

Die 135°-Bauchlage aus der Perspektive der Kinästhetik

Von der Rücken- in die Bauchlage Entgegen der zurzeit geltenden Empfehlungen, Neugeborene und Säuglinge wegen der Gefahr des plötzlichen Kindstodes – SIDS – nur auf dem Rücken liegend zu lagern, ist es im klinischen Bereich oft unabdingbar, Frühgeborene und kranke Neugeborene auch auf den Bauch zu legen. Warum das so ist, dazu soll dieser Artikel einen kleinen Einblick aus Sicht der Kinästhetik geben. Hierbei stehen die pulmonale Situation sowie die Selbstwahrnehmung der Patienten im Fokus. Darüber hinaus soll exemplarisch aufgezeigt werden, wie der sehr komplexe Transfer aus der Rückenlage in die 135°-Bauchlage sicher durchgeführt werden kann und worauf dabei methodisch zu achten ist.



sein, das die Leistungsfähigkeit der Lunge beeinträchtigt.

Die Bauchlage reduziert (wie auch die 135°-Lage, auch: Bauch-Seitlage) die Inzidenz für Apnoen und Bradykardie. Sie ermöglicht eine bessere Zwerchfellbeweglichkeit und mindert eine „Ermüdung“ des Zwerchfells. Der positive Effekt auf die Sauerstoffsättigung ist vor allem bei sauerstoffabhängigen Kindern zu beobachten. Auch nach der Nahrungsgabe zeigt sich ein Vorteil der Bauchlage gegenüber der Rückenlage.¹

In vielen Fällen wird die inkomplette Bauchlage (135°-Lage) der kompletten Bauchlage (180°-Lage) vorgezogen. Zum einen wird die 135°-Lage von wachen Patienten als komfortabler empfunden, zum anderen ist sie von Pflegenden einfacher herzustellen. Das Dekubitusrisiko an druckgefährdeten Regionen des Gesichts ist in 135°-Lage geringer. Ebenso minimiert sie das Risiko der Dislokation von Zu- und Ableitungen (insbesondere wie im hier gezeigten Beispiel nasale Magensonden und Trachealkanülen bzw. Endotrachealtuben), da diese besser zugänglich bleiben. Dadurch ist auch eine bessere Möglichkeit zu nasal-oralem und endotrachealem Absaugen gegeben, das aufgrund des verbesserten Sekretabflusses aus basa-

Die 135°-Lage begünstigt die Oxygenierung und den Sekretabfluss, fördert die Selbstwahrnehmung und ermöglicht Entspannung. (Anm. der Autoren: Die ungewöhnliche Position des linken Arms ergibt sich aus den anatomischen Gegebenheiten des gezeigten Bewohners und erfolgt andernfalls fußwärts gestreckt am Körper anliegend.)

– André Muesse, Petra Brutscher,
Sonja Eppler –

In vielerlei Hinsicht kann es sinnvoll oder notwendig sein, Patienten in Bauchlage zu bringen. Frühgeborene und respiratorisch

erkrankte Neugeborene zeigen in Rückenlage häufig eine inadäquate oder insuffiziente Atmung. Dies kann beispielsweise durch eine Unreife der Lunge, eine Infektion oder zu viel Fruchtwasser begründet



Hinweis zu den Abb. 1 + 2

In einigen Perinatalzentren ist es mittlerweile üblich, keine Wattestielträger mehr zu verwenden. Man möchte so vermeiden, dass sich einzelne Fasern ablösen und verschluckt oder aspiriert werden. Alternativ kommen dann Schaumstoff-Swabs zum Einsatz. Andere Einrichtungen nutzen die Watteträger weiter unter der Voraussetzung, dass diese industriell gefertigt sind. Das eigenhändige Drehen von Tupfern aus Mullkompressen ist auch hier kontraindiziert. Die jeweiligen Hausstandards sind zu berücksichtigen.

len Lungenbereichen notwendig werden kann. Die verbesserte Oxygenierung wird auf eine homogenere Verteilung des Atemvolumens in der Lunge zurückgeführt. Ebenso wird eine positive Wirkung auf die Wiederbelüftung atelektatischer Areale beschrieben. Nach der Geburt werden viele Babys zur besseren Adaption in Bauchlage gelegt, im bestmöglichen Fall direkt auf die Brust eines Elternteils. Dies wirkt sich außerdem begünstigend auf die Bindung aus.

