

Therapeutische Pflege

Pflege nach dem Bobath Konzept

bei Patienten mit Hemiplegie



Michaela Friedhoff

Die Anzahl der Patienten mit einer Hemiplegie nimmt stetig zu. Bekommen die Patienten die Möglichkeit zur Rehabilitation, so ist für viele eine enorme Entwicklung möglich. Die Pflege trägt erheblich zu diesem Ergebnis bei. Die Herausforderungen an die Mitarbeiter sind dabei sehr groß. Im folgenden Beitrag wird die therapeutische Pflege in der Klinik Holthausen (Neurochirurgische Rehabilitation) unter dem besonderen Aspekt der Kompensation (Pusher-Syndrom) anhand eines Patientenbeispiels dargestellt.*

Kompensation – ein Zuviel an Aktivität auf der weniger betroffenen Seite

Alle im neurologischen Bereich Tätigen wissen, dass es als Folge einer Hemiplegie besonders „schwierige“ Patienten gibt. Dazu zählen vor allem Patienten, die eine so genannte Kompensation aufweisen. Sie drücken im Sitzen oder im Stehen ständig zu einer Seite, so dass man als Pflegenden mit umfällt oder nicht die Kraft hat, den Patienten zu halten. Die Patienten „machen nicht mit“ oder „arbeiten immer genau dagegen“.

Das Kardinalsymptom der Kompensation ist das Wegstoßen von der weniger betroffenen Seite auf die betroffene Seite. Häufig geht die Kompensation, d.h. ein Zuviel an Aktivität auf der weniger betroffenen Seite, mit ausgeprägten neuropsychologischen Störungen einher. Die Symptome treten vor allem bei Patienten mit linksseitiger Hemiplegie auf. Selten sind sie jedoch auch bei Patienten mit einer Hemiplegie auf der rechten Seite zu beobachten.

Es können Orientierungsstörungen im Raum, am eigenen Körper oder auch ein multimodaler Neglect (Nicht-Wahrnehmen der betroffenen Seite) vorliegen. Aufgrund der unterschiedlichen neuropsychologi-

schen Probleme kann ein übermäßiger Aufbau an Muskelaktivität auf der weniger betroffenen Seite und/oder ein Reagieren in Massensmustern auftreten.

Der gesamte Haltungshintergrund kann gestört sein

Der von *Karel Bobath* bezeichnete Zentrale-Haltungs-Kontroll-Mechanismus spielt in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Im täglichen Leben müssen wir in der Lage sein, uns gegen die Schwerkraft, welche eine nicht zu verändernde Konstante darstellt, bewegen zu können. Die Aktivitäten des Lebens können so ökonomisch und effizient ausgeführt werden.

Um die Fähigkeit zu haben, sich gegen die Schwerkraft bewegen zu können, muss der Körper zum einen in der Lage sein, mit seiner Unterstützungsfläche zu interagieren, so dass er einen Referenzpunkt besitzt, von dem aus er sich bewegen kann. Zum anderen muss er auch seine Tonusverhältnisse verändern können, um stabil gegen die Schwerkraft zu sein, während selektive Bewegungen ausgeführt werden.

Voraussetzung für die Fähigkeit des Körpers, Tonusverhältnisse zu verändern, sind die Möglichkeiten, propriozeptive

* Diese Arbeit ist entstanden im Rahmen der Ausbildung zur Pflegeinstruktorin Bobath BIKA®

Informationen zu empfinden, zu interpretieren und darauf effizient zu reagieren. Dies ist abhängig von einem intakten zentralen Nervensystem.

Die bereits beschriebenen Einschränkungen neuropsychologischer Fähigkeiten machen den Zusammenhang zwischen dem Entstehen einer Kompensation und dem Einfluss auf den Haltungstonus deutlich.

Bei verminderter Propriozeption und Perzeption sowie Repräsentanz der betroffenen Seite kommt es zu einer Verschiebung oder gar Aufhebung der Mittellinie und damit des Gleichgewichts. Durch die fehlende Rückmeldung an das zentrale Nervensystem kann der gesamte Haltungshintergrund gestört sein, d.h. die Rumpfkontrolle, Rumpfaufrichtung und vor allem der freie Sitz sind Leistungen, für die eine räumliche Orientierung notwendig ist.

