Aus der Rücken- in die Seitenlage

Transfers erleichtern In diesem Beitrag der Reihe Kinästhetik geht es um die verfeinerte Durchführung alltäglicher Transfers mit besonderer pflegerischer Relevanz. Am Beispiel des Transfers aus der Rücken- in die Seitenlage soll gezeigt werden, wie grundlegendes Bewegungsverständnis im Sinne von Kinästhetik im pflegerischen Alltag leicht umgesetzt werden kann, um Bewegung zu fördern und körperliche Belastungen zu reduzieren. So erfolgt Entwicklungsförderung im Handling von Anfang an.

Der Transfer aus der Rücken- in die Seitenlage ist in vielen pflegerischen Situationen verwendbar.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

– André Muesse, Stefanie Vehma, Petra Brutscher, Sonja Eppler –

Häufig zeigt es sich, dass die Erwartung Pflegender an Kinästhetik dort beginnt, wo mit gewohnheitsmäßigem Heben und Tragen kein Weiterkommen zu erzielen ist. Dabei geht es oft um großräumige und komplexe Transfers von Menschen mit schweren Bewegungseinschränkungen, beispielsweise schlaffen oder spastischen Lähmungen oder ausgeprägten Kontrakturen. Kräftiges Zupacken, Anzählen „auf Drei" und „hau ruck!" machen solche Bewegungen für den Betroffenen unter Umständen zu einem Negativerlebnis, vor dem er sich selbst nur schwer schützen kann. Je komplexer und großräumiger die Transfers sind, die in dieser Weise ausgeführt werden, desto wahrscheinlicher wird die Überlastung sowohl der Pflegenden als auch der Patienten früher oder später deutlich. So wird im Handling von Früh- und Neugeborenen oft das ganze Kind oder mehrere Körperteile gleichzeitig angehoben „wie ein Paket". Bei diesen Patienten ist der Kraftaufwand für die tragende Person meist gut leistbar und wird kaum als Belastung wahrgenommen. Das Kind kann dieser Bewegung jedoch nicht folgen, es muss sich in vorgegebenen Positionen halten, seine eigenen Bewegungsabläufe und Bewegungsprozesse werden beeinträchtigt. Da ihm die Möglichkeiten zur eigenen Bewegungssteuerung genommen werden, wird die Interaktion beeinträchtigt. Die Fremdbestimmung hemmt die Orientierung im eigenen Körper. Häufig reagieren Kinder, die in dieser Weise bewegt werden, mit Weinen oder mit Schutzreflexen. Dass schon die alltägliche Aktivität des Windelwechselns eines Früh- und Neugeborenen über die Seitenlage als entwicklungsfördernder Interaktionsprozess gestaltet werden kann, wird oft unterschätzt oder nicht beachtet.

Im folgenden Beitrag soll es darum gehen, wie Pflegende ganz alltäglich auftretende Situationen und kleinräumige Transfers wie zum Beispiel Positionswechsel innerhalb des Bettes achtsam, fördernd und mit einer verfeinerten Berührungsqualität (siehe **JuKiP 3/2017**) ausführen können. Dabei werden einzelne Elemente des in der **JuKiP 2/2017** ausführlicher dargestellten Aktivierungsrituals aufgegriffen.

Einer der im Pflegealltag am häufigsten anzutreffenden Transfers ist der von der Rücken- zur Seitenlage. Eine gebräuchliche Durchführungsvariante stellt sich durch Kontakt an Schulter und Gesäßmuskel dar, gefolgt von seitengleichem Ziehen an diesen Kontaktzonen. Der Patient wird also „am Stück", in seiner Form ähnlich einer Walze, zur Seite gedreht. Diese Bewegung mehrerer Körperteile gleichzeitig in eine Richtung wird in der Kinästhetik als En-bloc-Bewegung bezeichnet. Derartige Bewegungsmuster sind im Bewegungsverhalten gesund entwickelter Erwachsener zuhauf zu beobachten. Beispielsweise werden beim Aufstehen aus dem Sitzen die Körperteile Brustkorb, Kopf und Arme meist gleichzeitig bewegt. Diese Bewegungsgewohnheiten stellen jedoch besondere Herausforderungen an die Fähigkeit des Menschen zur Bewegungssteuerung und -koordination, da die Körperteile während der Bewegung auch zueinander in Beziehung gehalten werden müssen. Dies erfordert meist einen relativ hohen Kraftaufwand. Diese Fähigkeit entwickelt sich erst im Kleinkindalter. Beobachtet man Kinder im 1. und 2. Lebensjahr in ihren Bewegungsabläufen, findet man keine En-bloc-Bewegungen.

