



– Therapieunterstützende aktivierende Pflege –

Das Bobath-Konzept

Patienten mit Hirnschäden und zentralen Lähmungen galten noch vor einigen Jahren als Pflegefälle. Durch gezielte pflegerische und therapeutische Maßnahmen können sie heute durchaus erfolgreich rehabilitiert werden. Bei diesen Menschen wird das Bobath-Konzept eingesetzt.

Von: *Lothar Urbas*

Zielgruppe

Das Bobath-Konzept ist ein Pflege- und Therapiekonzept für Menschen mit Lähmungen durch Krankheiten des zentralen Nervensystems. Es eignet sich besonders zur Rehabilitation von Kranken mit erworbenen Hirnschäden, Zuständen nach Hirnblutungen, Hirntumoren und entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Auch bei anderen Krankheiten des ZNS, die mit zentralen Lähmungen mit Anpassungsstörungen des Muskeltonus und Störungen der Körperwahrnehmung einhergehen, ist es geeignet. Am häufigsten wird das Bobath-Konzept beim apoplektischen Insult bzw. Schlaganfall angewendet.

Grundgedanken und Ziele des Bobath-Konzeptes

Aus der Neurophysiologie ist bekannt, dass sich auch beim Erwachsenen das Nervensystem kontinuierlich selbst umorganisiert und synaptische Verbindungen ständig neu auf-, umgebaut und auch abgebaut werden können. Diese Fähigkeit des Nervensystems wird als Neuroplastizität bezeichnet. Das Nervensystem verändert seine Struktur, wenn die Veränderung notwendig ist und diese Notwendigkeit wiederholt vorliegt. Deshalb ist jede Handlung am und mit dem Kranken ein wichtiger Lernreiz für das Nervensystem.

Das Ziel der Arbeit ist die verbliebene intakte Substanz des Nervensystems. Deshalb liegt es in der Fachkompetenz jedes Pflegenden, dieses Lernangebot für den Betroffenen so korrekt und lehrreich wie möglich zu gestalten.



Merke

Die Pflege nach dem Bobath-Konzept bedeutet also die bewusste und gezielte Gestaltung des Lernprozesses für den Patienten während aller Pflegesituationen.

Probleme – Die Kernprobleme bei der Arbeit nach dem Bobath-Konzept sind die zentral bedingte teilweise oder vollständige Lähmung eines Körperabschnittes, die Haltungs-, Gleichgewichts- und Bewegungsstörungen, unkontrolliert erniedrig-

te Muskelspannung (schlafte Lähmung) bzw. unkontrolliert erhöhte Muskelspannung (Hypertonus, Spastik), die Störungen der Wahrnehmung von Stellung und Bewegung des Körpers (Propriozeption), Störungen im Gesicht des Patienten sowie Kau- und Schluckprobleme.

Die Kernprobleme bei der Arbeit nach dem Bobath-Konzept sind:

- Mangel an Stabilität (oft im Rumpf) als Voraussetzung für Bewegung
- mangelnde Tonusanpassung in den betroffenen Körperabschnitten mit der Folge von Hypo- und Hypertonus
- Fehlstellung bzw. die fehlende Selbstorganisation der Stellung bestimmter Körperbereiche – der Schlüsselunkte
- Störungen des Körperschemas

Oft bestehen zusätzlich noch Störungen der Hirnleistungen (neuropsychologische Störungen) und Störungen im Mund- und Gesichtsbereich mit Auswirkung auf Schlucken und Sprechen.

Ziele – Die Ziele des Bobath-Konzeptes ergeben sich aus den genannten Problemen. Sie können in der pflegerischen Arbeit in Zusammenarbeit mit dem Patienten und den anderen Berufsgruppen erarbeitet werden:

- Wiedererlernen der automatischen, unwillkürlichen Kontrolle eines an die Aufgabe angepassten Muskeltonus
- Erleichterung und Wiedererlernen normaler, automatischer, selektiver Bewegung. Der Patient kann zwischen verschiedenen Alternativen variieren. Er kann Teile seines Körpers der Aufgabe angepasst bewegen, ohne in Massensynergien (z. B. unkontrollierte Anspannung aller Beugemuskeln einer Extremität) zu kommen.
- Vermeidung kompensatorischer Bewegungsstrategien mit großer Anstrengung und unkontrollierten Muskeltonuserhöhungen (assoziierte Reaktionen)
- Wiedererfahren des eigenen Körpers, der eigenen Bewegung und der Umwelt
- Anbahnung normaler Gesichts-, Mund-, Zungen- und Schlundmotorik
- Selbstständigkeit in den ATL auf möglichst normalem Niveau

Das Bobath-Konzept strebt dazu einen gemeinsamen Lernprozess von Patienten und Pflegenden an, um mit ihm die automatische

Kontrolle über die Muskeltonus und selektive Bewegungsfunktionen wieder zu erarbeiten. Unmittelbare Arbeitsbereiche in der Pflege sind die Sicherstellung bzw. Erarbeitung von Stabilität, die Organisation der Schlüsselunkte vor dem Bewegungsstart, die Unterstützung der Muskeltonusanpassung und die Unterstützung von Körpererfahrung.

Der Befund als Einschätzung der individuellen Potenziale und Probleme des Patienten wird fortlaufend während der Pflege erhoben. Dabei wird nicht nur die Beobachtung sondern auch insbesondere das Spüren von Muskelspannung, Bewegungsmöglichkeiten und Bewegungseinschränkungen eingesetzt.

Das Ziel aller Lernangebote an den Patienten ist es, dem Nervensystem die propriozeptive Rückmeldung normaler Bewegungen erfahrbar zu machen. Der Betroffene soll mit unserer Hilfe mit den eigenen Bewegungsmöglichkeiten experimentieren können, um so bekannte Bewegungserfahrung (propriozeptive „Bewegungsgefühle“) normaler Bewegungen „wiederzufinden“ oder neue Erfahrungen normaler Bewegung zu machen. Er soll möglichst wenig krankheitsveränderte Bewegung oder kompensatorische Bewegung erfahren, damit sich das Nervensystem nicht darauf einstellt.

Von Beginn an – Die therapeutische Pflege von Menschen mit erworbenen Hirnschäden beginnt unmittelbar mit dem Auftreten der ersten Krankheitszeichen. Der sofortige Beginn der richtigen pflegerischen Maßnahmen kann helfen, die besten Fortschritte für den Betroffenen zu erreichen.

Es muss deshalb darauf geachtet werden, dass der Betroffene nicht von Anfang an kompensatorische und damit falsche Strategien zur Bewältigung seiner ATL entwickelt, indem er seine nicht gelähmte Seite intensiver nutzt. Durch vermehrte Anstrengung der weniger betroffenen Seite entsteht auf der gelähmten Seite oft eine Tonuserhöhung, die zur Spastik führen kann. Zugleich erarbeitet sich der Betroffene schon frühzeitig unphysiologische Bewegungsabläufe, die der späteren Normalisierung seiner Bewegung dann entgegenstehen. Die gelähmte Seite wird daher von Anfang an in die Therapie einbezogen und ihre Aktivierung erleichtert. Nur wenn sich nach längerer Arbeit keine weitere Entwicklung der Fähigkeiten des



Foto: Werner Krüper

Abb. 1 Aktivierende Pflege nach den individuellen Ressourcen des Patienten

Betroffenen zeigt, müssen dem Kranken auch kompensatorische Strategien (z. B. Einhänder-Hilfsmittel) vermittelt werden.

Allgemeine Hinweise

Wer nach dem Bobath-Konzept pflegen möchte, muss lernen, zuerst die Potenziale des Patienten zu suchen und nicht primär die Defizite im Auge zu haben und pflegerisch umgehen zu wollen. Die Pflege nach dem Bobath-Konzept sollte stets nach Möglichkeiten der Aktivierung des Patienten suchen (→ Abb. 1).

Entgegen der üblichen Praxis der „Information des Patienten“ wird bei der Arbeit nach dem Bobath-Konzept relativ wenig gesprochen. Der Betroffene wird vor einer Aktivität kurz informiert. Während der Aktivität bzw. Bewegung wird jedoch möglichst nicht gesprochen. Der Patient soll sich ohne Ablenkung durch Sprache auf die Bewegung und das Bewegungsgefühl konzentrieren können.

