

Körperpflege - Alltagshandlung und Alltagsaktivität

Gabi Jacobs

Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA®

Krankenschwester Klinikum Karlsbad-Langensteinbach

Fünf Stunden in der Woche verbringen wir Deutschen durchschnittlich mit Körperpflege¹. Dies zeigt uns eine Studie der Gesellschaft für Konsumforschung. Damit ist die Körperpflege eine Alltagsaktivität, mit der jeder Mensch regelmäßig Zeit seines Lebens verbringt. In unterschiedlichen Situationen, zumindest in Teilleistungen, hat jeder sie viele tausende Mal ausgeführt. Die dafür nötigen Bewegungen und Handlungen sind tief im prozeduralen Gedächtnis verwurzelt und assoziativ mit verschiedenen Bereichen des Cortex vernetzt.

Alltagsorientierung ist ein Prinzip – übergeordnete Handlungsweisung des Bobath-Konzepts. Bei Betrachtung der weiteren Prinzipien fällt auf, dass diese im Rahmen aller Alltagshandlungen und Alltagsaktivitäten der Pflege erfüllt werden können.

Definition Alltagsaktivität²

Alltag – sind die ständig wiederkehrenden Routinen eines Menschen zur Selbstversorgung und individuell persönlicher Lebensgestaltung in Abhängigkeit der emotionalen Situation und der persönlichen Prägung. Aktivität – ist das bewusste oder unbewusste motorische und/oder kognitive Tun.

Alltagsaktivität bedeutet im Sinne der therapeutisch aktivierenden Pflege, dass den Pflegenden im Kontext eines Pflegesettings die individuell bedeutsamen Routinen eines Menschen zur Selbstversorgung oder persönlichen Lebensgestaltung bekannt sind. Im Rahmen der therapeutisch aktivierenden Pflege stellen diese bedeutsamen Routinen die Ziele dar. Zur Erreichung der bestmöglichen Selbständigkeit müssen diese Ziele im Sinne der Aufgabenorientierung genutzt werden. (BIKA® 2018)

Abb. 1



Abb. 1. Adaptiert an Eckhardt, Grafmüller-Hell, Viebrock; *Komplex und spezifisch in Bewegung und Entwicklung* 2010 ISBN 1868-2316

Definition Aufgabenorientierung²

Jede alltagsorientierte Handlung hat eine individuelle Bedeutung und kann auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden. Die Aufgabe bereitet die Haltungskontrolle/ Gleichgewicht für die Bewegung vor. Die individuelle Motivationsschwelle eines Menschen mit seiner spezifischen Vorerfahrung bereitet die Bewegung vor und ruft diese ab. Das zentrale Nervensystem wählt eine Strategie zur Lösung einer alltäglichen Handlung aus. (BIKA® 2018)

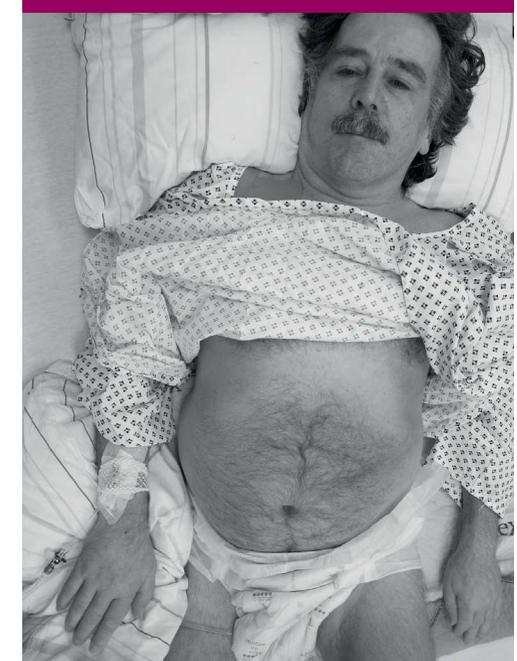
Wahl der Ausgangsstellung

Angepasst an die Einschränkungen und Fähigkeiten des Patienten wird die Ausgangsstellung gewählt. Die Leistungsanforderung wird dementsprechend angepasst. Wichtig ist die Gestaltung des Weges in die Ausgangsstellung. Bei der Gestaltung der Bewegungsübergänge in eine andere Position werden durch Aktivierung und Ordnung der Körperabschnitte zueinander, sowie durch passende Stabilisierung die Voraussetzungen für Bewegung und höhere Aufmerksamkeit geschaffen. Anhand von Patientenbeispielen werden unterschiedliche Ausgangsstellungen mit möglichen Zielen beschrieben:

Körperpflege in Position Seitenlage auf der mehrbetroffenen Seite

Der in Abb. 2 gezeigte Patient ist 58 Jahre alt und hatte eine Stammganglienblutung links. Das Ereignis war 6 Wochen vor dieser Aufnahme. Der Patient weist eine ausgeprägte Hypotonie im rechten Rumpf auf. Deutlich wölbt sich rechts der Bauch vor. Die Anspannung des Rumpfes links dorsal gibt ihm Halt.