Die Ziele der Positionierungen sind:

- Die Beugung wie bei der Embryonalhaltung zu fördern
- Bewegungen der Extremitäten zur Körpermitte zu fördern
- Eigenaktivität und Körperfunktionen der Kinder zu fördern (auch Atmung und Verdauung sind anspruchsvolle Aktivitäten bei Frühgeborenen)
- Begrenzungen zu schaffen, um die Eigenwahrnehmung zu fördern
- Sicherheit und Geborgenheit zu fördern
- Unruhe durch Begrenzungen zu minimieren und den Kindern die Möglichkeit zur Eigenregulierung zu geben

Über die medizinisch begründeten Indikationen hinaus gibt es also weitere Argumente für die 135°-Lage, die sich auf Aspekte der Bewegungsförderung, der Selbstwahrnehmung und der Abgrenzung beziehen.

Wie bereits in der **JuKiP 5/2017** im Artikel „Aus der Rücken- in die Seitenlage“ beschrieben, unterscheidet Kinästhetik zwischen **Beugeseiten** (auch: Vorderseiten) und **Streckseiten** (auch: Rückseiten) von



Abb. 1 Ein Frühgeborenes liegt auf dem Bauch. Es ist entspannt und ruht in sich selbst.

Körperteilen, abhängig von deren Beschaffenheit und Beweglichkeit (→ **Bewegungsexperiment 1 + 2**).²

Beugeseiten sind eher durch muskuläre Strukturen dominiert, die zwar kraftvoll, aber auch empfindsam und verletzlich sind. Viele wichtige Organe sind über unsere Vorderseite zugänglich oder eben auch verletzlich. Aufgrund dieser Eigenschaften nutzt der Mensch seine Beugeseiten, um aktiv Kontakt zur Umwelt aufzunehmen. Beugeseiten sind also Interaktionsseiten.

Streckseiten sind eher knöchern dominiert und weniger empfindsam. Sie dienen weniger der Interaktion als vielmehr der Stütze gegen die Schwerkraft. Körperpositionen zum Verbleib an einem Ort, wie Sitzen oder Liegen, sind vorrangig über Streckseiten organisiert. Somit unterstützen die Streckseiten auch die Abgrenzung zur Umwelt. Menschen, denen wir wohlgesonnen sind, empfangen wir *mit offenen Armen* (wir zeigen unsere weiche, empfindsame, verletzliche Vorderseite [hier: Beugeseite]). Ablehnung signalisieren wir durch das Zeigen der *kalten Schulter* (eine Rückseite [hier Streckseite]), die uns auch schützen kann. Führt man sich innerlich das Bild eines geschlagenen oder trauernden Kindes vor Augen, sieht man es vielleicht zusammengekauert auf dem Boden sitzen. Nach außen zeigt es nur seine *harten* Seiten, also seine Rückseiten bzw. Streckseiten. Damit grenzt es sich gegen die Außenwelt ab und schützt sich vor äußeren Einflüssen. Dies tut es, indem es wiederum seine *weichen* und verletzlichen Seiten, also seine Vorderseiten bzw. Beugeseiten, schützt. Dies geschieht durch größtmögliche Beugung aller Körperteile, ähnlich wie es ein Igel tut.



