



Abb. 1 Hüfte, Knie und Fußgelenke werden mobilisiert; gleichzeitig findet eine Rotation zwischen Becken und Brustkorb statt

## MEHR MUT ZUR BEWEGUNG!

**Mobilisationsförderung auf der Intensivstation.** Aktive Bewegungsförderung ist bei intensivpflichtigen Patienten immer möglich – auch bei scheinbar völliger Immobilität. Um das richtige Bewusstsein hierfür zu schaffen und Interventionen erfolgreich in der Praxis umzusetzen, sind der Expertenstandard und das Konzept Kinästhetik eine ideale Kombination.

Von Uwe Wagner

Der neue Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ ist der erste, der im Auftrag der Vertragsparteien nach Paragraf 113 des elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI) entwickelt worden ist. Obwohl die Intensivpflege nicht diesem Gesetz unterliegt, kann der neue Expertenstandard hervorragend zur pflegerischen Qualitätsentwicklung auf Intensivstationen beitragen. Er stärkt das Berufsbild der Pflege und bietet Orientierung bei

der Auswahl evidenzbasierter Interventionen. Insofern ist der Expertenstandard Mobilität gerade für den Intensivbereich von besonderer Bedeutung. Denn hier kommt es entscheidend darauf an, dass die kritisch kranken Patienten möglichst frühzeitig „auf die Beine kommen“, wie man umgangssprachlich sagt.

Das Kinästhetik-Konzept wird im Expertenstandard im Zusammenhang mit der Mobilitätsförderung ausdrücklich erwähnt. In der Präambel

des Expertenstandards heißt es: „Kinästhetik ist ein Bewegungskonzept, das in der Langzeitpflege in Deutschland zur Bewegungsunterstützung von Patienten zunehmend Verwendung findet. Im Mittelpunkt des Konzepts steht die Befähigung der Pflegenden zur Anleitung bewegungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigter Patienten.“ (DNQP 2014)

Das Beispiel der neurologischen-neurochirurgischen Intensivstation mit Stroke Unit am Klinikum



Abb. 2 (links)  
Flache Rückenlage  
ist eine ungünstige  
Position

Abb. 3 (rechts)  
Angepasste Positions-  
unterstützung durch  
zwei große diagonal  
eingelegte Kopf-  
kissen; Kopf und  
Schultern werden in  
Flexion unterstützt

Aschaffenburg zeigt eindrucksvoll, dass Erhalt und Förderung der Mobilität in der Intensivpflege mittels Kinästhetik gut möglich ist. Das Bewegungskonzept bietet – so hat es sich auf unserer Station mit zehn Intensiv- und zwölf Stroke Unit-Betten gezeigt –, alle Voraussetzungen, um dem Standard gerecht zu werden. Ganz ohne aufwendige Implementierung. Wie dies konkret funktioniert, soll im Folgenden erläutert werden.

Pflegende sind ständig damit beschäftigt, die Aktivitäten des täglichen Lebens auf der Intensivstation zu unterstützen. Besonderes Augenmerk wird auf lebenswichtige Aktivitäten wie Atmung, Herz-Kreislauf-Regulation, Temperatur, Funktion der intakten Haut, Ernährung, Verdauung und Ausscheidung gelegt. Auch die Körperpflege hat einen hohen Stellenwert.

Jede dieser Aktivitäten, wie auch viele andere, ist eine Bewegungsaktivität, die von Pflegenden unterstützt werden kann. Hier setzt Kinästhetik an. Mithilfe des Konzepts können all diese Bewegungsunterstützungen genau analysiert und deren Auswirkung auf die Gesundheit des Patienten reflektiert und dokumentiert werden.