Abb. 2



Symptome und Nebendiagnosen:

- Rechtsseitige Hemiplegie
- Rumpfhypotonie
- Subluxation der rechten Schulter
- Ausgeprägtes sensorisches Defizit des rechten Armes (Tiefen- und Oberflächensensibilität)
- Eingeschränkte Sensorik im rechten Bein
- Aufmerksamkeitsspanne von 5 Minuten
- Aphasie
- Rezidivierendes hohes Fieber im Rahmen von pulmonalen und Harnwegsinfekten

Ressourcen:

- Versteht einfache und situative Sätze
- Nimmt visuell mit der rechten Seite Kontakt auf
- Aufmerksamkeit kann gelenkt werden
- Hat viel Humor

- Hat hohe Motivation zur Mitarbeit
- Starkes helfendes Familiennetz

Ausgangsstellung:

Der Patient liegt auf seiner mehrbetroffenen Seite. Zur Stabilisierung sind beide Beine gebeugt und der Unterbauch mit einem Handtuch stabilisiert. Der Rücken wird mittels einer Handtuchrolle oder fest zusammengerollter Bettdecke stabilisiert. Der Kopf ist so unterlagert, dass der obere Rumpf harmonisch über die Schulter vor- und zurückrollen kann. Je nach Körpergröße kann die betreuende Pflegeperson vor oder hinter dem Patienten arbeiten.

Für die Anbahnung der Corestabilität wurde der Unterbauch mit einem Handtuch (s. Abb. 6) unterlagert. Die muskuläre Zuordnung des Unterbauchs durch das Handtuch ermöglicht die Aktivierung der Bauchmuskeln, vor allem des M.transversus und der Mm.obliquii. Der Kopf ist mit einem festen Kissen so unterlagert, dass der Abstand zwischen Halswirbelsäule und Schulter nivelliert wird. Dadurch wird es dem Patienten möglich, über die hypotone Schulter vor- und zurückzurollen, ohne Druck auf diese auszuüben. Durch die Vor- und Rückwärtsbewegung des Rumpfes wird indirekt die gesamte Rumpfmuskulatur aktiviert. Zum Waschen des unten liegenden Armes muss der Rumpf nach vorne, zum Waschen der rechten Achselhöhle muss der Rumpf etwas nach hinten rollen. Die Bettdecke im Rücken und die Unterlagerung des Bauches gibt dem Patienten genügend Halt, damit er sich diese großräumige Bewegung zutraut.

Zum Einstieg in die Handlung wird die bessere Hand des Patienten in die vor ihm im

Abb. 3



Bett stehende Waschschüssel geführt (Abb. 3). Das Spüren des Mediums Wasser, sowie dessen Temperatur, ermöglicht dem Patienten das Erkennen der startenden Handlung. Durch dieses Erkennen können Feedforward und Assoziationen zu dieser Handlung mit der Bereitschaft für die folgenden Aktivitäten entstehen. Bei Schwerstbetroffenen kann sich dies möglicherweise auch nur durch ein "Aufmerken", erhöhte Achtsamkeit oder das Zulassen der Führung seiner Hand zeigen. In dieser Position ist ohne große Anstrengung gegen die Schwerkraft fast der gesamte Körper erreichbar.

Abb. 4



Damit der Patient seine mehrbetroffene Hand waschen kann, wird der Unterarm angewinkelt. Die Pflegeperson stabilisiert das Handgelenk und sichert den Arm mit Schub des Ellbogens gegen die Matratze. Einer unkontrollierten Bewegung im Schultergürtel ist durch diese Sicherung vorgebeugt (Abb. 4). Der Patient hat seine Hand im Blick und kann diese nun waschen. Um den sensorischen Rückstrom bei diesem Patienten zu verbessern, wurde die Hand nach dem Waschen durch die Pflegeperson mit unterschiedlichen Reizvariationen und Lenkung der Aufmerksamkeit des Patienten eingecremt³.

Abb. 5



Der bessere Arm wird durch die Pflegeperson gewaschen. Dazu kniet diese mit einem Bein hinter dem Patienten. Der Auftrag an den Patienten lautet: „Strecken Sie den Arm zur Decke, machen Sie die Finger lang“ (Abb.5). Durch die Zuwendung des Kopfes (Visus) wird eine fortlaufende rotatorische Bewegung des Rumpfes angeregt.