Handlungsgewohnheiten hinterfragen

Legt man sich selbst flach auf den Rücken und versucht sich aus eigener Kraft in dieser Form in die Seitenlage zu drehen, wird dies, wenn überhaupt, nur unter größter Anstrengung, d. h. mit maximal erhöhtem Muskeltonus gelingen können.

Eben diesen hohen Muskeltonus zwingen Pflegende auch ihren Patienten auf, wenn sie versuchen, diese in der oben genannten Weise zu bewegen. Dies kommt zum einen durch die ungeeigneten Kontaktzonen an Körper, Schulter und Gesäßmuskel zustande, die in ihrer Beschaffenheit weniger geeignet sind, Körpergewichte zu bewegen (vgl. auch **JuKiP 3/2017**, angemessene Kontaktzonen). Damit beim Zug an der instabilen und in mehreren Richtungen beweglichen Schulter sowie am weichen Gesäßmuskel überhaupt ein Gewichtstransfer von einer Position in eine andere zustande kommt, muss der Patient Muskeltonus im Sinne einer schützenden Abwehrspannung aufbauen. Die Tonuserhöhung macht wiederum einen gesteigerten Kraftaufwand vonseiten der Pflegekraft nötig, um den auftretenden Widerstand zu überwinden. Dies geschieht unabhängig vom Gesamtkörpergewicht des Patienten, also bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen, fällt bei ersteren aber oft nicht auf, da besagter Widerstand bei geringerem Körpergewicht natürlich leichter zu überwinden ist. Langfristig werden Pflegende mit dieser Vorgehensweise an ihre Grenzen stoßen, was sich in körperlichen und seelischen Überlastungssymptomen äußern kann. Vor allem aber entspricht sie in keiner Weise den Grundideen entwicklungsfördernden Handlings oder bewegungsfördernder Unterstützung, da der Patient kein Bewegungsmuster angeboten bekommt, das er aus seiner Bewegungserfahrung einsetzen könnte, um den Positionswechsel aus eigener Kraft zu vollziehen. Entwicklungsförderndes Handling knüpft an die intrauterinen Vorerfahrungen des Kindes an. Ein

B

Selbsterfahrung

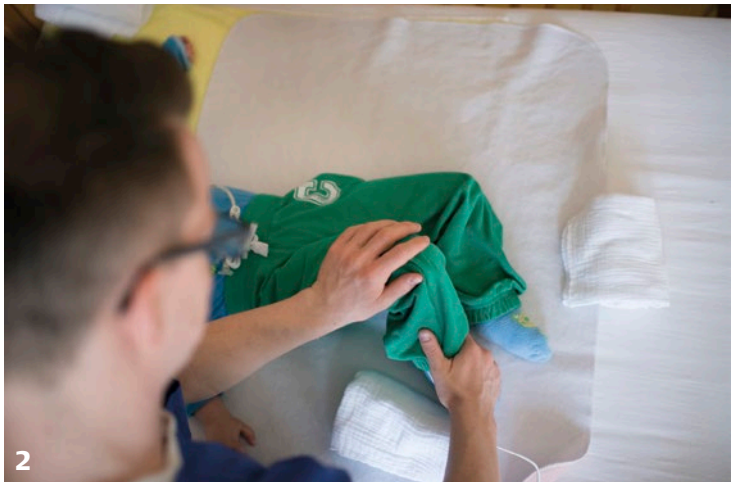
Übung 1

Legen Sie sich flach auf den Boden und versuchen Sie sich in die Seitenlage zu drehen. Versuchen Sie dabei, alle Körperteile gleichzeitig zu bewegen. Welchen Einfluss nimmt diese Art der Bewegung auf Ihren Muskeltonus? Wie können Sie die Bewegung anders ausführen, damit sie leichter fällt?