Die Pflege sollte von Anfang an auch die Angehörigen einbeziehen. Denn sie müssen sich mit der neuen Situation zurechtfinden und die Vielfalt der Symptome und deren Behandlungsmöglichkeiten verstehen lernen.

Möglichkeiten und Grenzen

Besonders mehrfache oder diffuse Hirnschädigungen, z. B. durch einen Sauerstoffmangel nach Reanimation, sind für den

Lernprozess ungünstig, da sie die Fähigkeit des Gehirns zur Umorganisation nicht nur herdförmig, sondern global beeinträchtigen. Zusätzlich können durch die Hirnschädigung bedingte Hirnleistungsstörungen (neuropsychologische Störungen) die Lernfähigkeit einschränken.

Auch die erfolgreichste Zusammenarbeit zwischen Patient, Pflegenden und Therapeuten ermöglicht keine „Heilung“ der Hirnläsion. Angestrebt ist jedoch immer eine Verbesserung der Situation des Betroffenen. Mit dem Bobath-Konzept wird im Gegensatz zu herkömmlichen Methoden keine notdürftige Kompensation der Lähmungen, sondern das Wiedererlernen normaler Bewegungsfähigkeiten angestrebt. Die intensive Mitarbeit des Patienten vorausgesetzt, wird sich der betroffene Patient wieder selbstständiger im Alltag bewegen können. Dauernde Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von fremder Hilfe können so in vielen Fällen vermieden werden.

Lernangebot Bewegung in der Alltagssituation

Die therapieunterstützende Gestaltung des Übergangs von einer Ausgangsstellung (AST) zu einer anderen Körperposition durch Führung und Bewegung des Körpers in normalen, nichtkompensatorischen, situationsangepassten Bewegungen ist das wesentlichste Lernangebot. Ziel ist, das Nervensystem wiederholt mit der Erfahrung und dem propriozeptiven Input einer normalen Bewegung verbunden mit einer dazu gehörigen Alltagsaufgabe zu konfrontieren. Die Erleichterung der normalen Bewegung trotz der partiellen Schwäche des Betroffenen bzw. des partiellen Hypertonus seiner Muskulatur wird als Fazilitation bezeichnet. Fazilitation ist ein gegenseitiger Lernprozess zwischen dem Betroffenen und dem Pflegenden, der dem Betroffenen mit seiner Behinderung möglichst normale Bewegungen und Aktivitäten ermöglichen soll.

Das therapieunterstützende Bewegen des Patienten erfolgt z. B. im Rahmen eines jeden Wechsels von einer Ausgangsstellung in eine andere, u. a. beim Betten, Umlagern und Aufstehen. Immer, wenn der Patient bewegt oder transportiert wird, werden die Prinzipien der normalen Bewegung berücksichtigt.



Info

Prinzipien der Fazilitation:

- Bewegung ermöglichen
- Bewegung notwendig machen
- Bewegungshilfen angepasst reduzieren
- Bewegungsablauf beobachten

Bewegung ermöglichen

Damit eine Bewegung überhaupt und möglichst normal erfolgen kann, müssen die Stellung des gesamten Körpers und die Stellung der Körperteile zueinander stimmen. Das Aufstehen ist z. B. nur mit sehr hohem Kraftaufwand und erheblichen Anforderungen an das Gleichgewicht möglich, wenn die Füße zu weit nach vorne auf den Boden gesetzt werden. Die richtige Stellung der Körperteile zueinander (Alignment) ist Voraussetzung für normale Bewegung.

Eine weitere Voraussetzung für normale Bewegung ist die Beweglichkeit der Körperabschnitte gegeneinander. Bei hirngeschädigten Menschen ist sie oft durch erhöhten Muskeltonus (nicht nur in den betroffenen Körperabschnitten!) eingeschränkt. Durch gewaltloses Bewegen der Körperabschnitte gegeneinander (Bewegen des Körpers in sich selbst vor dem Bewegen des Körpers im Raum) können derartige Fixierungen oft gelöst werden. Damit wird normalere Bewegung ermöglicht und vorbereitet.

