

**LiN<sup>®</sup> - Lagerung in Neutralstellung**

**Stabiler Sitz im Bett**

**als optimale Lagerung**

**bei der Nahrungsaufnahme**

im

**Qualifikationskurs**

**zur**

**Stroke Nurse**

am

Weiterbildungszentrum Westpfalz-Klinikum  
e.V.

vorgelegt von

Anne-Kathrin Brach-Hame

Kleinblittersdorf, Januar 2012

## „Wir schlucken mit dem Becken“

(Haltungshintergrund: „Wir schlucken mit dem Becken“  
Karin Gamp Lehmann, Heike Sticher,  
aus: Ricki Nusser-Müller-Busch (Hrsg.),  
„Die Therapie des facio-oralen Traktes“)

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	3
2	Lagerung in Neutralstellung .....	4
2.1	Halt und Stabilität .....	5
2.2	Unterstützungsfläche .....	5
2.3	Verkürzungen und Überdehnungen der Muskeln .....	6
2.4	Stellung der Körperabschnitte zueinander .....	6
2.5	Lagerung in Neutralstellung am Beispiel des stabilen Sitzes im Bett .....	7
3	Physiologische Haltung bei der Nahrungsaufnahme .....	8
3.1	Haltungshintergrund .....	8
3.2	Physiologische Sitzhaltung bei der Nahrungsaufnahme .....	9
3.3	Veränderte Sitzhaltung .....	9
3.4	Am Schlucken beteiligte Strukturen .....	10
3.4.1	Das Zungenbein .....	10
3.4.2	Zusammenhang Zungenbein und Wirbelsäule .....	11
3.4.3	Zusammenhang Zungenbein und Schläfenbein .....	11
3.4.4	Zusammenhang Zungenbein und Unterkiefer .....	11
3.4.5	Zusammenhang Zungenbein und Zunge .....	11
3.4.6	Zusammenhang Zungenbein und thorako-abdominale Verbindungen .....	12
4	Lagerung bei der Nahrungsaufnahme .....	12
4.1	Im Stuhl .....	12
4.2	Im stabilen Sitz im Bett .....	12
5	Häufig auftretende Probleme .....	13
5.1	Das Bett .....	13
5.2	Die Matratze .....	13
5.3	Der Lehnstuhl .....	14
5.4	Die Zeit .....	14
6	Fazit .....	16
7	Quellenverzeichnis .....	18
8	Erklärung .....	19

## 1 Einleitung

Heutzutage sollen Pflegende nicht nur die Rolle des Versorgenden einnehmen sondern durch ihre Arbeit den rehabilitativ-therapeutischen Prozess des Patienten unterstützen. Die Kinästhetik, die Basale Stimulation, das Bobath-Konzept, die F.O.T. Therapie<sup>1</sup> sind nur einige therapeutische Konzepte, mit denen Pflegende sich aktiv auseinander setzen müssen. Gerade in der Neurologie ist es wichtig, dem Patienten Bewegungs- und Haltungsmuster anzubieten, die eine größtmögliche Rehabilitation gewährleisten. In der Akut- oder Subakutphase hat die therapeutische Unterstützung durch das Pflegefachpersonal eine starke Wirksamkeit. Was in der Akutphase verpasst wird, kann häufig nicht mehr oder nur schwer nachgeholt werden. Das Pflegepersonal ist jedoch nicht immer in allen Institutionen mit therapeutischen Konzepten ausreichend vertraut. In den Akutkliniken sind es nur wenige Mitarbeiter, die einen umfangreichen und qualifizierten Grund- und Aufbaukurs zu therapeutischen Konzepten besucht haben. Häufig müssen sich motivierte und weiterqualifizierte Mitarbeiter gegen althergebrachte Strukturen durchsetzen. Hinzu kommt, dass Pflegefachkräfte mit pflegefremden Tätigkeiten wie Blutentnahmen, Venenverweilkanülen legen, umfangreiche Dokumentationen etc. beauftragt sind, sodass die Notwendigkeit der Anwendung der Konzepte oft in den Hintergrund gerät. Als Folge bleiben die Therapien den Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten vorbehalten.

