



BOBATH: BEWEGUNG NEU ERLERNEN

Aktivierende Pflege. Bobath ist ein international bewährtes Konzept zur aktivierenden Pflege von Menschen mit neurologischen Störungen. Die Handlings lassen sich ohne Mehraufwand in alltägliche Pflegemaßnahmen integrieren. Sie decken einen Großteil der pflegerischen Prophylaxen gleich mit ab. Dennoch setzen bislang nur wenige Mitarbeiter aktivierende Pflege um.

Von Michaela Friedhoff

Nach einem Schlaganfall kann es bei Patienten zu motorischen und kognitiven Veränderungen kommen. Diese können das Bewegen der Betroffenen beeinflussen. Theuraeutisch-aktivierende Pflege schafft die notwendige Grundvoraussetzung, dass Menschen nach einer zentralen Schirnschädigung Bewegung neu erlernen können. Lernen ist möglich aufgrund der Plastizität des Gehirns. Pflegetherapeutische Maßnahmen

beginnen unmittelbar nach dem Krankheitsereignis. Wird das Bewegen aktivierend und gemeinsam mit dem Patienten gestaltet, ist dies ein enormer Beitrag zur Vermeidung von Sekundärschäden. Pflegerische Prophylaxen werden automatisch mit abgedeckt. Zudem leistet therapeutisch-aktivierende Pflege einen positiven Beitrag dahingehend, dass Betroffenen verlorengegangene Bewegungsabläufe neu erlernen können. Wird

die aktivierende Pflege in die Alltagsaktivitäten integriert, ist kein zeitlicher Mehraufwand notwendig. Bobath ist das geeignete Konzept, therapeutisch-aktivierende Pflege in der Praxis umzusetzen.

Patient und Pflegende im Dialog

Basis der Pflege nach dem Bobath-Konzept ist die sogenannte Fazilitation. Damit gemeint ist ein

sensomotorischer Dialog zwischen Patient und Pflegenden, der zu einem aktiven Lernprozess führt. Durch den Einsatz der Hände und des Körpers sowie durch alle Facetten der verbalen und nonverbalen Kommunikation werden somatosensorische Informationen aufgenommen und vermittelt, die den Patienten zu einer Bewegungsstrategie einladen. Die Aufmerksamkeit beider wird auf das Tun gelenkt.

Die Basis jeder Begegnung zwischen Pflege und Patient ist die Achtsamkeit vor der Würde des Menschen. Der Patient wird in jede pflegerische Maßnahme miteinbezogen. Seine Aufmerksamkeit wird durch Berührung, Bewegung und/oder Ansprache auf das Geschehen gerichtet, Reaktionen erkannt und in das Handeln behutsam integriert. Das Bewegen des Patienten stellt immer eine Interaktion zwischen Menschen dar.

Im Folgenden werden ausgewählte Handlungen der therapeutisch-aktivierenden Pflege nach Bobath näher beschrieben.

GUTE GRÜNDE FÜR DAS AKTIVIERENDE BEWEGEN VON PATIENTEN

- Wenn eine Bewegung ausgeführt werden soll, stellt sich die dafür notwendige Muskulatur noch vor der Bewegung auf die Aktivität ein. Auch wenn die Bewegung mit Unterstützung erfolgt, wird die Motorik angeregt und Bewegungen erlernt.
- Die Rezeptoren an Muskeln, Faszien, Sehnen und Gelenken werden durch aktives Bewegen deutlich angeregt. Erst dann werden Informationen zum Gehirn weitergeleitet.
- Der Patient erlebt über aktives Bewegen, dass er selbst zu einer Genesung beitragen kann. Das fördert seine Zuversicht auf die weitere Entwicklung.
- Die selbst initiierte und selbst ausgeführte Bewegung wird besser gespürt, gelernt und behalten.
- Selektive Bewegungsmöglichkeiten werden erhalten. Dies bedeutet, dass einzelne Körperabschnitte unabhängig voneinander bewegt werden können.
- Die Position des Patienten ist günstiger, wenn er sie aktiv einnimmt.
- Aktive Bewegung regt den Kreislauf an.
- Aktive Bewegung dient der Dekubitus-, Kontrakturen-, Pneumonie-, Sturz- und Thromboseprophylaxe.

