

Die Pflegekonzepte Bobath und
LIN[®] - Lagerung in Neutralstellung

Ein Weg zur Rehabilitation durch sich
ergänzende Konzepte

Facharbeit

Im Rahmen des Qualifikationskurses
Stroke Unit

Kursleitung: Cläre Jakobs

Vorgelegt von

Susanne Scharf

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
I. Definition und Aufgaben einer Stroke Unit (SU)	2
II. Bedeutung der aktivierenden Pflege und der Lagerung	3
III. Vorstellung des Bobath-Konzepts	5
III.1 Entstehung des Bobath-Konzepts	7
III.2 Ziele des Bobath-Konzepts	8
III.3 Umsetzung des Bobath-Konzepts im Pflegealltag	9
IV. Vorstellung LIN [®] nach Heidrun Pickenbrock	12
IV.1 Entstehung der Lagerung in Neutralstellung [®]	15
IV.2 Ziele der Lagerung in Neutralstellung [®]	16
IV.3 Umsetzung im Pflegealltag	17
V. Bobath und LIN [®] im Vergleich	19
Fazit	20
Anhang	21
Literaturverzeichnis	24
Erklärung zur Facharbeit	25

Einleitung:

Heutzutage erkranken in Deutschland ca. 250 000 Menschen jährlich an einem akuten Schlaganfall. Davon versterben ca. 20% an den Folgen¹. Mit Hilfe von so genannten Stroke Units (SU, spez. Einrichtung für akute Schlaganfälle) hat man die Sterberate nach Schlaganfällen sowie auch die Folgen des Schlaganfalls senken können. Folgen eines Schlaganfalls können diverse Symptome sein: Halbseitenlähmung, Spastizitätⁱ und Neglektⁱⁱ sind hier nur drei schwerwiegende, die aber bis zur Invalidität des einzelnen Patienten führen können. Auf einer SU setzt schon frühzeitig das interdisziplinäre Team (Ärzte, Pflegende, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie) ein, um möglichst alle Folgen zu mindern bzw. zu verhindern. Diese Spezialeinheiten sind nahezu optimal auf die Behandlung von akuten Schlaganfällen ausgerichtet. Mit diesen Spezialeinheiten werde ich mich noch genauer in meiner Facharbeit auseinandersetzen.

Nachdem ich jetzt nahezu 10 Jahre auf einer SU arbeite, habe ich festgestellt, wie wichtig gerade die therapeutisch-aktivierende Pflege und auch das optimale, individuelle Lagern der Schlaganfallpatienten ist; gerade um ein positives Outcome der Patienten zu gewährleisten.

Die therapiefreie Zeit nimmt den größten Teil des Tagesablaufs eines Patienten im Krankenhaus ein. Diese Zeit sollte daher besonders von uns Pflegenden sinnvoll und effektiv durch eine spezielle und optimale Positionierung der Patienten vorbereitet werden, damit es den Patienten gelingt aus ihrer Position heraus so einfach und erfolgreich wie möglich an den Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben. Nach diesen optimal genutzten Ruhephasen kann der Patient dann deutlich besser und effektiver an den anstehenden, aktivierenden Therapien teilnehmen.

In meiner Facharbeit möchte ich genauer auf das Bobath-Konzept und auch auf die Lagerung in Neutralstellung[®] eingehen und herausstellen welche Auswirkungen diese Pflegekonzepte auf die Patienten haben.

Die Frage, die ich mir hierzu stelle lautet: Wie kann man die therapeutisch-aktivierende Pflege nach Bobath und die Lagerung in Neutralstellung[®] gezielt einsetzen, um den Patienten zu fördern bzw. zu aktivieren?

¹ Pressemitteilung 01.09.2011 Deutsche Gesellschaft für Neurologie

I. Definition und Aufgaben einer Stroke Unit:

Auf einen Schlag ist alles anders! Ein Schlaganfall kommt immer aus heiterem Himmel. Die oftmals bleibenden Behinderungen, die mit dem Schlaganfall einhergehen, verlangen oft eine komplette Umstellung des Lebens und auch der Lebensumstände. Mit dieser unsicheren und angstverbundenen Situation müssen Patienten und auch Angehörige erst einmal umgehen.

Patienten, die mit einem akuten Schlaganfall ins Krankenhaus eingeliefert werden, werden nicht zuletzt auch deshalb auf sogenannten SU betreut. Dies ist eine Sondereinrichtung, die nur Patienten mit der Diagnose Schlaganfall 24 Stunden am Tag, also rund um die Uhr, überwacht. Dort wird sichergestellt, dass die Patienten eine dem aktuellen medizinischen Wissenstand angepasste, optimale Behandlung erhalten und dass auch die Angehörigen durch optimal geschultes Personal betreut werden. Mögliche Komplikationen, sowie Spätfolgen eines Schlaganfalls sollen schon hier möglichst verhindert werden; das Team der SU versucht ebenso Langzeitschäden wie Behinderungen zu vermeiden und beginnt schon am Tag des Schlaganfalls auf der Station mit der Rehabilitation.

Das SU-Team umfasst neben der medizinischen Therapie Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sozialdienst. Dieses Team sollte sich gegenseitig unterstützen und ergänzen, um den Patienten während seiner Erkrankung zu begleiten und ihn so gut wie möglich in eine Frührehabilitation, eine Anschlußheilbehandlung oder in ein nahezu eigenständiges Leben zu entlassen. Wir als professionell Pflegende auf einer SU haben folgende Hauptaufgaben zu leisten:

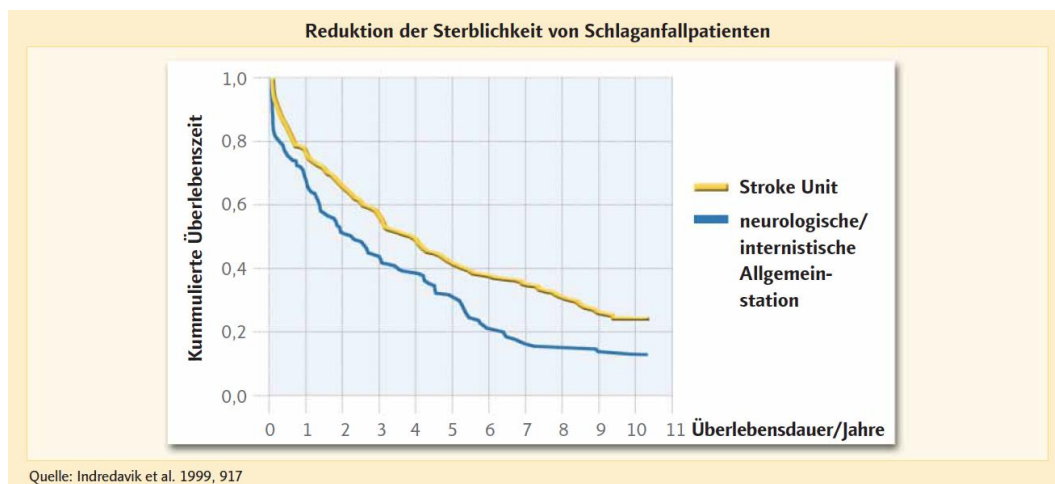
1. den aktuellen Patientenzustand fachlich-kompetent erkennen, um Folgeschäden zu vermeiden.
2. die Patientenangehörigen aufklären und auch mit in die Pflegeprozedur einbeziehen.
3. den oft unsicheren, ängstlichen Patienten in dieser Lebenssituation stärkend begleiten sowie
4. den Patienten im Rahmen seiner Möglichkeiten aktivierend bewegen. Wobei dies in der Akutphase erst intensiver durch uns Pflegende und in etwa ab dem 3. Tag unter aktivierenden Aspekten geschehen sollte.
5. neuropsychologische Störungen wie z.B. Neglekt oder Agnosieⁱⁱⁱ zu erkennen und danach zu handeln.
6. auftretenden Schluckstörungen erkennen und fachkompetente Maßnahmen einleiten die Aspirationen und Pneumonien vermeiden.

Denn nur durch die Behandlung auf einer SU schaffen wir in Kombination mit der medizinischen, sowie anderen Therapien die Basis für ein positives Outcome der Patienten und können schon früh, also von Beginn der Erkrankung an, mit der Rehabilitation der Patienten beginnen. Das Ziel der Rehabilitation sollte es sein, dass wir bevorstehende Schäden vermeiden, vorhandene Fähigkeiten der Patienten erhalten, bestehende Restfunktionen aufbauen und entwickeln, verlorene Funktion anbahnen, größtmögliche persönliche Unabhängigkeit verschaffen und die Patienten ins soziale und wirtschaftliche Leben

wiedereingliedern.² Rehabilitation beginnt also schon mit Eintreffen der Schlaganfallpatienten im Krankenhaus und muss von uns Pflegenden durch therapeutisch-aktivierende Pflege und durch begleitende optimale Positionierungen der schwerstbetroffenen Patienten unterstützt werden.