Der Muskeltonus auf der betroffenen Seite kann stark herabgesetzt sein, oder die Muskeln können aufgrund fehlender Repräsentanz für diese Aktivitäten nicht rekrutiert werden. Dieses führt zu einer Verlagerung der Aktivitäten auf die weniger betroffene Seite. Der Oberkörper wird im Sitz zur betroffenen Seite gedrückt, der Muskeltonus auf der weniger betroffenen Seite ist erhöht; Arm und Bein stützen auf der Unterfläche und versuchen, den Rumpf zu stabilisieren. Es ist dem Patienten kaum möglich, den Arm oder das Bein der weniger betroffenen Seite vom Untergrund zu lösen.

Anhand eines Patientenbeispiels werden im Folgenden häufig zu beobachtende Symptome beschrieben. Konkrete pflegerische Maßnahmen zeigen wahrnehmungsfördernde Möglich-

keiten, die bei dieser Patientin mit Kompensation eine deutliche Verbesserung erzielt haben.

Patientenbeispiel Frau C.

Die erste Begegnung mit Frau C. findet eine Woche nach ihrer Aufnahme in die Frührehabilitation und 15 Tage nach dem Blutungsereignis statt.

Frau C. ist eine 79-jährige Patientin nach einer Intracerebralen Blutung (ICB) rechts parietal, bei bekannter arterieller Hypertonie. Es besteht eine Hemiparese auf der linken Seite und eine leichte Facialismundastschwäche.

Frau C. ist eine altersentsprechende, adipöse, gepflegte, freundliche Dame. Sie hat als Buchhalterin gearbeitet, seit der Geburt ihres Sohnes vor über 30 Jahren ist sie Hausfrau. Der Sohn ist verheiratet und hat seine Eltern vor sechs Jahren nach Krefeld in seine unmittelbare Nähe geholt.

Frau C. ist zeitlich, örtlich und zur eigenen Person orientiert. Sie ist wach und aufmerksam, kann sich über einen Zeitraum von zirka 30 Minuten konzentrieren. Dann benötigt sie eine körperliche wie geistige Pause für zirka 15 bis 20 Minuten und kann anschließend konzentriert weiterarbeiten.



Abb. 1 Die Patientin Frau C. zeigt eine deutliche Gewichtsverlagerung auf die linke Seite

Frau C. zeigt gute Gedächtnisleistungen, sie kann gut behalten und verbal reproduzieren. Die Sprache ist etwas „verwaschen“ (Facialisschwäche), aber verständlich. Frau C. isst und trinkt ausreichend und ist harn- und stuhlkontinent.

Eine wichtige Voraussetzung für die gezielte Pflege und Betreuung der Patientin ist eine genaue Beobachtung ihrer Haltung und Bewegung – eine pflegerische Befundaufnahme.

Patientenbeschreibung – Haltung und Bewegung

Frau C. sitzt im Rollstuhl (Abb. 1). Auffallend ist die Gewichtsverlagerung nach links, der rechte Arm ist auf die Armlehne gestützt, das rechte Bein ist in Abduktion und Außenrotation, der rechte Fuß ist weit nach außen gestellt.

Der Kopf ist von der Halswirbelsäule (HWS) ausgehend gebeugt und nach links geneigt, der Blick ist nach rechts gerichtet und kann auch nach verbaler Aufforderung nur bis zur Mitte gebracht werden. Die rechte Schulter ist aktivitätsbedingt höher als die linke Schulter.

Der rechte Arm stützt aktiv auf die Unterlage, kann aber bei hinten angelehntem Oberkörper aktiv von der Unterlage angehoben werden. Der linke Arm ist im distalen Abschnitt schlaff, das Ellbogengelenk ist endgradig zu strecken, das Hand- sowie die Fingergelenke sind frei beweglich, die Schulter zeigt keine Subluxation.

Der Rumpf ist auf der rechten Seite aktivitätsbedingt verkürzt, der gesamte Oberkörper ist nach links verschoben und leicht nach rechts rotiert.

Die rechte Seite des Beckens ist weiter zurückgeschoben, der gesamte Rumpf ist gebeugt. Es ist kaum Aufrichtung möglich, nach deutlicher verbaler Aufforderung und taktiler Information auf der rechten Seite, kann der Oberkörper aktiv für ein bis zwei Sekunden in die

Mitte gebracht werden, bleibt aber nach rechts rotiert. Eine Aufrichtung des Oberkörpers ist nur gering, der freie Sitz ist nicht möglich, Schutzmechanismen und Haltungskontrolle sind nicht vorhanden.

Das rechte Bein ist in leichter Abduktion und Außenrotation und drückt mit dem Vorfuß auf den Boden. Das linke Bein zeigt in Alltagssituationen keine willkürliche Aktivität. Der linke Fuß ist schlaff, zeigt keine Aktivität.

bedingte Verschiebung der Mittellinie. Haltungskontrolle und Schutzmechanismen fehlen völlig.