Auch das Kleiden kann in der Seitenlage leichter gestaltet werden, als in der Rückenlage. In

Abb. 6



Seitenlage muss der Körper nicht gegen die Schwerkraft angehoben werden. Zuerst wird dem untenliegenden Arm in den Ärmel geholfen. Als nächstes empfiehlt es sich, den Kopf und anschließend den oben liegenden Arm in das T-Shirt schlüpfen zu lassen. Bei schwerstkranken Patienten ist durchaus beobachtbar, dass das Hineinführen des besseren Armes in das Ärmelloch erkannt wird und sie dann helfen, den Arm durchzuführen. Durch Zurückdrehen des Rumpfes kann nun mit dem T-Shirt die unten liegende Schulterkappe bekleidet werden. Um das Hemd vollständig über den Körper zu ziehen, rollt der Patient immer etwas vor und zurück. Die Pflegeperson unterstützt dabei an den Rippen damit das Hemd weiter über den Rumpf gezogen werden kann (Abb. 6). Die wiederholende rotierende – gegenläufige Bewegung des Rumpfes (die Beine bleiben stabil in Beugung liegen, während der Rumpf sich nach hinten und vorne dreht) dient dazu, stabilisierende Kraft im Rumpf aufzubauen. Sie hilft dem Patienten, Bewegungen feiner zu differenzieren.

Ziele der Körperpflege bei diesem Patienten waren:

- Aufbau von Corestabilität
- Verbesserung der Orientierung Körper / Körper und Körper / Nahraum
- Erarbeiten von Handlungsschritten
- Schleimmobilisation
- Kräftigung der Atemmuskulatur
- Verbesserung der sensorischen Verarbeitung

Die Körperpflege des Unterkörpers wurde bei dem gezeigten Patienten ähnlich wie bei dem folgend vorgestellten Patienten gestaltet.

Seitenlage für die Körperpflege des Unterkörpers

Der in Abb. 7 gezeigte Patient erlitt einen Mediainsult links mit folgenden Symptomen:

- Hemiplegie rechts
- Schmerzhaftes Schulter
- Wenig Achtsamkeit für seine rechte Seite
- Der Rumpf zeigt viel Extension vor allem bei Bewegungsübergängen
- Globale Aphasie
- Dyspraxie

Ressourcen:

- Lässt sich anleiten
- Kann kurz frei an der Bettkante sitzen
- Geschicklichkeit der linken Hand
- Nach Einstieg in eine Handlung kann er mit Teilsequenzen fortsetzen
- Ist trotz starker Schulterschmerzen freundlich zugewandt
- Viel Unterstützung durch Angehörige

Der Patient ist 74 Jahre alt. Spontan findet man diesen Patienten (Abb.7) immer wieder

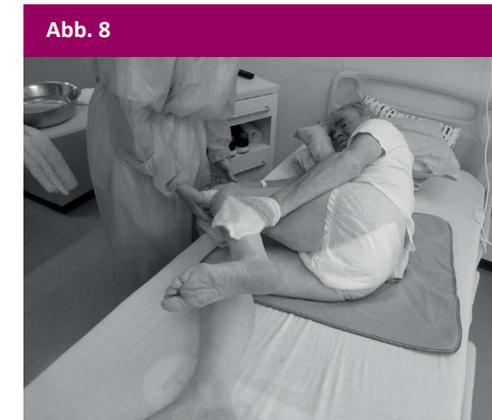


spontane Lage morgens beim Erstkontakt.

in der abgebildeten Position, mit abduziertem, innenrotierten Oberarm. In dieser Situation ist zusätzlich noch die Hand etwas unter den Rumpf gerutscht. Das regelmäßige sich selbst in diese Position Manövrieren könnte unter anderem eine Ursache für die Entstehung seiner Schulterschmerzen sein. Beim Transfer drückte der Patient stark nach hinten. Er hat sich angewöhnt, sich an Stangen hochzuziehen.

Handtücher im Rücken und unter dem Unterbauch stabilisieren den Patienten in der Seitenlage. Der Kopf ist hoch genug unterlagert, so dass die Schulter entlastet ist. Des besseren sensorischen Einstroms wegen wurde auch die rechte Hand mit Handtüchern im Alignment gehalten (Abb. 9). In dieser Ausgangsstellung (Abb. 8) kann der Patient sein besseres Bein vom anderen Bein lösen und waschen. Er lernt nicht nur die Körper- Körperorientierung (wie kommt die Hand zum Bein / Fuß), sondern dabei auch graduierte Beinbewegung. Um möglichst weit zum Bein zu kommen, benötigt er flektierende Muskelaktivität. Die Rückenmuskeln müssen Länge geben. Um das Bein bewegen zu können, baut

der Rumpf einschließlich der untenliegenden Seite Haltungshintergrund auf und leistet Gleichgewichtsarbeit.



