

Menschen zu lagern, geht nicht – sie zu positionieren, auch nicht

Wie man sich positioniert, so liegt man ...

Die Dekubitusprophylaxe hat sich in den letzten 20 Jahren markant verändert. Es gibt aber noch viel zu tun – denn es reicht nicht zu sagen, dass man Menschen nicht mehr lagert, sondern positioniert. Menschen positionieren sich immer selbst. In diesem Aufsatz hält **Stefan Knobel** Rück- und Ausblick.

Das Thema holt mich ein.

Superweich ist gefährlich. Vor ziemlich genau 20 Jahren habe ich mich intensiv mit dem Thema Dekubitus auseinandergesetzt. Damals wurde die Superweichlagerung als die Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe propagiert. So drückte Seiler (Seiler 1994, S. 22) seine Genugtuung aus, „... dass immer mehr Kliniken und Pflegeheime den Standard der Stufe 4 in der Dekubitusprophylaxe erreichen.“ Er forderte, dass alle Pflegebetten in der Altenpflege mit Superweichmatratzen ausgerüstet sein sollten. Viele Pflegenden standen dieser Forderung sehr skeptisch gegenüber. Denn sie wussten aus Erfahrung, was ich anhand einer Pilotstudie (Knobel 1995) nachweisen konnte: Es ist gefährlich, die Superweichlagerung in der Altenpflege als Standardmaßnahme einzusetzen. Denn eine superweiche Matratze behindert die Bewegungsfähigkeit.

Massive Reaktionen. Die Veröffentlichung der oben erwähnten Studie hat verschiedene Reaktionen hervorgerufen. Einerseits begannen viele Pflegenden neue Ideen zu entwickeln, um Menschen nicht mehr wie ein Gepäckstück zu lagern. Andererseits versuchte die Industrie den Zusammenbruch des so vielversprechenden Marktes zu verhindern. Das ging so weit, dass eine Firma mir als Person mittels eines Rechtsanwaltsbüros mit massiven Schadensersatzforderungen drohte, wenn ich weiterhin „Unwahrheiten“ über die Superweichlagerung verbreiten würde.

Sich positionieren. Nach den 1990er-Jahren habe ich mich nicht mehr intensiv mit dem Thema Dekubitus auseinandergesetzt. Vor einigen Monaten wurde ich angefragt, ob ich anlässlich der Fachtagung von Kinaesthetics Schweiz bereit sei, einen Workshop mit dem Titel „Sich positionieren: In Bewegung sein, um bleiben zu können“ zu leiten. Das Thema Dekubitus hat mich also wieder eingeholt.

Es ist viel passiert

Nicht mehr wie damals. Im Jahr 1995 stellte ich folgende Forderung auf: „Die Tatsache, dass die Auflagedruckproblematik im Zusammenhang mit der Dekubitus-Entstehung nicht das eigentliche Problem der Patienten darstellt, muss für Pflegenden zum Thema werden. Der Bewegungsaspekt und dessen Auswirkung auf die Gesamtsituation der Patienten muss in die Beurteilung der Dekubitus-Situation und die Entscheidung über die Dekubitusprophylaxe einbezogen werden“ (Knobel 1995). In den letzten Monaten habe ich oft mit Pflegenden über das Thema Dekubitus gesprochen. Und es zeigt sich ein erfreuliches Bild. Ich stelle fest, dass man im Jahr 2013 mit diesen Forderungen niemanden mehr erschrecken kann.

Neues Praxiswissen. In den letzten 20 Jahren wurden in der Pflegepraxis neue Ideen erprobt und mit Erfolg eingeführt. Standardisierte Lagerungspläne (21:00 Uhr: alle PatientInnen gegen das Fenster drehen – 24:00 Uhr: alle gegen die Türe drehen usw.) wurden vielerorts durch individuellere Angebote ersetzt. In vielen Institutionen wurden die sogenannten „Mikro-Lagerungen“ ausprobiert. Andere ersetzten die Lagerungspläne durch Bewegungspläne oder ersetzten den Begriff „Lagern“ durch „Positionsunterstützung“.

