

Pflege im Bett: Einreibung zur Atemstimulation

Bettlägerigkeit und Immobilität gehören zu den zentralen Problemen der Langzeitpflege. Bettlägerig werden ist ein Prozess, der in der Literatur als „5-Phasen-Modell zur Ortsfixierung“ beschrieben wird. (4) Ursache für eine Ortsfixierung kann der Umzug in ein Pflegeheim oder können die Folgen eines schweren Sturzes sein, der die betroffene Person unvermittelt ans Bett fesselt. Die Immobilität bezieht sich also zunächst auf einen Ort wie das Bett oder das Pflegeheim. Später kommt es zu einer gesteigerten Form der Ortsfixierung, wenn Transfers nicht mehr ohne Hilfe durchgeführt werden können. Das führt zu einer Autonomieeinschränkung – sowohl das Aufstehen als auch das Verbleiben im Bett betreffend. Darum ist es besonders wichtig, dass Pflegekräfte den Wunsch der Betroffenen nach Selbstbestimmung respektieren. Ergänzend ist das Konzept der Basalen Stimulation eine Möglichkeit, immobile Menschen vor sensorischer, kommunikativer und sozialer Isolation zu bewahren. Am Fall von Frau Glück zeigt die folgende Fortbildungseinheit die Grundsätze und den Ablauf der atemstimulierenden Einreibung (ASE) – als ein Beispiel der Basalen Stimulation – auf. Sie hat nicht nur positive Wirkungen auf Atmung und Körperwahrnehmung, sondern schafft auch Sicherheit und Vertrauen als Basis für ein gutes pflegerisches Miteinander.

Autorin: Barbara Schubert, Diplom-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Lerncoach, Physiotherapeutin, selbstständige Autorin, Gutachterin, Dozentin und Trainerin, www.wollen-können-tun.de

LERNZIELE

Wenn Sie diese Fortbildungseinheit gelesen haben ...

- kennen Sie eine Definition von Bettlägerigkeit
- wissen Sie, dass der Prozess des Bettlägerigwerdens in 5 Phasen verläuft
- berücksichtigen Sie, dass auch bettlägerige Menschen einen Wunsch nach Autonomie haben
- setzen Sie die atemstimulierende Einreibung (ASE) bei der Pflege bettlägeriger Menschen zielgerichtet ein
- vermeiden Sie so oft wie möglich, dass es bei bettlägerigen Menschen zur Habituation (Gewöhnung) kommt

STICHWÖRTER

Immobilität, Bettlägerigkeit, 5-Phasen-Modell der allmählichen Ortsfixierung, Autonomie, Selbstbestimmung, Normalitätsprinzip, Basale Stimulation, atemstimulierende Einreibung (ASE), Habituation



PFLEGEHELPER



EXAMINIERTER PFLEGEKRÄFTE

Bettlägerigkeit und Immobilität gehören zu den zentralen Problemen der Langzeitpflege. Im ICD-Schlüssel wird Immobilität als „das Angewiesensein auf (Kranken-)Stuhl“, „Bettlägerigkeit“ und „Störungen des Ganges und der Mobilität“ definiert. Der Begriff „Bettlägerigkeit“ selbst wird nicht erklärt. (1) Lange Zeit beschränkte sich die Fachliteratur auf die pathophysiologischen Auswirkungen einer verordneten Bettruhe, die nur im Kontext von Krankheit betrachtet wurde. (2) Aus Sicht der Pflege ist Bettlägerigkeit unerwünscht und um jeden Preis zu vermeiden. Deshalb liegt die Aufmerksamkeit der Pflege stärker auf der Vermeidung von Bettlägerigkeit als auf dem pflegerischen Umgang mit Betroffenen bei eingetretener Bettlägerigkeit. (3)

Die 5 Phasen des Bettlägerigwerdens

Angelika Zegelin beschreibt in ihrer Forschungsarbeit den Prozess des Bettlägerigwerdens als 5-Phasen-Modell der allmählichen Ortsfixierung. (4) Sie spricht von einem schleichenden Prozess der zunehmenden Verwiesenheit auf einen Ort, zunächst die Wohnung, dann auf ein Sitzmöbel und schließlich – im letzten Stadium – durch das dauerhafte Liegen im Bett. Die einzelnen Phasen lassen sich im Übergang nicht scharf voneinander trennen. Die

Entwicklung ist verbunden mit steigendem Hilfebedarf und ungünstigen Folgen wie der Liegepathologie, Interesseneinengung und Zeitverlust. Diese Folgen treiben wiederum die „Abwärtsentwicklung“ an.

