



M. Friedhoff | D. Schieberle
Praxis des Bobath-Konzepts
Grundlagen, Handling, Fallbeispiele
ISBN: 9783131427830



zum Bestellen hier klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb
Aidenbachstr. 78, 81379 München
Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157
Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>

Vorwort



M. Friedhoff

D. Schiebel

Liebe Leserin! Lieber Leser!

Das Bobath-Konzept ist ein international verbreitetes Konzept in der Pflege und Therapie von Menschen mit neurologischen Störungen. Die Grundlagen bilden die aktuellen neurophysiologischen Erkenntnisse sowie die umfangreichen Erfahrungswerte. Die Behandlung der Patienten richtet sich nach deren Persönlichkeit, ihrer Biografie und ihren Bedürfnissen.

Die Zusammenarbeit der Therapiebereiche (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie usw.) und die Integration der Angehörigen führen für die Patienten zu einem möglichst hohen Nutzen.

Eine interdisziplinäre Vernetzung der Aktivitäten und eine gemeinsame Sprache sind die Basis, um für jeden Patienten individuelle, dem Alltag angepasste Lernmöglichkeiten zu schaffen.

Jeder Mensch bringt seinen eigenen und individuellen Erfahrungsschatz mit ein. Dies gilt nicht nur für den betroffenen Erkrankten, sondern auch für jeden Angehörigen, Pflegenden, Therapeuten und behandelnden Arzt. Gegenseitiger Respekt und Erfahrungsaustausch schaffen Vertrauen und ermöglichen ein auf den Patienten abgestimmtes Vorgehen: den Menschen annehmen, ihn wertschätzen und vor allem positiv verstärken.

Die Behandlung nach dem Bobath-Konzept unterscheidet sich je nach Art und Schwere der Erkrankung, nach der Lebensphase des Patienten und seinen Zielen. Dies umfasst die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Ausscheidungen, Kommunikation, Anpassung des Umfeldes (Lagerungen im und außerhalb des Bettes, Hilfsmittel usw.), Mobilität und die soziale Integration.

Die Bedürfnisse, Wünsche und Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten sind nicht immer eindeutig. Häufig können sie nicht oder nur unzureichend von ihm selbst verbalisiert werden. Die Aufmerksamkeit und das Sicheinlassen auf den Menschen schaffen Zugangswege.

Alle Maßnahmen werden individuell gesehen und entsprechend an den jeweiligen Patienten angepasst. Es gibt keine Schemata für z. B. Lagerungen oder Transferaktivitäten. Es kann nur Prinzipien geben, die dann auf den Einzelnen ihre Übertragung finden. Wer ein Raster beim Patienten anwenden will, wird scheitern!

Uns ist mit den Inhalten dieses Buches wichtig, nicht das Erlernen von Techniken in den Vordergrund zu stellen. Vielmehr wollen wir ein Verständnis für Lernen vermitteln, wollen darin bestärken, dass die Motivation und die Ziele des Patienten den gemeinsamen Weg wesentlich mitbestimmen. Das Buch beschäftigt sich u. a. mit den Themen Lernen und Motivation. Das gilt natürlich für Patienten genauso wie für alle anderen Menschen.

Motivierende Pflege beginnt bei freundlicher Ansprache. Jeder freut sich über ein nettes, ernst gemeintes Wort. Gelingt es, das Interesse eines Menschen zu wecken, wird dieser leichter und schneller lernend zum Ziel kommen. Die Auswahl von für den Patienten relevanten Zielen hat einen entscheidenden Einfluss auf seine Genesung und seine Rehabilitation.

Ständige Überforderung oder ein für den Einzelnen nicht bedeutsames Ziel führen hingegen zu Frustration und Demotivation auf beiden Seiten.

Das Buch ist an alle Menschen gerichtet, die Patienten nach einer zentralen Schädigung betreuen. Die Aufteilung ermöglicht, dass die praktischen

Themen separat gelesen werden können. Die Erklärungen sind dort kurz gehalten. In den theoretischen Anteilen werden differenzierte Hintergründe für das praktische Tun vermittelt. Sie ermöglichen zudem ein Verständnis für Verhaltensweisen von Patienten und können Sekundärschäden wie Kontrakturen, Luxationen und Schmerzen minimieren. Folgen im emotionalen und sozialen Bereich von Angehörigen und Patienten sind über die aufgeführten Hintergrundinformationen beeinflussbar.

Wir möchten motivieren, sich mit den Inhalten des Bobath-Konzeptes zu beschäftigen. Wir möchten Mut machen, neue Wege zu gehen. Dieses Buch kann einen Bobath-Pflegekurs sicher nicht ersetzen, kann jedoch neugierig machen auf das Konzept. Es bietet nach einem Bobath-Kurs die Möglichkeit, nachzulesen und weiter zu vertiefen. Viele Handlings und Beschreibungen können in der Praxis ausprobiert werden. Eigenes Ausprobieren und variationsreiches Wiederholen gibt die notwendige Sicherheit für alle Beteiligten. Gemeinsam mit dem Patienten können Strategien zur Bewältigung des Alltags erarbeitet und seine weitere Förderung unterstützt werden.

Das Bobath-Konzept wandelt sich ständig, um aktuelle Kenntnisse und Erfahrungen für die Fortentwicklung aufzunehmen. Gelegentlich geäußerte Kritik bezieht sich in der Regel auf alte Annahmen und Inhalte, die das Konzept früher geprägt haben. Das heute angewandte fortschrittliche Bobath-Konzept bietet für Pflegende und Therapeuten eine bewährte Möglichkeit, Patienten adäquat und umfassend zu fördern.

Die zum Teil geringen Personalressourcen in den Einrichtungen fordern gut geschulte und effizient tätige Mitarbeiter. Therapeutisch Pflegende zeichnen sich durch eine deutlich höhere Berufszufriedenheit aus, was nicht zuletzt dem Patienten zugute kommt. Rückenschonende Arbeitsweisen helfen ihnen, den Arbeitsalltag zu erleichtern und Rückenerkrankungen vorzubeugen. Fundiertes Hintergrundwissen, angepasstes Handling und der gemeinsame Austausch im interdisziplinären Team stärken die Kompetenz der Pflegenden.

Danke

Wir bedanken uns an erster Stelle bei der Leitung der Klinik Holthausen, die uns beiden in den vergangenen Jahren die fachliche und persönliche Entwicklung ermöglicht hat. Insbesondere Herr Prof. Dr. med. W. Ischebeck hat als Ärztlicher Direktor des Hauses die Inhalte der therapeutischen Pflege unterstützt. Durch seine Haltung in der Patientenversorgung, seine Leitideen für das therapeutische Wirken in der Klinik und die hohe Wertschätzung der Pflege konnte der pflegetherapeutische Ansatz in der gesamten Klinik mit 270 Patienten übertragen werden.

Weitere Mitarbeiter des Hauses haben uns in unserem Vorhaben, dieses Buch zu schreiben, unterstützt.

Besonderen Dank gilt Damian Gralla, der uns zu für ihn „unmöglichen Zeiten“ (z. B. morgens um halb acht!) zum Filmen zur Verfügung stand. Damian hat den größten Teil der Fotos und alle Videos für die DVD erstellt. Vielen Dank dafür.

Dr. V. Völzke, leitender Neuropsychologe in der Klinik Holthausen, hat uns immer wieder mit Literatur „gefüttert“. Er hat den ersten Teil des Buches kritisch gegengelesen und wesentlich zur Strukturierung des Buches beigetragen.

Die Mitarbeiter der Station 1b haben Patienten mit ausgewählt, Gespräche mit den Patienten und Angehörigen geführt und Einverständniserklärungen für das Bildmaterial besorgt. Ohne die Einwilligung der Patienten bzw. der Angehörigen wäre es uns nicht möglich gewesen, so zahlreiches Bildmaterial zu erstellen. Die abgebildeten Patienten haben gemeinsam mit uns gearbeitet, geschwitzt und Spaß gehabt. Wir haben viel dazu gelernt. Den Patienten gilt unser besonderer Dank. Danke auch an die BIKa (Bobath-Initiative für Kranken- und Altenpflege) und insbesondere an den Vorstand der BIKa, der eine qualifizierte Ausbildung organisiert hat. Durch ihre Begleitung sind wir in unserem Werdegang zur Pflegeinstruktorin Bobath BIKa gut ausgebildet worden.

Nicht zuletzt gibt es im Privatleben Menschen, ohne deren Unterstützung wir nicht durchgehalten hätten. Stefan Schieberle und Hubert Zimmermann, unsere Ehepartner, haben nicht nur ge-

meinsame Freizeit entbehrte. Sie haben den Text aufmerksam gelesen und bei schwierigen Formulierungen geholfen.