Die gesamte Raumorientierung bezieht sich ausschließlich auf die rechte Seite, so dass auch alle Aktivitäten mit der gesamten rechten Seite ausgeführt werden. Dieses hat die beschriebene Haltungsänderung zur Folge. Verstärkt wird die Symptomatik durch die inaktive Bauch- und Gesäßmuskulatur auf der linken

somatosensible, taktil-kinästhetische sowie verbale Angebote geben, um die Aufmerksamkeit auf die linke Seite, aber vor allem auch die Reizweiterleitung zu trainieren. Fernziele sind der freie Sitz und der sichere Stand mit Unterstützung einer Person.

Es ist von enormer Bedeutung, dass die Ziele durch Maßnahmen in der alltäglichen Pflege erreicht werden. Keine abstrakten Tätigkeiten, sondern eine

Transfer vom Rollstuhl ins Bett



Der Transfer geschieht über die weniger betroffene Seite und wird in kleinen Schritten vollzogen



Pflegerische Befundaufnahme

Frau C. hat einen ausgeprägten Neglect nach links. Im Vordergrund stehen dabei der visuelle, der somato-sensorische sowie die Störungen der Repräsentation des externen Raumes und des eigenen Körpers. Die Oberflächen- wie auch die Tiefensensibilität ist auf der gesamten linken Seite nicht vorhanden. Frau C. spürt keine passiven Bewegungen des Armes oder des Beines, kein Kneten der Muskulatur oder Streichen auf der Haut. Die Sensibilität im Gesichtsbereich ist erhalten, die linke Gesichtshälfte wird aber bei der Körperpflege vernachlässigt (z.B. Waschen, Eincremen).

Das Hauptproblem bei Frau C. ist der ausgeprägte multimodale Neglect, die mangelnde Propriozeption und Perzeption sowie Repräsentation der linken Körperhälfte und die dadurch

Seite sowie die aufgrund der neuropsychologischen Störungen geringe Möglichkeit, die benötigte Muskulatur für Aufrichtung, für den Hintergrund zu aktivieren.

Ohne Stabilität des Rumpfes sind keine selektiven Bewegungen möglich, sind vor allem die Arme nicht frei, um Bewegungen und Tätigkeiten ausführen zu können, da sie zum Stützen oder Festhalten benötigt werden.

Das vorrangige Ziel zu diesem Zeitpunkt war der Aufbau von Stabilität der linken Rumpfhälfte und damit Abbau der Überaktivität der rechten Seite, so dass der rechte Arm frei werden kann und nicht ständig den Rumpf zur linken Seite drückt. Weiteres wesentliches Ziel war die Integration der linken Körperhälfte in die Wahrnehmung,

für den Patienten wichtige alltagsorientierte Handlung wird überlegt und individuell durchgeführt. Pflegerische Maßnahmen haben somit eine hohe therapeutische Bedeutung, da die hierbei zugrunde liegende Motivation des Patienten als wesentliche Voraussetzung für das motorischem Lernen gegeben ist.

Therapeutische Pflege nach Bobath

Transfer vom Rollstuhl ins Bett

Bei allen Maßnahmen ist die möglichst kontinuierliche Aufmerksamkeit der Patientin für die durchgeführten Aktivitäten sehr wesentlich. Der Transfer geschieht über die weniger betroffene Seite. Er bietet somit der Patientin ausreichend Sicherheit und bringt sie aus ihrem Muster heraus, den gesamten Körper nach links zu schieben.

Anzeige im Heft

Zuvor ist eine Gewichtsverlagerung im Sitz zur Seite notwendig, um jeweils eine Gesäßhälfte im Rollstuhl nach vorn zu holen. Die Füße benötigen eine stabile Position auf dem Boden, um der Patientin später die Möglichkeit zur Gewichtsverlagerung nach vorn zu geben.

Der Transfer geschieht in kleinen Schritten, d. h. nicht in einer Aktion vom Stuhl zur Bettkante. Die Patientin wird aufgefordert ihre rechte Schulter am Körper der Pflegenden zu belassen, um eine unkontrollierte Aufrichtung der Patientin und ein Stoßen zur Seite zu vermeiden.

Sobald die Patientin auf der Bettkante sitzt, setzt sich die Pflegenden auf der weniger betroffenen Seite daneben. So ist es möglich, taktil und verbal die Aufmerksamkeit auf die rechte Seite zu bringen und zunächst den Rumpf in der Mitte zu halten. Die Pflegenden bietet eine wichtige Orientierung. Die verbale Aufforderung ist zunächst: „Bleiben Sie mit Ihrem Körper an meinem.“ Die Patientin lernt erneut, wie es sich anfühlt, auf der rechten Gesäßhälfte zu sitzen. Erst dann kann die Pflegenden versuchen, die Blickrichtung der Patientin auch mal nach links zu richten.

