

Aufstehen vom Boden

Gabi Jacobs

Annette Köble-Stähler

Das Aufstehen vom Boden lernen Menschen im Laufe des ersten Lebensjahres. Diese Fähigkeit bleibt zeitlebens erhalten. Beeinträchtigungen erfährt diese Fähigkeit meist durch Steifigkeiten in Gelenken und Gewebe, durch Muskelschwächen und durch Schmerzen.

In der Klinik kommt es im Erwachsenenbereich immer wieder zu Stürzen. Sie lösen oft eine Abwärtsspirale im Bewegungsverhalten aus. In der Regel ist es Menschen peinlich, gestürzt zu sein. Das größere Problem jedoch sind Folgen wie Schmerzen durch Prellungen, Zerrungen oder sogar größere Verletzungen, welche sich ins Gedächtnis einbrennen. Für die emotionale Verarbeitung des Sturzereignisses haben folgende Fragen für den Patienten eine Bedeutung:

- wie war der Weg auf den Boden runter, kontrolliert oder gestürzt?
- ist es ihm bewusst, dass er alleine bzw. nicht alleine aufstehen kann?
- wie hat er die Hilfe erfahren?
- wie wurde ihm aufgeholfen?
- kam er wegen der Sturzursache oder den Sturzfolgen ins Krankenhaus?
- hatte er durch den Sturz gravierende Mobilitätseinschränkungen über einen längeren Zeitraum?

Die Antworten auf diese Fragen hinterlassen eine prägende Emotion. Je nach Antworten kann das Resultat sein:

„Ich darf auf keinen Fall wieder auf dem Boden landen!“

Damit verbunden sind Änderungen des Bewegungsverhaltens. Beim Gehen wird der Blick auf den Boden gerichtet, zur Verhinderung von Stolpern und Rutschen. Die Haltung wird zunehmend gebeugt mit einem negativen Einfluss auf die Corestabilität. Das Gangbild verändert sich, die Umwelt wird zunehmend zum Festhalten (Sessel, Haltegriffe...) und Hochziehen benutzt. Folgen sind strukturelle Veränderungen wie z.B.

- Hüftbeugekontraktur
- Schwache Hüftabduktoren
- Hyperlordose im unteren Rücken (Hohlkreuz)
- Hyperlordose im Nacken

Kam es im Rahmen des Sturzes zu schmerzhaften Verletzungen, vermeidet der Patient Bewegung oder gewöhnt sich andere Bewegungsstrategien zur Schmerzvermeidung an.

Die Bewegungsvermeidung führt einerseits zu Muskelabbau und andererseits zu mehr Steifigkeit, welche Bindegewebe, Muskelgewebe, Faszien und Haut betrifft. Es wird für den Patienten immer schwieriger, mit den Händen zu den Füßen zu gelangen, weil die Flexibilität in Hüften, Knien und vor allem der Wirbelsäule geringer wird.

Bei neurologisch erkrankten Patienten kann diese Einschränkung zusätzlich ein verändertes Körperbild (innere Orientierung) zur Folge haben. Raumbezüge - "wie weit ist es zu meinem Fuß?"- können nicht mehr hergestellt werden.

All die aufgeführten Faktoren haben eine Verschlechterung der Balance und damit eine Vermehrung der Sturzangst mit noch mehr Kompensationsstrategien zur Folge (Teufelskreis).

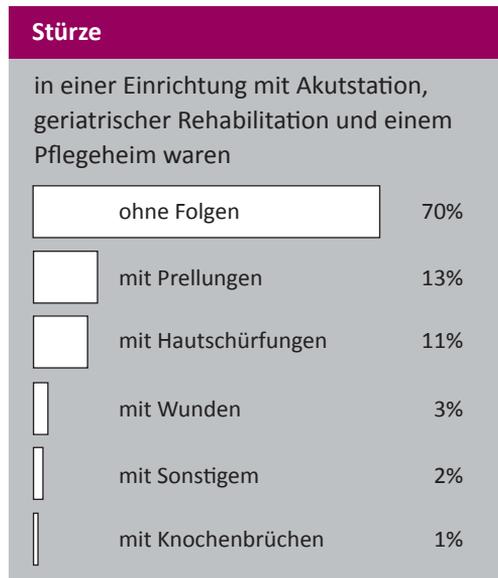
Sturzfolgen:

- das Selbstwertgefühl erhält einen Dämpfer
- 25 - 50% aller Älteren leiden an Sturzangst
- das Gehen wird unsicher, unabhängig von der körperlichen Verfassung
- sie verkrampfen und versteifen, die Gleichgewichtskompetenz nimmt ab
- sie trauen sich weniger zu und sind weniger aktiv, Muskelkraft und cardio-pulmonale Leistungsfähigkeit nehmen ab
- verlieren ihre Unabhängigkeit

Sturzhäufigkeit innerhalb eines Jahres:

30% der über 65-jährigen einmal pro Jahr
 50% der über 80-jährigen einmal pro Jahr
 die Hälfte davon stürzt zweimal oder öfter

In der Abbildung sind Sturzfolgen in einer Einrichtung mit Akutstation, geriatrischer Rehabilitation und einem Pflegeheim dargestellt:



Hager K. Stürze im Alter Häufigkeit, Folgen, Ursachen und Prävention. 2007 Hannover DKH

79% aller Stürze nach einem moderaten Schlaganfall finden in den ersten sechs Monaten nach der Entlassung statt.

