

Sicher und stabil sitzen

Positionierung nach dem Bobath-Konzept Eine Mahlzeit einnehmen, ein Buch lesen, sich unterhalten – wer aufrecht sitzt, kann aktiv am Leben teilhaben. Pflegende können Patienten, die in ihrem Sitz eingeschränkt sind, auf vielfältige Weise unterstützen. So erlangen Betroffene mehr Stabilität und Sicherheit.

Von Gabi Jacobs

Sitzen ist sehr anspruchsvoll, und nicht alle Menschen bringen die Voraussetzungen mit, (länger) sitzen zu können. In Krankenhausfluren oder Pflegeheimen kann man oft Patienten sehen, die in ihrem Stuhl schief gerutscht sind, sich aber selbst nicht aus dieser Position befreien können. Oftmals sind sie noch nicht in der Lage, frei sitzen zu können, und sollen trotzdem lange

Zeit in sitzender Position verbringen. Häufig hört man sie dann auch bitten, wieder ins Bett zu dürfen.

Jeder weiß, wie oft man selbst während eines Konzerts oder eines Vortrags die Sitzposition verändert. Und jeder hat schon die Erfahrung gemacht, wie wohltuend es ist, nach einer langen Autofahrt aufzustehen, sich zu strecken und ein paar Schritte zu gehen. Das macht nachvollziehbar, warum Menschen, die ihre eigene Sitzposition nicht korrigieren können, nicht lange sitzen können.

Grundsätzlich kann man zwei Sitzpositionen unterscheiden: den angelehnten und den aktiven Sitz:

■ Der angelehnte Sitz dient der aufrechten Positionierung des Körpers. Er regt den Kreislauf sowie das vestibuläre System an und ermöglicht eine bessere Kommunikation/Interaktion. Auch kann man sich im angelehnten Sitz gut ausruhen und regenerieren. Wer aufrecht sitzt, sieht und hört besser und kann den Raum leichter überblicken.

■ Beim aktiven Sitz kann der gesamte Körper in unterschiedliche



Fotos: Gabi Jacobs

1 Schiefer Sitz: Das linke Becken steht deutlich tiefer; Kopf und Rumpf gehen in eine Gegenbewegung

2 Gerader Sitz: Ein Handtuch unter der linken Gesäßhälfte (s. Pfeil) stellt das Becken waagrecht



3 Ein Schaumstoffquader bietet dem Patienten eine stabile Unterlage für seine Arme



4 Die Unterlage ermöglicht es ihm, das T-Shirt mit Unterstützung selbst anzuziehen

Aktivitäten einbezogen werden, zum Beispiel Lesen und Schreiben, Essen und Trinken, Arbeiten (PC, Handarbeiten etc.), aufmerksames Zuhören oder auch der Toilettengang.

Was braucht eine stabile Sitzposition?

Die Basis für das Sitzen bildet das Becken. Es ist das Fundament für den sich darauf aufrichtenden Rumpf. Ähnlich wie beim Hausbau kann man sagen: „Ist das Fundament schief, werden auch die Mauern schief“. So ist die symmetrische Ausrichtung des Beckens die Voraussetzung, dass sich Wirbelsäule und Kopf in senkrechter Linie ohne seitliche Verkrümmung darauf aufrichten können. Beim aktiven Sitz ist das Becken aufgerichtet, man sitzt auf den Sitzbeinhöckern. Das aufrechte Sitzen hat einen wesentlichen Einfluss auf die Beweglichkeit des Kopfes, der Arme, des Kehlkopfes und der Stimmbänder.

Die zweite wichtige Basis für einen stabilen Sitz ist der Bodenkontakt mit den Füßen. Bei fehlendem Kontakt („baumelnde“ Füße), ist es aus Mangel an Stabilität kaum möglich, sich mit dem Oberkörper nach vorne zu bewegen.

Die Position der Füße hat einen direkten Einfluss auf die Stellung

des Beckens. Sind die Füße weit nach vorne geschoben, rollt das Becken in Richtung posterior. Gerade auf dem Boden stehende Füße bei etwa senkrecht stehenden Unterschenkeln laden das Becken ein, sich auf den Sitzbeinhöckern aufzurichten. Stehen die Füße weiter hinten unterhalb des Stuhls, verlieren sie den vollflächigen Bodenkontakt. Die Fersen heben ab, und das Becken rollt mehr nach vorne (anterior). Es kommt mehr Gewicht auf die Oberschenkel und der untere Rücken bewegt sich in Richtung Hohlkreuz.

Aktives Sitzen beinhaltet, dass der Sitzende sich leicht vor und hinter die Sitzhöcker bewegen kann. Die Leichtigkeit der Bewegung wird von der Stellung der Oberschenkel beeinflusst. Am leichtesten rollt das Becken vor und hinter die Sitzhöcker, wenn die Oberschenkel in der Spur der Hüften stehen. Abduzierte (abgespreizte) wie auch adduzierte (herangeführte) Oberschenkel erschweren diese Rollbewegung.