Patient in Rückenlage: Die „klassische“ Rückenlage eines immobilisierten Patienten (Abb. 1) ist mit zahlreichen negativen Auswirkungen verbunden. Dies beginnt schon damit, dass das Bewegen des Betroffenen durch das Anheben des Oberkörpers in der Regel mit einer hohen Belastung

des Rückens für Pflegenden verbunden ist. Befindet sich unter dem Kopf des Patienten nur ein Kopfkissen, ist ein Mithelfen in Beugung zum Anheben des Kopfes oder des Beckens nur sehr schwer möglich. Alle Bewegungsübergänge sind erschwert, da der Patient aus einer

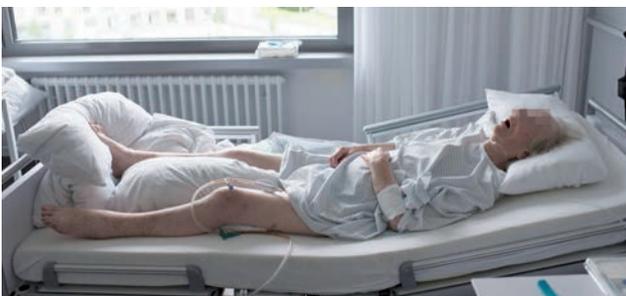


Abb. 1 Ungünstige Position: Durch die Rückenlage der Patientin mit Hemiparese rechts ist die Lenden- und Halswirbelsäule überstreckt. Der Kopf ist dadurch nach hinten geneigt, das Schlucken ist erschwert. Eine solche Position ist zu vermeiden.



Abb. 2 Vorteilhafte Position: In Rückenlage bietet die A-Lage einen deutlich größeren Auflagefläche, einen besseren Blick auf den Körper und in den Raum sowie eine stabile Ausgangsposition für weitere Aktivitäten.



Abb. 3 und 4 Mobilisation des Patienten mittels diagonalem Bewegung

nicht angepassten Rückenlage mit nicht ausreichender Unterstützungsfläche in seiner Eigenaktivität eingeschränkt ist.

Die Position im Hohlkreuz führt zudem zu einer Anspannung der Rücken- und Oberschenkelmuskulatur sowie möglicherweise auch weiteren muskulären Abschnitten, da der Körper nicht ablegen kann. Eine häufige Folge der längeren Rückenlage ist, dass Patienten beim Aufsetzen auf die Bettkante stark in die Streckung drücken und sich dadurch der Oberkörper nach hinten neigt. Pflegende haben dann die Mühe, den Patienten auf der Bettkante zu halten und beim anschließenden Transfer in den Stuhl den Oberkörper in die dafür notwendige Vorlage zu bringen.

Eine günstige Ausgangsposition für das Bewegen im Bett in Rückenlage bietet die A-Lagerung (Abb. 2). Der Rücken und die Beine können ablegen und der Druck ist auf eine große Fläche verteilt, was eine enorme Dekubitusprophylaxe darstellt. Das Becken liegt gerade und ist leicht nach hinten gekippt. Die muskulären Verhältnisse sind ausgeglichen und bieten mehr Möglichkeiten für Eigenaktivität. Ein weiterer großer Vorteil ist, dass die A-Lage mehr Stabilität bietet, um mobil zu sein. Zudem sind eine bessere Wahrnehmung des Raumes und des eigenen Körpers möglich.

Der Weg in die angepasste A-Lage mittels Rotation läuft folgendermaßen ab: Das Gerade-

Anheben des Oberkörpers aus der klassischen Rückenlage heraus würde eine große Kraftanstrengung entgegen der Schwerkraft bedeuten. Sind die Kissen in einem „A“ unter den Patienten individuell angepasst, ist die Aktivierung des Patienten deutlich leichter.

Mit dem Bewegen des Patienten über die Rotation ist nicht gemeint, dass der Kopf des Patienten in die Bewegungsrichtung gedreht wird und dann die Schulter zur gegenüberliegenden Seite gedrückt/gezogen wird. Aktivierung bedeutet, dass jeder Patient in die Bewegung einbezogen wird – unabhängig davon, wie schwer er betroffen ist. Die Information des Patienten geschieht immer im Voraus und den Möglichkeiten entsprechend auf unterschiedliche Weise. Das Ansprechen und Informieren wird unterstützt durch eine angemessene Mimik der Pflegenden und aktivierendes Handling.