Das Zitat von Georg Christoph Lichtenberg: „Ich habe sehr deutlich bemerkt, dass ich eine andere Meinung habe, wenn ich liege, und eine andere, wenn ich stehe“, verdeutlicht diese Entwicklung. Aus einer Liegeposition heraus sieht man die Welt anders, das Sichtfeld ist kleiner und auf die direkte Umgebung beschränkt. Hinzu kommt die mit der Bettlägerigkeit verbundene Einschränkung der Selbstständigkeit, bettlägerige Menschen sind in vielen Belangen auf die Unterstützung anderer angewiesen und müssen um Hilfe bitten. Da diese Hilfestellungen von verschiedenen Pflegepersonen unterschiedlich gestaltet werden, erleben Bettlägerige diese Situationen auf unterschiedlichste Weisen – aber immer anders, als würden sie sie eigenständig durchführen.

Laut Zegelin ist Bettlägerigkeit ein „längerfristiger Daseinszustand [...], bei dem sich der betroffene Mensch die überwiegende Zeit des Tages (und der Nacht) im Bett aufhält. Dabei ist es unerheblich, ob dieser Mensch sich überwiegend in halb sitzender oder flachliegender Position befindet, auch das Sitzen an der Bettkante ist dabei eingeschlossen sowie alle bettähnlichen Liegemöbel“. (4) In der leichten Form der Bettlägerigkeit befindet sich der Betroffene 4–5 Stunden pro Tag außerhalb des Bettes, in mittleren Formen verlässt der Betroffene nur noch für bestimmte Aktivitäten und kurze Zeit das Bett, beispielsweise zur Körperpflege oder zum Essen. In schweren Fällen steht der Betroffene gar nicht mehr auf. Gerade bei schwerer Bettlägerigkeit ist die Frage nach der Fähigkeit zu Eigenbewegungen (keine – gelegentliche und eingeschränkte – häufige oder uneingeschränkte Eigenbewegung) für Pflegekräfte wichtig, da Personen mit Eigenbewegungsfähigkeiten in die Pflegemaßnahmen aktiv eingebunden werden können. (4)

Fallbeispiel

Frau Glück ist zu Hause. Das ist sie immer, denn sie verlässt es kaum noch. Ihr Zuhause ist 1 mal 2 Meter groß und trägt den Namen Bett. Dieses Zuhause befindet sich im Haus Sonnenschein, einer Seniorenresidenz. Frau Glück ist 94 Jahre alt und blickt auf ein gutes Leben zurück, so

DEFINITION: LIEGEPATHOLOGIE

Liegepathologie meint, dass Maßnahmen, die gegen einen Bewegungsmangel durchgeführt werden, immer schwieriger umgesetzt werden können, je länger der Zustand der Bettlägerigkeit anhält.

sagte sie es sehr oft. Aber nun ist Frau Glück gebrechlich. Sie kann schon lange nicht mehr gehen, und ihr Körper wird zunehmend kraftloser. Lange Zeit nahm Frau Glück die Mahlzeiten im Rollstuhl im Speisesaal ein. Doch das Sitzen strengt sie so sehr an, dass sie vor einigen Wochen den Wunsch geäußert hat, im Bett bleiben zu wollen. Die Pflegekräfte aus Haus Sonnenschein wollten diesen Wunsch nicht respektieren und beknieten Frau Glück immer wieder, doch wenigstens zu den Mahlzeiten weiterhin in den Speisesaal zu kommen. Damit sie nicht so einsam ist und weil es besser für sie ist und, und, und. Schließlich haben die Pflegekräfte eingesehen, dass Frau Glück diese (selbstverständlich widerrufliche) Entscheidung nunmehr selbstbestimmt getroffen hat, und akzeptieren diese nun. Verstehen können sie es jedoch noch immer nicht.