Ein gutes Beispiel dafür, wie Pflegende unterstützend therapeutisch eingreifen können, ist die Lagerung bei der Nahrungsverabreichung. Eine gute Lagerung ist die beste Voraussetzung für den Patienten, den Tonus zu regulieren und den Haltungshintergrund zu erfahren, der ein gutes Lernen möglich macht. Leider ist in der Praxis häufig zu beobachten, dass die Patienten bei der Nahrungsaufnahme nur unzureichend gelagert werden. Wenn sie mobilisiert werden, dann oft in den Lehnstuhl. Nehmen sie im Bett die Mahlzeiten zu sich, wird selten auf eine physiologische oder bequeme Lage geachtet. Dabei kann der Patient von einer guten Lagerung bei der Nahrungsaufnahme sehr profitieren. Er ist wacher, kann sich auf seine Aufgaben besser konzentrieren,

---

<sup>1</sup> F.O.T.T: Facio-Orale-Trakt Therapie nach Coombes

sitzt bequem und fühlt sich wohl. Bei meinen Recherchen bin ich auf den Logopäden Alexander Fillbrandt gestoßen, der kritisierte, dass das Pflegepersonal in Krankenhäusern und Heimen oft bemängelt, es sei keine Zeit, die Patienten in eine angemessene Sitzposition zu bringen. Seiner Meinung nach gibt es nur eine Lösung des Problems: „ist keine optimierte Lagerung der Patienten möglich, dann ist die Konsequenz: keine orale Kost“ (vgl. Fillbrandt 2011). Diese Formulierung ist zwar sehr provokant, enthält meiner Meinung nach aber bei Patienten mit Schluckstörungen einen wahren Kern. Natürlich bedeutet eine schlechte Lagerung nicht zwangsläufig Nahrungskarenz. Trotzdem möchte ich in dieser Arbeit den Schritt wagen und der Aussage von Herrn Fillbrandt beipflichten, indem ich erläutere, dass das Schlucken in Zusammenhang mit der angebotenen Sitzposition steht.

Die Mobilisation des Patienten in den Stuhl oder das Sitzen am Tisch ist ohne Zweifel die beste Lagerung zur Nahrungsaufnahme und hat immer die höchste Priorität. In der Akutphase ist es wegen unzureichender Vitalfunktion nicht immer möglich, den Patienten in den Stuhl zu mobilisieren. Dennoch gibt es Möglichkeiten adäquate Sitzpositionen auch im Bett anzubieten.

## **2 Lagerung in Neutralstellung**

Eine Möglichkeit der Lagerung ist das von Heidrun Pickenbrock entwickelte Lagerungskonzept „Lagerung in Neutralstellung“ (später auch LiN<sup>®</sup> genannt). Heidrun Pickenbrock, Physiotherapeutin und Bobath-Instruktorin IBITA<sup>2</sup>, hat LiN<sup>®</sup> aus folgenden Überlegungen heraus entwickelt:

Beim aufrecht stehenden Menschen befinden sich seine Gelenke in Nullstellung. Dies bedeutet, dass sich die Körperabschnitte in einer Position zwischen Beugung und Streckung, Abspreizen und übermäßigem Heranführen sowie Innen- und Außenrotation befindet. Aus der Neutralstellung heraus kann man sich in alle Richtungen leicht bewegen. Liegt ein Mensch auf einer weichen Unterlage verlässt er aufgrund der Schwerkraft die Neutralstellung. In Rückenlage sind die Beine meist außenrotiert, die Arme abgespreizt, in

---

<sup>2</sup> IBITA=International Bobath Instructors Assosiation)

Seitenlage sinkt die gesamte Wirbelsäule Richtung Bett und der untere Schultergürtel wird komprimiert. Das ist auf die Dauer unbequem. Außerdem ist es so schwieriger, die stabilisierende Grundspannung der Rumpfmuskeln als Basis für Bewegung aufrecht zu erhalten. Dem Gesunden macht das wenige Probleme und er kann es sich durch regelmäßige Lageveränderung bequem machen. Ein Patient mit Hirnschädigung kann sich häufig über lange Zeitabschnitte nicht bewegen und es sich nicht bequem machen. Dies und die ungünstige Stellung der Körperabschnitte zueinander können zusätzlich zu den bestehenden Paresen zu sekundären Tonusveränderungen führen.

## **2.1 Halt und Stabilität**

Eine Hirnschädigung führt zunächst zu schlaffen Paresen, später können sich spastisch/hypertone Paresen entwickeln. Der Patient mit Parese hat nicht länger die Fähigkeit, normale Muskelspannung aufzubauen. Menschen mit hypotonen und hypertonen Körperabschnitten fällt es schwerer, sich zu halten oder sich zu bewegen. Der Mensch ist bestrebt sich gegen die Schwerkraft zu halten. Da diese Fähigkeit bei Patienten mit Hirnschädigungen z. T. erhalten ist, kann die Entstehung von Hypertonus auch sekundäre Ursachen haben, nämlich das Bestreben, sich zu halten. Das kann zur Folge haben, dass Arme und Beine statt des Rumpfs Halt suchen. Diese Muskelgruppen, die normalerweise nicht für das Halten zuständig sind, können immer hypertoner werden und passive Bewegungen schwieriger machen. Um diese Fehlkompensation in Grenzen zu halten, muss eine Lagerung dem Patienten ein ausreichendes Maß an Halt und Stabilität bieten.