Aus Gründen der Vereinfachung haben wir für die Anrede „Patient“ die männliche Form und für die Anrede der „Pfleger“ die weibliche Form gewählt.

Wir wünschen viel Freude beim Lesen des Buches und sind für Anregungen durch den Leser dankbar.

Hattingen, im Winter 2006/2007

Michaela Friedhoff
Daniela Schieberle

Internetadressen

www.bika.de (Bobath Initiative für Kranken- und Altenpflege, BIKa)
www.Bobath-Konzept-Deutschland.de
www.TAktiP.de

Vorwort zur 3., umfassend überarbeiteten Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser,

die erste Auflage der „Praxis des Bobath-Konzept“ haben wir 2007 veröffentlicht.

Für die neue Auflage haben wir unsere Erfahrungen, die wir als Autorinnen auch in neuen Arbeitsfeldern zusammengetragen haben, einbringen können. So ist ein Kapitel zu der Akutphase zum Bestandteil der neuen Auflage geworden. Alle Kapitel sind grundlegend überarbeitet und mit aktuellen wissenschaftlichen und handlungsbasierten Erkenntnissen hinterlegt worden. Die wichtigen Anregungen der Menschen, die in den letzten Jahren das Buch gelesen oder unsere Bobath-Kurse besucht haben, sind in die Inhalte eingeflossen. Für diesen wirklich hilfreichen fachlichen Austausch möchten wir uns bei den vielen Personen bedanken. Ein Konzept lebt genau von diesem Weg.

In der Einleitung wird das Strukturmodell (nach Grafmüller-Hell, Eckhardt, Viebrock) vorgestellt. Es bietet eine Antwort auf die Frage, ob das Bobath-Konzept ein Konzept oder eine Methode ist. Verdeutlichen möchten wir damit, dass das Konzept einen übergeordneten Rahmen darstellt, der Ansprüche, Leitgedanken und Grenzen festlegt. Nicht die Technik ist das Entscheidende, sondern die Haltung, das Denken und Handeln der Pflegenden. Kommen alle Faktoren zusammen führt dies zu einer sinnvoll unterstützten und praxisrelevanten Handlungsleitung.

Das Menschenbild, das in diesem Modell auf der Konzeptebene dargestellt wird, ist bio-psycho-sozial, individuell und ethisch geprägt. Die Basis bildet die Annahme des Patienten als gleichwertige, selbstbestimmte Person, der wir im wertschätzenden Dialog begegnen. Somit ist in allen Kapiteln die Interaktion mit dem Patienten deutlicher hervorgehoben. Bei den dargestellten Techniken in der sprachlichen und bildlichen Beschreibung ist es unser Anliegen, den sensomotorischen Dialog mit dem Patienten in den Vordergrund zu stellen.

Dem Thema Haltungskontrolle, haben wir eine erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass die fehlende Haltungskontrolle des Patienten in allen Phasen der Behandlung eine wesentliche Rolle für die Aktivität

des Patienten spielt. Sie zu fördern ist von Beginn an möglich und ist für uns eines der wesentlichen Ziele im Alltag der therapeutisch aktivierend Pflegenden.

Es ist ein neues Kapitel zum Thema Herausforderungen im Akutbereich entstanden, in dem die Integration des Bobath-Konzepts anhand zahlreicher Möglichkeiten schon während der Akutphase aufgezeigt wird. Im Alfried Krupp Krankenhaus in Essen Rüttenscheid auf der Station 4b und der Intensivstation sind viele der neuen Bilder entstanden. Wir danken den KollegInnen der Stationen für die tatkräftige Unterstützung. Dadurch konnten wir die Lücke schließen, die mit der Behandlung des Patienten vor der Rehabilitation beginnt.

Besonders möchten wir folgenden Personen danken: Claudia Eckard, Marianne Brune, Heidi Lessig, Nicole Hunsdörfer und Gabi Jacobs, die durch ihre ehrliche Rückmeldung und den fachlichen Austausch unsere Entwicklung mit begleitet haben.

Danke an den Thieme Verlag, Frau Grützner und Frau Köhler, die uns bei dieser Aufgabe geduldig zur Seite gestanden haben.

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen des Bobath-Konzepts

1	Einführung	18
1.1	Geschichte und Entwicklung des Konzepts	18
1.1.1	Das Bobath-Konzept in der Diskussion	19
1.1.2	Integration des Bobath-Konzepts ins tägliche Leben	20
1.2	Das Bobath-Konzept heute	20
2	Fundamente (Prinzipien) des Bobath-Konzepts	22
2.1	Aktivierung des Patienten (in Orientierung an normalen Bewegungsabläufen)	22
2.2	Förderung der Haltungskontrolle (zur Normalisierung des Muskeltonus)	22
2.3	Förderung der Körperwahrnehmung	24
2.4	Orientierung an normalen Bewegungsabläufen	24
2.4.1	Normaler Muskeltonus und Abweichungen	25
2.4.2	Einflussfaktoren auf den Muskeltonus	25
	Allgemeine Faktoren	26
	Spezifische Faktoren	26
3	Neurophysiologische Grundlagen	32
3.1	Lernen	32
3.1.1	Physiologische Grundlagen	32
3.1.2	Lernfähigkeiten	33
3.1.3	Einflussfaktoren für Lernen	34
3.1.4	Lernen nach einer Hirnschädigung	36
3.1.5	Physiologie des Gehirns: Motorische und sensorische Bereiche	37
	Hirnversorgende Gefäße	37
	Neurologische Symptome, die sich aus einer Durchblutungsstörung der großen Hauptarterien des Gehirns ergeben können	38
3.2	Sensomotorische Systeme	40
3.2.1	Sensorische Systeme	43
3.2.2	Wechselseitige Beeinflussung von Motorik und Sensorik	43
	Propriozeption	43
	Sensomotorischer Kreislauf	44
3.3	Motorik und motorische Systeme	45
3.3.1	Agonist und Antagonist	45
3.3.2	Tonische und phasische Muskulatur	46
	Axoplasmatischer Fluss	47
3.3.3	Kompensation und Assoziierte Reaktionen nach einer zentralen Schädigung	49
	Ursachen und Entstehung	49
	Aufgaben der Neuropflege	51

II Pflgeherapeutisches Handeln nach zentralen Schädigungen

4 Neuropsychologische Störungen	54		
4.1 Einführung	54		
4.1.1 Grundlagen der Wahrnehmung und weiteren Verarbeitung	54	4.6.2	Neglect bezogen auf den fernen Außenraum
4.1.2 Grundlagen neuropsychologischer Störungen	55		66
4.2 Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen	57		67
4.2.1 Grundlagen der Aufmerksamkeit und Konzentration	57		67
Kapazitäten der Aufmerksamkeit	57		68
Komponenten der Aufmerksamkeit	58		68
4.2.2 Pflgeherapeutische Maßnahmen	59		68
Pflege bei Störungen des Wachheitsgrades und der Aufmerksamkeitsdauer	59		69
Pflege bei Störungen der selektiven Aufmerksamkeit	61	4.6.3	70
Pflege bei Störungen der geteilten Aufmerksamkeit	62		71
4.3 Apraxie	63		72
4.3.1 Formen der Apraxie	63	4.7 Räumliche Störungen	73
4.3.2 Pflgeherapeutische Maßnahmen	64	4.7.1	Fehleinschätzungen relativ zum eigenen Körper
4.4 Perseveration	64	4.7.2	Fehleinschätzungen der Distanz zwischen zwei Körpern
4.4.1 Pflgeherapeutische Maßnahmen	64	4.7.3	Pflgeherapeutische Maßnahmen
4.5 Agnosie	65	4.8 Pusher-Symptomatik	74
4.5.1 Formen der Agnosie	65	4.8.1	Kennzeichen der Pusher-Symptomatik
4.5.2 Pflgeherapeutische Maßnahmen	65	4.8.2	Pflgeherapeutische Maßnahmen
4.6 Neglect	65		76
4.6.1 Formen des Neglect-Syndroms	65		76
Neglect bezogen auf den eigenen Körper (Body Neglect)	66		77
Neglect bezogen auf den Greifraum	66		78
			78
			79
		4.9 Aphasie	80
		4.9.1	Formen der Aphasie
			82
		4.9.2	Einteilung der Aphasieformen
			82
			83
		4.10 Dysexekutives Syndrom	85
		4.10.1	Pflgeherapeutische Maßnahmen
			86