### Kinästhetik hat hohen Stellenwert

Unsere Station wurde 1997 mit acht Betten eröffnet. Frühzeitig wurden den Pflegenden Bobath- und Kinästhetikkurse angeboten. Bereits 2002 wurde ein Pflegender aus dem Team zum Kinästhetiktrainer ausgebildet. Vier unserer pflegerischen Mitarbeiter verfügen heute über eine Kinästhetiktrainerausbildung; alle Kollegen haben mindestens einen Grundkurs absolviert, viele einen Aufbaukurs. Eine Pflegefachperson ist darüber hinaus Kinaesthetics-Peer-Tutor, zwei weitere befinden sich in der Ausbildung. Jeder neue Mitarbeiter wird von der Stationsleitung automatisch zu einem Kinästhetik-Grundkurs angemeldet, sofern er noch nicht teilgenommen hat. Bemerkenswert ist, dass sich dieser hohe Stellenwert des Bewegungskonzepts von alleine entwickelt hat. Dem Prozess lag kein Projektauftrag, keine gesteuerte Prozessentwicklung sowie keine besonderen Ziele und Vorgaben im Team oder von Vorgesetzten zugrunde.

### Optimale Tracheostoma-Versorgung

Unsere Produkte für die Tracheostoma-Versorgung: Sicher und bewährt in der Anwendung - schnell und einfach in der Handhabung. Spezielle Größen auch für Kinder und Jugendliche.

**BePa-Clip®**  
Einteiliges Fixierband für Trachealkanülen



**Novo-Pad**  
Tracheal-Schaumkompressur



**TuBo-Cuff Monitor**  
Ein-Patienten-Cuffdruckmesser



#### PRODUKTPORTFOLIO

**Tracheostomie / Laryngektomie**  
Fixierungen und Zubehör

**Beatmung**  
Fixierungen und Zubehör

**Sicherungssysteme**  
und Prophylaxen



Fordern Sie kostenlose Muster an.  
Tel. 02237 6393-0

**ITSNOVO®**  
Novo Klinik-Service GmbH

[www.novo-med-group.com](http://www.novo-med-group.com)





**Abb. 4-8**  
**Mobilisation einer**  
**beatmeten Patientin vom**  
**Bettrand in den Stuhl**

Wenn es bei der Unterstützung im Bett von der Rückenlage in die Seitenlage nur um Drehen und Wenden geht, wird dem menschlichen System jedoch keine Rechnung getragen. Es ist dann ein rein technischer funktionaler Akt. Mit der Unterstützung des Patienten selbst hat dies dann gar nicht so viel zu tun. Wenn wir jedoch wissen, wie ein Mensch sich selbst auf die Seite dreht, können wir die Unterstützung – auch beim beatmeten sedierten Patienten – so gestalten, dass sie natürlichen Bewegungsabläufen entspricht und der Patient bei jeder Unterstützung etwas Sinnvolles über seinen Körper und seine Bewegung erfahren kann.

Es ist beispielsweise ein großer Unterschied, ob die Füße dabei aufgestellt werden können oder die Beine gestreckt bleiben. Knochen und Muskel werden bei Kinästhetik ihren Funktionen entsprechend unterstützt: die Hüfte, das Knie, die Fußgelenke werden mobilisiert (Abb. 1). Findet dann noch eine Rotation zwischen Becken und Brustkorb statt, erfährt der Patient ein spiralisches Bewegungsmuster in der Taille, das wiederum die Verdauung fördert. Für spätere Aktivitäten in einer höheren Position hat der Patient dann schon erfahren, wie er sein Gewicht auf die Füße verlagern kann und es dann zum Sitzen oder Stehen beziehungsweise Gehen wieder neu einzusetzen.

### Unterstützung der Atmung als Bewegungsaktivität

Ob maschinell invasiv, nicht-invasiv oder konservativ: Die Unterstützung der Atmung ist ein generelles Thema auf der Intensivstation. Dabei hat eine gute Adaption des Respirators an den Patienten sicherlich einen hohen Stellenwert. Aber: Atmung findet nicht im Respirator oder am Monitor statt, sondern unbestritten in der Lunge und deren Gefäße beziehungsweise auf der zellulären Stoffwechselebene. Diese Aspekte gelten

sicherlich auch im Weaning. Hier aber vergrößert sich der Anteil des Patienten deutlich. Es entsteht mehr Dynamik, die Anpassung ist womöglich sehr viel intensiver und komplexer, nicht zuletzt wegen der eventuell zunehmenden Vigilanz.