## **2.2 Unterstützungsfläche**

Je größer die Auflagefläche des Körpers ist, desto geringer ist der Tonus, also die Körperspannung. Eine kleine Auflagefläche erfordert viel Muskelaktivität. Ein Beispiel: eine Balletttänzerin, die eine sehr kleine Kontaktfläche hat - nämlich nur ihre Zehenspitzen - benötigt eine sehr große Körperspannung. Im Gegensatz dazu ist weniger Muskelaktivität im Sitzen und Liegen nötig. Wenn sich ein stehender Mensch an die Wand lehnt, stellt man fest, dass zwischen den Auflagepunkten und der Unterstützungsfläche viele Hohlräume entstehen. Diese physiologischen Hohlstellen - nämlich der Nacken, die Schulter, die

doppel-S-förmige Wirbelsäule, die Knie und die Fersen – sollen bei der Lagerung so ausgefüllt werden, dass eine größtmögliche Unterstützungsfläche entsteht und der Tonus nicht ansteigen muss.

### **2.3 Verkürzungen und Überdehnungen der Muskeln**

Legt sich ein gesunder Mensch ins Bett, passt sich der Körper der Unterlage an. Dabei werden einige Körperabschnitte gedehnt, andere werden verkürzt. Dieser Zustand hält bei einem sich normal bewegenden Menschen mit gut arbeitenden Hirnfunktionen nicht lange an, da er sich sofort umlagern wird, wenn die Lage unbequem wird. Patienten mit Hirnschädigungen haben häufig Probleme, das Zusammenspiel ihrer Muskeln zu koordinieren. Lang andauernde Dehnungen und Verkürzungen führen zu Problemen der Innervierung der Muskulatur und damit zu lagerungsbedingten Tonusveränderungen. Aus diesem Grund wird bei LiN<sup>®</sup> die Unterlage an den Patienten angepasst, so dass keine Verkürzung bzw. Überdehnung stattfindet.

### **2.4 Stellungen der Körperabschnitte zueinander**

Wie bereits erwähnt, wird bei LiN<sup>®</sup> von der Neutralstellung, der Position des stehenden Menschen ausgegangen. Der Schultergürtel und der Beckengürtel stehen parallel zueinander, die Längsachse<sup>3</sup> steht senkrecht zu Schulter- und Beckengürtel. So ist gewährleistet, dass die Wirbelsäule nicht verdreht ist. Der Kopf steht in Verlängerung der Längsachse. Die Arme sind körpernah und liegen leicht an der „Kleidernaht“ an. Die Hände sind leicht geöffnet, die Füße senkrecht zum Unterschenkel. Im Bobath-Konzept spricht man von Alignment<sup>4</sup> d.h. die Körperabschnitte sind günstig zueinander positioniert. Im Gegensatz zum Alignment, führt Malalignment<sup>5</sup> dazu, dass Muskeln, die anhaltend verkürzt sind, den Tonus erhöhen und umgekehrt, verlängerte Muskeln erschwert Aktivität aufbauen.

---

<sup>3</sup> gedachte Linie zwischen Schambein, Nabel, Kehlgrube, Nase

<sup>4</sup> griechisch: Ausrichtung, Positionieren auf Linie

<sup>5</sup> Fehlausrichtung

## **2.5 Lagerung in Neutralstellung am Beispiel des stabilen Sitzes im Bett**

Eine Alternative zum Sitzen im Rollstuhl stellt der stabile Sitz im Bett dar. Es werden dabei alle oben genannten Bedingungen erfüllt. Allerdings wird die Position des stehenden Menschen nicht komplett übernommen, sondern die des aufrecht Sitzenden, da die Beine im Bereich der Hüften und Knie gebeugt sind.