Abb. 2 Während das Kind auf dem Bauch liegt, läuft die Nahrung mithilfe der Schwerkraft über die Sonde in den Magen. Das Frühgeborene hat einen Stieltpuffer getränkt mit Muttermilch im Mund und kann daran saugen. So kann es den Sinnzusammenhang erkennen; es wird warm im Magen, der Hunger lässt nach. Dafür muss es saugen und erkennt den süßen Geschmack der Milch.



Bewegungsexperiment 1

Halten Sie Ihre Hand locker geöffnet vor sich. Erproben Sie nun, wie weit Sie Ihre Hand maximal weiter öffnen können. Dabei strecken sich Ihre Finger weiter in Richtung Handrücken, dieser stellt also die Streckseite der Hand dar. Demzufolge bildet die Handinnenfläche die Beugeseite der Hand. Erproben Sie nun die mögliche Beugebewegung der Hand. Sie ist großräumiger möglich und endet bei der geballten Faust.



Bewegungsexperiment 2

Stellen Sie einen Alltagsgegenstand vor sich hin (zum Beispiel einen Apfel). Versuchen Sie nun, den Gegenstand durch Kontakt nur mit den Streckseiten (also Rückseiten) Ihrer Hand aufzunehmen und ihn zu benutzen (zum Beispiel in den Apfel zu beißen). Ist dies mit einer Hand überhaupt möglich oder benötigen Sie beide Hände? Wie gelingt Ihnen die Aktivität? Ist die Streckseite für derartige Aktivitäten/Manipulationen im Umfeld gut oder weniger gut geeignet?



Alle Fotos: Paavo Blåfield



Abb. 3 Bewegung von der Rückenlage in die 135°-Bauchlage. Nach der Kontaktaufnahme wird das Material zur Positionunterstützung so weit entfernt, dass ausreichend Raum für die Bewegung über die Seitenlage in die 135°-Bauchlage entsteht, die Halt gebenden Hände jedoch jederzeit Kontakt und Sicherheit vermitteln können.

Abb. 4 Der Bewegungsimpuls in die Seitenlage erfolgt über die Füße und initiiert eine Beugung. Hier sollte es dem Kind ermöglicht werden, eigene Körperspannung aufzubauen. Die Pflegenden können mit dem entsprechenden Gegendruck das Kind in seinem Raum und in seinem eigenen Tempo bewegen.

Abb. 5 Die Arme müssen nicht positioniert werden, das Kind hat die Arme gebeugt und der ganze Körper folgt der Bewegung. Der weitere Bewegungsimpuls erfolgt über das Becken und führt zur Seitenlage.

Abb. 6 Das Material zur Positionunterstützung wird am Körper angelegt und das Kind wird weiter in Richtung Bauchlage bewegt.

Abb. 7 Der Brustkorb liegt frei, um die Atmung zu unterstützen.

Abb. 8 Das Gewicht des Beins wird auf dem Kissen abgelegt und hat flächigen Kontakt.

Abb. 9 Die Beweglichkeit der Schultern sollte gut möglich sein, was hier noch mal überprüft wird.

Abb. 10 Der Rücken sollte „glatt sein wie ein Buch“. Die Schulterblätter sollten nicht hervorstehen.

Abb. 11 Das Kind hat die Bauchlage erreicht. Der aufrechterhaltene Kontakt vermittelt Orientierung.

Abb. 12 Das Kissen bietet räumliche Begrenzung und erhält die Orientierung nach Auflösen des körperlichen Kontakts.



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



Alle Fotos: Parava Bildfeld



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



15



16



19



Abb. 13 Der Bewohner liegt sicher in der Seitenlage. Benötigtes Material zur Positionsunterstützung liegt in Reichweite bereit ...

Abb. 14 ... und kann an gewünschter Stelle zurechtgelegt werden.