Eine SU sollte höchstens 5 bis 8 Betten umfassen. Voraussetzung für eine SU ist die stetige kardiale Überwachung (Monitoring mit EKG, Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie) sowie die Durchführbarkeit von intravenösen Lysen und auch Interventionen an der Arteria carotis interna (Thrombendarteriektomie und Stenteinlage) sein.

Laut der aktuellen Studienlage profitieren Schlaganfallpatienten von einer Behandlung auf der SU. Es zeigte sich, dass weniger Patienten nach Schlaganfall versterben und auch eine Minderung des Behindertengrades erreicht werden konnte.



Somit ist es erwiesen, dass SU eine sinnvolle Entwicklung und besonders wichtig für die Betreuung der Patienten mit einem akuten Schlaganfall sind.

II. Bedeutung der aktivierenden Pflege und der Lagerung:

Die therapeutisch aktivierende Pflege hat gerade nach neurologischen Schädigungen eine große Bedeutung für die Rehabilitation der Patienten. Eine Rehabilitation beinhaltet immer die Ziele: „größtmögliche Unabhängigkeit für den Patienten, optimale Teilnahme am sozialen und wirtschaftlichen Leben“ und „bei bleibender Pflegebedürftigkeit Verbesserung der Fähigkeiten des Patienten zu erreichen“³. Wir als Pflegenden haben die Aufgabe einmal Gelerntes bei den

² Dagmar Fröhlich, Pflegepraxis des Bobath-Konzeptes, S.35

³ Dagmar Fröhlich, Pflegepraxis des Bobath-Konzeptes, S.32

Patienten wieder abzurufen und auch Ersatztechniken zu vermitteln, mit denen der Patient seinen späteren Alltag wieder möglichst selbständig meistern kann. Aktivierende Pflege dient dem Patienten als Hilfe zur Selbsthilfe!

Wie schon in meiner Einleitung beschrieben halte ich auch eine optimale Lagerung gerade der schwerstbetroffenen Patienten während der therapiefreien Zeit für unerlässlich. Denn Lagerungen helfen nicht nur das Wohlbefinden des Patienten zu fördern, sondern auch die Voraussetzungen für eine erfolgreiche aktivierende Therapie zu schaffen. Lagerung beinhaltet eine zielgerichtete Positionierung eines Pflegebedürftigen in eine bestimmte, günstige Körperhaltung. Zielsetzung der Lagerung ist in erster Linie die Druckentlastung und Vermeidung von Folgeschäden, sowie auch die Unterstützung der therapeutischen Maßnahmen und der Schmerzlinderung. Lagerung soll das Wohlbefinden der Patienten fördern und den Patienten erholsame Ruhephasen ermöglichen. Der Begriff „Lagerung“ ist umstritten. In Expertenstandards spricht man eher von den Begriffen „Positionsunterstützung“ bzw. „Positionsunterstützende Maßnahmen“.

Lagerung ist wichtig, denn „Wie man sich bettet, so liegt man!“ Dieses Sprichwort hat nicht nur einen metaphorischen Sinn. Was passiert aber, wenn jemand nicht mehr fähig ist sich selbst zu betten? Durch Behinderungen wie Halbseitenlähmung sind die Patienten oft nicht mehr in der Lage sich selbst zu drehen. Die Patienten befinden sich in völliger Orientierungslosigkeit, denn das Zusammenspiel beider Körperhälften ist verlorengegangen. Hier ist es besonders wichtig diesen Patienten Halt und Orientierung von außen zu vermitteln.

Ein Patient, der in einem bequemen Bett liegt aber selbst keine Lageveränderung durchführen kann, empfindet eine schlechte Position sehr schnell als unbequem und später sogar als schmerzhaft. Dies zeigte mir nicht nur meine Erfahrung, sondern ist schon durch Grundkenntnisse in der Dekubitusprophylaxe (Druck, Zeit, Disposition) beschrieben worden.⁴ Wichtig ist natürlich ein bequemes Bett, aber zehnmal wichtiger sollte eine bequeme Positionierung sein, die der Patient auch gut mal zwei Stunden tolerieren kann. Hier soll es aber nicht bedeuten, dass der Patient sich in der Position nicht bewegen darf. Vielmehr soll der Patient aus der optimalen Lagerung heraus eine leichtere Ausgangsposition für Bewegung erhalten. Denn Patienten können aus einer passenden Position besser an den Aktivitäten des täglichen Lebens teilhaben. Ziele der Lagerung zusammengefasst wären also: „Bequemlichkeit, Schmerzfreiheit, Ruhe, Sicherheit, Stabilität, Anpassung des Muskeltonus für Ruhe und Aktivität, Erleichterung der Bewegung, Vorbeugung von Dekubitus^{iv}, Kontrakturen und Pneumonie, Kreislaufanregung und Förderung der Wahrnehmung“⁵.

⁴ Dekubitusstandard, Klinik Mönchengladbach LVR

⁵ Cassier-Woidasky, Nahrwold, Glahn, Pflege von Patienten mit Schlaganfall, S.92

Da es die Aufgabe des Pflegepersonals sein sollte, die Patienten möglichst mobil in Ihren Alltag zu entlassen, müssen wir uns ständig selbst überprüfen und die Patienten so konsequent, bequem und sicher positionieren wie nur möglich, um zu erreichen, dass die Patienten nach den Ruhephasen effektiv bei der aktivierenden Pflege mitmachen können.

Da es viele verschiedene Lagerungsmöglichkeiten gibt, kann man den Alltag der Patienten individuell und situationsabhängig gestalten. Positionsmöglichkeiten wären die Rückenlage, die Seitenlage in 30°, 90° oder 135°, die Bauchlage und das Sitzen.

III. Vorstellung des Bobath-Konzepts:

Das Bobath-Konzept dient dazu Patienten mit zentral-neurologischen Störungen zu rehabilitieren; also diesen Patienten ein möglichst eigenständiges Handeln bzw. Leben zu ermöglichen. Das Bobath-Konzept ist nicht starr und fest vorgegeben. Es soll vielmehr auf jeden einzelnen Patienten individuell angepasst werden und ist damit wandelbar. Pflegende sollten täglich ihr Handeln bzw. Ihre Unterstützung bei den Patienten reflektieren und neu überdenken. Das Befinden eines Patienten, sprich: Die möglichen Ressourcen sind nicht immer gleich, sollten aber stetig mit in die Pflege einfließen. Somit wird klar, dass dieses Konzept ein Leitfaden sein soll und nicht ein vorgegebenes Rezept zum Therapieren dieser Patienten. Das Bobath-Konzept ist also keine feste Methode, die man immer genau gleich anwenden kann, sondern dient den Pflegenden dazu sich an gewissen Strukturen zu orientieren. „Ein Konzept weist eine klare Richtung mit definierten Grenzen auf. Innerhalb dieser Grenzen kann/muss man sich bewegen, entfalten und entwickeln. Ein Konzept bedingt Veränderungen und lebt von diesen Veränderungen.“⁶

In erster Linie stützt sich das Bobath-Konzept „auf die lebenslange Fähigkeit des Gehirns sich zu verändern und anzupassen“⁷, ganz egal in wie weit das Gehirn geschädigt ist. Man nennt dies die Plastizität des Gehirns. Damit ist es möglich, dass Patienten Bewegungsabläufe oder Bewegungsmuster wieder neu erlernen oder bereits Erlerntes wieder abrufen können.

Die Aufgabe der Pflegenden sollte darin bestehen die kranken, abhängigen Patienten in ihren täglichen Aktivitäten zu fördern. Die Selbständigkeit der Patienten sollte dabei stetig verbessert werden. Pflege sollte immer ressourcenorientiert und fördernd durchgeführt werden, so ebnen wir den Patienten den Weg zurück in den Alltag. Dies beginnt schon in der Akutphase. In den ersten 24-48 Stunden übernimmt häufig die Pflegende den größeren Anteil des Bewegens. Aber unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Schädigung

⁶ Dagmar Fröhlich, Praxis des Bobath- Konzepts, S.32

⁷ Michaela Friedhoff, Daniela Schieberle, Praxis des Bobath-Konzepts, S.8

sollte eine frühzeitige angepasste Aktivierung angestrebt werden, um Rehabilitation und Regeneration früh in Gang zu setzen.

Eine Kernaussage des Bobath-Konzeptes ist, dass Stabilität des Patientenkörpers wichtig für Bewegung ist. Nur wer eine gewisse Stabilität im Körper aufweist, der kann an anderer Stelle genügend Spielraum für Bewegung entstehen lassen.