Übung 2

Versuchen Sie, in Rückenlage nacheinander die Beine und anschließend das Gesäß vom Boden anzuheben. Die Bewegung ähnelt der, die Kinder erleben, die beim Windelwechsel an Füßen oder Beinen angehoben werden. Welchen Einfluss nimmt diese Bewegung auf Ihren Muskeltonus? Welche Veränderungen spüren Sie an Ihrer Atmung, im Bauch und im Kopf?"

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.



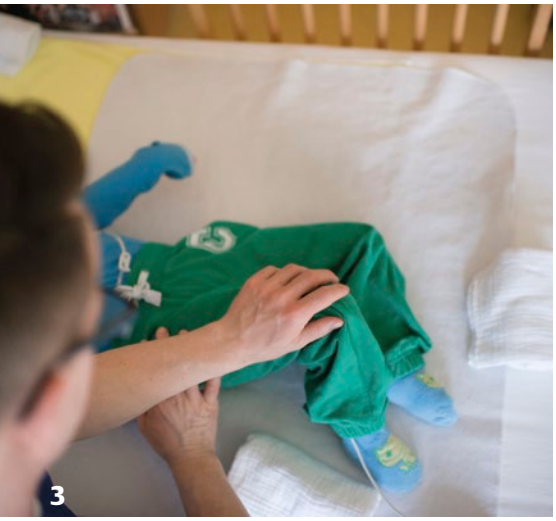


Abb. 1 Es wird zunächst ein Bein durch Außenrotation in die Richtung gerollt und gebeugt, in die die Seitwärtsdrehung erfolgen soll. Erfolgt diese Bewegung mit Kontakt zur Unterstützungsfläche, wird das Gewicht des Beins nicht gehoben. Ein Aufrichten des Beins kann außerdem dazu verleiten, es als Hebel für die Körperdrehung einzusetzen. Dies sollte vor allem bei geringem Muskeltonus dringend vermieden werden, um das Hüftgelenk zu schützen.

Abb. 2 Mit dem anderen Bein wird in gleicher Weise verfahren. Durch Innenrotation folgt es der Bewegungsrichtung.

Abb. 3 Die Bewegung überträgt sich auf das Becken. Die Hand wechselt und unterstützt am Beckenkamm.

Abb. 4 Die Drehung überträgt sich auf den Brustkorb. Das Gewicht des Arms und besonders auch des Beatmungssystems machen Unterstützung notwendig.

Abb. 5 Die Bewegung wird mit Kontakt am Brustkorb weitergeführt. Adäquate Zugsicherung am Beatmungssystem.

Abb. 6 Zumeist folgt der Kopf der Bewegung nach. Gegebenenfalls wird die Position nochmal optimiert.

Abb. 7 Die Position wird durch geeignetes Material an den Kontaktzonen unterstützt, das Beatmungssystem gesichert.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Abb. 8 Begrüßung des Kindes am höchsten Punkt und an den tiefsten Punkten des Körpers.

Abb. 9 Asymmetrischer Handkontakt auf beiden Körperseiten unterstützt die Spiralbewegung.

Abb. 10 Zug am Bein/Becken und Druck am Brustkorb initiieren die Drehung.

Abb. 11 Die Bewegung des Beins und des Beckens lassen den Brustkorb nachfolgen.

Abb. 12 Der Körper erreicht die Seitenlage.

Abb. 13 Das Frühgeborene liegt ruhig auf der Seite.

Abb. 14 Langsam und behutsam wird das Frühgeborene durch die Hände der Pflegenden zurück in die Rückenlage begleitet.