Auch die Stellung der Arme hat Einfluss auf die Sitzposition. Sind die Ellbogen seitlich nahe am Körper – etwa an der Seitennaht des Hemdes – und die Oberarme in Mittelstellung, so gibt dies dem oberen Rumpf sehr viel Stabilität. Die Ellbogen zeigen dabei tendenziell

nach hinten, die Oberarme sind also leicht in Außenrotation. In feiner Gesellschaft bei Tisch gehört diese Haltung zur Etikette. Sie sorgt für eine gute Haltung und verhindert, dass der Tischnachbar mit den Ellbogen berührt wird.

Auch das Sitzmöbel hat maßgeblichen Einfluss auf die Sitzposition. Ein hoher Stuhl (Hüftwinkel größer als 90°) fördert die Aufrichtung des Rumpfes. Gleichzeitig erfordert er mehr Haltungshintergrund, da für die Oberschenkel weniger Unterstützungsfläche geboten ist. Ein sehr tiefer Stuhl (Hüftwinkel kleiner als 90°) bringt das Becken mehr nach hinten, erschwert das Aufstehen und fördert eine flektierte (gebeugte) Haltung. Ohne Rückenlehne sackt man mehr in sich zusammen. Ähnlich wirkt eine nach hinten geneigte Sitzfläche.

Eine Sitzmulde (konkav) treibt die Oberschenkel eher in Innenrotation und Adduktion und blockiert das Becken in seiner freien Beweglichkeit. Eine kurze Sitzfläche fordert viel Haltungshintergrund und wird oft als unbequem erlebt. Erinnerung sei an alte Kirchenbänke, die vielfach nur eine sehr kleine Sitzfläche bieten. Kurze wie lange, steile wie abgeschrägte Rückenlehnen werden unterschiedlich erlebt und beeinflussen sehr individuell das Sitzverhalten.



- 5 Schiefer Sitz: Das Becken links ist deutlich tiefer; der linke Arm ist innenrotiert und adduziert
- 6 Mithilfe eines seitlich angebrachten Stuhls gelingt es, das Becken anzuheben und ein Kissen unterzulegen
- 7 Ein Handtuch zwischen den Beinen verhindert ein Zusammenkniffen der Oberschenkel; der Tisch trägt das Gewicht des linken Arms

Im Folgenden werden einige Beispiele gezeigt, die mit Schwierigkeiten beim aktiven Sitz einhergehen, und mögliche Lösungsansätze.

nun auch den Kopf nach links drehen kann.

Ankleiden bei linksseitiger Parese: Das Kleiden im Rollstuhl erweist sich bei diesem Patienten ebenfalls als sehr schwierig, da sich der Patient nicht von der Rückenlehne wegbeugen lässt. Als Maßnahme wird er vor sein Bett gefahren, sodass seine Knie eine stabile Referenz an der nach unten geklappten Bettbegrenzung erhalten (Bild 3 und 4).

Ein bezogener Schaumstoffquader wird auf den Schoß des Patienten gelegt. Dieser füllt das optische Loch zwischen Bett und Rollstuhl, und gibt seinen Armen eine stabile Unterlage. Durch diese räumliche Begrenzung kann der Patient ohne Fallangst das T-Shirt in Bezug zu seinem Körper bringen. Er ist deutlich konzentrierter beim Ausprobieren, das T-Shirt anzuziehen.

In den geraden Sitz bringen: Die Patientin in Bild 5 hat eine linksseitige Hemiparese, kombiniert mit einer Raumanalysestörung im Sinne eines multimodalen Neglects. Hinzu

Sitzen im Alltag

Der aktive Sitz, bei dem sich der Rücken von der Rückenlehne entfernt, ist meist mit einer aktiven Tätigkeit verbunden, zum Beispiel Essen, Arbeiten am PC. Steht außer Betracht oder Zuhören keine Tätigkeit im Vordergrund, lehnen wir uns gemütlich an.

Im angelehnten Sitz rollt das Becken hinter die Sitzhöcker – das Becken legt sich ab. Die Arme werden zur Vergrößerung der Unterstützungsfläche verschränkt und im Schoß oder auf Armlehnen geparkt. Das geht mit einer Innenrotation der Arme und einer Flexion (Beugung) des oberen Rumpfes einher. Zum Ausruhen ist diese Position bequem – vorausgesetzt, man hat die Fähigkeit, sich in dieser Position immer wieder ein wenig zu verändern.

Sitzen bei linksseitiger Parese: Der Patient in Bild 1 hat eine linksseitige Parese mit starker Bewegungsangst. Für den Transfer sind zwei Pflegendende notwendig. Der Patient drückt stark nach hinten und ist kaum von der Stuhllehne wegzubewegen. Man sieht, dass das Becken links deutlich tiefer steht und der gesamte linke Rumpf nach unten hängt. Mit der Kopfnäheigung nach rechts und dem Verkürzen der rechten Rumpfsseite versucht der Patient, sich aufrecht zu halten. In dieser Position kann der Patient seinen Kopf nicht drehen. Seine Beine sind in Adduktion.