Die mit Abstand ungünstigste Position für das Atmen ist die flache Rückenlage – gerade bei Schwerkranken. In dieser Körperposition wird das Gewicht auf den Brustkorb abgegeben – also dorthin, wo die Atmung erfolgt. Er kann in der Rückenlage nicht nach hinten bewegt werden, die Hauptbewegung erfolgt entgegen der Schwerkraft nach oben in den Raum.

Das Zwerchfell wird besonders bei adipösen Patienten daran gehindert, sich in den Bauchraum auszudehnen. Die Schultern fallen der Schwerkraft entgegen nach unten, der Kopf fällt entgegen der Schwerkraft in Extension. Es entsteht ein Ziehen am Brustkorb, der hierdurch weiter bewegungseingeschränkt wird (Abb. 2).

Dies zu erkennen erfordert die pflegerische Kompetenz, Bewegungsaktivitäten zu analysieren und entsprechend zu handeln. Eine Anpassung des Respirators ist deutlich weniger nötig, wenn die Positionenunterstützung atmungsunterstützend gestaltet wird.

Abbildung 3 zeigt eine angepasste Positionenunterstützung durch zwei große, diagonal eingelegte Kopfkissen. Der Kopf und die Schultern werden dadurch in Flexion unterstützt (A-Positionenunterstützung).

### Mobilisation ist immer möglich

Die heutige moderne Gesellschaft definiert sich als vollkommen mobil. Wir verwechseln jedoch die Fortbewegungsmobilität unserer Umgebung mittels Auto, Flieger, Zug, Patientenlifter oder Rollstuhl mit der eigenen Körpermobilität. Nicht ich bewege mich fort, sondern das Auto wird von mir so gesteuert, dass es sich fortbewegt. Für den Fahrer beziehungsweise Patienten ist dies wenig mit Mobilisation verbunden. Im Gegenteil: Nach langer Fahrt fühlen wir uns steif und unwohl, müssen

uns in der Pause erst mal strecken, also mobilisieren. Deutlich wird: Nicht wir sind mobil, sondern unsere Hilfsmittel. Durch die Verwendung von Patientenliftern erreichen wir ebenfalls keine bessere Mobilität.

Laut Expertenstandard kann in jeder erdenklichen Position eine Mobilisation des Körpers, der Gelenke und der Muskeln erfolgen. Das ist nicht abhängig von einer bestimmten Position oder einem bestimmten Positionswechsel, zum Beispiel an den Bettrand. So kann das Herausheben aus dem Bett in einen Mobilisationsstuhl nicht mehr als Mobilisation bezeichnet werden: Denn einzig die Art und Weise, wie sich ein Patient aktiv bewegt oder seine Bewegung aktiv unterstützt wird, führt zu einer Mobilisationsförderung. Hierfür schafft der neue Expertenstandard ein gutes Bewusstsein, was gerade für die Betreuung von intensivpflichtigen Patienten wichtig ist. Selbst bei einem scheinbar bewegungslosen Intensivpatienten kann Mobilität erhalten und gefördert werden. Dies zeigt die beispielhafte Unterstützung einer beatmeten Patientin vom Bettrand in den Stuhl (Abb. 4–8) eindrucksvoll.

### Hilfsmittel bedacht einsetzen

Ob, wann und wie welche Hilfsmittel zur Bewegungsunterstützung eingesetzt werden, unterliegt den jeweiligen Kenntnissen der Pflegenden sowie der Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen und Fachexperten. Auf unserer Intensivstation verfügt jedes Patientenzimmer über eine standardisierte Regelbestückung. Diese besteht aus einer Rhombokinästhetikrolle zur Positionsunterstützung, einer Anti-Rutsch-Matte und einer Gleitmatte. Diese Zimmerbasisausstattung kann jederzeit bei Bedarf ergänzt werden mit weiteren Kinästhetikrollen, Halbrollen, Halbkeilen, Schaumstoffblöcken und größeren Rutschhilfen.

