne unten gekippt, um eine Druckentlastung des Steißbeins zu erreichen.

Laut Ina Ree Keller kann man mit dieser Art der Lagerung die aktivierende Grundpflege leichter durchführen, der Patient/die Patientin sieht was um ihn/sie herum geschieht und kann so leichter Kontakt mit der Umwelt aufnehmen. Außerdem ist durch die Oberkörperhochlagerung eine sichere Nahrungsaufnahme gewährleistet (Keller, 2007).



- a) herkömmliche Oberkörperhochlagerung
- b) Modifizierung nach Kellnhauser et al (2)
- c) Modifizierung nach Pickenbrock

Abb. 17: Oberkörperhochlagerungsvarianten (Keller, 2007, S. 19)

Hier die Abbildung eines Patienten in Oberkörperhochlagerung nach LIN. Es zeigt die Kippstellung des Bettes, die Positionierung mit Hilfe von Lagerungshilfsmitteln und die physiologischen Knicks in Hüfte und Kniebeuge.

Die Decken stabilisieren ausschließlich den Rumpf. So bleibt eine Bewegung der Arme möglich.



Abb. 18: Oberkörperhochlagerung (Keller, Wolpert, 2007, S. 231)

Folgende Abbildungen zeigen eine Vorher-Nachher-Darstellung desselben Patienten. Im ersten Bild wird durch die Pfeile deutlich, in welcher Fehlhaltung die Gelenke zueinander stehen. Im zweiten Bild sieht man, welche Vorteile die Lagerung in Neutralstellung für den gesamten Körper bietet.



Abb. 19: Oberkörperhochlagerung (Keller, Wolpert, 2007, S. 231)

5.6.4 Rückenlagerung nach LIN

Bei dieser Positionierung sind im Allgemeinen die gleichen Punkte zu beachten wie bei der 30°-Seitenlagerung, deshalb bringt diese Positionseinnahme auch bei Patienten/Patientinnen mit hohem Querschnitt Vorteile bringt. Wichtig ist, dass nirgends Hohlräume entstehen und dass die Linien eingehalten werden.

Begonnen wird wieder am Kopf des Patienten/der Patientin. Er soll gut unterstützt auf der Matratze liegen.

Die Rippen sollen nicht hervorstecken und das Sternum liegt parallel zur Matratze. Die Schulter und das Becken befinden sich wie Sternum, Nase und Symphyse auf einer Ebene.

Die Arme werden gleich wie bei der 30°-Seitenlagerung an den Oberkörper angelegt und unterlagert. Nun wird wieder unter den Knien eine Decke eingebracht.

Um den Druck vom Steißbein auf die Matratze zu minimieren, wird das Becken leicht nach vorne gekippt. Die Füße werden wieder im 90°-Winkel zum Unterschenkel gelagert (Diefert, 2008).



- senkrechte Ebene
- waagrechte Ebene
- Lagerung entspricht nicht LIN
- ↻ zeigt Innen- oder Außenrotation an

Abb. 20: Rückenlagerung nach LIN (Diefert, 2008, S. 14)



Abb. 21: Rückenlagerung nach LIN (Diefert, 2008, S. 15)

- senkrechte Ebene
- waagrechte Ebene
- Eigenkritik. Lagerung entspricht nicht LIN
- Stelle des Hüftknicks
- Verhältnis oberer zu unterer Rumpf (gedachte Linie von der Nasenspitze zum Sternum bis hin zur Symphyse)
- Kopfposition

5.7 Umsetzung im Alltag

Bezugnehmend auf das halbstandardisierte Interview mit Heidrun Pickenbrock nun einige Gründe, warum die Umsetzung in Krankenhäusern nur schleppend vorangeht:

- „man braucht mehr Lagerungsmaterial- also fehlt es
- es sieht nicht so ordentlich aus- also mag Pflegende es nicht, die in der Ausbildung Ordnung gelernt hat!
- es braucht Stauraum und Vorrat- nicht immer vorhanden
- es muss gelehrt werden- das verunsichert viele—ich habe schon so lange gelagert- ist das alles falsch gewesen, das kann doch nicht, also mache ich weiter das, was ich immer getan habe.
- die vielen Decken, da muss man ja schwitzen: self fulfilling prophecy! (im Sommer schwitzt jeder, aber plötzlich ist die Lagerung Schuld)
- wenn man es neu gelernt hat, dann muss man es üben, man ist langsamer- das mag das Team nicht- also hört man wieder auf
- man braucht jemanden, der einem Rückmeldung gibt, ob es richtig ist, sonst traut man sich auf die Dauer nicht“.