5	Auswirkungen zentraler Schädigungen auf Schulter und Hand	87
5.1	Anatomische Zusammenhänge des Schultergelenks	87
5.1.1	Knöcherne Faktoren der Stabilität	87
5.1.2	Muskuläre Faktoren der Stabilität	89
5.1.3	Stabilisierende Bänder	89
5.2	Entwicklung einer schmerzhaften Schulter	89
5.2.1	Subluxation	89
5.2.2	Schulterschmerzen	91
5.3	Pflegetherapeutische Maßnahmen	93
5.3.1	Handling in Rückenlage	93
	Bei hypotonen Anteilen	93
	Bei hypertonen Anteilen	93
5.3.2	Handling beim Drehen auf die Seite	94
	Drehen auf die mehr betroffene Seite	95
	Drehen auf die weniger betroffene Seite	96
5.3.3	Handling in Seitenlage	96
	Positionierung auf der mehr betroffenen Seite	96
	Positionierung auf der weniger betroffenen Seite	97
5.3.4	Handling im Sitz	98
	Bei hypotonen Anteilen	98
	Bei hypertonen Anteilen	98
5.3.5	Voraussetzungen für Armhandling	98
	Begleiten und Führen des Arms	98
5.3.6	Armhandling beim An- und Auskleiden	99
5.3.7	Handling im Stand	101
5.3.8	Handling beim Transfer	101
5.3.9	Weitere prophylaktische Maßnahmen	101
5.4	Handsyndrom	102
5.4.1	Verlaufsstadien	102
5.4.2	Ursachen	103
5.4.3	Pflegetherapeutische Maßnahmen	103
6	Auswirkungen zentraler Schädigungen auf die Hüfte	105
6.1	Anatomische Zusammenhänge	105
6.2	Ursachen einer schmerzhaften Hüfte	105
6.3	Pflegetherapeutische Maßnahmen	106
6.3.1	In der Rückenlage	106
6.3.2	Beim Bewegen des Beins	106
6.3.3	Beim Drehen auf die Seite	108
6.3.4	In Seitenlage mehr betroffene Seite	108
6.3.5	Beim Sitzen im Stuhl/Rollstuhl	109
6.3.6	Beim Gehen	109
III	Bausteine des Bobath-Konzepts in der praktischen Anwendung	
7	Bausteine für das Handling	112
7.1	Einführung	112
7.1.1	Basisregeln der Bausteine	112
7.1.2	Übersicht der Bausteine	116
7.2	Bewegen im Bett	116
7.2.1	A-Lagerung	118
	Teilaktive Patienten	121
	Schwer betroffene Patienten	121
7.2.2	Positionieren in Rückenlage	121
	Teilaktive und schwer betroffene Patienten	121
	Besonderheiten	123
7.2.3	Aufstellen der Beine in Rückenlage	124
	Teilaktive und schwer betroffene Patienten	124
	Besonderheiten	126
7.2.4	Becken anheben und zur Seite bewegen	127
	Teilaktive Patienten	127
	Schwer betroffene Patienten	128
	Besonderheiten	129
7.2.5	Oberkörper zur Seite versetzen	129
	Teilaktive Patienten	129
	Schwer betroffene Patienten	130
	Besonderheiten	130

7.2.6	Drehen auf die mehr betroffene Seite	130	Aufrechter und angelehnter Sitz	170
	Seite	130	Schwer betroffene Patienten	171
	Teilaktive Patienten	131	Besonderheiten	172
	Schwer betroffene Patienten	132		
7.2.7	Positionieren auf der mehr betroffenen Seite	133	7.6 Aufstehen und Stehen	174
	Teilaktive Patienten	133	7.6.1 Hilfestellung von vorne	174
	Schwer betroffene Patienten	137	7.6.2 Hilfestellung von der Seite	175
	Besonderheiten	137	Besonderheiten	176
7.2.8	Drehen auf den Rücken	138		
	Teilaktive Patienten	138	7.7 Einige Schritte gehen und Transfer über den Stand	176
	Schwer betroffene Patienten	140		
7.2.9	Drehen und Positionieren auf die weniger betroffene Seite	140	7.7.1 Einige Schritte gehen	177
	Teilaktive Patienten	140	Voraussetzungen zum Gehen	177
	Schwer betroffene Patienten	143	Unterstützung beim Gehen	178
	Besonderheiten	143	Allgemeine Überlegungen zur Hilfsmittelversorgung	179
7.2.10	135-Grad-Lage	145	7.7.2 Transfer über den Stand	181
7.2.11	Hochbewegen im Bett	146	Unterstützung beim Transfer über den Stand	181
	Teilaktive Patienten	149		
	Schwer betroffene Patienten	150	7.8 Hineinlegen ins Bett	181
	Besonderheiten	150		
7.3 Sitzen im Bett	151		7.8.1 Unterstützung von vorne	181
7.3.1	Stabiler Sitz im Bett	151	7.8.2 Unterstützung von der Seite	181
	Besonderheiten	152	7.8.3 Unterstützung bei schwer betroffenen Patienten	181
7.3.2	Asymmetrischer Sitz im Bett	154	7.8.4 Besonderheiten	183
7.3.3	Aufsetzen auf die Bettkante	154		
	Teilaktive Patienten	156	7.9 Besondere Aspekte in der Akutphase	183
	Schwer betroffene Patienten	157		
	Besonderheiten	157	7.9.1 Integration des Bobath-Konzepts beim NIHSS	185
7.4 Tiefer Transfer	159		7.9.2 Handling unter besonderen Aspekten	191
7.4.1	Normaler Bewegungsablauf beim Transfer	159	Becken anheben, auch bei adipösen Patienten	191
	Seitenauswahl	161	Aufsetzen und Transfer in den Stuhl bei Adipositas und Monitoring	193
	Vorbereitung zum Transfer	162	7.9.3 Beziehen eines Bettes	196
7.4.2	Transfer in den Stuhl/Rollstuhl	163	7.9.4 Katheterisieren	197
	Teilaktive Patienten	163		
	Schwer betroffene Patienten	165	7.10 Verbesserung der Haltungskontrolle durch Anlegen eines Rumpfwickels	198
7.4.3	Transfer zur Toilette	166		
7.4.4	Transfer ins Auto	166	7.10.1 Anlegen eines Rumpfwickels	199
7.4.5	Besonderheiten	166	7.11 Patienten auf einen Untersuchungstisch bewegen ..	202
7.5 Sitzen	168			
7.5.1	Voraussetzungen für das Sitzen ...	169		
	Beschaffenheit des Rollstuhls/Stuhls ...	169		
	Ausrichtung des Beckens	170		
	Stellung der Schlüsselpunkte zueinander	170		

8	Integration der Bausteine in die AEDLs	204
8.1	Waschen und Kleiden	204
8.1.1	Voraussetzungen	205
8.1.2	Pflegeziele	205
8.1.3	Allgemeine Kriterien	205
8.1.4	Waschen und Kleiden im Bett	207
	Im stabilen Sitz im Bett	207
	In Rückenlage	211
	In A-Lagerung	211
	In Seitenlagerung	213
8.1.5	Waschen und Kleiden vor dem Waschen	216
	Waschbecken	216
	Sitzend vor dem Waschbecken	216
	Auf einem hohen Hocker sitzend am Waschbecken	221
	Stehend vor dem Waschbecken	222
	Fazit	224
8.1.6	Duschen und Baden	224
	Duschen	224
	Baden	224
8.1.7	Spezielle Pflege bei Sensibilitätsstörungen	224
8.1.8	Spezielle Mundpflege bei hirngeschädigten Patienten	226
	Ziele der Mundpflege	227
	Allgemeine Mundpflege	227
	Spezielle Mundpflege	228
	Besonderheiten bei hirngeschädigten Patienten	229
8.2	Essen und Trinken	233
8.2.1	Störungen der Sensibilität und des Schluckreflexes	233
8.2.2	Pflegetherapeutische Maßnahmen	233
	Einbeziehung der Angehörigen	234
8.3	Ausscheiden	234
8.3.1	Harninkontinenz	234
	Physiologie der Miktion	234
	Pflege hirngeschädigter Patienten mit Harninkontinenz	235
	Diskussionsaspekte	240
8.3.2	Stuhlinkontinenz	240
	Physiologie der Stuhlentleerung	241
	Pflege hirngeschädigter Patienten mit Stuhlinkontinenz	241
	Diskussionsaspekte	244
8.4	Atmen	244
8.4.1	Spezielle Pflege von Patienten mit Trachealkanülen	245
	Grundlagen	245
	Auswahl der Kanüle	248
	Wechsel der Kanüle und Pflege des Stomas	250
	Besonderheiten	251
8.5	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	253
9	Fallbeispiele	255
9.1	Fallbeispiel 1	255
9.1.1	Pflegerische Befundung und Maßnahmen zwei Tage nach der Aufnahme	255
	Kommunikation	256
	Bewegung	256
	Körperpflege	257
	Ernährung	259
	Ausscheidung	259
	Für Sicherheit sorgen	260
	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	260
9.1.2	Pflegerische Befundung und Maßnahmen nach vier Wochen	260
	Kommunikation	260
	Bewegung	261
	Körperpflege	262
	Ernährung	263
	Ausscheidung	264
	Für Sicherheit sorgen	264
	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	264
9.1.3	Pflegerische Befundung und Maßnahmen nach fünf Monaten	265
	Bewegung	265
	Körperpflege	266
	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	267