Abb. 15 Die Verabschiedung erfolgt, wie die Begrüßung, am Kopf und an den Füßen.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

sanfter Übergang in der Anpassung an das extrauterine Leben soll ermöglicht werden. Das Ziel der bewegungs- und entwicklungsfördernden Pflege ist ein individuell angepasstes Angebot entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand eines jeden Kindes.

Pflegerische Relevanz

Zunächst soll erörtert werden, warum ausgerechnet der Transfer aus der Rücken- zur Seitenlage hier ausführlich dargestellt wird. Dabei geht es zum einen um die pflegerische Relevanz, also die Häufigkeit, mit der die Bewegungssequenz und die Körperposition Pflegenden im Alltag begegnen und in welcher Weise sie sinnvoll genutzt werden können.

Mit der Geburt muss sich das Neugeborene in einer völlig neuen Umgebung zurechtfinden. Veränderungen, die nach der Geburt Einfluss auf die Bewegung der Früh- und Neugeborenen haben, sind:

Schwerkraft. Sie zieht den Körper mit zehnfacher Kraft zu Boden.

Berührungsfläche. Sie verändert sich zu punktuellen bis flächigen Kontaktzonen.

Bewegung. Eigenen Bewegungen fehlt häufig die Kontaktfläche, Bewegungen werden durch einen Interaktionspartner ermöglicht.

Die neue Umgebung wirkt nun direkt und ungefiltert auf das Kind (siehe **JuKiP 4/2017**, Nah- und Fernsinne).

Die Rücken- und die Seitenlage sind die ersten stabilen Körperpositionen, die ein Neugeborenes nach der Geburt einnehmen kann. Erst wenn es diese beiden Positionen mit all seinen Möglichkeiten erfahren und für sich perfektioniert hat, findet ein aktiver Positionswechsel in die Seitenlage statt. Aus der embryonalen Beugehaltung entwickelt sich mit Einfluss der Schwerkraft die Streckung des gesamten Körpers, was die aktive Eigenbewegung in die Seitenlage ermöglicht. Dieser Entwicklungsprozess kann im alltäglichen Handling unterstützt werden.

Darüber hinaus wird die Seitenlage von vielen Erwachsenen bevorzugt als Ruhe- und Schlafposition eingenommen. Sie ermöglicht einerseits, das Gewicht der meisten Körperteile auf einer Unterstützungsfläche abzulegen und damit Muskeltonus zu reduzieren. Gleichzeitig können die Extremitäten an den Körper gezogen und dieser kann durch großräumige Beugebewegung in Embryonalhaltung gebracht werden. Diese Position ist in unserem Bewegungsgedächtnis als intrauterine Bewegungserfahrung gespeichert und in der Regel positiv assoziiert. Die starke Beugung schützt unsere weiche, verletzliche Körpervorderseite (in der Kinästhetik als **Beugeseite** beschrieben), auf der viele lebenswichtige Organe zu finden sind und die uns gemeinhin als Interaktionsseite dient (beim Sehen, Sprechen, Fortbewegen im Raum). Eine Decke und gegebenenfalls ein Kissen, das die Körperrückseite (**Streckseite**) vom Hinterhaupt bis zum Steißbein berührt und stützt, verstärkt das Empfinden von Geborgenheit, da es den großflächigen Kontakt des Körpers zur Uteruswand simuliert, und sorgt daher meist für ein erhöhtes Wohlbefinden (ähnlich verhält es sich auch bei der Bauchlage).

Weiterhin genügt die Seitenlage allen pflegerischen Bedarfen hinsichtlich Dekubitusprophylaxe, Atemerleichterung durch Freilagerung der obenliegenden und somit von Auflagedruck befreiten Lungenhälfte. Sie ist aufgrund der oben genannten Vorteile bei der Organisation von Körpergewichten ideal einsetzbar bei der Intimpflege von Patienten aller Altersgruppen. Diese Auflistung ist sicherlich um viele weitere Punkte erweiterbar.