6 Zusammenfassung

Der hohe Querschnitt dient als Grundlage und Basis zum Verständnis über die Anwendbarkeit der verschiedenen, beschriebenen Pflegekonzepte. Er wird im ersten Teil dieser Arbeit beschrieben und soll sich, als ein Beispiel für Krankheitsbilder, die mit Körperwahrnehmungsstörungen einhergehen, wie ein roter Faden durch diese Arbeit ziehen.

Zum Einen gibt es den kompletten Querschnitt, das heißt, die Reizleitung im Rückenmark des Patienten/der Patientin ist irreversibel unterbrochen, und zum Anderen den inkompletten Querschnitt, das heißt, die Nervenbahnen sind abgedrückt, eingeklemmt, angerissen, jedoch nicht unwiederbringlich verlorengegangen.

Im Zusammenhang mit der Pflege von Patienten/Patientinnen wurde im vergangenen Jahrhundert drei große Konzepte vorgestellt: die Basale Stimulation®, das Bobath-Konzept® und die Lagerung in Neutralstellung.

Die Basale Stimulation, die ursprünglich als Konzept in der Pflege und im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit körperlichen Behinderungen gedacht war, ist heute ein wesentlicher Bestandteil der Pflege auf neurologischen Stationen. Sie baut auf einem Wahrnehmungsförderungskonzept auf, das darauf abzielt den Menschen in allen Ebenen der Wahrnehmung – beginnend bei der Empfindung, über Geruchs- und Geschmacks- bis hin zum Hör- und Sehsinn – zu stimulieren und ihn so, Schritt für Schritt wieder in ein „normales“ Leben mit „gesunden“ Sinnen zurückzuführen. Aus diesem Gedanken heraus entstanden verschiedene Pflege-tätigkeiten, wie beispielsweise die Stimulation über die somatische Wahrnehmung – wobei die Pflegepersonen hier über gezielte und eindeutige Berührungen, die Patienten dazu anregen, ihren Körper und dessen Grenzen neu bzw. wieder zu erlernen.

Dieses Neu- bzw. Wiedererlernen von Körpergrenzen hält auch das Bobath-Konzept® für einen wesentlichen Bestandteil in der Pflege von Patienten mit Wahrnehmungsstörungen. In diesem Konzept bedient man sich der Lagerung bzw. Positionierung der Personen, um gezielt auf den Muskeltonus und die Wahrnehmung einzugehen. Die Lagerung in Neutralstellung, die als eine der neuesten Tochterkonzepte aus dem Bobath-Konzept® heraus entwickelt wurde, ermöglicht es, speziell Patienten mit Halbseitenlähmungen eine angenehme, aber doch wir-

kungsvolle, Ruhepause zu ermöglichen. Die LIN beinhaltet zudem sämtliche Prophylaxen, die in der Stationspflege durchgeführt werden sollten. Des Weiteren werden im Bobath-Konzept® Möglichkeiten aufgezeigt, die den Pflegepersonen durch besonders kinästhetische Bewegungsabläufe und Vorgehensweisen ein rückschonendes und wenig anstrengendes Arbeiten ermöglichen.

Die Pflegetätigkeiten aus dem Konzept der Basalen Stimulation® ermöglichen es, Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern und daraus resultierenden Einschränkungen zu fördern und sollten einen nahtlosen Übergang zu den Pflegetätigkeiten aus dem Bobath-Konzept® bilden.

7 Resümee

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die verschiedenen Pflegekonzepte des vergangenen Jahrhunderts gut durchdacht und praktisch ausgezeichnet anwendbar wären. Es ist jedoch zu beachten, dass es dafür einer guten Grundkenntnis der einzelnen Konzepte bedarf. Zudem benötigt das Erlernen und Einüben der einzelnen Tätigkeiten Zeit. Das heißt, es ist von spezieller Wichtigkeit den Punkt Zeitmanagement, gerade in der Einführungsphase verschiedener Konzepte, umzugestalten und vor allem, es in irgendeiner Weise vertretbar zu machen, dass genügend Personal für die Durchführung vor Ort ist. Erst wenn diese Punkte beachtet werden, können die Patienten/Patientinnen von einer optimalen Pflege, die speziell auf sie und ihre Probleme abgestimmt ist, profitieren.