9.2	Fallbeispiel 2	267	Kommunikation	272
			Bewegung	272
9.2.1	Pflegerische Befundung und Maßnahmen zwei Tage nach der Aufnahme	267	Körperpflege	273
	Vitalparameter	268	Ausscheidung	273
	Kommunikation	268	Für Sicherheit sorgen	273
	Bewegung	268	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	273
	Körperpflege	270	9.2.3 Pflegerische Befundung und Maßnahmen nach 10 Monaten ...	273
	Ausscheidung	270	Kommunikation	274
	Für Sicherheit sorgen	271	Bewegung	274
	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	271	Körperpflege	275
9.2.2	Pflegerische Befundung und Maßnahmen nach sechs Monaten .	271	Ausscheidung	275
	Vitalparameter	271	Für Sicherheit sorgen	275
			Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	275
IV	Anhang			
10	Literaturverzeichnis	278		
	Sachverzeichnis	280		

Schwer betroffene Patienten

Die Pflegende bietet bei einem schwer betroffenen Patienten (► Abb. 8.3) ihre Hilfestellung von der mehr betroffenen Seite an. Der Nachtschrank wird mit der Waschschißel auf die gleiche Seite gestellt. So ist es der Pflegenden möglich, den Patienten in die Bewegung zu führen und gleichzeitig rückschonend zu arbeiten.

Eine Begrüßungsberührung, z. B. an der Schulter oder an der Brust, hilft bei der Kontaktaufnahme zum Patienten und sollte in der Pflegeplanung dokumentiert sein. Da das Gesicht ein intimer Bereich ist, ist es für viele Patienten angenehmer, wenn zuerst der Oberkörper gewaschen und angezogen wird. Ein komplettes Entblößen des Patienten ist nicht erforderlich und sollte zum Schutz der Intimsphäre vermieden werden. Das Waschen und Ankleiden wird von der Pflegenden übernommen. Die Extremitäten und die einzelnen Finger werden mit zusätzlichen Druckimpulsen an den Gelenken



Abb. 8.3 Schwer betroffene Patientin im stabilen Sitz im Bett. Eine gute Stabilisierung ermöglicht die Aufrichtung und angemessene Tonusverhältnisse während der Körperpflege.

spürbar nachgezeichnet. Das Anziehen erfolgt in der gleichen Reihenfolge wie oben beschrieben. Die Rotationsbewegung des Oberkörpers hilft beim Herunterziehen des T-Shirts über den Rücken. Die Pflegende verlagert bei dem Vorbewegen des Patienten ihren Körper nach hinten und nimmt ihn mit in die Bewegungsrichtung.

Die Beinkonturen werden durch die Pflegende beim Waschen mit deutlicher Betonung der Gelenke nachgezeichnet und die Füße, wie eingangs beschrieben, dabei durchbewegt. Das Gesäß wird in Seitenlagerung gewaschen, das Ankleiden des Unterkörpers erfolgt in Seitenlagerung oder A-Lagerung.

Besonderheiten

Der Kopf fällt. Der Sitz im Bett ist für die Gesichts- und Mundpflege eine günstige Ausgangsstellung, da er eine stabile Kopfposition ermöglicht. Bei Bedarf wird zusätzliche Unterstützungsfläche im Nacken- und Kopfbereich verwendet. Hierzu bietet sich ein Nackenhörnchen an, da es ein Zur-Seite-Kippen des Kopfes verhindert. Alternativ kann ein entsprechend im Nacken anmodelliertes Kissen oder eine Handtuchrolle diese Funktion übernehmen.

Die Kopfposition hat einen unmittelbaren Einfluss auf den Schluckakt. Ist der Kopf zu weit nach vorne gebeugt (Flexion) oder im Nacken überstreckt (Extension), wird das Schlucken selbst beim Gesunden deutlich schwieriger. Die Pflegende kann vor dem Beginn der Gesichts- und Mundpflege dem Patienten die Möglichkeit geben, sein Gesicht mit seiner eigenen Hand zu spüren und mit den Fingern über die Lippen zu streichen (s. spezielle Mundpflege bei hirngeschädigten Patienten (S.229)).

Bei liegender Trachealkanüle verursacht eine zu starke Beugung oder Streckung des Kopfes zudem Verletzungen in der Luftröhre (S.250).

Die Schulter ist subluxiert. Das Armgewicht wird durch Lagerungsmaterial unter dem Ellenbogen am seitlichen Rumpf des Patienten abgenommen, der Oberarmkopf dadurch in der Gelenkpfanne zentriert. Durch den so angebahnten Armstütz und die zum Waschen und Ankleiden erforderlichen Bewegungen wird der Rumpf gegen den stabilisierten Schultergürtel bewegt. Obwohl der Arm in vielen dieser Situationen (z. B. T-Shirt am Rücken herunterziehen, ► Abb. 8.1) nicht bewusst aktiv bewegt wird, ist er in die Bewegungsabläufe integriert.

In Rückenlage

Die Rückenlage ist die ungünstigste Ausgangsposition für die Körperpflege. Der Patient hat kaum eine Möglichkeit, mit den Augen den Handlungen zu folgen. Die Stellung der Schlüsselpunkte (S.29) in Rückenlage ist Streckung, die für die Körperpflege erforderlichen Bewegungen in dieser Ausgangsposition sind hauptsächlich in der Beugung auszuführen, folglich sehr anstrengend. Das Anstellen des Kopfendes ändert nichts an der Stellung der Schlüsselpunkte! Der Patient ist in der Rückenlage gezwungen, gegen die Schwerkraft zu arbeiten.

Falls es dennoch keine Alternative zur Rückenlage gibt, sollte der Patient in die angepasste Rückenlage (A-Lagerung) gebracht werden.

Bedenke: Die Aspirationsgefahr bei der Mundpflege ist in Rückenlage hoch und sollte nach Möglichkeit vermieden werden.

In A-Lagerung

Teilaktive Patienten

Kann der Patient bei der Körperpflege helfen, reicht die Pflegendende die Waschutensilien von der mehr betroffenen Seite an. Auch hier ist die Art und Weise des Anreichens entscheidend. Nähert sich dem Patienten der Waschlappen vom Kopfe her, wird eine Bewegung in Streckung abgerufen. Muss der Patient durch die veränderte Aufgabenstellung den Waschlappen mehr aus Richtung schräg unten (fußwärts) annehmen, wird eine Bewegung aus Beugung (Flexion) und Rotation notwendig. So lässt sich durch die Umfeld und Aufgabengestaltung im Alltag ohne einen zusätzlichen Zeitaufwand eine individuelle Förderung des Betroffenen erreichen.

Die Pflegendende kann zum Waschen des mehr betroffenen Arms diesen mit professioneller Unterstützung (► Abb. 5.17) in die Bewegung hineinführen. Der weniger betroffene Arm wird von der Pflegenden übernommen. Nur bei beginnender Aktivität im mehr betroffenen Arm wird er zum Waschen des gesunden Arms unterstützt und geführt.

Das Ankleiden des Oberkörpers beginnt mit dem mehr betroffenen Arm, dann folgen Kopf und der weniger betroffene Arm. Eine Rotationsbewegung des Oberkörpers unterstützt die Pflegendende, indem sie die gegenüberliegende Schulter des Patienten diagonal Richtung Becken führt. Das Anheben des Kopfes (Kinn zur Brust) leitet die Bewe-



Abb. 8.4 Ankleiden in A-Lagerung.

- a** Das T-Shirt wird erst über den mehr betroffenen Arm gezogen, dann folgen der Kopf und der weniger betroffene Arm.
- b** Die Pflegendende unterstützt die Rotationsbewegung, indem sie die Bauchmuskulatur aktiviert. Dazu legt sie ihre rechte Hand auf das Schulterdach der Patientin und unterstützt sie mit ihrem Unterarm am Sternum.

gung ein, die Bauchmuskulatur wird aktiviert (► Abb. 8.4). Ein Herabziehen des T-Shirts ist möglich.