Bewegungs- und Entwicklungsförderung

In der Bewegungs- und Entwicklungsförderung kommt der Bewegung aus der Rücken- in die Seitenlage darüber hinaus besondere Bedeutung zu. Betrachtet man die Bewegungsentwicklung von Kindern, wird man die Drehung in die Seitenlage als erste Positionsveränderung beobachten können, die das Kind selbstständig ausführt; meist fließend eingebunden in die Drehung zur aufgestützten Bauchlage.

Kinästhetik beschreibt im Konzept *Funktion* die sieben **Grundpositionen**. Sie stellen in idealtypischer Weise wesentliche Meilensteine der Bewegungsentwicklung des Menschen dar, beginnend aus der Rückenlage bis hin zum aufrechten Stand, der unserem größtmöglichen Maß an Aufrichtung entgegen der Schwerkraft entspricht und damit die höchsten Ansprüche an die Bewegungssteuerung stellt.[1] Die Grundpositionen werden daher manchmal auch als Entwicklungspositionen bezeichnet. In ihrer systematischen Abfolge können natürlich beliebig viele Zwischenpositionen hinzugefügt oder weggelassen werden. Die Bewegung durch die sieben idealtypischen Grundpositionen durch wechselnde Muster von Drehen-Beugen und Drehen-Strecken (**Spiralbewegungen**) ist eine festgelegte Bewegungssequenz, die in ihrer idealtypischen Form die oben beschriebene Bewegungsentwicklung simuliert. Dies ermöglicht das Kennenlernen menschlichen Bewegungsverhaltens und dient zudem als wichtiges Instrument in der Bewegungsanalyse. Da eine jede Körperposition besondere Ansprüche an die Fähigkeit zum Einnehmen und Halten dieser Position stellt, bauen auch die Grundpositionen in ihrer Abfolge aufeinander auf. Das Wissen um die Grundpositionen kann als wichtige Orientierung dienen, wenn es darum geht, großräumige, komplexe Transfers zu gestalten. Somit werden Transfers aus dem Bett in den Rollstuhl, aus dem Rollstuhl auf den Fußboden und zurück sowie in eine Badewanne und wieder heraus planbarer und sicher durchführbar. Kennt die Pflegekraft also einzelne Zwischenschritte eines komplexen Transfers, z. B. eines beatmeten Patienten in die 135°-Lage, erleichtert dieses Wissen die Ablauforganisation erheblich und ermöglicht auch die Durchführung in einfachen Einzelschritten. Die Bewegung erfolgt eindeutiger, in einer angemesseneren Zeit, und sorgt für ein höheres Sicherheitsempfinden bei Patient und Pflegekraft.

Kraftökonomie

Um den Transfer für die Beteiligten leichter zu gestalten, empfiehlt es sich, den Bewegungsablauf am physiologischen Bewegungsverhalten zu orientieren. Kinder bewegen sich in ihrer Bewegungsentwicklung nicht in den oben genannten, eher anstrengenden En-bloc-Bewegungen. Stattdessen bewegen sie Körperteile einzeln nacheinander. Es entsteht eine „Bewegungskette“, die als **sequenzielle Bewegung** bezeich-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Der Transfer aus der Rücken- in die Seitlage kann bei jedem Windelwechseln als entwicklungsfördernder Interaktionsprozess gestaltet werden.

net wird. Sequenzielle Bewegungen zeichnen sich dadurch aus, dass nur das Gewicht jeweils eines Körperteils bewegt werden muss, der im Ablauf den gegebenen Bewegungsmöglichkeiten des Patienten folgen kann. Heben oder Tragen der Körperteile durch die Pflegekraft ist dabei in der Regel nicht notwendig. Vielmehr soll sie gezielte und eindeutige Bewegungsimpulse geben, denen der Patient (sofern dies möglich ist) folgt. Da die Bewegung sich von einem Körperteil auf den benachbarten überträgt, entsteht ein Bewegungsfluss, der für die Interaktionspartner leicht ist, da er weniger Kraftaufwand und weniger Spannung erfordert als die eingangs beschriebene Vorgehensweise.