Beim Erarbeiten und Durchforsten der Literatur zu den einzelnen Konzepten sind uns gewisse Ähnlichkeiten in den verschiedenen Positionierungsmöglichkeiten von Patienten/Patientinnen aufgefallen. Wir möchten daher im folgenden Abschnitt unserer Arbeit auf unsere Forschungsfrage „Welche Positionseinnahmen im Bett bieten die Konzepte Lagerung in Neutralstellung, Bobath® und Basale Stimulation® für Betroffene mit hohem Querschnitt?“ zurückkommen und auf die Lagerungen bzw. deren Gemeinsamkeiten Bezug nehmen.

In erster Linie möchten wir auf die Gemeinsamkeiten der Königsstuhllagerungen und der Oberkörperhochlagerung aufmerksam machen. So kommt die Königsstuhllagerung aus dem Konzept der Basalen Stimulation® der Oberkörperhochlagerung aus der Lagerung in Neutralstellung sehr ähnlich. Wie von Schweiger beschrieben, ist der Sinn der Königsstuhllagerung der, den Patienten/Patientinnen Sicherheit erleben zu lassen und ihnen Orientierung über den eigenen Körper und die Außenwelt zu verschaffen. Dieser Zweck kommt laut Keller dem Grundgedanken der Oberkörperhochlagerung nach LIN sehr nahe. Auch in der von Schweiger und Keller beschriebenen Art der Durchführung bzw. Anwendungen finden sich Parallelen. So zum Beispiel verwenden beide Konzepte ähnliche oder gleiche Lagerungshilfsmittel, um die Extremitäten zu positionieren. Wenn man also die Abbildungen 7 und 18/19 miteinander vergleicht, wird man feststellen, dass das Resultat – sprich, die Art und Weise wie der Patienten/die Patientin zum Schluss gelagert ist – nahezu dieselbe ist.

Außerdem ist uns aufgefallen, dass die Begrenzungslagerung in Rückenlage bzw. die Nestlagerung, die dem Konzept der Basalen Stimulation® zugehörig ist, starke Ähnlichkeiten mit der Rückenlagerung nach Lagerung in Neutralstellung hat. Auch hier dienen die Abbildungen 6 und 20/21 zur Veranschaulichung der durchgeführten Tätigkeiten. Wenn man auf die Beschreibung der Lagerungshilfsmittel von Rannegger und Diefert Bezug nimmt, fällt einem hier auch wieder auf, dass sie sich sehr ähneln bzw. gleich sind. Auch in der von den beiden oben genannten Beschreibung der Durchführung sind Gemeinsamkeiten zu finden und der Sinn ist in beiden Fällen das Vermitteln von Körpergrenzen und die Tonusregulierung. In beiden Konzepten ist zudem die Notwendigkeit der physiologisch richtigen Lage der Gelenke zueinander zu beachten.

Hier möchten wir an das Erfahrbarmachen von Körpergrenzen anknüpfen, denn auch das Bobath-Konzept® hat diesen Gedanken als Leitfaden. Dies zeigt sich vor allem in der von Schweiger beschriebenen Positionseinnahme auf eine Seite. Sie beschreibt, dass die Druckausübung des eigenen Körpers der Patienten/Patientinnen, diese in der Wahrnehmung der Körpergrenzen unterstützt und dadurch Stabilität und Sicherheit gibt. Auch in der von Diefert beschriebenen 30°-Seitenlage sind diese Punkte erwähnt. Bereits in der Durchführungsbeschreibung werden Gemeinsamkeiten deutlich. Diese lassen sich jedoch wieder am besten durch das Vergleichen der Abbildungen 11 und 13/14 erkennen.

Um hier noch auf die einzige aus dem Konzept der Basalen Stimulation® stammende Lagerung auf die Seite Bezug zu nehmen, haben wir uns Gedanken über die Embryonalpositionierung gemacht. Diese zeigt, laut der von Schweiger zitierten Art der Anwendung, nur durch die Positionierungsart des Oberkörpers und die verwendeten Lagerungshilfsmittel Parallelen zu den Seitenlagerungen der anderen Konzepte. Sie unterscheidet sich aber grundlegend in der Art der Beinpositionierung. Bei den beiden oben genannten Positionseinnahmen im Bett wird das untenliegende Bein in eine annähernde Streckhaltung gebracht. Dies ist bei der Embryonalpositionierung nicht der Fall, hier werden beide Beine abgewinkelt gelagert. Der Grundgedanke des Gebens von Halt und Sicherheit bzw. das Unterstützen durch Begrenzungsflächen ist allerdings derselbe.