Es ist wichtig, dass der Patient zu Beginn der Lagerungsmaßnahme möglichst oben im Bett zu liegen kommt. Das heißt, er muss mit seinem Hüftgelenk direkt über dem Scharnier des Kopfteils liegen. Zuerst wird eine Decke der Länge nach gedrittelt und quer unter den Oberkörper des liegenden Patienten gebracht. Die überstehenden Enden der Decke werden an den Patienten anmodelliert (am Besten nach innen eindrehen und fest an den Patienten andrücken). So wird dem Patienten Halt und Stabilität gegeben und die Unterstützungsfläche wird an den Patienten angepasst. Nun wird die Stellung des Beckens kontrolliert. Es soll nicht verdreht oder abgeknickt werden. Dann wird Lagerungsmaterial unter die Beine des Patienten gebracht, so dass die Beine etwa 45 Grad gebeugt sind. Je nach Umfang des Patienten oder Länge der Beine werden eine Decke und ein bis zwei Kissen benötigt. Die Decke wird zu einem Keil zusammen gefaltet am Gesäß unter die Oberschenkel des Patienten gelegt und fest angedrückt. Der Keil soll verhindern, dass der Patient, wenn er in aufrechter Position ist, wieder nach unten abrutscht. Dann wird nach Bedarf ein oder zwei Kissen unter die Beine des Patienten gelegt, sodass ein Abknicken der Hüften und Knie erreicht wird. Nach diesen Maßnahmen wird das Kopfteil des Bettes etwa 45 Grad hoch gestellt. Das Bett wird nun insgesamt in Kopfhoch-Fußtieflage gebracht. Der Patient kann so fast vollständig aufrecht sitzen. Bei dieser Positionierung ist der Rumpf durch die seitlich anmodellierte Decke gestützt, die Arme liegen so nah wie möglich an. Die Ellenbogen und Unterarme müssen nun noch von unten gestützt werden, sodass das Gewicht der Arme nicht an Rumpf, Kopf und Oberkörper zieht. Rumpf, Hals und Kopf können auf diese Weise bedeutend leichter gegen die negativen Einwirkungen der Schwerkraft geschützt werden. Die Körperabschnitte sind günstig zueinander positioniert, eine Verdrehung der Wirbelsäule wird vermieden. Oft ist es so, dass der Patient in dieser Position in



der Lage ist, seinen Kopf selbstständig zu halten. Bewegungen sind in alle Richtungen möglich, sodass der Patient aktiv an Therapien teilnehmen oder Aktivitäten des täglichen Lebens verrichten kann.

### **3 Physiologische Haltung beim Schlucken**

Die Nahrungsaufnahme ist ein Grundbedürfnis des menschlichen Lebens und ein zentraler Repräsentant von Lebensqualität. Es wird gegessen, wenn Appetit oder Hunger verspürt wird, alleine oder in Gesellschaft. Überwiegend wird dabei eine aufrechte Position (Stehen oder Sitzen) eingenommen.

#### **3.1 Haltungshintergrund**

Ein Patient mit neurologischen Erkrankungen ist häufig nicht in der Lage seine Position selbstständig in einer physiologischen Art und Weise zu verändern. Grund dafür kann sowohl die fehlende Kraft sein als auch die Verzerrung der sensorischen<sup>6</sup> und sensomotorischen<sup>7</sup> Informationen, die von dem Patienten nicht adäquat eingeordnet werden können. Der Patient wird sich nur so bewegen, wie es ihm durch seine veränderte Sensomotorik möglich ist. Durch eine Hirnschädigung ist der gesamte Mensch betroffen, nicht nur bestimmte Nerven- oder Muskelgruppen. Es soll also immer der Mensch individuell in seinen funktionellen Zusammenhängen gesehen werden. Jeder Mensch hat eine unendliche Anzahl von Bewegungsmöglichkeiten und er benötigt ein gut koordiniertes System von begleitender Haltung, um dabei im Gleichgewicht zu bleiben. Er muss in der Lage sein, einfache oder komplexere Funktionen effizient auszuführen. Das bedeutet, dass Haltung die Basis jeder Bewegung ist.

„Es muss betont werden, dass die Haltung die Basis jeder Bewegung ist und dass jede Bewegung aus der Haltung ihren Anfang nimmt und in ihr endet.“ (Wright 1954 aus: Ricky Nusser-Müller-Busch „Die Therapie des facio-oralen Traktes“ S.52 ).

---

<sup>6</sup> Sensorik= Gesamtheit der Sinneswahrnehmungsvorgänge

<sup>7</sup> Sensomotrik= unmittelbare Steuerung und Kontrolle der Bewegungen aufgrund Sinnesrückmeldungen

Bei der Nahrungsaufnahme findet die Bewegung im facio-oralen Trakt statt. Daher ist es notwendig an physiologischer Haltung, der Grundlage der uneingeschränkten Bewegung des Individuums, zu arbeiten.

### **3.2 Physiologische Sitzhaltung bei der Nahrungsaufnahme**

Je größer die Probleme aufgrund einer Hirnläsion beim Schlucken sind, desto wichtiger ist es, bei der Nahrungsaufnahme eine physiologische Sitzhaltung einzunehmen. Die Stellung der Halswirbelsäule und des Kopfes entstehen reflektiv aus der Stellung von Becken, Lenden- und Brustwirbelsäule. Beim Sitzen am Tisch ist das Becken als Basis des Sitzens neutral. Das heißt, es ist weder nach vorne noch nach hinten gekippt. Die Füße stehen auf dem Boden, die Hüften und die Knie sind circa 90° flektiert. Die Wirbelsäule sowie der Hals und Kopf können sich so leichter aufrecht darüber ausrichten. Es entsteht eine S-Form der Wirbelsäule. Die Schwerkraftlinie fällt zwischen die Sitzhöcker. Diese Stellung bietet den optimalen Haltungshintergrund und macht Bewegungen in alle Richtungen möglich. Der Mensch ist in der Lage, den Kopf zu drehen oder zu neigen, mit Nachbarn zu reden, die Hände frei zu benutzen, zu kauen und zu schlucken. Zungenbein und Kehlkopf sind in alle Richtungen frei beweglich. Auch das Zwerchfell hat in dieser Stellung eine große Bewegungsfreiheit, die für eine uneingeschränkte Atmung, die beim Essen wichtig ist, sorgt.