Damit das Becken in eine waagerechte Position kommt, wird ein Handtuch unter die linke Gesäßhälfte gelegt. Diese Änderung hat sofort eine Auswirkung auf die gesamte Zentrierung des Rumpfes. Das hat den Effekt, dass der Patient



8



9

kommt eine schmerzhafte subluxierte Schulter. Das Becken ist links deutlich tiefer. Mit dem rechten Bein und Arm drückt die Patientin ihren Rumpf noch mehr nach links. Der linke Arm ist innenrotiert und durch die Armlehne, die dagegen drückt, adduziert.

Um ein Kissen unter die linke Gesäßhälfte zu bekommen, muss sich die Patientin erst aktiv zur rechten Seite bewegen. Die begleitende Pflegeperson bietet zur Orientierung und zum Gewicht-Abgeben seitlich einen Stuhl an. Der Auftrag „Schauen Sie zu Ihrer Hand“ hilft dabei, dass Nacken- und Rückenmuskulatur etwas nachlassen können und mehr Länge bekommen. Mit der hinteren Hand bringt die Pflegeperson die unteren Rippen der Patientin wieder mehr zur Körpermitte. Nach mehrmaligem Hin- und Herbewegen des Rumpfes kann das linke Becken hochbewegt und ein Kissen untergelegt werden (Bild 6).

Mit dem Kissen wird das Becken einschließlich des Trochanter majores noch zusätzlich unterlagert. So kann der linke Oberschenkel gut in der Spur zur Hüfte gehalten werden. Das Handtuch zwischen den Beinen ist so gelegt, dass die Adduktoren beidseits darauf abgelegt sind und ein Zusammenkneifen der Oberschenkel

verhindert wird. Für den Arm kann zu diesem Zeitpunkt leider keine bessere Position gefunden werden, da Schmerzen und Steifigkeit – trotz der Hypotonie – die Möglichkeiten stark einschränken. Der Rollstuhltisch ist wichtig, um das Gewicht des linken Armes zu tragen (Bild 7).

Sitz am Tisch für Aktivität: Sitzt ein Patient zum Essen am Tisch, sollten beide Arme auf dem Tisch platziert werden. So können die Arme einen Bezugsrahmen geben, in dem sich der Rumpf ausrichten und bewegen kann.

Vielfach ist ein Kissen zwischen Ellbogen und Tisch nötig, damit der paretische Arm ganzflächig aufliegt und gegen ein Herunterfallen gesichert ist. Essentablets sollten entfernt werden. In der Regel sind Tablets so breit, dass die Ellbogen weit weg vom Körper liegen und dem oberen Rumpf Stabilität rauben. Es empfiehlt sich, zunächst für den paretischen Arm einen Platz zu finden, an dem er stabil liegen bleiben kann und dann entsprechend das Geschirr mit dem Essen anzuordnen (Bild 8).

Jeder kennt die Situation, dass ein paretischer Arm vom Tisch fällt, wenn sich der Oberkörper des Patienten bewegt. Ist es trotz Kissens schwierig, diesen auf dem Tisch zu

8 Am Tisch sitzend mit beiden Armen auf dem Tisch kann die Patientin ihren Rumpf deutlich besser ausrichten

9 Eine seitliche Position am Tisch sichert den betroffenen Arm und schafft Bewegungsspielraum

platzieren, kann der Stuhl auch schräg an den Tisch gestellt werden. Voraussetzung ist allerdings das Einverständnis des Patienten. Viele Menschen sind so sozialisiert, dass sie beim Essen gerade – rechtwinklig zum Tisch – sitzen möchten. Für Patienten mit einer Raumanalysestörung ist diese Variante ungünstig, da sie rechte Winkel und gerade Kanten für die Orientierung benötigen.

Eine seitliche Position am Tisch bietet sich gut für eine Unterhaltung an, kann aber auch für eine Zwischenmahlzeit genutzt werden. Liegt der paretische Arm seitlich auf dem Tisch, ist dieser durch die Unterstützungsfläche gesichert. Greift der Patient zum Glas oder Dessert, bieten Arm und Schulter eine stabile Referenz für die Rumpfrotation und helfen maßgeblich bei der Haltungskontrolle (Bild 9).

Wichtig für Teilhabe am Leben

Um am Alltagsgeschehen teilzunehmen, hat die sitzende Position einen hohen Stellenwert. Wichtig ist dabei, dass die Körperabschnitte gut zueinander ausgerichtet sind. Sitzmöbel beeinflussen die Position. Um hier variabel zu bleiben, sollten zwischendurch immer wieder andere Sitzmöbel angeboten werden.

Dummel, Jacobs (2017): Mobitipp, Ausgabe 5, Ratgeber: Sitzen und Positionieren, www.bika.de, Leitlinie – Sitzposition für Aktivität



Gabi Jacobs ist Fachschwester in der Rehabilitation, Pflegeinstruktorin Bobath BIKA® für Grund- und Aufbaukurse und arbeitet im Klinikum Karlsbad Langensteinbach.
Mail: gabi.jacobs@web.de