Dieser Grundgedanke, der sich wie ein roter Faden durch alle von uns beschriebenen Konzepte zieht, entspricht unserer Vorstellung von einer optimalen Betreuung und Pflege von Patienten/Patientinnen mit hohem Querschnitt. Es ist uns allerdings wichtig zu erwähnen, dass die Individualität und die danach gerichtete Anpassung der Pflegekonzepte an den Einzelnen/die Einzelne nicht verloren gehen soll. Des Weiteren möchten wir anmerken, dass es zwar interessant und wichtig ist, sich mit den einzelnen Konzepten vertraut zu machen, jedoch schlussendlich, durch die Ähnlichkeit der Pflgetätigkeiten, ein Konzept als Stationspflegestandard völlig ausreichend wäre.

Schlüsselwörter:

Basale Stimulation®

Bobath-Konzept®

Lagerung in Neutralstellung (LIN)

8 Literaturverzeichnis

Beck (2007). Der Reflexbogen. Nerven und Sinne. Aufbau des Rückenmarks, unbedingte Reflexe, Reflexbogen, Eigen-, Fremdrelex.

<http://www.biokurs.de/skripten/12/bs12.htm> (25.10.2008)

Beck (2007). Der Patellarsehnenreflex. Nerven und Sinne. Aufbau des Rückenmarks, unbedingte Reflexe, Reflexbogen, Eigen-, Fremdrelex.

<http://www.biokurs.de/skripten/12/bs12.htm> (25.10.2008)

Beck (2007). Nerven und Sinne. Aufbau des Rückenmarks, unbedingte Reflexe, Reflexbogen, Eigen-, Fremdrelex. <http://www.biokurs.de/skripten/12/bs12.htm>

(25.10.2008)

Beyer (2007). Tetraplegie-online. Formen der Querschnittlähmung.

<http://www.tetraplegie-online.de/start.htm> (25.10.2008)

Brunner, W. (2007). Körperhaltung und Bewegung. Folienhandout. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript. Innsbruck

Dammshäuser, B. (2005). Bobath-Konzept in der Pflege. München, Jena. Urban und Fischer

Diefert, J. (2008). Lagerung in Neutralstellung – Speziell die 30°-Seitenlage und die Rückenlage bei schwer betroffenen Patienten. <http://www.lin-arge.de/Ver%6ffentlichungen.html>

(12.07.2008)

Ebenhoeh, G. (2008). Osteoporose. Querschnittslähmung Lendenwirbelsäule.

<http://www.ebenhoeh-dr.com/Schulenseite/Knocheninfekte/knocheninfekte.html> (25.10.2008)

Edel, Knauth (1999). Atemtherapie. Krankengymnastische Behandlungsmaßnahmen. Elsevier GmbH Deutschland

Felleiter et al (2004). Das traumatische Querschnittssyndrom. In: Schweiz Med Forum. 4/2004. S. 1166-1172

Hartnick, A. (1996). Halt und Beweglichkeit für neurologische Patienten. In: Die Schwester Der Pfleger 45. Jahrg. 9/06. S. 42

Huch, R., Bauer, C. (Hrsg) (2003). Mensch Körper Krankheit. Das Nervensystem. München – Jena. Urban & Fischer Verlag

Keller, I. (2007). Lagerung in Neutralstellung. <http://www.lin-arge.de/Ver%20ffentlichungen.html> (12.07.2008)

Keller, I., Wolpert, H. (2007). Lagerung in Neutralstellung - LIN. In: Intensiv. 6/2007. S. 230-233

Kellenhauser et al (2004). Thiemes Pflege. Pflege von Patienten mit Paraplegie oder Tetraplegie. Stuttgart – New York. Georg Thieme Verlag

Krasser, D. (2006). Lagerung – ein Thema auch für Ergotherapeuten. In: Ergotherapie & Rehabilitation 6/06. S. 7

Lafenthaler, A. (2005). Notfallmedizin. Traumatologie/Querschnittssyndrom. Spinales Trauma. <http://www.notmed.info/muquerh.html>(25.10.2008)

Lertola (2008). Das Rückenmark. GEO Magazin Nr. 02/04 - Das Gerüst des Lebens. <http://www.geo.de/GEO/mensch/medizin/2025.html> (25.10.2008)

Menche (2003). Biologie Anatomie Physiologie. Das Nervensystem. München – Jena. Urban & Fischer Verlag

Pafel, B. (2008). Querschnittlähmung.