Das Bobath-Konzept orientiert sich an normalen Bewegungsabläufen. Durch stetige Wiederholungen hat unser Gehirn schon im Kindesalter bestimmte Bewegungsmuster erlernt und für sich vernetzt. Diese Bewegungen sind immer leicht und fließend und für den einzelnen mit wenig Kraftaufwand verbunden. Bringt man also stetige Wiederholungen in den Pflegeprozess mit ein, kann ein Patient sich dieses besser einprägen und eventuell auch das einmal vor dem Schlaganfall Gelernte wieder automatisch anwenden.

Wichtig ist aber auch die Normalisierung des Muskeltonus. Patienten nach zentraler Schädigung kämpfen entweder mit einer schlaffen Lähmung auf der betroffenen Seite oder einer Anspannung in unangepasstem Maße (Spastizität). Durch eine positive Beeinflussung des Tonus wird aber die Grundlage für normale Bewegung geschaffen. „Die Ausgewogenheit zwischen Anspannung und Entspannung, also angepasst für eine bestimmte Bewegung in einer bestimmten Situation, ist deshalb von wesentlicher Bedeutung.“⁸ Ein Beispiel wäre hier ein Patient mit schlaffer Parese im rechten Bein. Er kann das linke Bein nur bewegen, wenn das betroffene rechte Bein ausreichend stabil ist. Nur dann ist Bewegung überhaupt möglich. Bestimmte Faktoren beeinflussen den Muskeltonus: psychische Faktoren (Trauer, Angst, Unsicherheit, Freude, fremde Umgebung, etc.), mangelnde Information, Temperatur, Geschwindigkeit, Schmerz, etc. können den Muskeltonus unerwünscht ansteigen lassen. Dies sollte von uns Pflegenden stetig überwacht werden, um ungünstige Muskelanspannungen zu vermeiden.

Aber auch spezifische Faktoren wie Unterstützungsfläche^v, Einfluss von Schwerkraft und auch die Stellung der Schlüsselpunkte zueinander nehmen Einfluss auf Bewegung. Schlüsselpunkte bezeichnen bestimmte Körperregionen, an denen sich eine besonders hohe Dichte an Rezeptoren befinden. An der Stellung der Schlüsselpunkte zueinander kann man die Einstellung der Muskulatur für die nächste Bewegung erkennen; also ist die Ausgangsposition Beugung oder Streckung. Über Schlüsselpunkte kann man eine Bewegung leicht und auch effektiv einleiten. Schlüsselpunkte sind: der Schultergürtel, beide Hüften mit dem Becken (proximale Schlüsselpunkte), der Thorax (zentraler Schl.), der Kopf und Hände und Füße (distale Schl.). Liegt der zentrale Schlüsselpunkt vor dem proximalen Schultergürtel, so ist der Patient in Streckung und somit ist es für den Patienten, z.B. in Rückenlage schwer, in die Sitzposition zu gelangen. Deshalb ist es wichtig für uns Pflegende auf die Stellung der Schlüsselpunkte zu achten, um eine optimale Ausgangsposition für Bewegung zu erreichen (Abb. 1 im Anhang).

⁸ Cassier-Woidasky, Nahrwold, Glahn, Pflege von Patienten mit Schlaganfall, S.90

Eine weitere Grundlage des Bobath-Konzepts ist die Förderung der Körperwahrnehmung. Ein Patient muss seinen Körper erst einmal spüren, um ihn auch bewegen zu können.

Hier "wird deutlich, dass die drei Aspekte (Normalisierung des Tonus, Anbahnung normaler Bewegungsabläufe, Förderung der Körperwahrnehmung) einander bedingen und im pflegerischen Alltag nicht voneinander zu trennen sind."⁹

Im Allgemeinen wurde das Bobath-Konzept dahingegen entwickelt, um Patienten mit zentral-neurologischen Schädigungen zu aktivieren und ihnen Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.

III.1 Entstehung des Bobath-Konzeptes

Das sogenannte Bobath-Konzept wurde von dem Ehepaar Karel und Berta Bobath entwickelt. Vorrangig ist hier Berta Bobath zu nennen, die während ihrer jahrelangen Erfahrungen im Bereich der Physiotherapie festgestellt hat, dass die Mobilität der Patienten mit schwerstneurologischen Defiziten durch kontinuierlich fortgeführte, individuell angepasste Übungen gefördert bzw. erhalten werden konnte.

Berta Bobath, geb. Busse (*05.12.1907 in Berlin), entdeckte schon in früher Kindheit durch ihr Interesse an Gymnastik und Tanz die Beziehung zwischen Haltung, Bewegung, Geist und Seele. Diese Elemente finden sich immer noch im Bobath-Konzept wieder. Durch Ihre jüdische Herkunft musste Berta Bobath Deutschland im Jahr 1933 verlassen und emigrierte 1938 nach London.

Ihr späterer Mann Karel (*1905 in Berlin) war ebenfalls jüdischem Glaubens; er verließ Deutschland im Jahr 1933 nachdem man ihm die Approbation und Promotion in Medizin aberkannt hatte. Diese legte er erneut in der Tschechoslowakei ab und floh anschließend nach England.

1939 trafen sich die beiden, die sich schon im Alter von 16 Jahren im Sportverein in Berlin kennenlernten, wieder und heirateten 1941.

Berta Bobath wurde Physiotherapeutin und behandelte Kinder und Erwachsene mit pflegerischer Gymnastik. Sie stellte sich die Frage: Wie geht Bewegung leicht?

Rein auf Erfahrung beruhend stellte Berta Bobath fest, dass sich Spastizität, also unangepasster Tonusaufbau, beeinflussen lässt. Sie sorgte dafür, dass bei Patienten mit Hemiparese die betroffene Seite während der Therapie miteinbezogen wurde.

⁹ Michaela Friedhoff, Daniela Schieberle, Praxis des Bobath-Konzepts, S.16

Ihre Erfolge konnten damals noch nicht neurowissenschaftlich belegt werden und so praktizierte Berta zwar erst das reflexhemmende Positionieren der Patienten und das starre Halten in der Position. Später aber kämpfte sie dagegen an und sie wechselte zu mehr Bewegung. Berta sah den Menschen immer in seiner Gesamtheit und zog ihn in die Therapie mit ein. Später erkannte man das Gehirn als kommunizierendes System und man verstand die Zusammenhänge deutlich besser.

„Muskeltonus lässt sich von außen beeinflussen und Handlungsabläufe können durch gezielte Förderung der Körperwahrnehmung wieder erlernt werden!“ Dieser Leitsatz bildet das Grundkonzept des Bobath-Konzeptes.

1951 eröffneten die Bobaths ein Zentrum für Kinder mit zentralen Bewegungsstörungen. Durch ihr Konzept schaffte es Berta, dass die Kinder aktiver am täglichen Leben teilnehmen konnten. Die Eltern konnten ihre Kinder leichter pflegen. Die Ressourcen der Patienten wurden in den Alltag integriert und gefestigt. Zahlreiches Wiederholen half den Patienten dabei. Hier wurde die Motivation der Patienten stetig gesteigert. Die Pflegenden sollten sich unterstützend bei den Aktivitäten des täglichen Lebens einbringen.¹⁰

„Heute stehen für die Pflege der Schutz der Gelenke, die Vermeidung von unkontrolliertem Tonusaufbau und die Aktivierung zur größtmöglichen Selbstständigkeit im Vordergrund!“¹¹

III.2 Ziele des Bobath-Konzeptes

Das Bobath-Konzept bietet Anregungen, um neurologisch geschädigte Patienten möglichst frühzeitig zu rehabilitieren. Im Vordergrund steht sowohl die Wiedereingliederung der zum Teil jungen Patienten in den Berufsalltag, als auch bei den älteren Patienten die Fähigkeit zur Selbsthilfe und die Rückkehr in das eigene Zuhause. Die Ziele der Rehabilitation nach Bobath sind die Nutzung und der schrittweise Aufbau der Restfunktionen sowie der Anbahnung neuer Bewegung und eventuell das Erlernen von Ersatztechniken.¹²

Mit eigenen Worten: Das Bobath- Konzept hilft Patienten z.B. nach einem Schlaganfall, in einer nun vollkommen neuen und angsterfüllten Situation, sich neu zu orientieren und ebnet den Weg zurück in ein hoffentlich selbstgestaltetes und nicht abhängiges Leben, welches für die Patienten auch noch lebenswert bleibt.