Der Intimbereich und die Unterschenkel können in der A-Lagerung nicht vom Patienten gewaschen und angezogen werden. Das übernimmt die Pflegendende. Das Waschen der Oberschenkel ist möglich, wenn das gebeugte Bein des Patienten von der Pflegenden unterstützend gehalten wird. Hierbei werden die Beine nacheinander angebeugt. Durch die Beugung wird die untere Rückenmuskulatur in Länge gebracht. Dies kann als angenehm empfunden werden, wenn dieser Bereich der Muskulatur noch nachlassen kann. Alternativ können diese beiden Sequenzen (Oberkörper-, Unterkörperpflege) aufgeteilt werden. Das Waschen des Unterkörpers kann in Seitenlage erfolgen und das An-



Abb. 8.5 Ankleiden des Unterkörpers bei einer teilaktiven Patientin.

- a Die Pflegende stabilisiert das mehr betroffene Bein in der Beugstellung.
- b Zum Anziehen der Socken positioniert sie sich neben dem mehr betroffenen Bein und hält es in der „Spur“.
- c Die Pflegende unterstützt die Patientin beim Anheben des Beckens und beim Hochziehen der Hose.

kleiden evtl. in A-Lagerung. Um die Selektivität und die Beweglichkeiten zu erhalten, werden die Beine in A-Lagerung einzeln nacheinander angestellt.

Zum Ankleiden des Unterkörpers wird zunächst das mehr betroffene Bein in die Hose geführt. Die Pflegende hält und stabilisiert mit ihrem Körper das mehr betroffene Bein in Beugung und bringt Druck auf die Ferse. Der Patient kann nun sein weniger betroffenes Bein folgen lassen. Durch das Anheben des Beckens (s. Baustein „Becken anheben und zur Seite bewegen“ (S. 127)) wird die Hose über das Gesäß gebracht (► Abb. 8.5).

Besonderheiten

Das mehr betroffene Bein streckt sich beim Anheben des Beckens. Hier gibt es folgende Korrekturmöglichkeiten:

- Je weiter das mehr betroffene Bein im Hüft- und Kniegelenk gebeugt werden kann, desto stabiler und sicherer ist die Ausgangsposition. Vielfach ist ein weiteres Anbeugen im Hüftgelenk nach dem Aufstellen des weniger betroffenen Beins möglich und sollte genutzt werden.
- Eine Handtuchrolle, ein Teil einer Decke oder Vergleichbares wird unter den Vorfuß gelegt (dabei bleibt die Ferse auf der Matratze!) Damit kann ein Wegrutschen des Fußes auf der Matratze verhindert werden.

Das Becken kann nicht oder nur wenig angehoben werden. Dies kann folgendermaßen korrigiert werden:

- Befindet sich der obere Rumpf (Kopf, Thoraxbereich) in Streckung, wird die Mithilfe des Patienten beim Beckenanheben erschwert. Die Vorbereitung durch eine angepasste A-Lagerung erleichtert dem Patienten eine Aktivität.

- Ein Hohlkreuz kann wie oben beschrieben durch eine Streckung im oberen Rumpf verursacht werden, aber auch durch ein nach vorne (anterior) gekipptes Becken. In diesem Fall positioniert die Pflegende die Beckenschaufel nach hinten (posterior), indem sie Länge im LWS-Bereich schafft (s. Baustein „Positionieren in Rückenlage“ (S. 121)). Danach sind die Voraussetzungen für ein leichteres Bewegen gegeben.

Der Patient hat keine Idee für das Anheben des Kopfes. Versteht der Patient die von der Pflegenden gegebene Anweisung zum Kopfanheben (oder günstiger „Kinn zur Brust nehmen“) nicht, führt die Pflegende diese Bewegung in Kombination mit der verbalen Aufforderung mehrmals hinter einander assistiv durch. Dabei unterstützt und führt sie die Kopfbewegung mit ihren Händen. Nach einigen Wiederholungen ist es dem Patienten dann vielleicht möglich, selbstständig den Kopf zu heben.

Schwer betroffene Patienten

Eine Berührung zur Begrüßung ist bei der Kontaktaufnahme zum Patienten hilfreich. Waschen und Ankleiden werden von der Pflegenden übernommen, ohne den Betroffenen vor Beginn komplett zu entkleiden. Der Rücken wird in der Seitenlagerung gewaschen. Zum Anziehen des Oberkörpers nutzt die Pflegende die Rotationsbewegung im Rumpf. Hat der Patient keine Kopfkontrolle, führt sie nicht nur die Schulter diagonal zur gegenüberliegenden Hüfte, sondern übernimmt auch die Integration des Kopfes nach vorne und in die Bewegungsrichtung (s. Baustein „A-Lagerung“ (S. 118)).

Der Unterkörper kann wie oben beschrieben in A-Lagerung gewaschen und angezogen werden. Vereinzelt die Pflegende die Beine des Patienten

und setzt sie ihren Körper ein, um das Gewicht des Beines abzunehmen, schont sie ihren Rücken und ermöglicht dem Patienten wichtige Bewegungserfahrungen (► Abb. 8.6).

Das Anziehen der Hose kann über Rotationsbewegungen des Beckens mit angebeugten Beinen in Seitenlage erfolgen oder durch das Beckenanheben mit zwei Personen (► Abb. 8.7). Zur Durchführung der Mundpflege wird der Patient in eine stabile Seitenlage oder in den Sitz im Bett (S. 151) gebracht.

In Seitenlagerung

Während des Waschens und Ankleidens ermöglicht die Lagerung des Patienten auf der mehr betroffenen Seite eine Schulung der Wahrnehmung. Die Patienten benötigen für diese Position weder motorische noch sensorische oder kognitive Voraussetzungen. Besonders bei Neglect-Patienten (S. 65) und „drückenden“ Patienten (S. 74) zeigen sich im Alltag während und kurz nach der Durchführung der Körperpflege Verbesserungen. Sie haben mehr Möglichkeiten ihre Mitte zu finden und/oder ihre mehr betroffene Seite sowie den Raum wahrzunehmen.

Ein teilaktiver Patient ist in der Lage, sich in der Seitenlagerung auf der mehr betroffenen Seite fast komplett selbstständig zu waschen und anzukleiden. Ein Drehen auf die andere Seite ist nicht erforderlich.

Durch die geringe Aspirationsgefahr ist die Mund- und Zahnpflege in dieser Position besonders bei schwer betroffenen Patienten günstig.

Teilaktive Patienten

Der Patient wird im Rücken durch eine gerollte Decke oder vergleichbares Material ausreichend stabilisiert, damit er bei seinen Eigenaktivitäten nicht auf den Rücken zurück rollt. Die Beine werden vor dem Körper angebeugt. Der betroffene Arm wird sichtbar vor dem Körper positioniert, der Kopf mit ausreichend Material abgestützt (nimmt den Druck von der Schulter). Kann der Patient selbst den Waschlappen führen, wird die Waschschißel in seine Reichweite gestellt. Die Schüssel sollte nicht zu weit kopfwärts stehen, da der Patient sonst nur über Streckung den Waschlappen erreichen kann. Streckung führt zu einer Anspannung der Rückenmuskulatur und fördert dadurch ein Zurückdrehen auf den Rücken. Steht das Ziel (Waschschißel) z. B. auf der Höhe des Be-



Abb. 8.6 Waschen und Kleiden des Unterkörpers in rückenschonender Position für die Pflegenden. Dieses Beispiel zeigt eine Position, in der die Füße gewaschen oder dem Patienten Socken und oder Schuhe angezogen werden können. Das Bein ist in der Spur und kann nicht zu Seite fallen.