Das Anschauen einer Person oder eines Bildes auf der linken Seite motiviert die Patientin zum Blickrichtungswechsel und gibt hilfreiche Orientierung.

Körperpflege

Der Unterkörper wird im Bett gewaschen. Diese Maßnahme wird von der Pflegenden übernommen, ebenso das Anziehen von Hose und Schuhen. Mit beiden Händen werden deutliche somatische Informationen gegeben und die Patientin wird immer wieder aufgefordert, ihr Bein situationsentsprechend aktiv mit aufzustellen oder abzulegen. Dieses gelingt ihr deutlich besser, wenn die Pflegenden das Bein zuvor berührt und bewegt hat (somatische sowie propriozeptive Informationen). Im weiteren Verlauf sind verbale Aufforderungen zum Aufstellen des Beines ausreichend. Die Schuhe werden unbedingt bereits im Bett angezogen, da die Patientin nicht im Gleichgewicht auf der Bettkante sitzen kann. Die Pflegenden ist damit beschäftigt, die Patientin mit ihrer Aufmerksamkeit in die Mitte zu holen. So wäre eine zweite Pflegenden, die in dieser Situation die Schuhe anziehen würde, eine deutliche Überforderung der Patientin im Hinblick auf ihre Aufmerksamkeit.

Das Waschen des Oberkörpers am Waschbecken bietet eine optimale Möglichkeit, die Gewichtsverlagerung im Sitz in einer alltäglichen Handlung zu üben. Frau C. wird auf einen Hocker vor das Waschbecken gesetzt. Diese erhöhte Sitzfläche bewirkt, dass die Hüftgelenke eine tendenzielle außenrotatori-

sche und abduktorische Einstellung erfahren. Dieses bietet der Patientin eine Erleichterung zur Aufrichtung des Beckens.

Der Sitz ist auch durch die verkleinerte Unterstützungsfläche aktiver. Ein gefaltetes Handtuch unter der linken Gesäßhälfte bringt das Becken in eine symmetrische Position, was der Patientin eine deutlich stabilere Basis bietet.

Die Pflegenden sucht sich eine Position neben der Patientin oder setzt sich auf den Stuhl dahinter. Nun kann die Patientin in ihrer eigenen Aktivität beim Waschen des Gesichtes, beim Zähne putzen und Kämmen der Haare von der Pflege begleitet werden. Ein Schwerpunkt liegt hier auf der Aufrichtung des Rumpfes und der Gewichtsverlagerung. Frau C. wird aufgefordert, sich den Waschlappen von der linken Seite zu holen und das Handtuch auf der rechten Seite aufzuhängen.

Das Hineinlegen ins Bett

Das Hineinlegen ins und das Herausholen aus dem Bett erfolgen über die betroffene Seite. Das Kopfteil ist hochgestellt. Das Hineinlegen über die Diagonale bietet der Patientin die Möglichkeit, aktiv mitzuarbeiten. Der Rumpf wird langsam abgelegt und erst anschließend der Kopf. Die Höhe des Kopfteils entscheidet über die

Körperpflege

Beim Waschen des Oberkörpers wird die Patientin vor das Waschbecken auf einen Hocker gesetzt. Die Pflegenden setzt sich dahinter und unterstützt die Patientin beim Waschvorgang.



Lagerung auf der weniger betroffenen Seite



Die Pflegende steht auf der weniger betroffenen Seite und dreht die Patientin zu sich.

Lagerung auf der betroffenen Seite



Je stärker Hüfte und Knie gebeugt werden können, desto sicherer ist die Position für die Patientin.

geforderte Rumpfaktivität. Je tiefer das Kopfteil ist, desto mehr Rumpfaktivität benötigt die Patientin. Die Pflege sichert den linken Arm und das Bein.

Bewegen im Bett

Das Bewegen im Bett ist ein besonders wichtiger Anteil der therapeutischen Pflege zur Förderung von Aktivität. Nicht die Lagerung des Patienten in einer bestimmte Position hat hierbei Priorität. Der Weg dorthin stellt eine Möglichkeit dar, Bewegung und Aktivität anzubahnen und zu fördern, sodass die Patienten dann in eine für sie bequeme Lage gebracht werden. Die Pflegende achtet hier auf die Position und Stellung von Gelenken und auf die Tonusverhältnisse während des Bewegens und der anschließenden Lagerung.