Abb. 15 Die Drehung über den ausgestreckten Arm ist gebräuchlich, entspricht jedoch nicht dem kinästhetischen Verständnis von Bewegungsförderung! Die Drehung über die Seite wird erschwert, die Belastung der unten liegenden Schulter nimmt zu (CAVE! Verletzungsgefahr) und bedarf besonderer Vorsicht! Zudem fördert diese Bewegung nicht den eigentlich angestrebten Unterarmstütz. Im gezeigten Fall ist eine andere Vorgehensweise jedoch nicht möglich.

Abb. 16 Die Drehung wird am Brustkorb unterstützt, der oben liegende Arm und das oben liegende Bein werden in Position gebracht.

Abb. 17 Wichtig! Brustkorb und Becken liegen achsengerecht, die unten liegende Schulter wird entlastet. Das Beatmungssystem liegt gesichert.

Abb. 18–21 Besonders unterstützungsbedürftige bzw. dekubitus- oder kontrakturgefährdete Körperteile werden im notwendigen Umfang sinnvoll unterstützt. Es braucht nicht immer große Kissen. Häufig kann mit gerollten Waschhandschuhen, Handtüchern oder Moltontüchern sehr viel präziser und adäquater unterstützt werden. Ist die gewünschte Position erreicht, sollte beim Zudecken oder durch anderes Material ein Orientierung stiftender Kontakt an den Fußsohlen hergestellt werden.



22

Alle Fotos: Paavo Bläfield



23



24



25

Abb. 22 Ein Zwischenschritt: Die unten liegende Schulter wird im Verlauf weiterer Positionierung entlastet. Auch die Lage des Beatmungssystems wird optimiert.

Abb. 23–24 Flächiger Kontakt ermöglicht das Ablegen von Gewicht einzelner Körperteile auch bei spastischen Zuständen.

Abb. 25 Zusätzliches Material kann für Kontakt an der Körperrückseite sorgen. Dies bringt räumliche Begrenzung und das Gefühl von Geborgenheit (siehe Selbsterfahrung 1).

Oder positiv konnotiert: Der großflächige Kontakt an Vorderseiten durch starke Beugung ist im Bewegungs- und Wahrnehmungsgedächtnis gespeichert, als intrauterine, vorgeburtliche Erfahrung. Denselben großflächigen Kontakt an Beugeseiten erleben Menschen in Bauchlage. Er ist assoziiert mit Schutz, Geborgenheit und Wohlbefinden. Dies könnte erklären, warum die 135°-Lage eine bevorzugte Schlafposition vieler Menschen ist.

Blickt man nun auf kleine und kleinste (aber ebenso auch erwachsene) Patienten auf Intensivstationen, die lange Phasen in Rückenlage verbringen, so findet man Menschen vor, die häufig schutzlos den Reizen und Einflüssen einer befremdlichen Umgebung ausgesetzt sind. Denn auch alle unsere Sinnesorgane befinden sich auf der Vorderseite des Körpers oder sind zu ihr hin orientiert. Die Vorderseite ist also nicht nur eine Interaktionsseite, sondern auch eine Wahrnehmungsseite (→ **Selbsterfahrung 1**).

Die Erkenntnisse aus der Selbsterfahrungsübung 1 lassen sich auch auf Pflegesituationen übertragen. Dabei bedarf es jedoch der Beachtung einiger Besonderheiten.

Der Transfer von der Rückenlage in die Bauchlage ist eine hochkomplexe Bewegungsaktivität. Gerade deshalb zeigen Pflegende häufig Unsicherheiten bei der Durchführung oder unterlassen gar den Versuch. Diese Unsicherheit nimmt zu mit dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung der zu bewegenden Menschen und ist geprägt durch den Blick auf Pathologien. Zu vordergründig scheint es, den Menschen als die Gesamtsumme seines (uns Pflegende belastenden) Körpergewichts zu sehen, als die Summe seiner Erkrankungen und seiner Einschränkungen. Es liegt in der Ge-

schichte der Medizin und der Pflege begründet, dass wir eher auf das achten, was *nicht* geht.