<http://www.altenpflegeschueler.de/krankheiten/querschnittslaehmung-2.php>

(25.10.2008)

Pickenbrock, H. (2008). persönlicher E-Mailverkehr zwischen 16.08.2008 und 18.08.2008

Pickenbrock, H. (2006). Rund um die Uhr gut gelagert. In: Physiopraxis 2/06. S. 23

Pickenbrock, H. (2005). Das Bobath-Konzept heute. In: Handbuch der Intensivpflege. 11/05. S. 1-26

Pickenbrock, H. (2003). Lagern – Eine Übersicht über lang Bewährtes und neue Entwicklungen (Teil1). In: Magazin Stoma + Inkontinenz. 32 8/2003. S. 31-32

Pickenhain (1998). zit. aus Schweiger C. Einführung in die Basale Stimulation. Hand out. Innsbruck

Rannegger, J. und U. (2007). Basale Stimulation in der Pflege. Lagerung die Körperwahrnehmung verstärken und Wohlbefinden vermitteln. Nestlagerung.

<http://www.basale.at/system/anypage/index.php?opnparams=BT0CMllzUTM>

(10.11.2008)

Regitnig-Tillian, N. (2007). Bruch der Halswirbelsäule.

<http://www.gesundheitpro.de/Bruch-der-Halswirbelsaeule-Wirbelsaeule-A050905ANONI014324.html>

(25.10.2008)

Regitnig-Tillian, N. (2007). Bruch der Halswirbelsäule. Halswirbelsäule.

<http://www.gesundheitpro.de/Bruch-der-Halswirbelsaeule-Wirbelsaeule-A050905ANONI014324.html>

(25.10.2008)

Ritter, G. (2004). Das Bobath-Konzept in seiner Entwicklung. In: BIEWALD F. (Hg.). Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München, Jena. Urban und Fischer. S. 82-95

Roche (2003). Lexikon Medizin. 5. Auflage. Urban und Fischer

Schwenkreis, P. et al (2006). Differenzialdiagnose der akuten und subakuten nichttraumatischen Querschnittslähmungen. In: Dtsch. Arztebl 2006; 103(44): A 2948-54. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?Src=suche&id=53260>

Schweiger, C. (2006). Das Bobath Konzept – Einführung. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript. Innsbruck

Schweiger, C. (2007). Einführung in die Basale Stimulation. Hand out. Innsbruck

9 Anhang

Halbstandartisiertes Interview mit Frau Heidrun Pickenbrock:

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Alex Todeschini [mailto:alextodeschini@msn.com]

Gesendet: Samstag, 16. August 2008 19:01

An: heidrun.pickenbrock@vebid.de

Betreff: Infos zu LIN

Sehr geehrte Frau Pickenbrock!

Meine Freundin und ich besuchen zurzeit die Krankenpflegeschule in Innsbruck und möchten unsere FBA hauptsächlich über LIN schreiben. Mir ist jetzt schon öfters Ihr Name untergekommen und so habe ich mir gedacht, dass sie mir vielleicht mit Information zu Literatur und andere hilfreiche Infos helfen könnten.

Dankesehr im Voraus, schönen Abend noch

Alexandra Todeschini

From: heidrun.pickenbrock@t-online.de

To: alextodeschini@msn.com

Subject: AW: Infos zu LIN

Date: Sun, 17 Aug 2008 09:21:54 +0200

Guten Morgen Frau Todeschini,

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Anfrage.

Sie finden (fast) alle Artikel, die zu diesem Thema geschrieben wurden unter www.lin-arge.de/veroeffentlichungen. Klicken Sie die kleinen Buttons hinter den Artikeln an, dann bekommen Sie die PDF- Artikel. Dort finden Sie wiederum Literaturverzeichnisse, die Ihnen in diese Richtung weiter helfen.

In der Intensivzeitschrift (intensiv;2008;16:74-83) gibt es ganz aktuell einen neuen Artikel zu Lagerung.

Haben Sie schon einen LiN-Kurs besucht- ich glaube, ich habe gehört, dass jemand von einer österreichischen Schule in Burgau war- vielleicht waren Sie das ja? - Nur so können Sie auch über das „Handwerk“ des Lagerns schreiben.

In welche Richtung soll Ihre Arbeit gehen? Einführung einer Lagerung? Unterschiede zu anderen Lagerungen? Wirkung von Lagerung? Lagerung bei bestimmtem Patientenlientel?