Bewegung notwendig machen

Die Initiation und Kontrolle einer Bewegung wird nicht alleine durch den motorischen Kortex, sondern durch multiple vernetzte Systeme im Großhirn, Kleinhirn, Hirnstamm und Rückenmark durchgeführt. Eine Bewegung wird nicht stets „neu erfunden“, sondern das Nervensystem greift auf Bewegungsprogramme und Bewegungserfahrung zurück und moduliert diese nach dem aktuellen Handlungsantrieb und dem propriozeptiven und exterozeptiven Input (Thompson 1994).

Um auf die Bewegungsprogramme und -erfahrung zugreifen zu können, ist es also wichtig, einen klaren Bewegungs- bzw. Handlungsantrieb zu geben.

Beispiel: Im Stand wird durch das Greifen nach einem links seitlich vor dem Patienten

liegenden Handtuch mit der rechten Hand automatisch auch eine Gewichtsverlagerung auf das linke Bein und eine Rumpfrotation erreicht. Oft kann der Betroffene diese Bewegungen ohne die eindeutige Situation aber nicht abrufen.

Diese Tatsache ermöglicht gerade der Pflege ein therapieunterstützendes Arbeiten im Alltag. Der Patient kennt Aktivitäten und Bewegungen im Rahmen der Körperpflege, des An- und Ausziehens und der Nahrungsaufnahme aus der Zeit vor seiner Hirnschädigung.

Die „Erinnerung“ des Nervensystems an eine Bewegung wird im Wesentlichen durch den propriozeptiven Input geweckt. Deshalb versuchen wir, die neuromuskuläre Aktivität durch eindeutiges Führen des Körpers in die Bewegung notwendig zu machen. Wenn die Körperbereiche richtig zueinander stehen (richtiges Alignment) und der zu diesem Alignment passende sensorische Einstrom zum Nervensystem erfolgt, ist das Lernangebot in Richtung normaler Bewegung gegeben. Manche Patienten können aus dieser Situation heraus die Bewegungsfunktion sogar spontan durchführen.

Das eindeutige Führen des Körpers in die Bewegung erfolgt z. B. durch:

- Führen der Körperseite (vollständige Übernahme der Bewegung)
- Führen mit Gewichtsabnahme und Kraftunterstützung
- Bewegungsanreize durch taktile Stimuli oder Umgebungsreize
- verbale Stimulation über Stimme und Kommandos

Bewegungshilfen reduzieren

Der Lernprozess des Pflegenden besteht darin, herauszufinden, wie eine Bewegung am besten für einen individuellen Menschen möglich und notwendig gemacht werden kann. Es gibt keine Standards der Fazilitation. Sobald man jedoch einen guten Weg mit dem Patienten gemeinsam gefunden hat, ist es wichtig, an das Wegnehmen der Hilfen zu denken. Denn wo der Pflegende hilft, ist der Patient passiv.

Bewegungsablauf beobachten

Nachdem die Bewegung eingeleitet wurde, muss die Pflege den Bewegungsablauf beurteilen:

- Ist unsere Fazilitation korrekt? Kann der Patient die Bewegung mit seiner Hilfe erfolgreich durchführen?
- Ist die Bewegungsstrategie normal (wie es ein Gesunder machen würde), oder kompensiert der Patient seine Behinderung mit weniger behinderten Körperbereichen?
- Sind ungünstige bzw. unnormale Muskeltonusveränderungen dabei sichtbar oder spürbar?
- Was fehlt ihm für eine bessere Bewegung?
- Was macht er zu viel?

Nach diesen Kriterien muss beurteilt werden, ob die Fazilitation für den Patienten angepasst war und ob sie für den Lernprozess seines ZNS sinnvoll ist oder ob die Pflegeperson anders vorgehen muss.