Die Pflegende achtet darauf, dass der Patient bei der Rotation seinen Oberkörper diagonal nach vorne bringt. Das Anheben des Kopfes ist dabei von wesentlicher Bedeutung. Nur so wird auch tatsächlich muskulär gearbeitet und es kommt zu einer Veränderung der Körperabschnitte zueinander. Kann der Patient den

Kopf nicht selbstständig bewegen, unterstützt die Pflege ihn.

Der Patient hat zunächst ein Kopfkissen unter dem Kopf. Er kommt über die Diagonale nach vorne und nimmt dabei seinen Kopf auf die Brust, die Arme liegen auf dem Körper des Patienten (Abb. 3). Die Pflegende hat ein Bein im Bett, um den Rücken zu entlasten. Sie bewegt ihren Körper nach hinten und unterstützt so den Bewegungsablauf. In dieser Position kann die Pflegende das Kissen mit der rechten Hand diagonal zur Seite ziehen, sodass die Spitze des Kissens unter dem Kopf des Patienten verbleibt.

Nun begleitet die Pflegende den Patienten diagonal zur anderen Seite nach vorn (Abb. 4). Der Kopf des Patienten geht dabei wieder auf die Brust, der Blick ist zur anderen Seite gerichtet. Eine Hand kann eventuell das Anheben des Kopfes unterstützen. Die Pflegende kann nun mit der linken Hand das Kissen schräg unter den Patienten legen; auch diese Spitze verbleibt unter dem Kopf.

Die Beine sollten in der angepassten Rückenlage (A-Lage) nur so viel unterlagert werden, dass sie ablegen können, ohne dass sich das Becken mit nach vorne bewegt und der Bereich der Lendenwirbelsäule im

Abb. 5–7 Handlings zum aktiven Drehen auf die Seite



Hohlkreuz liegt. Deutliche Unterlagerung der Knie hat Knie- und Hüftbeugung zur Folge und kann zu ungewünschten Verkürzungen der entsprechenden Muskulatur führen.

Aktives Drehen auf die Seite: Das herkömmliche Drehen auf die Seite, zum Beispiel bei der Intimpflege, wird häufig von zwei Pflegepersonen durchgeführt. Eine Pflegende nimmt den Patienten an Schulter und Becken, dreht ihn auf die Seite und hält ihn mit viel Kraft in dieser Position (Abb. 5). Die Gelenke des Patienten sind nicht geschützt. Die zweite Pflegende reinigt beispielsweise das Gesäß. Der Patient kann diese Bewegung nur mit sich geschehen lassen und hat wenig Möglichkeit, mitzuhelfen. Bei Patienten nach einem Schlaganfall kann das Drehen auf die mehr betroffene Seite zu Schmerzen in der Hüfte und/oder Schulter führen, da das Bein aufgrund der Parese häufig nicht gut im Gelenk zentriert ist.

Ein solches Handling ist nicht zeitgemäß und sollte vermieden werden. Beim aktiven Drehen auf die Seite nach Bobath wird das Drehen vorbereitet (Abb. 6): Der mehr betroffene Arm wird in Außenrotation gebracht; der Patient hebt seinen Kopf an und bewegt sich auf die Seite. Eine stabile Position auf der Seite wird durch den aktiven Bewegungsübergang und durch die gebeugten Beine erzielt (Abb. 7).

Aktivierendes Bewegen aus der A-Lage heraus: Bei jeder Pflegemaßnahme, die eine Positionsveränderung der Patienten notwendig macht, sollte das aktive Bein aufgerichtet werden. Die Beine werden nacheinander aufgestellt, zunächst das mehr betroffene Bein. Dazu wird der Oberschenkel in die Spur gebracht, sodass das Bein weder innen noch außenrotiert ist. Der Patient wird aufgefordert, die Hände der Pflegenden zu spüren und sein Bein aufzustellen. Jede noch so kleine Aktivität des Patienten wird verstärkt und die Aufmerksamkeit darauf gelenkt. Das Bein wird gerade (in der Achse der Hüfte) angestellt, um ein Gleiten des Oberschenkelkopfes in