¹⁰ Michaela Friedhoff, Daniela Schieberle ,Praxis des Bobath-Konzepts, S.4ff

¹¹ Michaela Friedhoff, Daniela Schieberl , Praxis des Bobath-Konzepts, S.7

¹² Dagmar Fröhlich, Pflegepraxis des Bobath-Konzeptes, S.37

III.3 Umsetzung des Bobath-Konzepts im Pflegealltag

Das Bobath-Konzept lässt sich sehr leicht in den Pflegealltag integrieren. Wir Pflegenden können uns an den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) orientieren und somit unsere Hilfe bzw. Unterstützung dem Patienten unter Berücksichtigung der Anregungen nach Bobath zukommen lassen. Die Umsetzung des Konzeptes erfolgt leicht und fließend. Hält man sich an die Anregungen, die das Bobath-Konzept liefert, kann man jeden Patienten in seinem Pflegealltag therapeutisch-aktivierend begleiten. Schon wenn man den Patienten anspricht, lässt man den Patienten ihre geschädigte Körperhälfte erfahren. Also man spricht die Patienten von der geschädigten Seite her an und berührt dabei noch initial den Arm. Dabei schauen die Patienten im besten Fall zur geschädigten Seite und erhalten gleichzeitig einen sensiblen Input für ihren geschädigten Arm. Wir sehen also wie einfach, aber auch effektiv die Pflege nach Bobath sein kann. Diese Pflegeanregungen, die Bobath liefert, kann man auf alle ATL's anwenden. Das Bobath-Konzept unterstützt in erster Linie die Aktivierung der Patienten.

An dieser Stelle beschreibe ich verschiedene Positionen nach Bobath und erkläre, welche Auswirkung diese Positionen auf die Patienten haben.

Die A-Lagerung¹³ ist eine Rückenlage nach Bobath. Aus dieser Position heraus können die Bewegungen leicht eingeleitet werden und die Aufmerksamkeit der Patienten kann hier klar auf Bewegung und auf ihr Umfeld gelenkt werden. Ebenso ist diese Position für die Patienten günstig, um mit Angehörigen oder Pflegepersonal besser kommunizieren zu können. Alle weiteren Positionen lassen sich aus der A-Lagerung heraus leichter einnehmen. Diese Position ist aber keinesfalls als Ruheposition gewünscht. Die A-Lagerung sieht folgendermaßen aus:

Der Patient liegt erst einmal flach in Rückenlage. Der Oberkörper wird durch eine Drehbewegung zur gegenüberliegenden Hüfte hin auf die betroffene Seite gebracht. Die Arme liegen dabei auf dem Bauch des Patienten und der Kopf sollte nach vorne (zur Brust) bewegt werden. Dann wird ein Kissen schräg unter den Patienten gebracht. Dabei sollte die Spitze unter dem Kopf liegen bleiben. Mit einem zweiten Kissen verfährt man an der anderen Körperseite genauso. Danach liegen jetzt die Kissen wie ein „A“. Es wird deutlich, dass der Brustkorb zwischen die Kissen einsinkt und somit die Streckung des Oberkörpers reduziert wird. Fällt dabei der Kopf nach hinten, muss ein weiteres Kissen unter den Kopf gelegt werden. Der Patient darf hier nicht im Hohlkreuz liegen, deshalb kann die Kissenstärke des „A“'s stark unterschiedlich sein. Der Patient sollte dann noch die Möglichkeit erhalten seine Arme durch eine Unterlagerung der Ellenbogen seitlich am Körper abzulegen. Dies führt zum gleichzeitigen Schutz des Schultergelenks. Der Patient erhält durch die A-Lagerung die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zur Umwelt und zum eigenen Körper, da hier der Oberkörper etwas aufrecht positioniert ist. Außerdem hat er so eine günstige Ausgangsposition für Bewegung erhalten.

¹³ Michaela Friedhoff, Daniela Schieberle, Praxis des Bobath-Konzepts, S.91ff

A-Lage



Foto: Praxis des Bobath-Konzepts, Friedhoff, M., Schieberle, D.

Die nächste Position ist das Sitzen. Am Günstigsten ist natürlich das Sitzen in einem Stuhl, da es dem üblichen Sitzen am nächsten kommt. Der Sitz im Bett findet meistens seine Anwendung bei den schwerst-neurologisch geschädigten Patienten, die auf Grund von Kontraindikationen noch nicht aus dem Bett dürfen. Diesen Patienten fehlt oft die Rumpfstabilität, welche für einen Sitz sehr wichtig ist. Im Bett ist es möglich diesen Patienten die Rumpfstabilität mittels Kissen und Decken zu ermöglichen. Dies ist dann weniger anstrengend für die Patienten. Der Sitz im Bett eröffnet den Patienten außerdem viele Möglichkeiten. So kann die Körperpflege im Bett leichter durchgeführt werden; der Patient kann leichter essen, lesen oder Besuch empfangen etc.

Der Patient sollte in A-Lage und möglichst weit am Kopfende des Bettes liegen. Dann wird eine gefaltete Decke unter seine Knie gelegt und diese werden so leicht angewinkelt gelagert. Nun leitet der Patient eine Rotationsbewegung nach vorne ein, in dem er seinen Kopf auf die Brust nimmt. Die Pflegende unterstützt den Patienten an beiden Schultergürteln und hält ihn fest, um dann eine zweite am Kopfende befindliche gefaltete Decke im Lendenbereich des Patienten zu positionieren. Nun kann sich der Patient auf die Lagerungsmaterialien zurücklehnen und das Kopfteil des Bettes wird angestellt. Die Seiten der Decke im Lendenbereich werden nun eingerollt und damit dem Patienten Stabilität gegeben. Unter den Kopf muss jetzt nur noch ein Kissen oder gegebenenfalls zwei Kissen als A eingepasst werden. Allerdings kann man das Kissen am Kopf bei guter Kopfkontrolle auch einfach weglassen.¹⁴ Der Patient erhält jetzt eine ganz andere Wahrnehmung im Raum und die Möglichkeit zur Durchführung vieler ATL's wie z.B. sich waschen und kleiden, essen und trinken, kommunizieren etc.

¹⁴ Michaela Friedhoff, Daniela Schieberle, Praxis des Bobath-Konzepts, , S.112ff

Sitz im Bett



Foto: Praxis des Bobath-Konzepts, Friedhoff, M., Schieberle, D.

Die Seitenlage beschreibe ich hier etwas genauer. Diese Position kann allen Patienten als Ruheposition dienen, sollte bei Neigung zur Aspiration angewandt werden, zur Erleichterung der Atmung und/oder des Sekretabflusses, zur Wiederherstellung der Körperwahrnehmung und zur Anbahnung des Schluckens und/oder als Ausgangsstellung der Mundpflege.¹⁵ Natürlich kann man hier sowohl auf die weniger als auch auf die mehrbetroffene Seite positionieren. Ich stelle hier die Positionierung auf die mehr betroffene Seite dar, da der Patient in dieser Position eine gewisse Selbständigkeit behält, welche in der weniger betroffenen Seitenlage stark eingeschränkt bzw. kaum möglich ist. Dies ist wichtig um z.B. die Intimpflege im Bett selbständig unter Ausschluss von fremden Blicken durchzuführen. Die Patienten liegen auf ihrer geschädigten, funktionsuntüchtigen Seite und sind somit in der Lage mit der gesunden Seite aktiv die Intimpflege selbst wahrzunehmen. Die Durchführung sieht wie folgt aus:

Voraussetzung hierfür ist es erst mal die Patienten nahe der Bettkante zu positionieren, damit anschließend ausreichend Platz für eine Drehung vorhanden ist. Da das Drehen auf die mehr betroffene Seite für viele Patienten ein Drehen ins Ungewisse ist (Die Patienten nehmen diese Seite oft gar nicht wahr), könnten sich Mißempfindungen, Übelkeit und Schwindel einstellen. Deshalb ist es wichtig die Drehung auf die Seite in langsamen Schritten durchzuführen. Zuerst wird ein Kissen unter die mehr betroffene Schulter nach oben Richtung Kopf geschoben, damit der Schultergürtel genügend Platz für die Drehung hat. Die Pflegenden steht schon auf der betroffenenen Seite, um gegebenenfalls auf Unwohlsein oder Schmerzen der Patienten reagieren zu können. Da gerade die betroffene Seite der Patienten im Bereich der Schulter und der Hüfte gefährdet ist, müssen diese Bereiche einen besonderen Schutz bei der Drehung erfahren. Es sollten beide Beine angestellt werden und auf den Knien der Pflegenden oder auf einem Kissen abgelegt werden. Der mehrbetroffene Arm wird leicht entfernt vom Körper auf die Matratze positioniert. Dazu wird der Arm unter Drehung von der Pflegenden nach außen und etwas zur Seite bewegt. Der Ellenbogen zeigt jetzt zur Decke. Dann wird der Kopf aktiv vom Patienten in die Richtung der Bewegung, sprich in Richtung der zu drehenden Seite gebracht. Damit leitet der Patient die Bewegung aktiv ein. Während der Drehung achtet die Pflegende darauf, dass die Beine geschlossen und gebeugt bleiben und schützt den

¹⁵ Cassier-Woidasky, Nahrwold, Glahn, Pflege von Patienten mit Schlaganfall, S.93

betroffenen Arm mit einer Hand. Danach sollte das Kissen unter dem Kopf angepasst werden. Die Beine werden so weit wie möglich in Beugung gebracht. Liegt der Patient jetzt sicher in der Bettmitte auf der Seite, müssen wir erst mal für ausreichend Stabilität im Rücken sorgen. Dies schafft man gut mittels einer zusammengerollten Decke. Bringt man jetzt das Nachtschränkchen mit einer Waschschüssel nahe genug an den Patienten, ist dieser in der Lage die Intimpflege gut selbständig durchzuführen. Die Pflegende gibt allenfalls Hilfestellung.