Die folgenden Abschnitte sollen gemäß einer salutogenetischen und konstruktiven Sichtweise helfen, die Unsicherheiten abzubauen. Dazu ist es zunächst hilfreich, den Transfer in die Bauchlage nicht als *eine* durchgehende, ununterbrochene Bewegung anzusehen. Es gibt Teilschritte, in die die Aktivität „zerlegt“ werden kann. Somit kann der Transfer in Etappen gestaltet werden, die gut planbar sind und Sicherheit in der Durchführung mit sich bringen – für Patient und Pflegekraft.



Selbsterfahrung 1

Legen Sie sich flach auf den Rücken mit Blick zur Decke, womöglich unter eine helle Lichtquelle wie etwa eine Deckenlampe. Strecken Sie dabei Arme und Beine weit von sich. Erspüren Sie, wie exponiert Sie für Reize aus dem Umfeld sind. Wie nehmen Sie Licht und laute Geräusche wahr? Drehen Sie sich nun zur Seite und ziehen Arme und Beine an den Körper heran. Beugen Sie den Körper bis zum Erreichen der Embryonalhaltung. Wie nehmen Sie die Reize aus dem Umfeld nun wahr? Nehmen Sie eine bequeme Bauch- oder 135°-Lage ein. Nehmen Sie geeignetes Material, wie beispielsweise ein Seitenschläferkissen, zu Hilfe. Wie nehmen Sie sich nun in Ihrer Umgebung wahr?

Im Rahmen der Bewegungsanalyse und -planung dient das Wissen Pflegender um die in der Kinästhetik beschriebenen **Grundpositionen**. Auch hierauf wurde in der **JuKiP 5/2017** kurz eingegangen. Die Grundpositionen beschreiben in idealtypischer Weise die wesentlichen Meilensteine in der menschlichen Bewegungsentwicklung. Beginnend bei der Rückenlage, in der jeder Mensch seine „Bewegungskarriere“ beginnt und sukzessive Bewegungsfähigkeiten entwickelt, bis hin zum aufrechten Stand. Auf diesem Weg, der zur Fortbewegung im vertikalen Raum gehört, gibt es unendlich viele Zwischenschritte und individuelle Möglichkeiten. Kinästhetik beschreibt diesen Weg in schematischer Form. Pflegende können also ein Verständnis davon erlangen, wie Menschen von einer Körperposition in eine andere kommen können. Dieses Bewegungswissen kann in der Planung einer Transferaktivität helfen, einzelne Bewegungsschritte zu identifizieren. Diese können dann modulartig wie ein „Bewegungsbaukasten“ bei der Durchführung integriert werden.

Die Fähigkeit zur Drehung aus der Rückenlage in die Bauchlage und zurück entwickeln Kinder in der Regel innerhalb der ersten sechs Lebensmonate. Zunächst geschieht dies zufällig, die Fähigkeit zur willkürlichen Steuerung der Bewegung entwickelt sich im Verlauf. Denkbar wäre ein Säugling, der auf einer Krabbeldecke in Rückenlage mit einem Ball spielt. Der Ball gleitet dem Kind aus den Händen und rollt aus seinem Sichtfeld. Das Kind wird mit seinem Blick dem Ball folgen und schließlich seinen Körper, der Blickrichtung folgend, drehen (→ **Selbsterfahrung 2**).

Die Bildreihen auf den Seiten 54–58 sollen einen Einblick in die mögliche praktische Umsetzung geben. Es handelt sich dabei um individuell an die

gegebenen Fälle angepasste Vorgehensweisen, die zum Teil vom idealtypischen Lehrbuch-Vorgehen abweichen.

Beim Frühgeborenen ist zu beachten, dass – anders als beim älteren Kind oder Erwachsenen – nicht einzelne Körperteile sequenziell bewegt werden. Stattdessen wird der gesamte Körper durch großflächigen Kontakt in der Bewegung unterstützt. Dies fördert die körperliche Orientierung und vermittelt dem betroffenen Kind Sicherheit in der Bewegungsaktivität.