Abb. 8 und 9 Aktivierendes Bewegen aus der A-Lage hinaus

der Hüftpfanne zu gewährleisten. Vorsichtig wird der Fuß möglichst weit in Richtung Gesäß bewegt. Anschließend erfolgt ein leichter Zug über etwa drei Sekunden oberhalb des Knies Richtung Bettende (nicht auf die Matratze!), um das Knie über das Sprunggelenk zu bewegen. Diese Bewegung erhält Muskellängen und beugt einem Spitzfuß vor. Die Rezeptoren des Fußes, die verantwortlich sind für Wachheit und Aufmerksamkeit, werden angeregt. Anschließend wird das zweite Bein in gleicher Weise angestellt.

Vielleicht kann der Patient in dieser Position seine Beine halten? Antirutschsocken verhindern das Rutschen der Füße auf der Matratze. Vor dem Drehen des Patienten sollte das Becken zur Seite versetzt werden. Der Patient wird aufgefordert, sein Gesäß anzuspannen und etwas anzuheben. Die Pflegende unterstützt dabei. In Abbildung 8 ist zu sehen, dass auch das mehr betroffene linke Bein mit der Ferse in die Matratze drückt – also aktiv mitarbeitet. Anschließend erfolgt das Versetzen des Oberkörpers zur Seite (Abb. 9): Die Patientin nimmt ihren weniger betroffenen Arm an den Körper der Pflegenden – ohne zu ziehen. So kann die Bewegungsrichtung vorgegeben werden. Der Kopf bewegt sich nach vorne und die Patientin bewegt sich mit ein wenig Unterstützung zur Seite.

Nun ist Platz geschaffen für die Drehung. Der Patient wird aufgefordert, seinen Kopf auf die Brust zu nehmen und sich zur Seite zu drehen. Die Pflegende unterstützt dabei, indem sie die gebeugten Beine auf die Matratze ablegt und gleichzeitig am Schultergürtel die Drehung begleitet. Unmittelbar nach dem Drehen sollte der Patient in einer stabilen Position liegen. Das Kissen unter dem Kopf wird korrigiert. Das bewirkt eine Entlastung der Halswirbelsäule und nimmt Druck von der unten liegenden Schulter.

Sitzen: Verbunden mit der frühen Aktivierung ist häufig der Transfer in den (Roll-) Stuhl. Wird das Herausbewegen aus dem Bett mit Gewichtübernahme auf die Füße durchgeführt, werden zahlreiche Rezeptoren für die Auseinandersetzung mit der Schwerkraft geweckt und haben somit einen positiven Einfluss auf die Wachheit, Aufmerksamkeit, Haltungskontrolle sowie auf die Verhinderung von Kontrakturen und Thrombosen. Der Kreislauf wird angeregt und es kann eine bessere Belüftung der Lunge erreicht werden. Ist der Patient schwer betroffen, werden häufig passive Maßnahmen wie das Herüberziehen mit einem Laken vom Bett in den Rollstuhl genutzt. Patienten sitzen in einem Stuhl und sinken in sich zusammen. Der Kopf fällt nach vorn oder wird durch das



Abb. 10 Langes Sitzen im Rollstuhl hat kaum einen therapeutischen Nutzen

Kippen des Stuhles nach hinten in eine liegeähnliche Position gebracht. Die Positionsveränderung ist dann verglichen zum Liegen im Bett häufig nur unwesentlich verändert und der Kopf auch hier in einer für das Schlucken ungünstigen Position (Abb. 10). Festgehalten werden muss: Patienten profitieren von aktiven Bewegungsübergängen, meistens aber nicht von langem Sitzen im Stuhl.

Eine Alternative zum Sitzen im Stuhl stellt der asymmetrische Sitz im Bett dar (Abb. 11). Der Bewegungsübergang wird aktivierend gestaltet, die Aufrichtung des Rumpfs ist den Möglichkeiten des Patienten angepasst. Die Stabilisierung des Patienten im asymmetrischen Sitz ist besser zu erreichen und somit häufig eine günstige Position für die Atmung, Nahrungsaufnahme und Kontaktaufnahme.