Intimpflege im Bett



Foto: Praxis des Bobath-Konzepts, Friedhoff, M., Schieberle, D.

Positioniert man dann nach der Intimpflege in der Seitenlage muss man das betroffene Bein in Streckung bringen und sollte vorher das weniger betroffene Bein auf einer zusammengefalteten Decke in Beugung ablegen. Zur weiteren Stabilisierung bringt man ein kleines Kissen an den Bauch der Patienten. Ob die Patienten in ihrer Position sicher und entspannt liegen, muss von den Pflegenden stetig überprüft werden. Dies ist leicht an der Muskelspannung der Patienten abzulesen. Die Muskulatur muss sich weich anfühlen - der Patient ist entspannt.

Abschließend ist nochmal zu sagen, dass das Bobath-Konzept ein Konzept zur aktivierenden Pflege darstellt und die Positionen nach Bobath dazu dienen, aus diesen Positionen heraus Bewegung zu fördern-Die Patienten sollen aktiv werden!

IV. Vorstellung der LIN®- Lagerung in Neutralstellung nach Heidrun Pickenbrock

Wie bereits beschrieben, ist die Lagerung gerade in Bezug auf Rehabilitation wichtig in der Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Menschen. Die Abkürzung „LIN®“ steht für Lagerung in Neutralstellung. Dieses interdisziplinäre Lagerungskonzept eignet sich für schwer betroffene Patienten in der Neurologie, der Innern, der Geriatrie, Palliativ- und Intensivmedizin. Diese Lagerungsmethode verschafft den Patienten eine maximale Bequemlichkeit sowie verhindert mögliche sekundäre Schäden. Der Patient kann in einer auf ihn abgestimmten Lagerung mit möglichst günstigen Gelenkstellungen, also einer

Neutralstellung der Gelenke, bequem ausruhen und sich optimal auf die nächste Therapiezeit vorbereiten. Mit dieser Lagerungsmethode wird hierfür die beste Voraussetzung geschaffen. Durch immer knapper werdende Ressourcen im Gesundheitssystem, hier sei z.B. der Fachkräftemangel genannt, können sich die verbleibenden Fachkräfte immer weniger direkt um die Patienten kümmern. Uns Fachkräften bleibt wenig Zeit für jeden einzelnen Patienten und gerade die meiste Zeit des Tages ist der Patient sich selbst überlassen. In dieser Zeit kann es zu sekundären Schäden wie, Spastik, Dekubitus, Kontrakturen etc., kommen, die es gilt durch eine sinnvolle Gestaltung zu vermeiden. Eine Lagerung sollte immer auch „Bewegung zulassen, die Muskelspannung günstig beeinflussen und unbedingt so bequem wie möglich sein.“¹⁶ Lagerung dient ja dazu, den Patienten eine Möglichkeit zu verschaffen, sich auszuruhen und in der Therapiezeit leichter und auch tatkräftiger mitarbeiten zu können. Dies schafft eine Effektivität für die Rehabilitation.

Ein Grundprinzip von LIN® ist erstmal dem Körper der Patienten konsequent Halt zu geben, wo ihm selbst die Stabilität fehlt. Durch eine Hirnschädigung z.B. nach einem Schlaganfall ändert sich die Fähigkeit der Patienten einen normalen Muskeltonus aufzubauen. Es entwickelt sich erstmal eine schlaaffe Parese. In einigen Fällen kann sich später aber eine Spastik entwickeln, welches durch fehlende bzw. gestörte Steuerung der Hirnvorgänge erklärt wird. Ob schlaaffe oder feste Verhältnisse führen dazu, dass der Patient sich nicht mehr selbst halten oder bewegen kann. Ein gesunder Mensch kann sich leicht gegen die Schwerkraft aufrichten. Dies versuchen auch die meisten Schlaganfallpatienten. Deshalb kann ein Hypertonus sekundär auch durch das Bemühen des Patienten sich zu halten entstehen. Der Patient wird immer steifer und fester. Ein Kreislauf, der schwer zu durchbrechen ist. Dies führt zur Unbeweglichkeit der Patienten. Als Schlussfolgerung muss man sagen, dass wir den Patienten demnach ausreichend Halt vermitteln müssen, um diesem Teufelskreis entgegen zu wirken. Führt man Stabilität von außen zu z.B. durch Anstopfen und Modellieren von Lagerungsmaterial an den Körper, wird die Gefahr von Spastik stark gemindert. Der Körper versucht nicht mehr selbst krampfhaft Halt zu erlangen, sondern kann sich gegen die Stabilität von außen lehnen und ausruhen. Das Anstopfen und Modellieren sollte so gestaltet sein, dass man bestehende Hohlräume ausfüllt und die Körperabschnitte durchgehend unterstützt.

Ein weiteres Grundprinzip von LIN® ist es, die Körperabschnitte möglichst günstig in Neutralstellung zueinander zu positionieren. Ein Patient, der im Bett liegen muss, passt seinen Körper der Unterlage, hier der Matratze an. Einige Körperabschnitte liegen nun in Dehnungsstellung andere sind dem angenähert. Der Patient ist aber nicht mehr in der Lage seine Position selbständig zu verändern. Er bleibt in Dehnungsstellung bzw. Streckstellung. Länger anhaltende Verhältnisse führen zu einem erhöhten Muskeltonus und Bewegung wird erschwert. Deshalb sollte die Lagerung so gestaltet werden, dass es möglichst wenig Überdehnungen und Verkürzungen gibt. Dabei soll sich der Körper nicht mehr der Unterlage anpassen, sondern die Unterlage passt sich vielmehr dem

¹⁶ Angela Hartnick, Die Schwester Der Pfleger 45. Jahrg.9/06 „Halt und Beweglichkeit für neurologische Patienten“

Körper des Patienten an. Alle Körperabschnitte werden in eine Neutralstellung gebracht. Es bedeutet die Gelenke werden in eine Position zwischen „Dehnung und Streckung, Abspreizen und übermäßiges Heranführen, Innen- und Außenrotation“¹⁷ gebracht. Der Rumpf des Patienten ist weder in Streckung noch in Beugung. Für die Neutralstellung nimmt man sich am besten einen aufrecht stehenden Menschen als Vorbild. Hier sind alle Gelenke in einer neutralen Stellung und Bewegung geht aus dieser Position heraus sehr leicht.

Aufrecht stehender Mensch



Foto: http://www.bewegungssinn.ch/strukturelle_integration/index.html

Das dritte Grundprinzip von LIN[®] ist die Suche nach individuellen Lösungen und diese auch zu finden. Denn nicht bei allen Patienten lässt sich eine perfekte Neutralstellung schaffen. Viele Patienten kämpfen schon mit Sekundärschäden wie Spastiken oder Kontrakturen. Die Patienten in diesem Zustand in eine Neutralstellung zu bringen, ist nahezu unmöglich. Bei diesen Patienten kann man nur versuchen, so weit wie möglich die Spastiken zu lockern und eine Neutralstellung anzunähern. Die Lagerung selbst sollte aber unbedingt immer bequem sein und dem einzelnen Patienten ein Wohlgefühl verursachen. Hier ist es für uns Pflegende also auch wichtig auf Mimik und Gestik, gerade bei den Aphasikern^{vi}, zu achten.

Natürlich spielt bei LIN[®] auch das Lagerungsmaterial eine große Rolle. Die Menge des Materials hängt davon ab, wie groß der Patient ist und wie schwer er betroffen ist, von seinem Körperumfang und von der Beschaffenheit der Matratze. Grundsätzlich kann man sagen: Je schwerer ein Patient betroffen ist, je mehr Material brauche ich. Um die Lage der Patienten im Bett nach LIN[®] zu modifizieren, nimmt man sich den aufrecht stehenden Menschen zum Vorbild und bringt Lagerungsmaterial durch Stopfen und Modellieren so an den Körper, dass sich alle Gelenke in Neutralstellung befinden.