Zur Reinigung des Beines (Innen- und Außenseite Abb. 9), hebt der Patient dieses ab und fördert dadurch zusätzlich die Aktivierung der Glutäen beidseits. Bei dieser Aktivität wird die Hüfte in Innen- und Außenrotation vom Patienten selbst aktiviert und mobilisiert. Da das Becken ein Ringknochen ist, werden automatisch auch die Muskeln der anderen Seite aktiviert. Es kommt auch in der unteren Hüfte zu kleinen stabilisierenden Drehbewegungen.



Um das untenliegende Bein zu waschen, musste dieser Patient geführt werden (Abb. 10). Er konnte dann die Bewegung bis zum Knie selbständig weiterführen.



Zum Waschen des Unterschenkels stabilisiert die Pflegeperson den Fuß mit ihrem Oberschenkel und ermöglicht so Orientierung für das gesamte Bein (Abb. 11). Während sie den Unterschenkel wäscht, trocknet oder eincremt, bewegt sie sich so mit, dass das Bein des Patienten in Hüft- und Kniebeugung bzw. Streckung bewegt wird. Dieses Vorgehen kann auch am besseren Bein angewendet werden.

Dabei ist der Auftrag an den Patienten, sich auf das Mitbewegen einzulassen, den Kontakt zur Pflegeperson nicht zu verlieren, diese aber auch nicht wegzudrücken. Auf diese Weise lernt er dosiertes Mitbewegen. Gleiches gilt, wenn das untenliegende Bein aktiv vom Patienten bewegt werden kann. Bei einer Plegie ist der Auftrag an den Patienten, mit dem Oberkörper stabil liegen zu bleiben, während das Bein bewegt wird. Bei diesem Patienten war Ziel der Herangehensweise, eine größere Beweglichkeit der ischiocruralen Muskulatur zu erarbeiten und damit den Transfer zu erleichtern. Die Dynamik des Bewegens verändert positiv die Geschmeidigkeit sämtlichen Gewebes. Langes Verharren in einer Position zieht Steifigkeit nach sich. Vielfach sind Patienten morgens bei der ersten Pflegehandlung noch sehr steif und unbeweglich. Diese Steifigkeit betrifft Bindegewebe, Muskelgewebe, Faszien, Haut und Gelenkflüssigkeit. Nerven sind von Häuten und Bindegewebe umhüllt und dadurch ebenso betroffen. Durch sanftes Bewegen wird sämtliches Gewebe visköser/geschmeidiger. In die Körperpflege (waschen, abtrocknen, eincremen) integriert, kann die Basis für leichteres Bewegen gelegt werden.

Abb. 12



Besonders in den Fußsohlen sind die Rezeptoren sehr dicht angeordnet. Füße und vor allem die Fersen sind eng verschaltet mit dem vestibulären System, welches für Gleichgewicht und Aufrichtung im Sinne von Haltearbeit gegen die Schwerkraft verantwortlich ist. Den Füßen sollte deswegen besondere Aufmerksamkeit zukommen. Der Erhalt der Beweglichkeit innerhalb des Fußes ist die Basis für Balance. Im Stehen sind die Füße permanent muskulär aktiv für das Gleichgewicht. Im Rahmen des Waschens oder beim Eincremen kann der Mittelfuß durch die Pflegeperson bewegt werden. Sinnvollerweise hält eine Hand einen Strahl stabil und die zweite Hand bewegt den benachbarten Strahl dagegen. So kann in Folge der gesamte Mittelfuß samt Bindegewebe, Faszien und Muskeln Bewegung erfahren.

Die Ferse sollte über variierenden Druck durch Reiben und Kratzen für den sensorischen Input extra betont werden. Langes Liegen oder Sitzen bewirkt geringe sensorische Rückmeldung von den Füßen. Degeneration der Hirnlandkarte kann die Folge dessen sein. Beim Bewegungsübergang Sitz-Stand ist der Bodenkontakt der Ferse für den richtigen Start der Bewegung ausschlaggebend. Wird die Ferse vor diesem Bewegungsübergang bereits im Gehirn aktiviert, kann dies zur Erleichterung des Aufstehens beitragen.