Die Bewegung der Selbsterfahrungsübung 2 entspricht der ersten Bewegungssequenz der Grundpositionen und ist an der kindlichen Bewegungsentwicklung orientiert. Sie kann in der Anwendung beim älteren Kind oder Erwachsenen adaptiv genutzt werden.

Im pflegerischen Kontext kann es sinnvoll sein, zusätzliche Zwischenschritte einzubauen. Denkbar wäre beispielsweise ein Transfer zur Seitenlage (vgl. **JuKiP 5/2017**), gefolgt von einem Transfer zur Bettkante hin, um mehr Raum für die Bauchlage zu gewinnen (vgl. **JuKiP 6/2017**). Von hier aus kann dann notwendiges Material für die Positionsunterstützung vorbereitet und zurechtgelegt werden. Es folgt dann die Überdrehung durch Dreh-Streck-Bewegung in die 135°-Lage als Endposition. Dies soll beispielhaft an den beiden Bildreihen gezeigt werden.

Die Beschaffenheit des eingesetzten Materials zur Positionsunterstützung sollte an die Gegebenheiten des Patienten und Bedarfe der Situation angepasst sein.

Es ist zu beachten, dass dieser kurze Artikel die Komplexität und Variablen einer Pflegesituation nicht vollständig abbilden kann. Ebenso wenig kann er das für eine sichere Durchführung notwendige Wissen vermitteln. Dieses gilt es in Kinästhetik-Kursen zu erlangen und vertiefend zu

üben. So können die Achtsamkeit und das Gespür entwickelt werden, die nötig sind, damit beispielsweise Bewegungsgrenzen berücksichtigt werden (vgl. → **Abb. 14**), die nicht unsanft überwunden werden dürfen. Im praktischen Realfall müssen alle Aspekte, Gegebenheiten sowie Indikationen und Kontraindikationen sorgfältig abgewogen werden. Die Entscheidung, ob eine Bauchlage angemessen ist oder nicht, kann nicht anhand der hier getroffenen Aussagen erfolgen und ist gegebenenfalls gemeinsam mit dem behandelnden Arzt zu treffen.

Wir hoffen, mit diesem Beitrag Mut zu machen, auch bei Patienten mit starken Bewegungseinschränkungen nicht vor geräumigen Transfers zurückzuschrecken. Mit einem grundlegenden Bewegungsverständnis und trainierten Handling-Fertigkeiten sind auch diese gut planbar und umsetzbar. Sie werden positive Erfahrungen machen, Zufriedenheit im beruflichen Handeln und beim Befinden Ihrer Patienten finden. Wir wünschen dabei viel Freude.

Literatur

- 1 Messall A, Stein U, Löscher D. Fachpflege Neonatologische und Pädiatrische Intensivpflege. 3. Aufl. München: Urban & Fischer/Elsevier; 2017
- 2 Citron I. Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen. Stuttgart: Thieme; 2011

Autoren

André Muesse

Gesundheits- und Krankenpfleger,
Kinästhetiktrainer (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-0044-101128
JuKiP 2018; 7: 52–59
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1439-2569

i

Selbsterfahrung 2

Legen Sie sich flach auf den Rücken. Richten Sie Ihren Blick zur linken Seite und weit kopfwärts nach oben. Drehen Sie dabei Ihren Kopf zur Seite und überstrecken Sie ihn so weit wie möglich (wie das Kind, das dem wegrollenden Ball nachschaut). Spüren Sie, wie sich diese Dreh-Streck-Bewegung vom Kopf über den Nacken auf den Brustkorb überträgt. Unterstützend können Sie Ihren linken Unterarm seitlich unter dem Kopf positionieren. Folgen Sie mit dem rechten Arm und dem rechten Bein dem Impuls in der Bewegungsrichtung und kommen Sie schließlich in aufgestützter Bauchlage zum Liegen.