Lernangebot Selbsthilfe

Handlungen und Bewegungen im Rahmen der Körperpflege, des An- und Ausziehens und der Nahrungsaufnahme usw. sind dem Betroffenen aus der Zeit vor der Hirnschädigung vertraut. Er hatte dafür bereits Strategien und Bewegungsprogramme. Die Pflege kann so auf konkrete Bewegungserfahrung zurückgreifen. Die Motivation und Orientierung des Patienten ist durch die vertraute, konkrete und lebenspraktisch bedeutsame Situation meistens besser als in abstrakten und fern der Lebenspraxis gestalteten therapeutischen Übungen. Für den hirngeschädigten Menschen stellen gerade diese lebenspraktischen Situationen deshalb ideale Lernangebote dar.

Für das therapieunterstützende aktivierende Pflegen geht es z.B. bei der Körperpflege nicht primär um die Säuberung des Körpers und das Wohlbefinden des Patienten. Es geht auch nicht um „Tricks“, wie man gelähmte Menschen einfacher waschen kann. Das Ziel ist vielmehr wieder die Vermittlung möglichst normaler Körper- und Bewegungserfahrung verbunden mit normalen Aktivitäten.



Merke

Da die Gestaltung der Selbsthilfesituation sich immer nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten richtet, können hier keine konkreten Handlungsvorgaben gemacht werden.

Viele hirngeschädigte Menschen leiden außer an motorischen Einschränkungen zusätzlich an zunächst weniger offensichtlichen Störungen. Außer der Hirnleistung „Haltung und Bewegung“ sind auch andere Hirnleistungen wie z.B. Handlungsplanung, Wahrnehmung des eigenen Körpers (Körperschema), Wahrnehmung und richtige Einschätzung der eigenen Situation, Raumwahrnehmung und korrektes räumliches Handeln oft mit gestört. Durch die individuelle und aktivierende Gestaltung der Pflegeumgebung, die Strukturierung der Pflegesituation, die gezielte Nutzung des Potenzials des Patienten und die pflegerisch begleitete Aktivität des Patienten während der Selbsthilfe ist auch in diesem Bereich eine Unterstützung der Fachtherapeuten (Neuropsychologen, ggf. Ergotherapeuten) möglich. Besonders im Rahmen der Körperpflege und des Anziehens ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten der therapeutischen Stimulation der Körpererigenwahrnehmung (Propriozeption). Hier finden sich interessante Überschneidungen zwischen dem Bobath-Konzept und der Basalen Stimulation, die einen ergänzenden Einsatz beider Konzepte bei manchen Patienten nahelegen.

Lernangebot Lagerung

In der Pflege sind die „Bobath-Lagerungen“ der mit Abstand bekannteste Aspekt des Bobath-Konzeptes. Es muss aber klar sein, dass es sich um passive Maßnahmen handelt, die weniger zur Aktivierung des Patienten beitragen als Bewegen und Selbsthilfe. Selbst durch konsequentes Lagern in den klassischen Bobath-Lagerungen (als alleinige Maßnahme) wird ein Patient keine Fortschritte im Hinblick auf normalere Bewegung machen.

Es ist für den Lernprozess des Patienten viel entscheidender, auf welchem Weg er sich mithilfe der Pflege aktiv in eine Lagerung hineinbewegt, wie er ohne Unterstützung eine Position in der Lagerung variieren kann und ggf. sogar die Lagerung wieder verlassen kann.

Alle Lagerungen sind individuell. Deshalb können hier keine konkreten Handlungsanweisungen gegeben werden.

Die bekanntesten „Bobath-Lagerungen“ sind zu einem Zeitpunkt entwickelt worden,

als Pflege und Therapie noch in größerem Umfang mit sehr spastischen Patienten konfrontiert waren. Sie wurden als spastikhemmende Stellungen abgeleitet und sollten zugleich Kontrakturen vorbeugen.

Aus der neurophysiologischen Forschung weiß man, dass Spastizität nicht durch den Fortfall kortikaler Hemmung und dem Hervortreten sonst gehemmter Reflexe in einem hierarchisch organisiertem Nervensystem zu sehen ist. Eher stellt sie das Ergebnis eines ungünstig verlaufenen Lernprozesses auf der Basis der Neuroplastizität dar (Grüniger 1989). Die Betroffenen sind heute durch frühere Mobilisation und bessere Pflege und Behandlung oft nicht mehr so spastisch, sondern eher hypoton, sodass Tonushemmung häufig sogar kontraproduktiv ist.