¹⁷ Angela Hartnick, Die Schwester Der Pfleger 45. Jahrg.9/06 „Halt und Beweglichkeit für neurologische Patienten“

LIN®-Rückenlage



Foto: <http://www.ergotherapie-bohmann.de/lin-fortbildung-in-berlin/lin017/>

IV.1 Entstehung der LIN®

Die LIN® wurde von Heidrun Pickenbrock, geb Ludwig am 01.05.1960 in Erlangen, entwickelt. Nachdem Heidrun Pickenbrock 1980 in Marl ihr Abitur ablegte, vollendete sie 1982 ihr Examen zur Krankengymnastin an der AWTB Aachen und erhielt 1984 nach durchgemachten Praktika in der Sporttraumatologie, Inneren Medizin und neurologischen Rehabilitation ihre staatliche Anerkennung.

Von 1994-97 absolvierte Frau Pickenbrock eine Ausbildung zur IBITA- anerkannten Bobath-Instruktorin und besuchte während ihrer Tätigkeit ständig weitere Fortbildungen in Deutschland, der Schweiz und in den USA. Schließlich begann Frau Pickenbrock 2005 ihr Studium an der Metropolitan University in Leeds, England und sie schloss dieses mit Postgraduate courses im Masterstudiengang „Bobath“ mit Postgraduate Certificate (60 credits) ab. Desweiteren vollendete Heidrun Pickenbrock ein weiteres Studium von 2006-2009 an der Donau-Universität Krems in Österreich, ein Masterstudiengang mit dem Abschluss MSc Neurorehabilitation (90credits). Frau Pickenbrock behandelte hauptsächlich Patienten mit Krankheitsbildern der Neurologie sowie der Orthopädie und der Chirurgie und dieses sowohl im häuslichen Bereich, im Bereich der Praxen und des stationären Bereichs in verschiedenen Krankenhäusern und krankengymnastischen Praxen. Außerdem übernahm sie parallel zu ihrer aktiven Tätigkeit auch immer eine Lehrtätigkeit und hielt europaweit Vorträge. Seit 1997 war Frau Pickenbrock an meiner Arbeitsstätte, dem St.Barbara Hospital in Gladbeck, und dem dazugehörigen Verbandskliniken tätig. Dort erhielt ich sowie viele andere Pflegende und Therapeuten eine Schulung und Anleitung im Pflegekonzept Bobath. Hier half Frau Pickenbrock ebenfalls dabei mit, unsere SU für den Bereich Pflege und Therapie zu zertifizieren und ein Zentrum für multi-modale Therapie bei Patienten mit schwerer Spastik aufzubauen. Während dieser Zeit entwickelte Heidrun Pickenbrock schließlich auch die LIN®-Lagerung in Neutralstellung. Sie stellte fest, dass Patienten mit schwerstneurologischen Schäden in der Neutralstellung Stabilität aufbauen und sich somit besser ausruhen und Sekundärschäden vermindert werden konnten. Ab dem Jahr 2000 schulte und leitete sie dann uns Pflegende und auch Therapeuten in LIN® an. Frau Pickenbrock bildete erst

Instruktoren für Bobath und jetzt auch Trainer für LIN[®] aus. Neben ihrer Tätigkeit kam es zu mehreren Veröffentlichungen im Bereich der Neurorehabilitation. Frau Pickenbrock erhielt für ihr wissenschaftliches Arbeiten den 3.Preis der DGNR 2003 für ihre Posterpräsentation über die Auswirkungen von Lagerung in Neutralstellung[®] auf Vitalparameter und Beweglichkeit bei Patienten mit zentral-neurologischen Erkrankungen. Es zeigte sich, dass sich bei Anwendung von LIN[®] die Vitalparameter stabilisieren und die Beweglichkeit der Gelenke verbessern lassen.¹⁸ Seit 2008 wurde an meiner Klinik eine randomisierte, kontrollierte Studie durchgeführt. Hier ging es um den Einfluss zweier Lagerungskonzepte (Bobath-LIN[®]) auf Beweglichkeit, vegetative Parameter und Bequemlichkeit bei akuten, schwer betroffenen Schlaganfallpatienten. Erste Ergebnisse liegen hier als Masterthese vor.

Zurzeit beschäftigt sich Heidrun Pickenbrock mit einer aktuellen randomisierten, kontrollierten Studie in Bezug auf die Wirksamkeit von LIN[®] im Vergleich zu herkömmlichen Lagerungsmethoden. Hier soll überprüft werden, ob die LIN[®] anderen herkömmlichen Lagerungsmethoden überlegen ist in Bezug auf Regulation des Muskeltonus, Vermeidung von Druckgeschwüren und Regulation von verschiedenen Vitalparametern. Hierzu wurden in verschiedenen Krankenhäusern schwer betroffene Patienten jeweils einmal zufällig in unterschiedliche Positionen und Lagerungskonzepten für je zwei Stunden gelagert und vorher und nachher untersucht. Dabei werden die passive Beweglichkeit und einige Vitalparameter untersucht. Es zeigte sich, dass LIN[®] signifikant besser ist im Hauptzielparame-ter (passive Beweglichkeit der Hüfte und Bequemlichkeit); die Nebenzielparame-ter (Vitalparameter, Beweglichkeit der Schultern) sind noch nicht ausgewertet.¹⁹

IV.2 Ziele der LIN[®]

Die wichtigsten Ziele von LIN[®] sind die Bequemlichkeit der Lagerung und die Vermeidung von Sekundärschäden. Die Möglichkeit, sich gegen den Halt von außen ausruhen zu können, verursacht den Patienten ein höchstes Maß an Wohlbefinden und schafft Kraftreserven für die Therapie. Dies ist ein großer Vorteil für das positive Outcome der Patienten. Nur wer bei der Therapie aufmerksam und motiviert ist, kann lernen und für sich einen Weg aus der Abhängigkeit in die Unabhängigkeit finden. Durch das Vermeiden von stetiger Überdehnung oder Verkürzungen an den Muskeln kann es gar nicht erst zu einem Hypertonus kommen. So können auch keine Spastiken entstehen, die den Patienten zusätzlich in seiner Bewegung einschränken. Ein nächstes Ziel von

¹⁸ H. Pickenbrock, 2001-02 Studie zur Auswirkung von „Lagerung in Neutralstellung“(LIN[®]) auf Vitalparameter und Beweglichkeit (2003 3.Posterpreis der DGNR für diese Arbeit)

¹⁹ telefonische Angabe von H. Pickenbrock am 05.März 2013,

LIN® wäre das Erhalten der Beweglichkeit der schwerst-neurologisch geschädigten Patienten. Nur wer in der Lage ist sich zu bewegen bzw. bewegt zu werden, kann auch eine gute Aussicht auf einen Therapieerfolg erhalten. Wer steif und fest in seiner Haltung ist, kann kaum bewegt werden, geschweige denn sich selbst bewegen.

IV.3 Umsetzung im Alltag

Auch LIN® lässt sich einfach und fließend in den Pflegealltag integrieren. Nachdem man sich mit den Vorgehensweisen bei der Umsetzung vertraut gemacht hat, dauert das Lagern nach LIN® nicht wesentlich länger. Hat man einmal das Prinzip von LIN® verstanden, kann man es wunderbar im Pflegealltag einsetzen, denn LIN® lässt sich auf alle konventionellen Lagerungsmöglichkeiten anwenden. Hier einige Beispiele:

Im Sitzbett gibt LIN® dem Patienten maximalen Halt. Ob bei der Grundpflege oder auch zur Kommunikation. Der stabile Sitz im Bett wird nach LIN® folgend beschrieben:

Der Patient liegt in Rückenlage. An seinen Körperseiten befindet sich jeweils eine Steppdecke. Unter Mithilfe des Patienten werden jetzt erst mal beide Beine angestellt. Der Patient wird über eine Schlängelbewegung Richtung Kopf bewegt. Und zwar so lange, bis die Hüftgelenke und der Knick des Bettes sich auf einer Höhe befinden. Mittels der beiden Steppdecken an den Seiten werden jetzt der Rumpf und die Beine stabilisiert, indem man die Decken an beiden Seiten des Rumpfes anstopft und anmodelliert. Eine keilförmig gefaltete Decke wird unter beide Beine quer sehr nahe ans Gesäß gelegt. Beiden Beinen wird nun von der Hüfte ab viel Halt gegeben. Dabei ist die Hüfte 45° gebeugt und die Knie fast 90°. Man sollte unbedingt darauf achten, dass Ober- und Unterschenkel in einer geraden Linie liegen. Beim Aufstellen des Bettteils ist darauf zu achten, dass der Rumpf weder gestaucht noch gebeugt ist. Gegebenenfalls muss man hier noch seitlich Lagerungsmaterial einbringen, um dem Rumpf Halt zu geben. Eine gefaltete Decke im Lendenbereich kann den Patienten hier aber auch aufrichten und mehr Halt verschaffen. Überstehendes ist dann noch anzustopfen. Die Füße des Patienten benötigen festen Halt, damit der Patient nicht im Bett nach unten rutscht. Dies kann man wieder mittels einer gefalteten Decke lösen. Außerdem ist noch wichtig darauf zu achten, dass der Patient nicht zu viel Druck auf das Steißbein erfährt. Dem kann man entgegenwirken, indem man das Bett im Ganzen schräg nach unten kippt. So wird der Druck mehr in Richtung der Oberschenkel verlagert. Zum Schluss werden die Ellenbogen z.B. mit Kissen unterlagert und dabei fest Richtung Körper stabilisiert. So erhält der Rumpf noch zusätzlich Halt durch die eigenen Arme. Durch die Stabilität im Rumpf kann der Patient nun seine eigene Restbewegung in die Pflege mit einbringen oder auch von den Pflegenden leichter aktivierend unterstützt werden. Hier kann auch eine im Vorfeld angebrachte Bauchbinde noch die Atmung des Patienten unterstützen. Gerade aber die Nahrungsaufnahme eines neurologisch geschädigten Patienten z.B. durch Schlaganfall bedeutet oft eine große Schwierigkeit. Durch Schluckstörungen ist es dem Patienten oft erschwert Nahrung zu sich zu nehmen. Hier bietet LIN® die Möglichkeit durch eine neutrale Lagerung im Sitzbett eine gute aufrechte Position zu erreichen, um überhaupt

erst einmal den Schluckvorgang durchführen bzw. den Logopäden eine gute Ausgangsposition für ihre Therapie schaffen zu können. Nur wer aufrecht sitzt und die richtige günstige Kopfhaltung aufweist, kann auch gezielt und einfach schlucken. Im Liegen wäre dies unmöglich.

Stabiler Sitz im Bett



Foto: Frühmobilisation auf der Intensivstation - Eine Vernetzung der Pflegekonzepte, Allard, M.

Um den Patienten ein abwechslungsreiches Positionsangebot bieten zu können, sollte man die Therapie- und Ruhephasen durch verschiedene Positionierungen begleiten. Eine Ruhephase wäre durch eine Lagerung in z.B. 90° auf die betroffene Seite des Patienten gut möglich. In dieser Position werden die Decken so an den Rücken des Patienten gebracht, dass „die Wirbelsäule nicht durchhängt, sondern doppel-S-förmig geformt ist.“²⁰ Gleichzeitig müssen die Steppdecken auch auf der anderen Seite den Bauch unterstützen. Der Rumpf ist damit maximal stabil. Ein positiver Nebeneffekt ist es, dass zudem der Druck von der aufliegenden Schulter genommen wird. Der Patient kann also schmerzlos auf seiner betroffenen Seite ausruhen. Durch das Anmodellieren der Decken erhält der Patient eine viel größere Auflagefläche und damit wird die Belastung am Becken verkleinert, woraus resultiert, dass sowohl das Dekubitusrisiko am Trochanter gemindert als auch ein bequemes Liegen ermöglicht wird. Außerdem wird der Kopf an der Halswirbelsäule gut gestützt, damit es nicht zu Verkürzungen oder Überdehnungen kommen kann. Die 90° Position erleichtert den dysphagischen^{vii} Patienten auch den Sekretabfluß und stumme Aspiration kann hier verhindert werden. Ebenso erfährt der Patient so seine geschädigte Seite intensiver, indem er auf ihr liegt. Hier wird die Körperwahrnehmung der Patienten also gefördert (Abb. 2 im Anhang).

Nach den Ruhephasen kann der Patient wieder in den Sitz mobilisiert werden. Denn jetzt sollte Therapiezeit stattfinden. Hier kann der Patient nach seiner Ruhephase aktiver mitmachen. Nach der Therapie müssen wir dem Patienten wieder eine Ruhepause gönnen. Natürlich hat man die Auswahl aus allen

²⁰ Sabine Badtke, Anita Liebmann, Thomas Schmidt, Fachbeitrag „Gut gelagert?!“

Ruhepositionen. Ob 30°, 90°, 135°-Bauchlage. Es gilt herauszufinden, welche Lagerung bei dem Patienten größtmögliches Wohlbefinden auslöst. Nachts hat sich allerdings die 30°-Lagerung bewährt. Hier werden alle dekubitusgefährdeten Bereiche entlastet und eine angebrachte Bauchbinde unterstützt weiterhin die Bauchmuskulatur und gibt den nötigen Halt, um Ruhe und Schlaf zu finden.

30° Seitenlage



Foto: <http://www.lin-arge.de/uploads/files/Endposition%2030%C2%B0-Seitenlage.pdf>

V. Bobath und LIN® im Vergleich

Bobath und LIN® lassen sich leicht miteinander vergleichen. Bei dem Bobath-Konzept geht es im Wesentlichen um Hilfe zur Selbsthilfe. Man möchte den schwer erkrankten Menschen aktiv einen Weg aus ihrer Abhängigkeit zeigen. Dies wird durch das Konzept im Wesentlichen unterstützt und geleistet. Bobath beschäftigt sich in erster Linie mit der Aktivierung der neurologisch geschädigten Patienten. Welches im Bobath-Konzept zu kurz und unzureichend behandelt wird, ist das Lagern von schwerstbetroffenen Patienten, um Ruhephasen zu ermöglichen. Im Bobath-Konzept geht es im Wesentlichen um die Positionierung der Schlüsselpunkt und die daraus entstandenen Möglichkeiten zur Bewegung. LIN® ist durch Kenntnisse aus dem Bobath-Konzept heraus entstanden und befasst sich eben mit den schwerstneurologisch erkrankten Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, selbständig einen Positionswechsel durchzuführen. Auch LIN® hat das klare Ziel der Rehabilitation der Patienten. Ein zentral-neurologisch geschädigter Patient soll möglichst keine Sekundärschäden bekommen. LIN® hat die Lagerungen der schwerstbetroffenen Patienten in den Vordergrund gestellt und diese perfektioniert. H. Pickenbrock hat durch ihre Erfahrungen festgestellt, dass sich Spastiken verhindern lassen, wenn man die Patienten konsequent in einer neutralen Stellung lagert. Dass man in der LIN® mehr Lagerungsmaterial benötigt als bei herkömmlichen Lagerungsmethoden ist nicht weiter schlimm, sieht man auf der anderen Seite die Erfolge dieser Lagerungsmethode. „Einige Kritiker der LIN® bemerken, dass angesichts der vielen Decken die Patienten angeblich mehr schwitzen. Ist der Patient aber gut gelagert, konnte in der Praxis das Gegenteil beobachtet werden.“²¹

²¹ Ina Ree Keller, Harry Wolpert, Lagerung in Neutralstellung – LIN®

Fazit

Nachdem ich mich jetzt ausführlich mit dem Bobath-Konzept und auch LIN®-Lagerung in Neutralstellung beschäftigt habe, bin ich zu dem Schluss gekommen, dass sowohl Bobath als auch LIN® zwei Konzepte sind, die sich gegenseitig ergänzen und nicht voneinander zu trennen sind. Beide Konzepte ermöglichen den Patienten nach einer neurologischen Schädigung eine gute Rehabilitation. LIN® wird gerade bei den schwerbetroffenen Patienten angewandt und bietet den Patienten sich für die Therapie auszuruhen. Die aktivierende Pflege nach Bobath ist so durch mehr Aufmerksamkeit und Motivation der Patienten besser durchführbar. Es scheint äußerst wichtig zu sein, die Patienten mit schwerst-neurologischen Schäden konsequent und möglichst bequem zu lagern und ihnen in einer extremen Stresssituation nach z.B. einem Schlaganfall die nötigen Ruhephasen zu gönnen. Außerdem wird die Mobilität und Unabhängigkeit der Patienten im Rahmen der therapeutisch-aktivierenden Pflege deutlich gesteigert. Grundsätzlich gilt: Optimale Lagerung und aktivierende Pflege verschaffen den Patienten ein deutlich besseres Outcome. Dies sollte schließlich unser größtes Bestreben sein. Ich bin überrascht, welche Bedeutung eine gute Lagerung für die Patienten hat. Und wie wichtig es ist, darauf zu achten, dass es weder zu Überdehnungen noch zu Verkürzungen vor allem im Bereich der Paresen kommt. Dass man mit Lagerung Spastizität verhindern kann, halte ich für den wichtigsten Aspekt und für das überzeugendste Argument für eine konsequente gute Lagerung. Gerade hier kann man eine höhergradige Behinderung vermeiden und den Patienten damit ein Stück Eigenständigkeit erhalten.