### **3.3 Veränderte Sitzhaltung**

Ist das Becken aufgrund einer Haltungsinsuffizienz oder einer schlechten Lagerung nach hinten gekippt, kommt es zu folgenden Konsequenzen: Die Belastung liegt nicht mehr auf den Sitzhöckern sondern dahinter. Es kommt zu einer weiterlaufenden Flexion<sup>8</sup> der Lendenwirbelsäule und daraus resultierend zu einer vermehrten Kyphose<sup>9</sup> der Brustwirbelsäule. Dies wiederum verursacht eine Flexion der Halswirbelsäule. Da jedoch jeder Mensch das Bedürfnis hat, etwas von der Welt oder seinem Gegenüber zu sehen, bleibt die Augenlinie nicht zu Boden gerichtet, sondern wird sich horizontal einstellen. Dadurch

---

<sup>8</sup> lat. Beugung, biegen

<sup>9</sup> griech. Buckelung; nach hinten konvexe Krümmung der Wirbelsäule

kommt es zu einer kompensatorischen Hyperextension<sup>10</sup> der oberen Halswirbelsäule. Der Nacken wird sehr „kurz“, der Unterkiefer wird zurückgeschoben. Eine verstärkte Extension in der Halswirbelsäule hat einen sofortigen Einfluss auf alle am Schluckvorgang beteiligten Strukturen wie Gelenke, Muskeln, Faszien und Nerven. Bei intakter Sensomotorik ist Essen und Schlucken aus fast jeder Ausgangsstellung möglich, der gesunde Mensch kann dies mit Muskelkraft ausgleichen. Sind Sensorik und Kompensationsmechanismen eingeschränkt, muss eine Ausgangsstellung entsprechend physiologischer Grundsätze angeboten werden.

### **3.4 Am Schlucken beteiligte Strukturen**

#### **3.4.1 Das Zungenbein**

Eine zentrale Rolle beim Schluckvorgang wird dem Zungenbein (os hyoideum, Hyoid) zugeschrieben. Das Zungenbein ist ein hufeisenförmiger Knochen an der Knickstelle zwischen Mundboden und Hals auf Höhe des 3. Halswirbelkörpers. Es hat keine knöchernen Gelenkverbindungen sondern ist nur über Muskeln, Bänder und Faszien mit anderen Knochen verbunden. Vom Zungenbein bestehen Verbindungen zum Unterkiefer, zum Schläfenbein, zum Brustbein, zum Schlüsselbein, zum Schulterblatt und zur Wirbelsäule.

Das Zungenbein wird als „schwimmender Anker“ beschrieben. Das bedeutet, dass es in seiner Funktion als Punktum stabile (stabilisierend) oder Punktum mobile (flexibel) bei allem Bewegungen des Schluckens wechselnd agiert. Durch Umkehr der beiden Funktionen ist eine Änderung der Muskelzugrichtung möglich, d.h. dass die Muskulatur, die vorher den Unterkiefer zum Beißen und Kauen geöffnet hat, jetzt die Hebung von Zungenbein und Kehlkopf beim Schlucken ermöglicht. Die Funktion als „schwimmender Anker“ ist sehr labil und sensibel. Ist einer der Muskeln nicht mehr in der Lage seine Funktion – anspannen oder loslassen – auszuführen, kann es zu Funktionsstörungen aller umliegenden Muskeln und damit des Schluckens kommen.

---

<sup>10</sup> starke Überstreckung eines Gelenkes

### **3.4.2 Zusammenhang Zungenbein und Wirbelsäule**

Durch die Hyperextension der oberen Halswirbelsäule ist der Raum für den Austritt der Nerven zu eng. Dort kann es zu Druckläsionen und dadurch zu Beeinträchtigung der innervierten Muskulatur kommen. Auch die ventralen Halsfaszien, die bei einer Hyperextension stark gedehnt werden, haben einen Einfluss auf die Beweglichkeit des Zungenbeins.