Bei der Lagerung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden muss zwischen einer entspannenden Ruhelagerung und einer therapeutischen Lagerung unterschieden werden.

Ruhelagerung

Die Ruhelagerung dient der Entspannung des Patienten in Ruhephasen. Die Ausbildung einer Spastik soll möglichst verhindert oder vermindert werden, indem der gesamte Körper ausreichend stabil unterstützt und so zu einer weitgehenden Muskelentspannung gebracht wird. Die Körperteile sollen in den Gelenken möglichst so stehen, dass sowohl Beuge- wie auch Streckmuskeln minimal gedehnt sind. Durch alters- oder krankheitsbedingte Verkürzung anatomischer Strukturen ist diese Minimalspannungsstellung aber meist nur zu erspüren, indem durch Bewegung im Gelenk muskuläre Widerstände erspürt werden und der Punkt des gleichartigsten Widerstandes von Beugern und Streckern zur Lagerung gewählt wird. Wohlbefinden und Bequemlichkeit müssen bei der Lagerung erzielt werden, damit der Kranke sich wirklich entspannen kann. Der Betroffene muss die Sicherheit der Lagerung subjektiv spüren können. Die Vermeidung von Schmerzen gilt besonders in Bezug auf die Schulter und Hand der mehr betroffenen Seite, die dekubitusgefährdeten Körperstellen und ungewohnte Muskeldehnungen. Schmerzfreiheit muss erzielt werden, damit der Kranke die Lagerung wirklich als entspannend empfindet und keine sekundären Schäden auftreten.

Die Ruheposition ist eine Dauerlagerung, die aufrechterhalten wird, solange der Patient sich wohlfühlt und keine anderen Gründe dagegensprechen.

Die Ruhelagerung ist die Verminderung der Muskelspannung im gesamten Körper:

- den Körper der Schwerkraft folgend auf die Unterstü­tzungsfläche herabsinken lassen (den Patienten spüren lassen, wo er ist, spüren lassen, wo er hingehen soll, ihn zur Unterstü­tzungsfläche bewegen helfen)
- wenn erforderlich, die Unterstü­tzungsfläche an den Körper heranbringen
- Körperteile in eine Einstellung zueinander bringen, in der die Muskeldehnung von Agonisten und Antagonisten so gering wie möglich ist

Für Patienten mit Störungen der Körperwahrnehmung, die oft durch große Unruhe und einen hohen Muskeltonus oder extreme Tonusunterschiede auffallen, ist die Lagerung eine gute Möglichkeit, die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu verbessern. Diese Patienten werden eher fest gelagert. Über den höheren Auflagedruck und die zusätzliche Einbettung festen Lagerungsmaterials und damit mehr Kontaktfläche auch an den nicht aufliegenden Körperteilen soll der Betroffene eindeutige Spürinfor­mation über den eigenen Körper erhalten. Selbstverständlich muss in jedem Einzelfall eine individuelle Abwägung zwischen der Dekubitusgefahr und dem pflegerischen Nutzen härterer Lagerung erfolgen.

Selbst in einer Ruhelagerung hat der Patient dann ein anderes Tonusmuster, das ihm ein Experimentieren mit anderen Bewegungen ermöglicht und damit neue Bewegungserfahrung gewinnen hilft. Durch die bewusste Gestaltung des Weges in die neue Lagerung erfährt der Patient immer wieder normale Bewegung, und sein ZNS erhält Lernangebote.

Therapeutische Lagerung – Die therapeutische Lagerung wird eher am Tag und in der Regel gemeinsam mit Therapeuten eingesetzt. Sie wird oft nur für ca. 10 Minuten angewandt. Anschließend folgt eine Aktivität oder eine Ruhelagerung.