Das Aufstellen der Beine bei jeder Drehung ist gleichzeitig eine Spitzfußprophylaxe. Die Pflegende hält das Sprunggelenk und gibt mit einer Hand unterhalb des Knies Druck in Richtung Bettende.

Lagerung auf der weniger betroffenen Seite:

Frau C. hat als Vorbereitung eine gerollte Decke unter die betroffene Körperhälfte bekommen. Somit wird die betroffene Schulter unterstützt. Die Pflegende steht auf der weniger betroffenen Seite und dreht die Patientin zu sich. Zuvor wird eine zweite gerollte Decke auf die weniger betroffene Seite der Patientin gelegt und während der Drehung das betroffene Bein darauf abgelegt. Wenn die Patientin sicher liegt, kann die Pflegende die Seite des Bettes wechseln und die Patientin mit dem Gesäß und dem Oberkörper zurückziehen. Die gerollte Decke vor der Patientin wird dabei immer wieder mit zurück geschoben. Der betroffene Arm liegt auf der Decke vor dem Körper. Ein kleines Kissen unterstützt die Hand. Die Lagerungsmaterialien sind bei Frau C. deutlich an den Körper gedrückt, um ihr möglichst viel Stabilität zu vermitteln.

Lagerung auf der betroffenen Seite:

Auf der linken Seite liegend kann Frau C. ihren betroffenen Arm selbst sichern. Zunächst liegt sie mit beiden Beinen angewinkelt. Je stärker Hüfte und Knie gebeugt werden können, desto sicherer ist die Position für die Patientin und um so leichter ist es für die Pflegende, die Patientin nach hinten zu ziehen. In langsamen Schritten wird nach und nach erst das Gesäß, dann der Oberkörper Richtung Bettkante geholt. Eine gerollte Decke vor dem Körper gibt dem rechten Bein eine gute Möglichkeit abzulegen. Das linke Bein ist soweit in Streckung gebracht, dass es für die Patientin angenehm ist. Der betroffene

Anzeige
im Heft

Anzeige im Heft

Arm liegt in Außenrotation und kann ohne weitere Hilfsmittel gut auf der Matratze ablegen. Wichtig ist eine ausreichende Unterlagerung des Kopfes, um das Gewicht von der betroffenen Schulter zu nehmen.

Nach einer Woche kann Frau C. mit Schutzperson für ein bis zwei Minuten freisitzen. Es gelingt ihr, das Stützen der rechten Hand aufzuheben und sich den Veränderungen des Körpers im Raum unmittelbar anzupassen. Sobald die Konzentration nachlässt, ist auch der freie Sitz nicht mehr möglich. Frau C. kann im Stand das Gewicht auf das rechte Bein übernehmen. Im Sitz unter Sichtkontrolle kann Frau C. den linken Arm selektiv leicht anheben, kann den Arm anbeugen und die Finger einzeln bewegen.

Fazit

Frau C. zeigt eine deutliche Verbesserung der Motorik und Sensibilität. Dies ist auch auf die Aufmerksamkeitsförderung und Repräsentanz der linken Seite zurückzuführen, die nun eventuell auch verdeckt vorhandene Qualitäten bezüglich des Bewegens und Spürens ermöglichen. Des Weiteren zeigt Frau C. eine wesentliche Erweiterung des visuellen Explorationsraumes nach links.

Das gesetzte Ziel in Hinsicht auf die Integration der linken Körperhälfte ist in weiten Teilen erreicht worden. Durch eine Förderung der Rumpfstabilität ist es Frau C. möglich, sich zum Beispiel zum Waschen am Waschbecken mit beiden Armen überwiegend selbstständig zu versorgen. Durch die wesentliche Verbesserung des Sitzens kann Frau C. mit deutlich weniger Anstrengung die Mahlzeiten am Tisch einnehmen. Von besonderer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist, dass Frau C. auf die Toilette gesetzt werden kann. Dieses bedeutet für die Patientin eine enorme Verbesserung ihrer Lebensqualität und Eigenständigkeit.

Frau C. wurde nach acht Wochen Aufenthalt in der Klinik Holthausen in ihre gewohnte Umgebung entlassen. Am Rollator gehend bewältigt sie den Alltag weitgehend ohne Unterstützung.

Anschrift der Verfasserin:

Michaela Friedhoff, Krankenschwester,
Kursleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege,
Pflegeinstruktorin Bobath
Klinik Holthausen,
Klinik für Neurochirurgische Rehabilitation
Am Hagen 20, 45527 Hattingen