Normalitätsprinzip

In den 1950er- und 1960er-Jahren wurde das Normalitätsprinzip für den Umgang mit erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Leistungseinbuße entwickelt. Begründer sind der Däne Niels Erik Bank-Mikkelsen und der Schwede Bengt Nirje. Ausgangspunkt sind die Forderung nach Gleichstellung und die Idee, betroffenen Menschen ein „normales Dasein“ zu ermöglichen. Das bedeutet, dass der Maßstab für die Lebensgestaltung der betroffenen Personen derselbe ist, der für alle Menschen gilt. Da bettlägerige Menschen von einer kognitiven Einbuße bedroht oder gar betroffen sind, gibt das Prinzip auch Impulse für die Pflege dieser Menschen.

Zu einem normalen Dasein gehört ein **Ort zum Wohnen**, die **Möglichkeit zur Arbeit bzw. Beschäftigung** und das **Recht auf Freizeit**. Diese 3 Bereiche werden klar voneinander getrennt. Menschen, die im Bett liegen, machen gegensätzliche Erfahrungen. Ein Ortswechsel findet nicht

Instabilität	Ereignis	Immobilität im Raum	Ortsfixierung	Bettlägerigkeit
Bewegung mit Stock oder Rollator	Klinikeinweisung, Sturz oder Heimeinzug	Rollstuhl/Sessel, evtl. wenige Schritte noch möglich	Selbstständiger Wechsel vom Bett in den Stuhl nicht möglich	Nur im Bett, Windelversorgung

Tabelle 1: Das 5-Phasen-Modell der allmählichen Ortsfixierung nach Zegelin



Abbildung 1: Basale Stimulation – ein Reizangebot für alle Sinne

mehr statt, dafür wechseln die pflegerischen Kontaktpersonen nicht nur im Laufe des Tages, sondern auch innerhalb der einzelnen Schicht. Die verschiedenen pflegerischen Verrichtungen werden also nicht nur von verschiedenen Personen ausgeführt, sondern jede Pflegekraft wendet andere Handgriffe an und gestaltet die Handlungsabläufe individuell verschieden. Grundsätzlich ist ein Leben im Bett aber nicht „normal“ und auch nicht ein Handeln im Liegen. (6) Gleichzeitig jedoch befindet sich die Lebensrealität von Pflegebedürftigen oft genau dort. Teils fremdbestimmt, teils selbst gewählt.

Das Streben nach Autonomie ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis, das in jedem Alter und in allen Lebenslagen eine wichtige Rolle spielt. Aber Autonomie

hat leider Grenzen, und gerade in Pflegeheimen benötigen viele Bewohner mehr oder weniger Unterstützung bei den verschiedensten Aktivitäten des täglichen Lebens. Pflegekräfte wollen die Ressourcen bei bettlägerigen Menschen erhalten und stärken. Aber das ist gar nicht so einfach, vor allem, weil die Fähigkeiten der betroffenen Menschen nicht immer leicht zu erkennen sind.

Deshalb benötigt die Pflege Konzepte, die Selbstbestimmung, aber auch Beziehungsaufbau und -gestaltung zu zentralen Themen machen. Wenn es Pflegekräften gelingt, ihre eigenen Ansichten in den Hintergrund zu stellen und sich stattdessen an den Zielen der bettlägerigen Menschen zu orientieren und die Gestaltung der Pflegeaktivitäten danach auszurichten, dann findet ein Perspektivwechsel statt.

Dimensionen der Selbstbestimmung		
<p>Eigenbewusstsein = Bewusstsein von und über sich selbst (körperlich, seelisch, psychisch)</p>	<p>Selbstbewusstsein Durchsetzungskraft, Selbstsicherheit</p>	<p>Selbstständigkeit Handlungsfähigkeit, größtmögliche Unabhängigkeit</p>