In der Seitenlage ist es für den Patienten leicht, sich selbst den Genitalbereich zu reinigen. Bei starken Verunreinigungen sollte durch die Pflegeperson erst unter Sicht gereinigt und dem Patienten dann das eigenständige Abtrocknen ermöglicht werden. Diesen intimen Bereich wieder selbst versorgen zu

können, steigert das Selbstbewusstsein. Die Reinigung des Gesäßes ist hinsichtlich des Bewegungsvorgangs identisch zur Reinigung auf der Toilette, nur in einer anderen Ausgangsstellung und in einem sehr sicheren Rahmen. Damit stellt sie eine Vorübung für den Toilettengang dar.

Oberkörperpflege auf dem Stuhl sitzend

Für die Oberkörperpflege wurde für den vorgestellten Patienten (Abb. 7) die im Rollstuhl sitzende Position gewählt. Um ihm besser beim Lernen der Vorlage zu helfen und um seiner schmerzhaften Schulter gerecht zu werden, wurde er nicht vor das Waschbecken gefahren. Eine Waschschiüssel wurde auf einem Stuhl vor den Patienten gestellt. Grund dafür war, durch die relativ tief stehende Waschschiüssel den Patienten in Richtung nach vorne unten einzuladen und die Vorlage für den Transfer zu verbessern. Der vor dem Patienten stehende Stuhl ist bewusst in Kontakt mit dem Knie, so dass die Hüfte dadurch eine Referenz erfährt und die nötige Hüftbeugung leichter abrufbar wird. Auch das Gefühl für Sicherheit wird durch den Spürkontakt am Knie erhöht. Der schmerzhafte Arm konnte so gefahrlos unten auf einem Kissen liegen bleiben. Zum Waschen der Achselhöhle kann die Pflegeperson den Arm so leichter nach vorne führen als am Waschbecken. Auf Abb. 13 ist erkennbar, wie schwer es dem Patienten fällt, sich nach vorne zu bewegen.

Der Patient wird dazu angeleitet, seine Arme so zu verschränken, dass er mit seiner besseren Hand den mehrbetroffenen Ellbogen unterstützt. Er wird dann in eine Art Kutschersitz bewegt. In dieser Position kann er

Abb. 13



seinen Oberarm selbst in der Schultergelenkpfanne sichern und Sorge dafür tragen, dass mit dem Rumpf seine Schulter schmerzfrei bewegt wird. In dieser stabilen Position kann nun das Becken beim Rückenwaschen in Richtung anterior und posterior bewegt werden. Indirekt wird damit auch der Schultergürtel mobilisiert.

Abb. 14



Bei diesem Patienten war im Sitzen das Becken meist eher nach hinten abgelegt (posteriore Stellung). Um die Aufrichtung (anterior) des Beckens zu fördern, wird entlang der Wirbelsäule vom unteren Kreuzbein bis zur

Lendenwirbelsäule beidseitig gewaschen mit dem Ziel der Aktivierung der Multifidii. Durch die Position im „Kutschersitz“ kommt es insgesamt zur Länge der gesamten autochthonen Rückenmuskulatur. Wird nun das Becken durch die beschriebene Maßnahme bewegt, so kommt es zur Aktivierung entlang der gesamten Wirbelsäule.

Abb. 15



In Abb. 15 darf der Patient seine Stirn bei der Pflegeperson ablegen. Der Schultergürtel wird auf einer Seite mit der Hand und auf der anderen Seite durch den Körper der Pflegeperson stabilisiert. Mit ihren Fingern und der Frotteestruktur des Waschlappens wirkt sie spannungsmindernd auf die Hals- und Nackenmuskulatur ein. Während der Patient so stabilisiert wird, kann er kleine Bewegungen seines Beckens leisten. Das Waschen in dieser Weise ermöglicht unmittelbar danach einen längeren beweglicheren Nacken und damit einen freier beweglichen Kopf. Indirekt wird dabei auch die Muskulatur des Schultergürtels mobilisiert, ohne direkt am Arm zu arbeiten.

Ziele der Körperpflege bei diesem Patienten waren:

- Aufbau von Corestabilität
- Erarbeiten der Vorlage für den Transfer
- Bessere Repräsentation der Füße
- Verbesserung der Orientierung Körper-Körper und Körper-Raum
- Erarbeiten von Handlungsschritten
- Steigerung der Aufmerksamkeit
- Schmerzfreier Umgang mit dem rechten Arm

Teilkörperpflege im stabilen Sitz im Bett

Der stabile Sitz im Bett⁴ bietet sich vor allem für Patienten an, die noch viel Unterstützungsfläche benötigen. Der abgebildete Patient ist 64 Jahre alt, hatte einen Infarkt der Arteria cerebri media mit anschließender Einblutung und Kraniektomie. Er wurde eine Woche beatmet.