Praktische Durchführung

Im hier betrachteten Transfer überträgt sich die Bewegung also begonnen bei den Beinen zunächst auf das Becken, vom Becken auf den Brustkorb, vom Brustkorb auf die Arme und schließlich auf den Kopf. Die Hände der Pflegenden wechseln in diesem Bewegungsfluss von einem Körperteil zum nächsten und unterstützen an den jeweils geeigneten Kontaktzonen.

Die in → **Abb. 1–7** dargestellte Sequenz zeigt den Transfer in individueller Anwendung bei einem Patienten mit stark reduziertem Muskeltonus und ist als eine mögliche Variante zu sehen. Abhängig von den individuellen Umständen können die Anforderungen an das Handling bei anderen Patienten variieren. Wie sich die Beweglichkeit darstellt, kann zum Beispiel mittels des in der **JuKiP 2/2017** vorgestellten Aktivierungsrituals ermittelt werden.

Die zweite Bildreihe (→ **Abb. 8–15**) zeigt den Transfer zur Seitenlage beim Frühgeborenen in kleinen Teilschritten.

Dabei sind die Hände der Pflegenden auf den unterschiedlichen Körperseiten des Kindes zu sehen. So wird eine Spiralbewegung initiiert, die das Frühgeborene bereits im Mutterleib geübt hat.

Nach der Begrüßung an Kopf und Füßen wird es mit Druck am Brustkorb und Zug über das Bein und das Becken aufgefordert, sich zur rechten Seite zu drehen.

Es wird deutlich, wie im Bewegungsablauf das Becken vorangeht, den Brustkorb nach sich zieht und anschließend Schulter und Kopf folgen. Das Frühgeborene ist orientiert, da es die Unterstützungsfläche zu keinem Zeitpunkt verlässt. Es wird nicht fremdbestimmt, sondern ist aktiv am Transfer beteiligt. Das Tempo der Pflegenden ist dem Bedürfnis des Kindes angepasst und der Positionswechsel wird zu einem wechselseitig gemeinsamen Interaktionsprozess.

Dass diese Bewegungssequenz in die alltägliche Aktivität des Windelwechselns eines Früh- und Neugeborenen über die Seitenlage als entwicklungsfördernder Interaktionsprozess integriert werden kann, wird oft unterschätzt oder nicht beachtet.

In den nachfolgenden Artikeln dieser Reihe werden wir an den hier vorgestellten Transfer anknüpfen und ihn in anschließende Aktivitäten einbinden. Hierzu zählen Transfers im Liegen, z. B. kopfwärts (im Bett nach oben), fußwärts oder seitwärts zur Bettkante hin. Später fügen wir diese Sequenzen zusammen und entwickeln daraus den Transfer in 135°-Lage beim beatmeten Kind.

Bis dahin wünschen wir wieder viel Freude beim Bewegen und Ausprobieren.

Literatur

1 Citron I. Kinästhetik – kommunikatives Bewegungslernen. Stuttgart: Thieme; 2011

Autoren

André Muesse
Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinästhetiktrainer (DG), Siegen.
E-Mail: kinaesthetik.siegen@gmail.com

Stefanie Vehma
Kinderkrankenschwester, Trainerin Kinästhetik Infant Handling (DG), Siegen.
E-Mail: kinaesthetik.siegen@gmail.com

Petra Brutscher
Fachschwester für pädiatrische und neonatologische Intensivpflege, Trainerin Kinästhetik Infant Handling (DG), Praxisbegleiterin Basale Stimulation® in der Pflege, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln.
E-Mail: petrabrutscher149@t-online.de

Sonja Eppler
Kinderkrankenschwester, Trainerin Kinästhetik Infant Handling (DG), Christliches Kinderhospital Osnabrück.
E-Mail: s.eppler@ckos.de

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0043-116355
JuKiP 2017; 6: 184–189
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1439-2569

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.