Konzept sorgfältig in den Stationsalltag einführen

Die therapeutisch-aktivierende Pflege nach dem Bobath-Konzept ist in den Pflegealltag einer Stroke Unit im Alfried Krupp Krankenhaus in Essen integriert worden. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung sind sorgfältige Schulungen der Mitarbeiter. Die Erfahrungen der pflegerischen Fortbildungsangebote der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Umsetzung des erworbenen Wissens wesentlich vom erlebten Nutzen für den Patienten und/oder



Abb. 11 Der asymmetrische Sitz im Bett bietet viele Vorteile

dem Pflegenden abhängen. Die Mitarbeiter möchten erleben, dass es sinnvoll ist und es sich lohnt, aus den alten Verhaltens- und Bewegungsmustern auszuscheren. Lernen benötigt Zeit und Motivation. Es gilt, Freude und Begeisterung für die therapeutische Pflege zu wecken. Die Stationsleitung spielt dabei eine wesentliche Rolle. Sie wird mit ihrer Überzeugung für das Thema eine entsprechende Haltung verkörpern, die sich bei der Pflege der Patienten und der Unterstützung der Mitarbeiter ausdrückt.

Die Einführung des Bobath-Konzepts ist wie ein Projekt zu verstehen. Die benannte Verantwortliche – entweder die Stationsleitung oder der Bobath-Praxisbegleiter – sorgt für die Umsetzung der relevanten Aspekte. Der Zeitplan zur Einführung oder Erweiterung der therapeutisch-aktivierenden Pflege wird vorgestellt und die einzelnen Meilensteine benannt. Folgende Schritte sind bei der Einführung des Bobath-Konzepts von Bedeutung:

- Es sollte auf der Station einen Bobath-Praxisanleiter mit mindestens 50 Prozent Stellenanteil geben.
- Dieser zeigt den Mitarbeitern in der Pflegepraxis zentrale Handlings und erklärt diese. Spontane Anleitungssequenzen auf der Station sind damit gewährleistet.
- Jährlich sollte ein Bobath-Pflege-Grundkurs angeboten werden. Zwei Mitarbeiter der Pflege (zunächst die Leitungen, dann die Praxisanleiter) sowie ein Mitarbeiter der

Physiotherapie und Ergotherapie sollten daran teilnehmen.

- Ein- bis zweimal monatlich sollten Kurzfortbildungen angeboten werden. Einzelne Patientenhandlings sollten hierbei herausgegriffen werden.

- Einzelne Arbeitsgruppen sollten sich damit beschäftigen, wie das Konzept in pflegerelevanten Themen integriert werden kann (Beispiel: das Schaffen einer angemessenen Position für die Mundpflege).

- Nach einem Jahr und nach zwei Jahren sollten Evaluationen stattfinden.

Fazit: Aktivierendes Bewegung wirkt sich günstig auf den Bewegungserhalt und die Chancen aus, wieder Bewegung zu erlangen. Dieses konnte in zahlreichen Studien belegt werden (Olsson 1996, Bailey und Kandel 1993, Agnati et al 1992). Weitere Untersuchungen zeigen, dass die individuelle Ansprache und Kontaktaufnahme mit dem Patienten sich über den Zugang der verschiedenen Kanäle wie Sprache, Berührung und Bewegung positiv auswirken (Meinel und Schnabel 1998, Schmidt 1985). Das Bobath-Konzept geht genau diese Wege. Sie sind die Kernelemente in der Förderung der Patienten.

Die Vertreter des Bobath-Konzepts sind in den letzten Jahren selbst in Untersuchungen aktiv und führen Studien durch (Brock et al. 2011). Wünschenswert ist eine weitere Diskussion, insbesondere im Austausch der Pflegewissenschaft und Pflegepraxis. In einer amerikanischen Studie wurde aufgezeigt, dass aktivierende Pflege die Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation halbiert im Vergleich zu Patienten, die „herkömmlich“ gepflegt wurden (CritCare Med. 2007; 35(6): 1530–1535). Das Bobath Konzept in der Pflege bietet die dafür notwendigen Inhalte und Instrumente.

Literatur bei der Verfasserin.

Michaela Friedhoff, Fachkrankenschwester für Rehabilitation, Pflegeinstruktorin Bobath BIKA®, Kursleiterin für Basale Stimulation® Alfried Krupp Krankenhaus Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen michaela.friedhoff@googlemail.com