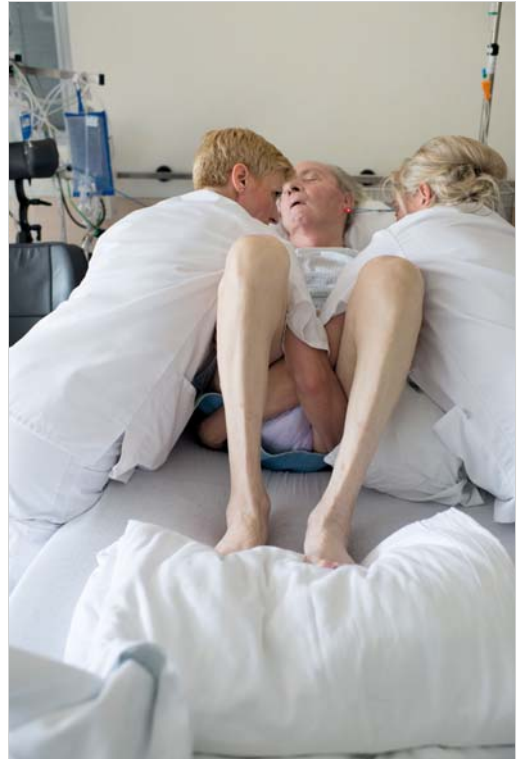


Abb. 8.7 Anheben des Beckens mit 2 Personen bei einem schwer betroffenen Patienten. Zu zweit ist es leichter schwer betroffene Patienten zu aktivieren und das Gesäß zum Anziehen einer Hose oder zum Unterlegen der Schutzhose anzuheben.

ckens wird eher Beugung für die erfolgreiche Durchführung der Aufgabe (Waschen) benötigt.

Der Patient kann sich das Gesicht, den Oberkörper und den mehr betroffenen Arm waschen. Die Pflegende übernimmt den Rücken und den weniger betroffenen Arm.

Beim Ankleiden führt der Patient zunächst das T-Shirt über den mehr betroffenen Arm, dann über den Kopf und den weniger betroffenen Arm. Durch Zug am oben liegenden Schulterdach Richtung unteres Becken unterstützt die Pflegende das Anheben des Kopfes und schafft ausreichend Platz, um das Kleidungsstück über die betroffene Schulter zu führen (► Abb. 8.8).



Abb. 8.8 Ankleiden in Seitenlage bei einer teilaktiven Patientin. Ein Zug am Schulterdach in Richtung Beckenschaufel unterstützt das Anheben des Kopfes, das Kleidungsstück kann über die mehr betroffene Schulter gestreift werden.

- a** Die Pflegende gibt Hilfestellung von hinten, die Patientin unterstützt die Bewegung durch Anheben des Kopfes und den Armstütz.
- b** Die Pflegende überstützt die Bewegung von vorne.

Der vordere und hintere Genitalbereich kann in Seitenlage auf der mehr betroffenen Seite vom Patienten selbst gewaschen werden. Dies ist mit Rotationsbewegungen verbunden, erhält Beweglichkeiten und die Selbstständigkeit des Patienten. Auch das Waschen der Beine ist möglich. Die Pflegende achtet jedoch darauf, dass der Patient das weniger betroffene Bein nicht zu weit nach hinten Richtung Rücken (Abduktion) aufstellt (► Abb. 8.9).



Abb. 8.9 Anleitung zum selbstständigen Waschen. Der Patient wäscht sich selbstständig die Beine und den Genitalbereich in Seitenlage.

Denn dadurch könnte sich die betroffene Hüfte nach außen drehen (Außenrotation) und seitlich abspreizen (Abduktion). Eine Verletzungsgefahr wäre gegeben.

Damit der Patient das mehr betroffene Bein gut erreichen kann, kann die Pflegende dieses etwas kopfwärts, näher zum Rumpf führen. Der Weg wird für den Patienten dadurch verkürzt.

Die Hose wird erst über das unten liegende Bein, dann über das andere Bein geführt. Sie wird so weit wie möglich nach oben geschoben und über Rotationsbewegungen des Beckens mit beidseits angebeugten Beinen über das Gesäß gebracht.

Besonderheiten

Der Patient dreht sich wieder auf den Rücken. Eine Streckung im Oberkörper (= angespannte Rückenmuskulatur) verleitet den Patienten dazu, sich schnell wieder auf den Rücken zu drehen. Zur Vorbeugung wird die gerollte Decke im Rücken des Patienten fest an den Körper heran und zum Teil unter den Körper gebracht. Die unten liegenden Rippen werden unterstützend leicht nach hinten bewegt. Dies leitet eine Beugung des Oberkörpers ein. Die angepasste Oberkörperpositionierung und die Decke verhindern ein Zurückrollen und geben Stabilität. Ein zusätzliches kleines Kissen oder Handtuch im Bereich Taille/Bauch gibt weitere Rumpfstabilität. Die übereinander liegenden Beine werden in der Hüfte so weit wie möglich zum Oberkörper geschoben und angebeugt.

Der Patient streckt immer wieder das weniger betroffene Bein. Es ist nicht sinnvoll, dem Patienten dieses Verhalten zu verbieten, er sollte aber darauf aufmerksam gemacht werden. Verursacht wird eine solche Streckung des Beins u. a. durch eine fehlende oder nicht ausreichende Stabilität im vorderen Rumpf (Kernstabilität), worauf der Rücken häufig mit einer Streckung des Oberkörpers reagiert. Dann muss die Position des Patienten wie oben beschrieben korrigiert werden. Um ein Zurückdrehen auf den Rücken bzw. Verletzungen im Hüftgelenk zu vermeiden, wird eine zusätzliche Decke hinter das mehr betroffene Bein des Patienten gelegt. Er hat so die Möglichkeit, zwischen dem Anbeugen und dem Strecken des oben liegenden Beins zu variieren, ohne die Hüfte dabei ungünstig zu positionieren (s. ► Abb. 8.11).

Schwer betroffene Patienten

Eine gerollte feste Decke im Rücken und ein kleines Kissen am Bauch sorgen für eine ausreichende Stabilität des Rumpfes. Um Druck von der Schulter zu nehmen, unterstützt ein dickes Kissen den Nacken- und Kopfbereich, die betroffene Schulter wird zwischen Schulterdach, äußerem Rand Schulterblatt und Oberarmkopf positioniert. Würde der unten liegende Arm nach vorne herausgezogen, kippt der Patient nach hinten und seine Stabilität des Rumpfes wäre herabgesetzt. Beide Beine liegen übereinander vor dem Körper des Patienten. Eine stabile und sichere Ausgangsposition ist gegeben.

Auch wenn die Körperpflege übernommen werden muss, kann die Pflegende den Patienten durch diese stabilisierende Lagerung leichter bewegen. Der Rücken der Pflegenden wird geschont und der Patient erfährt unterschiedliche Bewegungsabläufe. Seine Wahrnehmung wird durch die Hände der Pflegenden und die Veränderungen der Körperabschnitte gefördert. Es findet eine Vermittlung somatosensorischer Informationen und dadurch eine Interaktionen zwischen der Pflegenden und dem Patienten statt.

Rotationsbewegungen im Ober- und Unterkörper machen ein Drehen auf die andere Seite nicht zwingend erforderlich. Die Decke im Rücken des Patienten gibt ihm bei Rumpfbewegungen nach hinten die nötige Stabilität und Sicherheit.

Das Ankleiden erfolgt ebenso wie bei teilaktiven Patienten: unten liegender Arm, Kopf, oben liegender Arm (► Abb. 8.10). Ist es dem Patienten nicht möglich, seinen Kopf anzuheben, führt die vor dem Patienten stehende Pflegende ihren Unterarm unter den Schultergürtel hindurch, bis die Hand unter dem Kopf des Patienten liegt. Sie kann so die Bewegung führen. Das T-Shirt kann nur über die unten liegende Schulter und über den Rücken nach unten gezogen werden.

Bevor der vordere Genitalbereich und das unten liegende Bein gewaschen werden, nimmt eine hinter den Beinen gefaltete Decke das Gewicht des oben liegenden Beins ab (► Abb. 8.11). So lässt sich die Hose über das unten liegende Bein streifen. Um die Hose über das Gesäß zu führen, nutzt die Pflegende erneut Rotationsbewegungen (► Abb. 8.12).