### **3.4.3 Zusammenhang Zungenbein und Schläfenbein**

Hält die Hyperextension der Halswirbelsäule über einen längeren Zeitraum an, kann es zu Kontrakturen der Verbindungen zwischen Zungen- und Schläfenbein kommen. Der Kopf ist überstreckt und kann nur noch mit vermehrtem Kraftaufwand in die Neutralstellung oder Beugung gebracht werden.

### **3.4.4 Zusammenhang Zungenbein und Unterkiefer**

Das Zungenbein ist mit den Muskeln, die den Mundboden bilden, verbunden. Ist das Zungenbein in seiner Funktion als Punktum stabile behindert, wird als Folge der Kiefer vermehrt nach unten gehalten. Dies kann sowohl den Kieferschluss als auch die Zungenfunktion beim Schlucken erschweren.

### **3.4.5 Zusammenhang Zungenbein und Zunge**

Die Funktion der Zunge ist von einer optimalen Kopfhaltung – und damit von der Beckenstellung - abhängig. Die muskulären Verbindungen zwischen Zungenbein und Zunge können das Spannungsgleichgewicht der Zunge beeinflussen und eine Hebung der Zunge erschweren. Hier kann die Therapie der F.O.T.T.<sup>®</sup> angeboten werden, z B soll der Kieferkontrollgriff das Zungenbein in seiner Funktion als Punktum stabile unterstützen, um eine Transportbewegung einzuleiten.

### **3.4.6 Zusammenhang Zungenbein und thorako-abdominale Verbindungen**

Es besteht eine Faszienverbindung (bindegewebige Verbindung) vom Zwerchfell bis zur Schädelbasis. Innerhalb dieser Verbindungen liegen alle für das Schlucken, Sprechen und Atmen relevanten Strukturen. Durch eine Fehlhaltung kann es zu Verkürzungen dieser Strukturen kommen. Als Folge können Schwierigkeiten beim Schlucken und Atmen auftreten.

## **4 Lagerung bei der Nahrungsaufnahme**

### **4.1 Im Stuhl**

Das aufrechte Sitzen stellt die beste Lagerung zur Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen dar und ist am einfachsten in einem Stuhl am Tisch zu erreichen. Hierbei stehen alle Körperabschnitte physiologisch am günstigsten zueinander. Voraussetzung ist, dass der Patient auf dem Stuhl möglichst weit hinten sitzt, die Hüfte ca. 90° gebeugt, die Knie flektiert und die Füße fest auf dem Boden aufstehen. Bei Patienten, die Tendenz haben im Stuhl nach vorne abzurutschen, reicht es oft aus, ein gerolltes Handtuch von hinten und seitlich um die Sitzbeinhöcker zu legen. Ein Aufrichten der Wirbelsäule wird auf diese Weise möglich. Für Patienten, die sich nicht selbstständig halten können, ist der Sitz im Stuhl zur Essensaufnahme nicht geeignet. Hier muss eine andere Möglichkeit gefunden werden.

### **4.2 Im stabilen Sitz im Bett**

In Kapitel 2.5 wurden bereits die einzelnen Lagerungsschritte des stabilen Sitzes im Bett beschrieben. Die Lagerung ist einerseits für Patienten geeignet, die ihr Gewicht im Sitzen im Stuhl, Rollstuhl oder an der Bettkante nicht ausreichend gegen die Schwerkraft aufrichten können. Auf der anderen Seite bietet es den Patienten, deren Kreislaufsituation es nicht zulässt außerhalb des Betts zu sitzen, eine Möglichkeit, sich zur Essenseinnahme adäquat im Bett zu positionieren. Da der Patient sich in der Grundposition Sitzen befindet, gibt er sein Gewicht über die Knochen des Beckenrings an die Unterstützungsfläche ab. Die Muskeln sind dadurch weniger mit Halten beschäftigt und so freier für Bewegungen und Aktivitäten.

## **5 Häufig auftretende Probleme**

### **5.1 Das Bett**

Stiegmeyerbetten, die in den Kliniken zum größten Teil eingesetzt werden<sup>11</sup>, teilen sich in 1/3 Kopf- und 2/3 Fußteil. Somit wird der Mensch im Bereich der unteren Brustwirbelsäule geknickt, wenn das Kopfteil hochgestellt ist. Nur ein Knick im Hüftgelenk kann aber eine aufrechten Rumpf und eine gute Stellung von Hals und Kopf erreichen. Dafür muss der Patient mit dem Rumpf im ersten Drittel des Bettes liegen. Ist dies nicht gewährleistet, knickt der Rumpf ein, das Becken rutscht nach vorne, normales Schlucken und uneingeschränktes Atmen sind erschwert.

Es ist besonders schwierig, große Patienten in eine aufrechte Sitzposition zu bringen, da sie mit dem Oberkörper über das Kopfteil des Bettes hinaus ragen müssen. Der Oberkörper des Patienten ist häufig länger als das obere Drittel der Matratze. Wenn keine elektrischen Betten zur Verfügung stehen, gestaltet sich das Anheben des Kopfteils als äußerst problematisch.