Durch diese Standardisierung von Hilfsmitteln können neue Mitarbeiter schnell und effektiv für die Bewegungs- und Positionsunterstützung eingearbeitet werden. Jeder arbeitet mit dem gleichen Material. Es

muss nicht gesucht werden, alles ist immer ausreichend in gleichbleibender Qualität vorhanden.

Antidekubitusmatratzen werden fast überhaupt nicht mehr eingesetzt. Die Systeme erschweren die Bewegungsunterstützung deutlich, reduzieren die Eigenbewegung und fördern insofern die Immobilität des Körpers. Viel sinnvoller ist eine ausreichend regelmäßige Bewegungsunterstützung zur Druckentlastung auf normalen Schaumstoffmatratzen.

Fazit: Intensivpatienten können trotz mangelnder Eigenbewegung – dank sinnvoll ausgewählter, evidenzbasierter Pflegemaßnahmen – mobil bleiben. Das Kinästhetik-Konzept bietet hierfür optimale Voraussetzungen. Es braucht grundsätzlich mehr Mut, Mobilisation konsequent bei allen Patienten umzusetzen.

Entsprechend geschulte Pflegefachpersonen zeigen eine besondere Sensibilität für menschliche Bewegung und menschliche Funktion.

Der Expertenstandard Mobilitätsförderung bereitet insofern kaum noch eine Herausforderung für Einrichtungen, die sich bereits für Kinästhetik entschieden haben. Dennoch stellt der Standard eine hilfreiche Orientierung dar und stärkt die Bedeutung einer eigenverantworteten Pflege. Auch für den Intensivbereich ist das Werk bestens geeignet und ausdrücklich zu empfehlen.

Wagner, U. (2012): Positionierung – Lagerungen und Positionswechsel. München: Elsevier  
 Brock, A.; Kany, A.; Knipfer, E. (2014): Handbuch Intensivpflege. München: Elsevier  
 Lück GmbH & Co. KG (Hrsg.) (2008): Wege der Positionierung – Illustrierte Lagerungsbeispiele  
 Friedhoff; Schieberle (2007): Praxis des Bobath Konzeptes. Stuttgart: Thieme  
 Pfläging, J. (2013): Organisation für Komplexität. Beta Codex Publishing

Uwe Wagner, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Kinästhetiktrainer EKA, Vorstandsmitglied Kinaesthetics DE  
 Klinikum Aschaffenburg, neurologische-neurochirurgische Intensivstation mit Stroke Unit  
 uwe.wagner@kinaesthetics-net.de  
 www.kinaesthetik-fortbildung.de



## Einfach STIMMig

### Fingerfreies Sprechen mit HEIMOMED

Die Stimmrehabilitation nach Laryngektomie wird durch die Tracheostomaventile **PRIMA-RESIST VALVE** und **PRIMA-LOW-RESIST VALVE** optimal ermöglicht.

Das Tracheostoma muss dabei nicht mehr mit den Fingern verschlossen werden, das übernimmt das Ventil. Fingerfreies Sprechen wird so wieder möglich!

- optimale Ergebnisse in Kombination mit den Halspflastern der Serie **PRIM-AIR STRIP** und dem Feucht-Wärme-Austauscher (HME) **PRIMA-RESIST AIR**
- ein wichtiger Beitrag zur pulmonalen Rehabilitation
- Ausführung **PRIMA-RESIST VALVE** für normalen Anpressdruck
- Ausführung **PRIMA-LOW-RESIST VALVE** für reduzierten Anpressdruck

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG  
 Daimlerstraße 30 · 50170 Kerpen  
 Tel.: 02273 9849-43  
 Fax: 02273 9849-543  
 info@heimomed.de · www.heimomed.com