Sachverzeichnis

A

A-Lage, Rückenlage, Positionieren 121
A-Lagerung 33, 118
– teilaktiver Patient 121
Abhusten 252
Ablenkung 61
Absaugen 245
Achtsamkeit 112
Affektibilität 55
Agnosie 65
Agonist 45
Aircastschiene 128, 178
Aktivitäten des täglichen Lebens 204, 265
Alltag, Schlüsselpunkte 29
Alltagsaktivität, Förderung 22
Angehörige, Essen 234
Angiom, cerebelläres 267
Angst, Neglect 71
Ankleiden 257
– A-Lagerung 211
– Sitzen 260
Anosognosie 65, 70, 260, 264
Antagonist 45
Antrieb, verminderter 205
Anziehtraining 207
Aphasie 80
– amnestische 83
– Formen 82
– globale 82
Apraxie 63
Arm
– angepasste Position 142
– betroffener
–– Seitwärtsbewegung 131
–– Sitzen 171
– Bewegungsmaß 87
– Handling beim Transfer 101
– hypotoner 94
– innenrotierter 90
– Positionierung, betroffene Seite 136
– schmerzhafter 95
– Seitwärtsbewegung 95
Armbewegung 88
Armgewicht, Abnahme 179
Armhandling 98
Armstütz, seitlicher, Waschbecken 222
Aufmerksamkeit 35
– Einflussfaktoren 57
– geteilte, Störungen 62
– Kapazitäten 57
– Komponenten 58
– Lernen 35
– Neglect 70
– selektive, Störungen 61
Aufmerksamkeitsdauer 59

Aufmerksamkeitsfunktion, stehende Haltung 223
Aufmerksamkeitsstörung 57
Aufsetzen
– Bettkante 154, 256
– nach 4 Wochen 261
– Transfer 269
– unerwünschte Tonuserhöhung 158
Aufstehen 174
Auskleiden 257
Ausscheiden 234
Aussprottung, kollaterale 39
Auto, Transfer 166
Awareness 70

B

Baden 224
Bänder 89
Barthel-Index 255
Bauchpresse 241
Bausteine
– Handling 112
– Übersicht 116
Becken
– Anheben 127
–– Aufrichten 172
–– fehlendes, Maßnahmen 176
–– Ausrichtung 135
–– Sprunggelenk 128
–– zu zweit 213
– Ausrichtung, Sitzen 170
– passives Versetzen 269
– Stabilisierung 106
– Symmetrie 152
– zur Seite bewegen 127
– Zurückbewegen 133
Beckenasymmetrie, Ausgleich 172
Beckenkorrektur, Rückenlage 121–122
Begrüßungsberührung 210
Bein
– Aufstellen 106
–– in Rückenlage 124
–– Bewegen 106
– oben liegendes, Gewichtsabnahme 216
Beißen 231
betroffener Arm, Seitenlage 139
Bett
– Ankleiden 259
– Bewegen 116
– Hineinlegen 181
– Positionieren 118
– schiefe Ebene 152
– Waschen 207

Bett, beziehen 196
Betthöhe 117, 157
Bettkante, Vorbewegen 162
Bewegen, Bett 116, 269
Bewegungsablauf, normaler, Orientierung 22
Bewegungsübergang, Stehen 174
Bildtafeln, Aphasie 84
Blasensphinkter 234
Blasentee 259
Bobath-Konzept, Fundamente 22
Body Neglect 66
Broca-Aphasie 83

C

Circumduktionsgang 178
Cuff 247

D

Darmentleerung, geplante 273
Dauerkatheter, liegender 235, 259, 270
Dekubitus, Steiß 151
Desensibilisierung, Hyperästhesie 226
Diarrhoe 270
Dilatationstracheotomie 246
Drehen
– auf den Rücken 138
– betroffene Seite 130
– schwer betroffener Patient 132
– seitliches, Ausmaß 141
– teilaktiver Patient 131
– weniger betroffene Seite 140
Durchfall 244
Duschen 224
Dysarthrie 82

E

Einmalkatheter 237
Einmalzahnbürsten 228
Emotion, Lernen 35
Empfinden, propriozeptives 43
Erbrechen, Sondenkost 251
Erfahrung, existenzielle 253, 260
Erschöpfung 58
Essen 233

F

Fallbeispiel
– 1 255
– 2 267
Fazialisparese 255
Fazilitation 112
Fehleinschätzung, räumliche 73
Feinmotorik 33
Fettpneumonie 229
Fistelkatheter, suprapubischer (SBK) 239
Flow Chart
– Kanülauswahl 249
– Stuhlkontinenz 242
– Urinkontinenz 238
Fluss, axoplasmatischer 47
Frühreha-Barthel 255
Fuß
– aktive Stabilität 178
– besondere Beachtung 207
– Beweglichkeit 178
– Waschen 207
Fußbänkchen 158

G

Gastrostomie, perkutane endoskopische (PEG) 233
Gedächtnisstörung 55
Gehen
– assoziierte Reaktion 179
– einige Schritte 176
– Muskeltonus 25
– Unterstützung 178
– Voraussetzungen 177
Gehirn, Netzwerk 33
Gesäß, Unterstützung 176
Gesichtsmuskulatur und Körpermuskulatur, Wechselspiel 226
Gewichtsübernahme, fehlende 176
Gewichtsverlagerung, Pflegen-der 130
Gleichgewicht, Halten 178
Glycerin-Zitronenstäbchen 229
Grobmotorik 33
Grundtonus, Abweichungen 25

H

Haltung, stehende 223
Haltungshintergrund 26
Haltungskontrolle, unzureichende, Mundpflege 231
Hand, geschwollene 102

- zentrale Schädigung 87
- Handlagerungsschienen 104
- Handsyndrom 102
- Harnblase 234
- Harnrang 237
- Harninkontinenz 234
 - bleibende 237
- Harnträufeln 236
- Harnwegsinfekt 235
- Hemianopsie 68
- Hemiparese, Beinposition 105
- Hemiplegie, assoziierte Reaktion 51
- Hilfsmittelversorgung 179
- Hineinlegen, Bett 181
- Hirnleistung, geistige 55
- Hirnleistungsstörung, somatosensorische Wahrnehmung 45
- Hirnschädigung
 - erworbene, Mundpflege 226
 - Lernen 36
- Hochbewegen, im Bett, aktives 146
- Hocker, hoher 221
- Hohlkreuz 212
- Hose, Anziehen 215, 219
- Hüfte
 - Anatomie 105
 - Drehen 108
 - Gehen 109
 - schmerzhafte 105
 - Ursachen 105
 - Seitenlage 108
 - Selektivität 136
 - Sitzen 109
 - zentrale Schädigung 105
- Hüftgelenk, irreversible Verkürzung 177
- Hüftschmerzen, Beinaufstellen 106
- Hüftstreckung 178
- Hyperästhesie 226
- Hypertonie 255
- Hyposensibilität 231

I

- Inaktivität, gelernte 45
- Inkontinenz 234
- Intimsphäre 205

K

- Katheterisieren 197
- Kieferkontrollgriff 227
- Kind, Kanülen 248
- Kleiden 204
 - Pflegeziele 205
 - Übersicht 224
 - Waschbecken 216
- Klemmen, Mundpflege 232

- Kniegelenk, irreversible Verkürzung 177
- Kniekontrolle 178
 - Verlust 223
- Knieschäden, Becken anheben 129
- Kommunikation, Förderung 272
- Kommunikationshilfen, Aphasie 84
- Kondomurinal 237
- Kontext, emotionaler 35
- Kontrolle, zentrale 85
- Konzentration 58
- Konzentrationsstörung 57
- Koordinationsstörung, Mundpflege 231
- Kopf, Zur-Seite-Kippen 210
- Kopfanheben, Anweisung 212
- Kopfbeweglichkeit, freie 178
- Kopfkontrolle, fehlende, Anziehen 215
- Kopfposition 172
 - Schluckakt 210
- Körper, Vorverlagerung im Raum 178
- Körperpflege 204, 266, 275
 - A-Lagerung 211
 - Ablenkung 220
 - Einbeziehung des Patienten 206
 - hoher Hocker 221
 - Kleiden 213
 - Muskeltonus 209
 - Pflegeziele 205
 - Rückenlage 211
 - schwer betroffener Patient 215
 - Seitenlage 270
 - Umgebungsreize 220
- Körpersenkrechte, subjektive 74
- Körperwahrnehmung
 - Förderung 31
 - Schulung 206
- Kraniotomie, osteoplastische 255
- Kreislauf, sensomotorischer 44, 56
- Krise, vegetative 268

L

- Lagerungshilfsmittel, Abbau 138
- Lähmung, schlaffe, Rückenlage 124
- Latexkatheter 235
- Leben, aktives, Einbeziehen 254
- Lebenspartner, Einbeziehung 253
- Lernen 32

- körperliche Einflussfaktoren 36
- Motivation, Aufmerksamkeit 59
- negative Einflussfaktoren 36
- Liegen, unterstützende Fläche 28
- Ligamentum coracohumerale 89
- Lippenpflege 229
- Infusion, Handsyndrom 103
- Lungenbelüftung 244

M

- Mikroklist 241
- Miktio 234
- Mobilisation, Überforderung 171
- Mobilität 28
- Motivation 35
- Motorik 43, 45
- Motorische Systeme 45
- Müdigkeit 58
- Mund
 - Anfeuchten 229
 - trockener 245
- Mundausspülen 231
- Mundbereich, Tonuserhöhung 226
- Mundpflege 258
 - allgemeine 227
 - Durchführung 230
 - Koordinationsstörung 231
 - Seitenlage 232
 - spezielle 226
- Mundpflegemittel 229
- Mundschleimhaut, intakte 227
- Mundspülung 229
- Muskelkontraktion 45
- Muskeln, Funktion 45
- Muskeltonus
 - Einflussfaktoren 25
 - Normalisierung 22
 - unerwünschte Erhöhung 26
- Muskulatur
 - hypotone, Innenrotation 91
 - phasische 46
 - tonische 46