### **5.2 Die Matratze**

Weichlagerungs- oder Luftlagerungssysteme haben viele Nachteile. Die Lagerung und die Bewegungen des Patienten sind erschwert. In Kapitel 2.2 wurde beschrieben, dass der Muskeltonus abhängig von der Größe der Unterstüzungfläche ist. Ebenso ist der Tonus abhängig von der Beschaffenheit der Unterstüzungfläche. Je weicher das Material ist, desto mehr Tonus wird aufgebaut. Ein Beispiel: mit beiden Füßen steht man stabil auf dem Boden. Auf einer mit Luft gefüllten Hüpfburg ist es schwierig zu stehen, sich zu halten und sich zu bewegen. Hier braucht man viel Muskelspannung. Eine aufrechte Sitzposition ist in einem Bett mit Luftlagerungssystem nicht möglich, da die mit Luft gefüllte Matratze zu dick ist, um das Kopfteil weit hoch zu stellen. Der Patient wird immer wieder herunter rutschen, da keine Möglichkeit besteht, dem Patienten die nötige Stabilität zu geben.

---

<sup>11</sup> „Nach eigenen Angaben ist das Unternehmen (...) mit einem Marktanteil von jeweils 50% Marktführer“ vergl. Stiegmeyer auf Wikipedia

### **5.3 Der Lehnstuhl**

Lehnstühle, die üblicherweise in Akutkliniken zur Verfügung stehen, bieten eine gute Möglichkeit schwer betroffene Patienten zu mobilisieren. Ihr Einsatz sollte jedoch situationsbedingt überdacht werden. Wenn der Patient nach längerer Zeit im Bett oder bei instabiler Kreislaufsituation mobilisiert wird, ist der Lehnstuhl sicherlich die richtige Wahl. Rücken- und Fußteil können so verstellt werden, dass der Patient bei problematischer Situation jederzeit in die waagerechte Position gebracht werden kann. Zur Essensaufnahme ist der Lehnstuhl allerdings nur bedingt geeignet. Er bietet dem Patienten nicht genügend Möglichkeit, selbst eine aufrechte Sitzposition einnehmen zu können. Mit viel Lagerungsmaterial, ähnlich wie im stabilen Sitz im Bett, kann die Sitzhaltung allerdings auch im Lehnstuhl adaptiert werden.

### **5.4 Die Zeit**

Viele Pflegekräfte bemängeln, dass sie nicht genügend Zeit haben, den Patienten in eine angemessene Sitzposition zu bringen. Laut einer Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Pflegethermometer 2009) bestehen vor dem Hintergrund des chronischen Personalmangels erhebliche Mängel in der Patientenversorgung.

„Es zeigen sich insbesondere Probleme bei Arbeiten wie der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender, sowie Unterstützung der Nahrungsaufnahme“ (Vgl. dip. Plegethermometer 2009, S. 7-8)

Es zeichnet sich ab, dass insbesondere in Einrichtungen, in denen mit einer besonders ausgedünnten Personaldecke bei gleichzeitigem Anstieg der Patientenzahlen gearbeitet wird, vermehrt Probleme bei der Patientenversorgung auftreten. Dies lässt den Schluss zu, dass sich die abnehmende Pflegekapazität und die hohe Arbeitsdichte, die sich in den letzten 5 Jahren abzeichnet, in hohem Maße auf die Patientenversorgung auswirkt.

„Im Vergleich zum Plegethermometer 2007 (...) fallen die Aussagen im Plegethermometer 2009 hinsichtlich der Vermeidung von unerwünschten Ereignissen im Bereich der Ganzkörperpflege, der Mobilisation, der

Patientenüberwachung, der Unterstützung in der Nahrungsaufnahme sowie in der Schmerzmittelverabreichung durchgehend schlechter aus“. (vgl. dip. Pflgeethermometer 2009 S.8)

Allerdings sagen auch mehr als 80 % der befragten Pflegekräfte, dass sie trotz der erschwerten Personalsituation die Versorgung der Patienten gewährleisten können. Dies bedeutet, dass Pflegenden professionell mit dem Personalmangel umgehen und sinnvoll Prioritäten bei der Patientenversorgung setzen können. Pflegekräfte sind willig zu lernen und wollen den ihnen anvertrauten Patienten nicht schaden. Die Zeit, die benötigt wird, neu erlernte Tätigkeiten (z.B. LiN®) routiniert ausführen zu können, ist nicht weg zu diskutieren. Qualität braucht Zeit. Allerdings ist auch die Zeit, die eingespart wird, nicht zu vernachlässigen: beispielsweise die Zeit, die Patienten weniger mit Komplikationen wie mit Aspirationspneumonien im Krankenhaus verbringen, die Zeit, in der Patienten unruhig sind und „quängeln“, weil sie nicht bequem sitzen, die Zeit, die eine adäquate Lagerung dem Patienten verhilft, selbstständig zu essen statt gefüttert zu werden oder die Zeit, in der Patienten aufgrund ihrer besseren Beweglichkeit größere Therapieerfolge haben. Das ist Zeit, die nachhaltig wirkt und die letztendlich auch Kosten sparen kann.