Abb. 16



Symptomatisch zeigte er:

- Hemiplegie rechts
- Antriebsarmut
- Kreislaufschwäche
- Schultersubluxation rechts
- Aphasie
- Dyspraxie

Dieser Patient war hinsichtlich Kreislauf und Ausdauer (konditionell und konzentrativ) noch wenig belastbar. Immer wieder benötigte er kurze Pausen. Deswegen wurde der stabile Sitz im Bett als Ausgangsstellung für die Körperpflege gewählt. Durch die Vertikalisierung wird über das vestibuläre System Einfluss auf die posturale Kontrolle genommen. Die Vigilanz wird über das aufsteigende retikuläre aktivierende System (ARAS) durch die Vertikalisierung gesteigert. Voraussetzung dafür ist die korrekte Ausrichtung der Körperabschnitte zueinander (Schwerkrafteinwirkung). Wie in Abb. 16 ersichtlich, ist das Becken durch eine gefaltete Bettdecke aufgerichtet, sodass der Patient auf seinen Sitzbeinhöckern zum Sitzen kommt. Mit Handtuchrollen werden auf beiden Seiten die Glutäen jeweils unter den Tuben zugeordnet. Wenn man im Selbstversuch im Sitzen mit beiden Händen die Gesäßmuskulatur nach außen zieht, spürt man, dass sich das Becken nach hinten legt und der Rumpf in Flexion gelangt. Bringt man nun mit den Händen von außen die Glutäen wieder unter die Sitzbeinhöcker, so kommt es deutlich zur Aufrichtung des gesamten Oberkörpers. Dies erhöht Wachsamkeit und Aufmerksamkeit.

Die seitlich überstehende Decke wird rechts und links des Rumpfes fest anmodelliert. Dies gibt Halt gegen seitliches Abkippen. Zusätzlich kann man die Enden so einschlagen, dass die Ellbogen einen rumpfnahen Platz finden. Die Höhe wird so angepasst, dass der Humeruskopf in der Gelenkpfanne zentriert ist. Die Füße, mit festem Material unterlagert (hier ein keilförmiges Pack), geben einen weiteren stabilen Referenzpunkt, gegen den bewegt werden kann.

Abb. 17



Damit der Patient seine Hand selbst waschen kann und es nicht zu unkontrollierter Bewegung in der Schulter kommt, stabilisiert (Abb. 17) die Pflegeperson mit ihrem Arm den Oberarm des Patienten an dessen Rumpf. Von der stabil gehaltenen Hand gibt sie noch Schub in Richtung des Ellbogens. Dies ist eine wesentliche Prophylaxe für Schulterschmerzen. So können sich Pflegeperson und Patient vollständig auf die Hand, die gewaschen wird, konzentrieren. Zum Waschen oder Deodorieren des Armes muss der Arm etwas vom Körper wegbewegt werden. Die Pflegeperson stabilisiert den Arm vom Ellbogen aus in Richtung Schulter und bewegt den Arm erst vom Körper weg, wenn sie den Humeruskopf in der Pfanne zentriert hat.

Der Patient kann so seinen Arm waschen (Abb. 18) oder das Deo einbringen.

Auf der besseren Seite hat dieser Patient (Abb. 19) genügend Beweglichkeit, um mit seiner Hand auf der gleichen Seite in die Achselhöhle zu gelangen und diese zu waschen.

Abb. 18



Abb. 19



Das T-Shirt wurde zum Kleiden so auf den Oberschenkeln des Patienten ausgebreitet, dass er gut erkennen konnte wie es dem Körper zugeordnet werden muss. Anschließend wurde das Ärmelloch so geformt, dass die Röhre zum Durchschlüpfen gut sichtbar war. Die Pflegeperson stabilisiert (Abb. 20) vom Oberarm aus diesen in der Schulter und mit ihrer zweiten Hand das rechte Handgelenk des Patienten. So kann anschließend gemeinsam das T-Shirt über den Arm gezogen werden.

Abb. 20



In dem Moment, in dem das T-Shirt über den Kopf gezogen wird, ist der Patient quasi blind. Zur Überwindung dieses unangenehmen Gefühls, ziehen viele Patienten hektisch an dem Kleidungsstück, ohne Achtsamkeit dafür, was an Arm oder Schulter geschieht. Dabei wird vielfach der gelähmte Arm mit hochgezogen. Im ungesicherten, nicht zentrierten Schultergelenk kann es dann zu Mikrotraumen kommen. Deswegen empfiehlt es sich einen betroffenen Arm schon vorher in Richtung Schulter zu stabilisieren und im Timing passend anzuheben (Abb. 21).