Viel Spaß und wenig Stress bei Ihrer Arbeit,
wünscht Ihnen und Ihrer Freundin, Heidrun Pickenbrock

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Alex Todeschini [mailto:alextodeschini@msn.com]

Gesendet: Sonntag, 17. August 2008 17:20

An: Heidrun Pickenbrock

Betreff: RE: AW: Infos zu LIN

Hallo!

Danke für die rasche Antwort. Wir möchten in unserer Arbeit einen Überblick zu LIN geben, und speziell herausfiltern die Umsetzung im Alltag und der Praxis (Probleme, Schwierigkeiten), Veränderungen des Patienten (Wirkung auf den Körper) und wie weit es mit der Basalen Stimulation verknüpft werden kann. Könnten Sie mir vielleicht beantworten wie LIN genau entwickelt wurde bzw. die Idee?

Einen Kurs könnten und können wir leider nicht besuchen, da wir mit unseren Praktikern und Schulblöcken nicht die Zeit dafür haben - eine Freistellung der Schule ist leider nicht möglich.

Würden Sie noch andere Aspekte zu LIN in die Arbeit einbauen?

Schönen Sonntag noch

liebe Grüße Alex Todeschini

From: heidrun.pickenbrock@t-online.de

To: alextodeschini@msn.com

Subject: AW: AW: Infos zu LIN

Date: Sun, 17 Aug 2008 20:18:46 +0200

Guten Abend,

ich denke, die zwei Themen reichen im Grunde dicke aus.

Bei der Umsetzung im Alltag (wenn Sie das verwenden, dann zitieren Sie: aus dem Mailverkehr mit H. Pickenbrock mit Datum)

- Man braucht mehr Lagerungsmaterial- also fehlt es
- Es sieht nicht so ordentlich aus- also mag Pflegende es nicht, die in der Ausbildung Ordnung gelernt hat!
- Es braucht Stauraum und Vorrat- nicht immer vorhanden
- Es muss gelehrt werden- das verunsichert viele—ich habe schon so lange gelernt- ist das alles falsch gewesen, das kann doch nicht, also mache ich weiter das, was ich immer getan habe.
- Die vielen Decken, da muss man ja schwitzen: self fulfilling prophecy! (im Sommer schwitzt jeder, aber plötzlich ist die Lagerung Schuld)
- Wenn man es neu gelernt hat, dann muss man es üben, man ist langsamer- das mag das Team nicht- also hört man wieder auf
- Man braucht jemanden, der einem Rückmeldung gibt, ob es richtig ist, sonst traut man sich auf die Dauer nicht.

Entwicklung: ich bin angestellt worden, das Bobath-Konzept für Pflegende und Therapeuten in einem Akuthaus einzuführen, dass gerade eine Stroke Unit eröff-

net hatte (1997)- Die Pflegenden haben sich nicht wirklich gefreut, da ich neben lehren auch eingefordert habe. Häufig habe ich dann zum Ausgleich auch pflegerische Tätigkeiten übernommen, um dann Zeit für Supervision freizuschaukeln. Dabei fiel mir auf, wie „schief“ Der Patient/die Patientin liegen (ich bin Bobaht-Instruktorin und dort lernen wir von Alingment (Ausrichtung von Körperabschnitten zueinander). Ich hatte außerdem das große Glück, dass meine Ausbilderin mich getriezt hat, zu lernen: wenn Du etwas machst, dann musst Du sofort überprüfen, ob Du eine Veränderung erreichst hast.

Ich habe Patienten gerader hingelegt, ich habe mich getraut, dafür Decken zu benutzen und siehe da, die Beweglichkeit der Extremitäten nahm spontan zu, die Atmung und der Puls senkte sich, unruhige Patienten schliefen ein... Dann habe ich systematisch überlegt: was tue ich, warum wirkt es und habe das bei vielen Lagerungen adaptiert.

Also- wenn Sie das verwenden, dann bitte die Mail „zitieren“.

Sonst noch was? Melden Sie sich ruhig.

Und wie sind Sie auf LiN gestoßen, wenn Sie noch nicht einmal einen Kurs gemacht haben--- das würde nun mich interessieren?

Herzliche Grüße aus dem Ruhrgebiet,

Heidrun Pickenbrock

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erklären wir, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

Innsbruck, am

Alexandra Todeschini

Marlene Weißensteiner