## 6 Fazit

In meiner Einleitung bin ich darauf eingegangen, dass Pflegende heutzutage maßgebend am rehabilitativ-therapeutischen Prozess der Patienten beteiligt sein müssen. Dies wird sowohl in der Pflegeausbildung, in Fort- und Weiterbildungen als auch in Qualifikationskursen wie zum Beispiel dem „Stroke Nurse“ Weiterqualifikationskurs vermittelt. Dabei spielen die verschiedenen therapeutischen Konzepte eine tragende Rolle. Auffallend dabei ist, dass viele therapeutische Konzepte die gleiche Basis haben: sie sollen dem Patienten Haltungshintergrund bieten, um ihm zu helfen, sich wieder in einer physiologischen Strategie zu bewegen. Sowohl das Lagerungskonzept LiN<sup>®</sup> als auch die F.O.T.T.<sup>®</sup> lassen Grundgedanken aus dem Bobath-Konzept erkennen. Weitere Konzepte wie Kinästhetik, Basale Stimulation als auch die oben genannten Konzepte sind sowohl Bewegungs- als auch Wahrnehmungskonzepte und enthalten Parallelen.

In meiner Arbeit wollte ich auf die aus Zeitgründen entstandenen Missstände in Akutkliniken und in Altenheimen aufmerksam machen. Therapeutische Konzepte werden größtenteils nicht angewandt. Die Folge daraus sind unselbstständige Patienten, die auf der Stelle stehen bleiben und sich nicht weiterentwickeln. Dies verursacht Kosten. Wenn Patienten nicht in eine adäquate Sitzposition gebracht werden, kann ihnen entweder die Lust auf das Essen vergehen, sie können sich weigern oder sie können sich verschlucken. Die Konsequenz kann eine Aspirationspneumonie als Komplikation oder eine enterale Ernährung über Sonde bei Nahrungsverweigerung sein. Dies verursacht weitere Kosten und führt zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der Lebensqualität der Patienten.

Selbstverständlich ist bei einer neuronalen Dysphagie auf eine enterale Ernährung über Sonde nicht zu verzichten. Dennoch können die Patienten auch bei Sondenapplikation physiologisch gelagert werden, um Sekundärkomplikationen wie Spastiken oder Kontrakturen zu vermeiden. Wichtig ist auch hier, den Patienten Halt und Stabilität zu vermitteln.

Wir sollten uns als Pflegende nicht immer hinter der Zeit verstecken. Manchmal ist mehr möglich, als man denkt. Die Nischen, die zur Verfügung stehen, sollten

erkannt und genutzt werden. Pflegende sind in der Lage professionell Schwerpunkte im Sinne des Patienten zu setzen. Sie sind außerdem bereit und kompetent therapeutisch zu denken und zu handeln.

Therapeutische Konzepte erleichtern das Arbeiten mit den Patienten, sie stehlen keine Zeit. Die Patienten bezahlen dafür. Die Patienten danken dafür.

## 7 Quellenverzeichnis:

### Literatur:

Klein-Tarolli, Esther Ideenhandbuch zur Positionsunterstützung Oktober 2006

Nusser-Müller-Busch, Ricki (Hrsg): Die Therapie des Facio-Oralen Traktes  
3. Auflage Springer Heidelberg 2011

Nydal Peter (Hrsg.): Wachkoma; Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma, 3.Auflage, Urban und Fischer

### Internetquellen:

[www.alexanderfillbrandt.de/dysphagie-und-lagerung-121/](http://www.alexanderfillbrandt.de/dysphagie-und-lagerung-121/)

Gedanken eines Logopäden © 2010-2012 Alexander Fillbrandt

[www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_Pflege-Thermometer\\_2009.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf)

[www.lin-arge.de](http://www.lin-arge.de)

-Doris Krasser: Lagerung - auch ein Thema für Ergotherapeuten

-Schmitz S. Facharbeit zur schriftlichen Prüfung:

Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma;

Thema: Lagerung eines Menschen im Wachkoma

## Erklärung

Diese Arbeit wurde von mir persönlich und nur unter Hinzuziehen der angegebenen Quellen angefertigt.

Kleinblittersdorf 03.01.2012

Anne-Kathrin Brach-Hame