Anhang:

Abbildung 1
Schlüsselpunkte

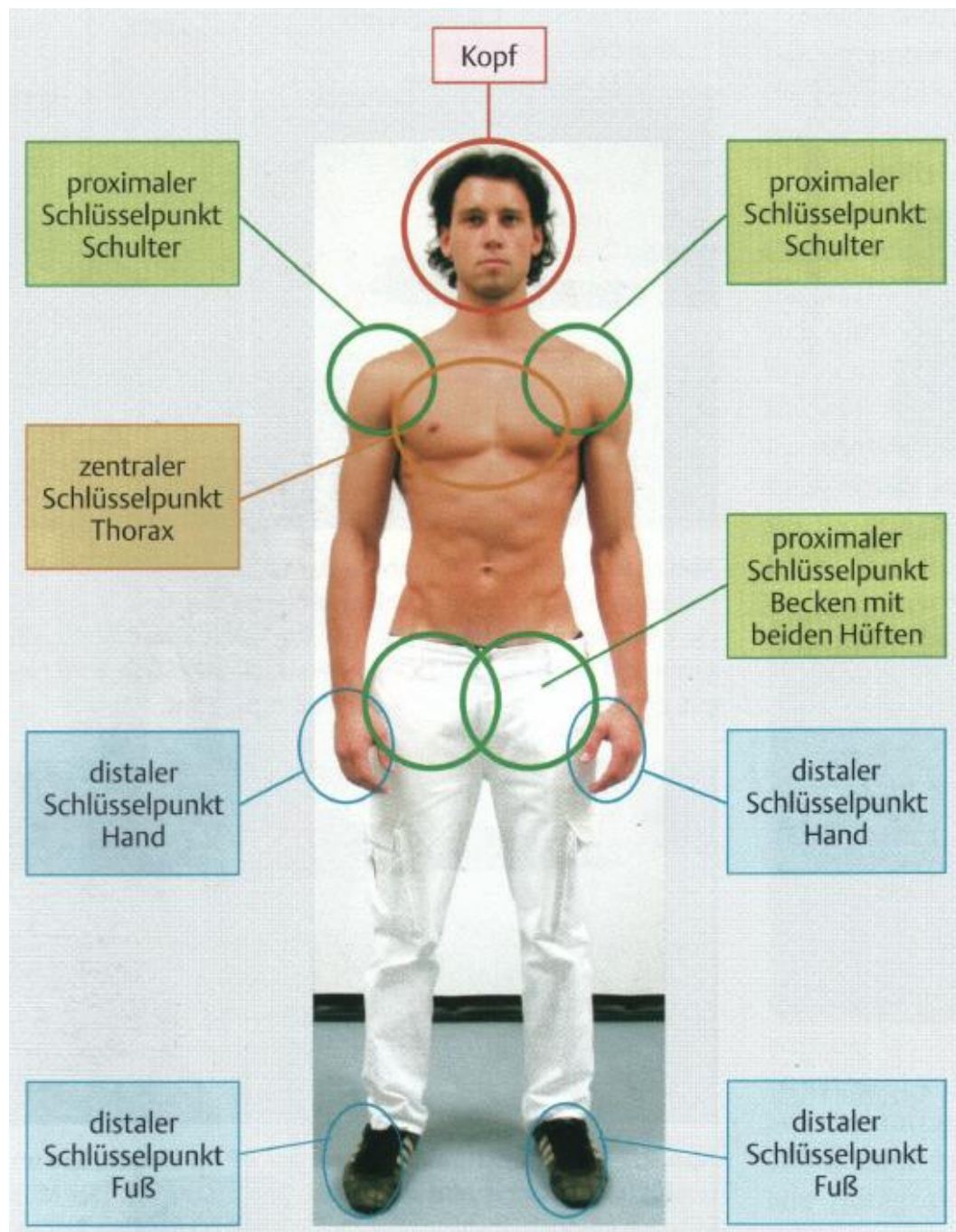


Foto: Praxis des Bobath-Konzepts, Friedhoff, M., Schieberle, D.

Abbildung 2
90° Seitenlage



Foto: <http://www.lin-arge.de/uploads/files/Endposition%2090%C2%B0-Seitenlage.pdf>

ⁱ Spastizität: Unter Spastik bzw. Spastizität versteht man eine Tonuserhöhung der Muskulatur (Spasmus), die die Extremitäten in typische, nicht funktionelle Haltungsmuster zwingt.(www.doc.chec.com)

ⁱⁱ Beim Neglekt handelt es sich um eine neurologische Störung der Aufmerksamkeit in Form der Vernachlässigung einer Raum- bzw. Körperhälfte und/oder Objekthälften. Ein Neglekt tritt häufig nach größeren rechtshemisphärischen Hirninfarkten oder Blutungen der Arteria cerebri media auf. Ursächlich ist eine Läsion im Parietallappen der Hirnrinde (Cortex). (www.doc.chec.com)

ⁱⁱⁱ Als Agnosie bezeichnet man eine neuropsychologische Störung in Folge zerebraler uni- oder bilateraler kortikaler bzw. subkortikaler Läsion mit Beeinträchtigung der zentralen Sinnesverarbeitung. Diese bedingt den Verlust der Interpretationsfähigkeit wahrgenommener Informationen verschiedener Sinnesmodalitäten bei erhaltener Funktion der perzeptiven Organe (Sinnesorgane, Rezeptoren) und peripheren Reizleitung (Nerven).(www.doc.chec.com)

^{iv} Ein Dekubitus ist eine schlecht und langsam heilende Wunde infolge einer Minderdurchblutung der Haut und/oder des Subkutangewebes. Die für den Dekubitus typischen Ulzera sind die Folge von kompressiv-ischämischen Gewebsläsionen, deren Ursache in einer unphysiologisch hohen Druckeinwirkung auf alle Gewebsschichten, einschließlich der Blutgefäße, liegt. Der Dekubitus gilt nicht als eigenständige Krankheit, sondern wird im allgemeinen durch Immobilität verursacht(www.docchec.com)

^v Fläche, auf die der Körper sich hält oder aufliegt

^{vi} Aphasien sind Sprachstörungen, die durch eine Beeinträchtigung der Sprachproduktion und des Sprachverständnis im ZNS entstehen.(www.doc.chec.com)

^{vii} Dysphagie ist eine auf verschiedenen Ursachen beruhende Störung des Schluckvorganges(www.doc.chec.com)

Literaturverzeichnis

1. Allard, Michaela, Facharbeit „Pflegekonzpte vernetzen“ 2013
2. Badtke, Sabine, Liebmann, Anita, Schmidt, Thomas; „Gut gelagert?!“, not 5/2007
3. Cassier-Woidasky, Nahrwold, Glahn; „Pflege von Patienten mit Schlaganfall“; Kohlhammer Verlag, 1. Auflage 2012
4. Friedhoff, Michaela, Schieberle, Daniela; „Praxis des Bobath-Konzepts“; Thieme Verlag, 2007
5. Fröhlich, Dagmar; „Pflegepraxis des Bobath-Konzeptes: Die Integration in die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL`s)“, Altera Edition Hüthig GmbH, 1999
6. Hartnik, Angela; „Halt und Beweglichkeit für neurologische Patienten“, Die Schwester der Pfleger 45.Jahrg.9/06
7. KKEl Akuter Schlaganfall Lagerung Standard, Version 02; erstellt durch H. Pickenbrock am 1.4.2005, überarbeitet:19.4.2006, Revision: April 2007
8. Keller, Ina Ree; „Lagerung in Neutralstellung (LIN®)“, Abschlussarbeit für Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie, online-Veröffentlichung 2007
9. Krasser, Doris; „Lagerung-ein Thema auch für Ergotherapeuten“, Ergotherapie&Rehabilitation 6/06
10. Mondry, Inge, Pickenbrock, Heidrun; „Bequem gelagert-dazu noch therapeutisch wirksam?“, not 1/2012
11. Ringelstein, E. Bernd, Busse, Otto; „Stroke Units in Deutschland-Gefährdung eines Erfolgsrezeptes?“
12. Telefonat mit Heidrun Pickenbrock am 05.März 2013
13. www.bewegungssinn.ch
14. www.dgn.org/pressemitteilungen/update-schlaganfall.html
15. www.docchec.com
16. www.ergotherapie-bohmann.de
17. www.klinik-moenchengladbach.lvr.de/pflegeportal/standard_decubitusprophylaxe.pdf
18. www.lin-arge.de

Erklärung zur Facharbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen im Literaturverzeichnis angeführten Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum

Name