Wer im Krankenhaus fällt, fällt mit hoher Wahrscheinlichkeit (ca.2/3) auch zu Hause.

Quelle: Forster A, Young J., Incidence and consequences of falls due to stroke: a systematic inquiry. BMJ. 1995, Vol 311 83-86

Nach einem moderaten Schlaganfall stehen:

- 27 % alleine wieder
- 41 % mit Hilfe von Angehörigen
- 32 % mit Fremdhilfe auf

Quelle: Forster A, Young J., Incidence and consequences of falls due to stroke: a systematic inquiry. BMJ. 1995, Vol 311 83-86

Das Beherrschen des Weges vom und zum Boden ist für das Gefühl von Sicherheit und Unabhängigkeit wesentlich. Prinzipiell kann gesagt werden, wer den Weg vom Boden nach oben kennt und beherrscht, hat:

- weniger Angst und traut sich mehr zu beim Stehen, Gehen, Treppe steigen, im Haushalt, im freien Gelände, unter vielen Menschen, im öffentlichen Verkehr...
- einen größeren Aktivitätsradius und damit größere Partizipation im sozialen Leben
- mehr Freiheiten bei Handlungsentscheidungen

Im Alltag wird der Weg auf den Boden vielfach benötigt, z.B.:

- etwas aufheben, das beispielsweise unter das Sofa gerollt ist
- etwas aus niedrigen Schränken heraus-holen
- Putzen und Waschmaschine befüllen
- Gartenarbeit
- mit Kindern / Enkeln spielen und betreuen
- Picknick und Strandbad

Im klinischen Alltag ist dieser Weg nötig für gestürzte Patienten oder für sturzgefährdete unruhige Patienten, die zu ihrer Sicherheit auf einer Matratze auf dem Boden gelagert werden. Für rollstuhlpflichtige Kinder ist es eine Möglichkeit, dem Körper eine Erholungspause vom Dauersitzen zu geben – sich lang zu machen und andere körperliche Ausrichtun-

gen gegenüber der Schwerkraft zu erfahren. Die Arbeit auf dem Boden / auf der Matte gibt viel Raum für Bewegungserfahrung, ermutigt Patienten, großräumige Bewegungen auszuführen ohne Angst vor einem Sturz. Die eindeutige Unterstützungsfläche gibt klare Referenz für die Bewegung.

Ein wesentlicher Baustein in der Sturzprophylaxe ist die Mobilisierung im Rahmen von Therapie und von therapeutisch aktivierender Pflege. Die Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit, Geschmeidigkeit des Gewebes (Bindegewebe, Muskelgewebe, Faszien, Haut) und der Kraft erleichtert die Suche nach dem Weg, um vom Boden hoch oder hinunter zu kommen. Die Nutzung von Bewegungsbausteinen, wie beispielsweise Hochkommen aus der Seitenlage an die Bettkante (siehe BIKA Leitlinien) im pflegerischen Alltag, helfen die Beweglichkeit wie auch Bewegungsprogramme zu erhalten und können so bei diesem Weg anteilig genutzt werden.

Für den Weg vom und zum Boden gibt es vielfache Varianten, symmetrisch, asymmetrisch, mit Hilfsmitteln wie Stuhl, auf einen Stuhl, direkt in den Stand ...

Je nach Position und momentaner Verfassung wird dieser Weg sich immer wieder etwas anders gestalten. Exemplarisch wird ein Patient abgebildet für eine Möglichkeit des Aufstehens. Der Patient hatte eine Stammganglienblutung mit einer Hemiparese rechts, Neglect mit einer ausgeprägten Tiefen- und Oberflächensensibilitätsstörung rechts und eine brocabetonte Aphasie. Im Verlauf seiner Rehabilitation (5 Monate nach dem Akute-

reignis zum Zeitpunkt der Fotos in Phase C) war er dreimal beim Toilettengang gestürzt und hatte den Wunsch den Weg vom Boden hoch wieder zu lernen. Bei den vorangegangenen Stürzen hatte er sich nicht verletzt, hatte aber keine Erinnerung daran, wie er wieder hochgekommen ist. Er meinte, er habe sich an einer Stange hochgezogen.

Für den Weg zum Boden ist der Patient etwas Richtung Stuhlkante gerutscht (Abb. 1). Das paretische rechte Bein steht als stabilisierende Referenz etwas weiter vorne, das bessere Bein deutlich weiter hinten (unter dem Stuhl).

Der Patient erhält den Auftrag sich mit seiner Hand flächig auf dem Boden zu stützen. Für diesen Weg hilft die Pflegende (Abb. 2) an den unteren Rippen – gibt einerseits Halt, unterstützt die Corestabilität und hilft die nötige Flexion einzuleiten. Am Boden angekommen ist zwischen dem Weg hoch oder hinunter kein Unterschied.