Tabelle 2: Die 3 Dimensionen der Selbstbestimmung

Basale Stimulation

Das Konzept der Basalen Stimulation wurde von 1976 bis 1982 von Andreas Fröhlich für die Heilpädagogik entwickelt. Er erreichte seine geistig und körperlich schwerstbehinderten Menschen auf einfache und elementare (basale) Art und Weise und konnte sie so vor sensorischer, kommunikativer und sozialer Isolation bewahren. Gemeinsam mit Christel Bienstein übertrug er das Konzept auf die Pflege. Wichtig ist: Stimulation bedeutet dabei nicht das ständige Anregen. Das liegt der Basalen Stimulation ebenso fern wie die Stimulation von Menschen, die nicht stimuliert werden möchten. (5)

Zegelin empfiehlt, bettlägerige Menschen aufzutrainieren. Vor dem Hintergrund der Basalen Stimulation kann dies als ein pflegerisches Angebot – zum Beispiel in Form einer atemstimulierenden Einreibung (ASE) – verstanden werden, das die **3 Dimensionen von Selbstbestimmung** berücksichtigen muss:

Eigenbewusstsein ist das Bewusstsein von und über sich selbst und umfasst neben der körperlichen und seelischen auch die psychische Komponente (lesen Sie hierzu auch: „Pflege im Bett: Den eigenen Körper wahrnehmen“ aus Ausgabe 03/22). Selbstbewusstsein bezieht sich auf die Durchsetzungskraft und Selbstsicherheit der betroffenen Personen, Selbstständigkeit ist hier im Sinne von Handlungsfähigkeit zu verstehen.

Fallbeispiel (Fortsetzung)

Frau Glück ist sehr froh darüber, dass die Pflegekräfte ihren Wunsch nun akzeptieren und sie tagsüber im Bett bleiben darf. Allerdings bemerken die Pflegekräfte mit der Zeit, dass ihre Atmung oberflächlicher wird und Frau Glück das Sprechen deshalb manchmal schwerfällt. Dabei unterhält sie sich so gerne. Die Pflegekräfte erzählen ihr von der atemstimulierenden Einreibung und deren positive Wirkung. Frau Glück lässt sich davon überzeugen und möchte das gerne ausprobieren.

Atemstimulierende Einreibung (ASE)

Über die Atmung erfahren wir sehr viel über das Befinden (nicht nur) bettlägeriger Menschen. Beispielsweise lässt Angst die Atmung stocken, und Entspannung lässt sie tiefer und ruhiger werden. (7) Atemtiefe und -frequenz lassen sich jedoch auch bewusst beeinflussen, z. B. über die ASE. Sie dauert 5 bis maximal 10 Minuten und wird angewendet bei Menschen mit oberflächlicher, schneller und/oder unregelmäßiger Atmung mit dem Ziel, ihnen zu einer gleichmäßigen, ruhigen und tiefen Atmung zu verhelfen. Aber auch bei verlangsamter Atmung kann eine ASE die Atemfrequenz in Richtung Norm steigern. Es gibt keine Kontraindikationen, sie kann also bei jedem bettlä-

gerigen Menschen durchgeführt werden. Allerdings muss die Pflegekraft sich darauf einlassen können und die nötige Ruhe ausstrahlen. (5)