Abb. 21



Zum Herunterziehen des Hemdes fordert die Pflegeperson den Patienten auf, sich mit seinen Händen zu den Füßen zu bewegen. In dieser Situation ist schon erkennbar, dass dieser Patient auch so seine Beine waschen könnte (Abb. 22).

Abb. 22



Querbettsitz

Der Querbettsitz bietet sich vor allem für Patienten an, bei denen aufgrund von Kreislaufinstabilität nicht absehbar ist, wie lange sie die Sitzposition bewältigen können. Ist für einen schwierigen Transfer kein zweiter Helfer abrufbar, bietet sich der Querbettsitz als wertvolle Alternative für Aktivitäten an. (s. Abb. 23)

In dieser Position sitzt der Patient sehr stabil. Sollte aufgrund von Kreislaufinstabilität ein zügiges Ablegen nötig werden, ist dies auch von nur einer helfenden Person leistbar. Über die Seitenlage wird der Patient an die Bettkante mobilisiert. Eine längsgefaltete Decke, die in U-Form um das Becken modelliert wird, sorgt für die Beckenaufrichtung. Das Kopfteil wird als seitliche Begrenzung maximal hochgestellt. Im Rücken und seitlich wird der Pa-

Abb. 23



tient durch Packs stabilisiert. Der Arm wird so unterlagert, dass der Humeruskopf in der Pfanne gesichert ist. Ein gebremster, höhenverstellbarer Ergotherapie-Tisch vor dem Patienten beugt dem Sturz nach vorne vor. Beide Füße stehen auf dem Boden. Für leichtere Aktivierung empfiehlt es sich, die Betthöhe so einzustellen, dass die Hüften etwas höher als Knie sind. Ziel ist die leichtere Rumpfaufrichtung.

Abb. 24



Angelehnter Stand

Freies Stehen am Waschbecken setzt sehr viel Balance voraus. In der Frühphase der Rehabilitation ist diese Voraussetzung oft noch nicht gegeben. Trotzdem sollte dem Patienten immer wieder eine kleine Sequenz des Stehens ermöglicht werden. Gründe hierfür sind:

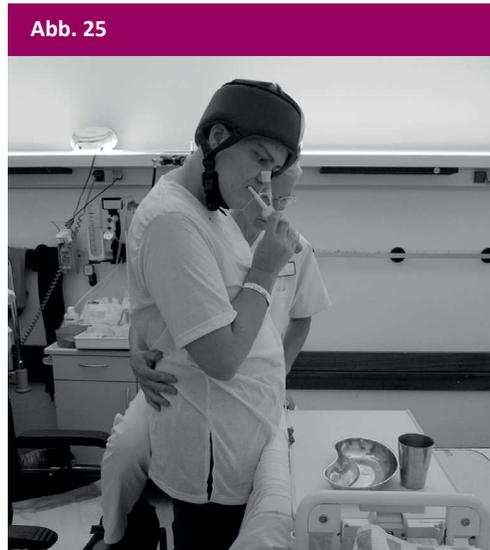
- Vertikalisierung
- Abruf extensorischer Aktivität
- Schulung von Gleichgewicht
- Kontrakturenprophylaxe
- Motivation

Eine sichernde stabile Umwelt wirkt Mut machend und lädt zum Ausprobieren ein. Zu einem feststehenden Bett haben Patienten in der Regel mehr Zutrauen als zu einem sich bewegenden Menschen. Das Bettende bietet sich als stabile Referenz dafür an.

Der Patient sitzt so nah vor dem Bettende, dass sich, wenn er auf dem Stuhl vorgerutscht ist, Fußspitze und Knie senkrecht unter dem Bettholm befinden. Seitlich stehend fasziliert die Pflegeperson das Aufstehen. Im Stand ist es dann wichtig, dass das Becken vom Unterbauch aus in Aufrichtung geführt und zum Bettholm bewegt wird, sodass der Patient sich anlehnen kann. Die Aufrichtung des Beckens hilft dabei, dass der gesamte obere Rumpf mehr Aufrichtung abrufen kann. Worte, wie: „Bauchnabel vor zum Bettholm“ können die Bewegung unterstützen. Die Pflegeperson kann bei Bedarf ein Bein auf den Rollstuhl stellen (vorher eine Einmalunterlage als Schutz auf die Sitzfläche legen) und mit ihrem Knie (Abb. 25), dem Becken von hinten Halt geben. Die Knie des Patienten finden ein Gegenlager am Bettbrett. Kommt der Patient aus der Balance, kann er sein Gewicht zur besseren Seite

verlagern. Eine schon vorher über den Bettholm gelegte Bettdecke kann als Polster für die Knie das Stehen erleichtern.