Die therapeutische Lagerung soll:

- pathologische Tonusveränderungen beeinflussen

- Kontrakturen vorbeugen oder behandeln
- Körperwahrnehmung fördern

Allgemeine Hinweise zur Lagerung

- Die Lagerung muss dem Kranken individuell angepasst sein, auch wenn dadurch Kompromisse eingegangen werden müssen. Sie muss seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechen. Zusätzlich müssen oftmals vorhandene individuelle Probleme, wie z. B. Krümmungen der Wirbelsäule, Atemnot bei Herzinsuffizienz oder bestehende Gelenkveränderungen, berücksichtigt werden. Auch bei den Seitenlagerungen ergeben sich Abweichungen, da das Abwinkeln der Beine oftmals nur teilweise möglich ist.
- Alle Lagerungen werden zum Abschluss nochmals auf individuelle Besonderheiten und Bequemlichkeit überprüft. Klingel und persönliche Gegenstände werden in Reichweite und im Aufmerksamkeitsbereich des Patienten (Neglectsyndrom) bereitgelegt.
- Ein Lagerungswechsel erfolgt immer abhängig vom individuellen Befinden und den jeweiligen Erfordernissen der Prophylaxen.
- Das Kopfteil des Bettes soll bei Rücken- und Seitenlagen möglichst ganz flach gestellt bleiben. Durch Hochstellen des Kopfendes wird in der Rückenlage die Atmung behindert, wenn der Patient im Bereich der Lendenwirbelsäule gestaucht und nicht im Hüftgelenk gebeugt wird. Zugleich wird die Gefahr einer Hüftbeugekontraktur erhöht. In der Seitenlage wird durch Hochstellen des Kopfendes das Atemzugvolumen ebenfalls durch Stauchung des Rumpfes vermindert. Zugleich verändern sich die Auflagedrucke nachteilig.
- Bei Hirndruck oder bei Refluxgefahr kann die gesamte Bettebene zum Fußende hin abwärts gestellt werden.
- Besonders weiche Matratzen sind für die Bobath-Lagerung weniger gut geeignet, da der Patient zum einen geringere Spürinformationen zur Eigenwahrnehmung des Körpers erhält und durch ein unsicheres Lagegefühl (schwankende, undefinierte Lage) häufiger mehr unkontrollierten Muskel-

tonus aufbaut (Spastikgefahr). Bei der Superweichlagerung sinkt er zusätzlich tief in die Matratze ein, was das normale Bewegen erschwert, Experimentieren mit Bewegungen verhindert und damit neue Bewegungserfahrungen behindert (Neander 1996).

- Am Bett des Schlaganfallpatienten darf keine Aufrichthilfe angebracht werden. Die Spastizität wird durch die große Anstrengung beim Hochziehen oder Aufsetzen auf der betroffenen Seite enorm erhöht. Zugleich erlernt der Patient oft ungünstige kompensatorische Bewegungsstrategien. Anstrengende Bewegungen, wie z. B. zum Kopfende rutschen, aufsetzen oder das Gesäß anheben, sollten immer mithilfe der Pflegenden in normalen Bewegungen erfolgen.

Berufsübergreifende Zusammenarbeit

Da aufgrund der Neuroplastizität das Gehirn immer lernt, müssen alle Angebote bewusst gestaltet werden, um fehlerhafte Lernprozesse zu vermeiden. Jede geplante oder ungeplante, absichtliche oder unabsichtliche, überlegte oder unüberlegte Tätigkeit am Patienten ist ein Lernangebot. Das heißt, der Lernprozess nach dem Bobath-Konzept findet nicht nur während der Therapiesitzungen statt, sondern ist ständiger Bestandteil des gesamten Tagesablaufes. Dazu ist es erforderlich, dass sich jeder an den Prinzipien des Bobath-Konzeptes orientiert. Der Patient selbst, das therapeutische Team und die Angehörigen orientieren sich im Idealfall rund um die Uhr an einem auf einem individuellen Befund basierenden berufsübergreifenden Therapieschema. ■

Infoservice

Autor

Lothar Urbas, Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe, Pflegeinstructor Bobath (BIKA) für Grund- und Aufbaukurse

Literatur

Die Literaturangaben finden Sie auf CNE online: cne.thieme.de