N

- Nacht, Sicherheit 264
- Nackenhörnchen 172
- Nase, feuchte 248
- National Institut of Health Stroke Scale (NIHSS) 185
- Neglect
 - akustischer 68
 - motorischer 68
 - multimodaler 255

- somatosensorischer 68
- Transfer 161
- visueller 67
- Neglect-Syndrom 65
 - Anziehtraining 72
 - Bewegungsübergänge 73
 - Formen 65
 - Körperpflege 71, 213
- Nervensystem, zentrales, epigenetische Faktoren 34
- Nervenzellen, Physiologie 32
- Neuropflege, Aufgaben 51
- Neuroplastizität 39
- Neuropsychologische Störung 55
- Neurotrophe Faktoren (NGF) 47
- NIHSS 185

O

- Oberarm, Unterstützung 97
- Oberarmkopf 92
- Oberkörper
 - Ankleiden 211
 - gerades Anheben 120
 - Waschen 217
 - zur Seite versetzen 129
 - Zurückbewegen 133

P

- Partizipation 260, 264
- Peroneuswickel 178
- Perseveration 56, 64
- Pflege, ressourcenorientierte, fördernde 22
- Plastizität des Gehirns 32
- Plazidität 85
- Pneumonie 247
- Positionieren
 - betroffene Seite 133
 - Trachealkanüle 251
- Propriozeption 43
- Prosopagnosie 65
- Pusher-Symptomatik 74
 - Anziehtraining 77
 - Aufmerksamkeitsleistung 58
 - Aufsetzen 156
 - Bewegungsübergänge 78
 - Körperpflege 213
 - pflegetherapeutische Maßnahmen 76
 - Rollstuhl
 - Beckenaufrichtung 79
 - Sitzposition 80
 - Tranfer, Bett-Rollstuhl 78
 - Transfer 161

R

Rasur 223, 228
 Reaktion, assoziierte 175, 224
 Reflux, Sondenkost 251
 Repräsentation, mentale,
 Neglect 69
 Ressourcenallokation 58
 Restharnbestimmung 239
 Rollator 180
 Rollstuhl, Sitzen 169
 Rollstuhltisch 100
 Rückenlage
 – Anordnung der Kissen 121
 – Positionieren 121
 – Sitzen 29
 Rumpf, aktive Stabilität 178
 Rumpfmuskulatur, hypotone
 90
 Rumpfwinkel 198
 – Anlage 199
 – Ziele 198

S

Schienen 180
 Schinkengang 162
 Schluckstörung
 – Mundpflege 226, 232
 – Nahrungsaufnahme 232
 Schlüsselpunkte 29
 – Einstellung 29
 – Sitzen 170
 – Stellung in Beugung 170
 Schmerz
 – Aufstellen der Beine 126
 – Differenzierung 91
 Schmerzfreiheit 253
 Schmerztherapie 92
 Schuhe, Anziehen 262, 266
 Schulter
 – Drehen auf die Seite 94
 – Handling in Rückenlage 93
 – Positionierung, betroffene
 Seite 136
 – schmerzhafte 89
 – Schmerztherapie 92
 – Seitenlage 96
 – günstige Auflagefläche
 138
 – Auflagefläche 96
 – Sitzen 98
 – weniger betroffene Seite 97
 Schulter-Schutz-Handling 94,
 98
 – Waschen 219
 Schulterblatt
 – hypertones 96
 – Mobilisation 94
 Schultergelenk 87
 – Anatomie 87
 Schultergürtel
 – adäquates Handling 93
 – Fallen 143
 – hypertoner 93
 Schulterschmerz 87, 91
 – prophylaktische
 Maßnahmen 101
 Schulterzug 97, 147
 Schutzhose 237
 Schwerkraft, Sitzen 168
 Selbstständigkeit, Apraxie 63
 Selektivität 136
 Sensibilität, Nahrungsauf-
 nahme 232
 Sensibilitätsstörung
 – Mundpflege 231
 – spezielle Pflege 224
 Sicherheit, nächtliche 264
 Silikonkatheter 235
 Sitz
 – angelehnter 170
 – asymmetrischer, Korrektur
 109
 – aufrechter 170
 Sitzen 168, 266
 – Qualität 171
 – Schlüsselpunkte 170
 – schwer betroffener Patient
 171
 Sitzmöglichkeiten 172
 Socken, Hilfsmittel 220
 Somnolenz, Mundpflege 232
 Spastik, assoziierte Reaktion
 51
 SpeedyCath 237
 Spitzfußprophylaxe 123, 128
 SPK Fistelkatheter, suprapu-
 bischer 239
 Sprachmodalitäten 82
 Sprachstörungen 82
 Sprechapraxie 82
 Sprechen, paralleles 62
 Sprechmuskulatur 82
 Sprechschwierigkeiten 83
 Sprechventil 247
 Stabilität 28
 – für Mobilität 28
 – muskuläre Faktoren 89
 – vor Mobilität 206
 Stabilität, Pusher-Symptomatik
 77
 Stammganglienblutung 255
 Stand 101
 – zentrale Schädigung 87
 Stand, Transfer 176
 Stehen 159, 174
 – Tonuserhöhung 175
 – Überstreckung, Knie 175
 Steiß, Dekubitus 151
 Stock 180
 Stoma 251
 Störung, räumliche 73
 Stress, Leistungsfähigkeit 57

Stuhl
 – Auswahl 217
 – Sitzen 169
 Stuhlentleerung, Physiologie
 241
 Stuhlinkontinenz 240
 Stuhlkante, aktives
 Vorbewegen 162
 Sturzgefahr, gefühlte 75
 Subluxation 89, 98
 Suctionaid 253
 Synapse 32
 – schlafende, Aktivierung 39
 Syndrom, dysexekutives 85

T

Tetraparese 268
 Toilettengang 166
 Toilettenstuhl 224
 Toilettentraining 237
 Tonusaufbau, kontrollierter
 272
 Tonuserhöhung, unerwünsch-
 te, Aufstehen 175
 Trachealkanüle 245
 – Auswahl 248
 – Fenster 247
 – Kopfform 210
 – Positionierung 251
 – Sekretproduktion 252
 – Spezialkanüle 252
 – Transfer 251
 – Wechsel 250
 – Zubehör 248
 Tracheostoma 245, 267
 Transfer
 – Auto 166
 – Fehlerquelle 166
 – mehr betroffene Seite 161
 – normaler Bewegungsablauf
 159
 – Rollstuhl 163
 – Seitenauswahl 161
 – seitliche Unterstützung 163
 – Stuhl 163
 – tiefer 159, 256, 261
 – Toilette 166
 – Trachealkanüle 251
 – über den Stand 159, 176
 – Vorbereitung 162
 – weniger betroffene Seite
 161
 Trinken 233

U

Überaffektivität, synaptische
 39
 Überdehnungsschwäche 47

Überforderung, Verhaltens-
 weisen 205
 Überlaufblase 236
 Unawareness 76
 Unterkörper
 – Ankleiden 212
 – Anziehen 219
 – Waschen 219
 – im Sitzen 219
 Unterstützungsfläche (USF) 28

V

Ventrikelriss 255
 Vigilanz 226
 Vorholen und Drehen 142

W

Wachheitsgrad, Störungen 59
 Wahrnehmung
 – Aufmerksamkeit 54
 – Grundlagen 54
 Waschbecken
 – Sitz 216
 – Stehen 222
 – Stuhl 217
 Waschen 204, 262
 – Fuß 207
 – neuropsychologische
 Faktoren 219
 – Qualität der Bewegung 218
 – Seitenlage 257
 – selbstständiges 219
 – Anleitung 214
 – Übersicht 224
 – Waschbecken 216
 Wassertemperatur 206
 Watteträger 232
 Wernicke-Aphasie 83
 Wirksamkeit, synaptische,
 Erholung 39

Z

Zahnpflege 258
 Zahnprothese 228
 Zeitwahrnehmung, Störungen
 70
 Zungenbeweglichkeit,
 eingeschränkte 231
 Zungenbürste 228
 Zurückbewegen 133
 Zystitis 259



Hat Ihnen das Buch:

M. Friedhoff | D. Schieberle
Praxis des Bobath-Konzepts

ISBN: 9783131427830

gefallen?

zum Bestellen hier klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>