Grundsätze der ASE

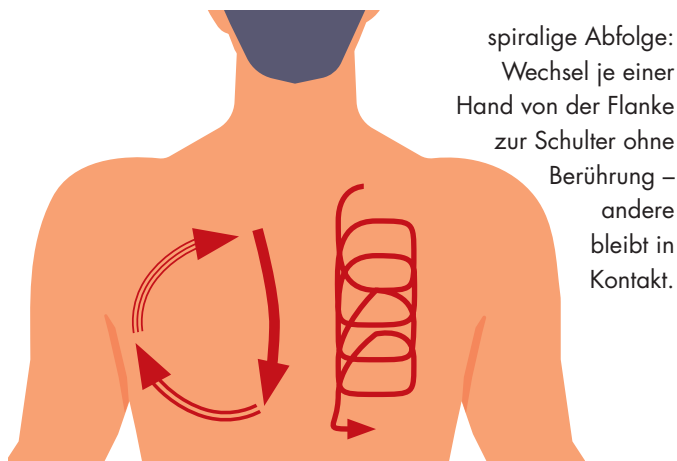
Die ASE sollte in einer ungestörten Atmosphäre stattfinden. Deshalb kann es sinnvoll sein, ein „Bitte nicht stören“-Schild von außen an die Zimmertür zu hängen. Atemstimulierende Einreibungen werden mit warmen Händen in der Regel am Rücken der Bewohner ausgeführt und können im Sitzen oder Liegen (135 Grad Bauchlage oder 90 Grad Seitenlage) erfolgen. Wenn der Bewohner sitzt, legt er am besten seinen Oberkörper auf einem Tisch o. Ä. ab. Für die Einreibung benutzt man eine möglichst vorgewärmte Wasser-in-Öl-Körperlotion. Damit die gewünschte Wirkung erreicht wird, sollten Pflegekräfte die Einreibung mit dem Bewohner als Dialog durchführen und nicht passiv am Bewohner. Das bedeutet auch, dass vom Beginn bis zum Ende der ASE der Berührungskontakt kontinuierlich erhalten bleibt – die Pflegekraft entfernt die Hände nicht vom Bewohner. Die Berührung sollte möglichst großflächig mit der ganzen Handfläche und mit deutlichem gleichmäßigen Druck erfolgen. Die Hände sind geschlossen (der Daumen wird nicht abgespreizt) und passen sich der Körperform an. Es wird keine hohle Hand gebildet.

Ablauf der ASE

Zunächst wird die Lotion symmetrisch auf Rücken und Flanken aufgetragen. Die Pflegekraft versucht, die Atmung des Bewohners zu erspüren, und übernimmt im nächsten Schritt selbst den Atemrhythmus. Bestenfalls atmet sie ab jetzt genauso wie der Bewohner und bewegt ihre Hände synchron dazu. Dazu benötigt sie ein gutes Gefühl für die eigene Atmung und deren Regulationsmöglichkeiten. Auch wenn das anfangs nicht einfach ist – nach einiger Übung gelingt es den meisten Pflegekräften immer besser.

Während der Ausatmung des Bewohners streicht die Pflegekraft von seinen Schultern ausgehend mit flächigem Druck, der an Daumen- und Zeigefinger stärker ist als an der übrigen Hand, ein Stück entlang der Wirbelsäule in Richtung Gesäß. Dann bewegt sie die Fingerspitzen nach außen vorne. Jetzt ist der Druck an der Kleinfingerseite der Hand stärker. Darüber unterstützt sie die Ausatmung. Während der Einatmung drehen die Hände wieder mit den Daumenseiten zur Wirbelsäule zurück, sodass die Rippen einen Impuls erhalten, sich zu heben, was die Einatmung forciert.

Auf diese Weise werden 5 bis 6 Kreise (je nach Größe von Rücken und Händen) bis zu den unteren Rippenbögen durchgeführt und während der Einatmung nacheinander (nicht den Kontakt verlieren) zurück an die Schultern gebracht. Mit der nächsten Ausatmung beginnt der Ablauf von



spiralförmige Abfolge:
Wechsel je einer Hand von der Flanke zur Schulter ohne Berührung – andere bleibt in Kontakt.

Druckverteilung:

- 1. Druck in Daumen und Zeigefinger parallel zur Wirbelsäule
- 2. Druck in Kleinfingerkante
- 3. gleichmäßiger, geringer Druck der ganzen Hand

Abbildung 2: Phasen der Druckverteilung und absteigende Spiralen (7)

vorn. Der Ablauf wird 5- bis 8-mal wiederholt und endet mit einem Ausstreichen vom Nacken bis zum Steiß. (5, 7)

Hinweis: Der physiologische Atemrhythmus liegt bei erwachsenen Personen zwischen 17 und 20 Atemzügen pro Minute. Das Verhältnis von Ein- und Ausatmung beträgt 1:2. Wenn ein Bewohner eine negativ veränderte Atmung hat, die positiv stimuliert werden soll, richtet die Pflegekraft sich nicht nach seiner Atmung. Stattdessen nutzt sie ihren eigenen, auf den Bewohner abgestimmten Atemrhythmus und überträgt diesen auf ihn.