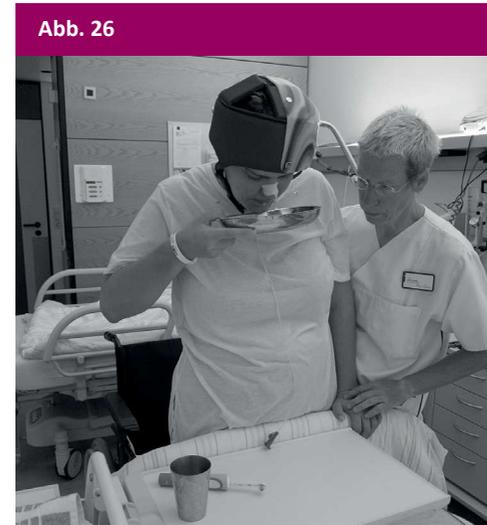
Abb. 25



Diese Position bietet sich sowohl für eine Oberkörperpflege, aber auch für eine Sequenz wie Zähneputzen oder Frisieren an. Steht der Abruf extensorischer Aktivität im Vordergrund, bieten sich Handlungen wie Zähneputzen und Kämmen besonders an. Diese Handlungen fördern von sich aus bereits die Aufrichtung und sind in der Regel vor dem Ereignis auch im Stehen ausgeführt worden.

Zur Verbesserung der inneren Orientierung wird die mehrbetroffene Hand von der Pflegeperson (Abb. 26) am Bettholm stabilisiert. Der sensorische Einstrom dieser Hand hilft der Körper- und Nahraumorientierung sowie der Balancefindung. Jede Bewegung der handelnden Hand führt zu kleinen Bewegungen der anderen Schulter. Durch das Gegenlager am Bettholm (geschlossene Muskelkette)

Abb. 26



können Schulterblatt stabilisierende Muskeln leichter aktiv werden und somit zum Haltungshintergrund beitragen. Indirekt werden dadurch auch die betroffene Hand und der Arm bewegt. Der stabile Haltungshintergrund im Rumpf ist eine Voraussetzung für exakt dosierte Armbewegung und Handmanipulation.

Therapeutisch aktivierende Körperpflege erfordert von den Pflegenden

- Fähigkeiten- und Problemanalyse
- Situationsanalyse
- gezielte Wahl der Ausgangsposition
- Gestalten der Umgebung
- leistungsgemessene Sequenzen
- interdisziplinären Austausch

Die Begleitung bei der Körperpflege bietet eine sehr nahe Begegnung und ermöglicht es, den Patienten auf körperlicher, kognitiver und emotionaler Ebene zu erfassen. Durch die alltagsorientierte Handlung können Gedächtnis Spuren reaktiviert, neu gebahnt und vertieft werden. Die Motivation, diese Alltagshandlung

gen wieder selbständig zu bewältigen, steigert den Erfolg, die Partizipation wirkt sich wiederum positiv auf das Selbstbewusstsein aus. Die Schnittstelle zwischen Therapie und Pflege ist in der Frührehabilitation sehr groß. Der interdisziplinäre Austausch ist wesentlich. Werden in der Therapie erarbeitete Bewegungs- und Handlungsteilphasen in den Alltagsaktivitäten integriert, variiert und repetiert, so entstehen größere und komplexere Bewegungssets und werden automatisiert. Wissen die Therapeuten, bei welchen Teilhandlungen der Patient an körperliche Limits gelangt, können sie diese gezielt in der Therapie erweitern. Für den größtmöglichen Benefit des Patienten ist es wichtig, dass alle im Team am selben Strang ziehen. Jedes Teammitglied hat spezifische Aufgaben und kann mit kleinen Handlungen eine große Wirkung erzielen, die zu einem gemeinsamen Ziel führt.

Autorin:

Gabi Jacobs

Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA®
Krankenschwester

Klinikum Karlsbad-Langensteinbach

E-Mail: gabi.jacobs@web.de

Quellen:

1. GfK Umfrage: Körperpflege und Styling kosten fünf Stunden pro Woche (www.sueddeutsche.de/news/wirtschaft/ vom 4. Februar 2016, 14:10 Uhr)
2. BIKA Definitionen: www.bika.de/definition.html
3. Jacobs, G. (2018): Pflege der neuronalen Hirnlandkarte – Körperpflege und Händewaschen. CNE.fortbildung 2.2018. Thieme Verlag Stuttgart.
4. BIKA Leitlinien: www.bika.de/leitlinien.html