Die Bewegungsrichtung ist jederzeit umkehrbar. Zum Erfahren dieses Weges ist es hilf-

Abb. 2



reich, die einzelnen Bewegungsteilphasen in beide Richtungen, runter wie auch hoch, einzeln mehrfach zu wiederholen und sie dann aneinander zu reihen. Die Lenkung der Augen mit der Konsequenz, dass der Kopf dann dreht, beugt oder streckt, hilft dem Patienten in der Raum- und Körperorientierung für diesen Weg.

Die Kopffrotation nach rechts (Abb. 3) hilft, dass das Becken auf den Boden zum Seitsitz ankommt.

Abb. 1



Abb. 3



Abb. 4



Dreht der Kopf jetzt zur anderen Seite – Richtung stützender Hand (Abb. 4) oder zwischen Arm und Rumpf hindurch, kann der Rumpf sich am Boden ablegen (Abb. 5). Die gesamte Wirbelsäule wird bei diesem Weg mobilisiert. Die muskuläre Verschraubung in beide Richtungen aktiviert die gesamte Rumpfmuskulatur und stärkt den Haltungshintergrund.

Vom Seitsitz zum Kniestand hilft die Kopfdrehung mit Blick Richtung Achselhöhle des stützenden Arms. Die Hilfe kann gut am Becken, den unteren Rippen gegeben werden (Abb. 6).

Abb. 6



Abb. 5



Der Kniestand ist eine unsichere Position, die viel Extension und Balance erfordert. Es empfiehlt sich, dass die Helfende von hinten mit ihren Knien das Becken in Richtung Hüftstreckung stabilisiert (Abb.7).

Ein seitlich gestellter Stuhl zum Stützen hilft dem Patienten, die Balance besser zu finden und das Gewicht auch so zu verlagern, dass ein Bein aufgestellt (Einbeinkniestand) werden kann (Abb. 8).

Abb. 7



Abb. 8



Das aufgestellte Bein sollte stabilisiert werden, damit der Körper durch beide Beine nach oben kommen kann. Der Stuhl hilft dem Patienten für Balance und um sich abzustützen (Abb. 9).

Er könnte jetzt entweder mit einem „kleinen Knoten“ (erfordert viel Hüftbeweglichkeit links in Adduktion) in den Beinen das Becken zu diesem Stuhl drehen, alternativ zu einem Stuhl der auf die andere Seite gestellt wird oder wie in dem gezeigten Beispiel gleich in den Stand (Abb. 10) gehen.

Abb. 10



Abb. 9



Ist genügend Corestabilität aufgebaut worden auf dem Weg in den Einbeinkniestand, folgt die Aufrichtung in Richtung Stand oft ganz selbstverständlich. In Abb. 11 sieht man die Suche nach Balance. Daran anschließend Seitsschritte zum Stuhl.

Das Wissen, „ich bin schon alleine vom Boden wieder aufgestanden“ ermutigt Betroffene, neue Bewegungen auszuprobieren und den Raum in einem größeren Radius zu explorieren. Ist der Weg mehrfach erfolgreich geübt, kommt es zunehmend zu mehr Leichtigkeit

Abb. 11



auf diesem Weg. Da der Bewegungsübergang viel Muskellänge zu unterschiedlichen Zeiten in unterschiedlichen Körperabschnitten fordert und diese ex- und konzentrisch gemeistert werden müssen, kommt es automatisch zu einer Kraftsteigerung.

Limitierende Faktoren können schwere Arthrosen, Kontrakturen oder Steifigkeiten in Brustkorb, Hüften, Knien und Sprunggelenken sein. Indirekt kommt es aber beim Üben und Vorbereiten dieses Bewegungsübergangs gerade an diesen Gelenken zu mehr Beweglichkeit. Beeindruckend ist der Zugewinn an implizitem Wissen dieses eigentlich selbstverständlichen Bewegungsübergangs und damit auch der eigenen inneren Orientierung.

Autorinnen:

Gabi Jacobs

*Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA®,
Krankenschwester,
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
E-Mail: gabi.jacobs@web.de*

Annette Köble-Stäbler

*Bobath Instruktorin IBITA, Physiotherapeutin,
Konstanz
E-Mail: akoeble@me.com*

Literaturverzeichnis:

Eckhardt G. Posturale Kontrolle und die Bedeutung für das Sturzrisiko bei Patienten nach Schlaganfall. PT Zeitschrift für Physiotherapeuten 2013 65 (1): 31-33. 2013 65 (2): 32-36. 2013 65 (3):10-17

Forster A, Young J. Incidence and consequences of falls due to stroke: a systematic inquiry. BMJ 1995, Vol 311 83-86

Hager K. Stürze im Alter Häufigkeit, Folgen, Ursachen und Prävention. Hannover

Schiller I, Pott C, Fries W. Gehen und Fallangst. neuroreha 2010. 2 (1): 20-27

Sonnenmoser M. Sturzangst: Nur interdisziplinär behandelbar. PP 14. Ausgabe April 2015. Seite 170