Fallbeispiel (Fortsetzung)

Die ASE vermittelt Frau Glück ein deutlich stärkeres Körpergefühl, und es tut ihr gut, in sich „hineinzuspüren“. Sie erhält die ASE nun täglich und freut sich immer sehr darauf. Am Ende stärkt diese Maßnahme auch wieder ihr Vertrauen zu den Pflegekräften.

Ziele der Basalen Stimulation

Die Basale Stimulation ist ein Konzept zur Förderung von Menschen, deren Austausch- und Regulationsmechanismen vermindert sind. Die Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Kommunikation und Bewegung stehen im Zentrum des Konzepts. Einfache und grundlegende Angebote erhalten und sichern Kompetenzen bzw. bauen sie wieder auf. Die Menschen lernen körperbezogen und ganzheitlich und erhalten Orientierung. Auch Stress kann über die Basale Stimulation reduziert werden. Dabei werden alle Handlungen an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen in ihrer jeweiligen Lebenssituation ausgerichtet.

Basale Stimulation als Habituationsprophylaxe

Menschen, die im Bett liegen, bewegen sich sehr wenig. Ihr Gehirn erhält kaum noch Informationen aus dem Bewegungssystem, und sie spüren ihren Körper immer undifferenzierter. Dabei reduziert sich die Wahrnehmung auf Druck, Temperatur und Schmerz. Dieses Phänomen bezeichnet man als Habituation, was so viel bedeutet wie Gewöhnung. Die Wahrnehmung passt sich an eine nahezu immer gleiche Situation degenerierend an. Deshalb ist es so wichtig, den Menschen diese fehlenden Informationen von außen zuzufügen und somit eine Habituationsprophylaxe durchzuführen. Das kann zum Beispiel über eine basal stimulierende Gestaltung der Pflege geschehen. Die ASE ist nur ein Beispiel von vielen Möglichkeiten.

Fallbeispiel (Fazit)

Jeder Bewohner ist anders. Frau Glück möchte gerne im Bett liegen dürfen, und die Pflegekräfte hatten anfangs gute Gründe, sie vom Gegenteil zu überzeugen zu wollen. Schließlich haben sie erkannt, dass Frau Glück diese Entscheidung autonom und bewusst getroffen hat, und ihren Wunsch respektiert. Es ist den Pflegekräften gelungen, den Kompromiss zu finden, Frau Glück über die ASE Reize zu verschaffen, die ihre Atmung und ihr Körpergefühl stimulieren und einer Habituation vorbeugen. Im Anschluss an die ASE fühlt sie sich kräftiger, und sie ist auch beweglicher. Dies nutzen sie und die Pflegekraft aus, indem sie einige Bewegungsübungen zur Förderung der Mobilität und zur Kontraktur- und Thromboseprophylaxe anschließen.

Literatur

- 1 ICD-10-GM Version 2022 – Onlinefassung: Immobilität; 2022 [Stand: 31.05.2022]. (online unter www.dimdi.de).
- 2 Büttner-Tillmann I.: *Medizinische Aspekte der Bettlägerigkeit*. In: Graber-Dünow M., Scholz-Weinrich G. (Hrsg.): *Lebensraum Bett: Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag*. Hannover: Schlütersche; 2015. S. 29–43.
- 3 Schwerdt R.: *Pflegerische Aspekte der Bettlägerigkeit*. In: Graber-Dünow M., Scholz-Weinrich G. (Hrsg.): *Lebensraum Bett: Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag*. Hannover: Schlütersche; 2015. S. 44–59.
- 4 Abt-Zegelin A.: „Festgenagelt sein“: *Der Prozess des Bettlägerigwerdens*. 2., erg. Aufl. Bern: Huber; 2013.
- 5 Bienstein C., Fröhlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundlagen*. 7., korr. [überarb. und erg.] Aufl. Bern: Huber; 2012.
- 6 Knese M.: *Bewusstlos gewaschen? – Körpernahe Pflege bei Bettlägerigkeit therapeutisch gestalten*. In: Graber-Dünow M., Scholz-Weinrich G. (Hrsg.): *Lebensraum Bett: Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag*. Hannover: Schlütersche; 2015. S. 77–99.
- 7 Buchholz T., Schürenberg A.: *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung*. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber; 2013.

Bildquellen

© Lilanakani – AdobeStock.com