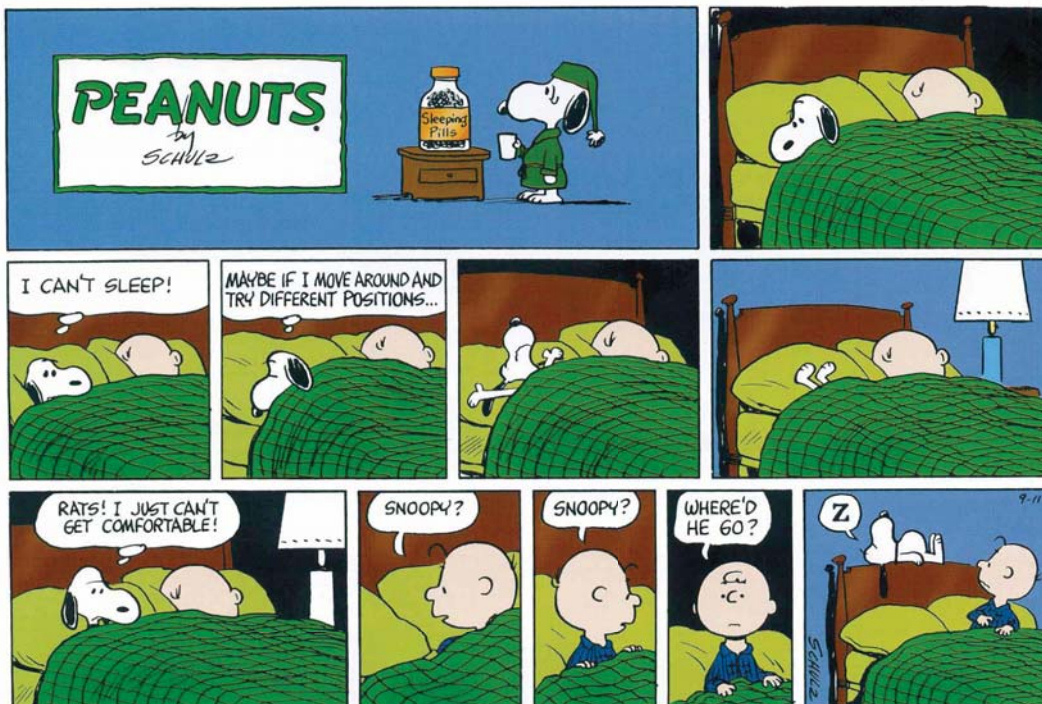
Konzepte und Standards. Parallel zur Entwicklung von neuen Ideen in der Praxis wurden insbesondere zwei Werke veröffentlicht, die einen wesentlichen Beitrag zu dieser Entwicklung geleistet haben. Zum einen ist das Buch „Bewegtes Lagern“ (Klein-Tarolli 2006) von Esther Klein-Tarolli zu erwähnen. Sie fordert darin, dass der Lagerungsplan durch den Bewegungsplan ersetzt werden soll.

Zusätzlich wurde im Jahr 2002 in Deutschland der „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ veröffentlicht. Dieser Standard fordert: „Dekubitusgefährdete Patienten/Betroffene müssen sofort nach der Risikoerkennung eine entsprechende Prophylaxe, primär Bewegungsförderung erhalten. Ist die Bewegungsförderung nicht möglich bzw. nicht ausreichend, müssen druckreduzierende Hilfsmittel eingesetzt werden (ebd., S. 44)“.

WissenschaftlerInnen schlafen superweich. Die Pflegewissenschaft befasst sich weiterhin mit dem Thema Dekubitus. Am meisten Energie und Geld wird noch immer in Studien zur Auflagedruckmessung investiert (Beispiel: Roales-Welsch et al. 2000). Zusätzlich beschäftigen sich die Studien v. a. mit den Themen Risikoeinschätzung, Hautpflege, Lagerung (Untersuchungen zu 30- oder 90-Grad-Lagerung und zu Lagerungsintervallen) und Ernährung. Interessant ist zu beobachten, dass sich die Pflegewissenschaft in den letzten 20 Jahren in keiner Art und Weise mit den neuen Ideen, die in der Pflegepraxis entwi-

ckelt wurden, auseinandergesetzt hat. Es gibt keine einzige große Studie zur Bedeutung der Mikrolagerung, der individuellen Bewegungspläne oder zum Einfluss der Entwicklung der Bewegungskompetenz auf das Dekubitus-Risiko. Offenbar schlafen die WissenschaftlerInnen superweich und spüren die Veränderungen, die sich in der Praxis längst vollzogen haben, nicht! Ein Grund dafür könnte sein, dass es leichter ist, den Auflagedruck zu messen, als den Einfluss des individuellen Bewegungsverhaltens zu untersuchen.

Dass sich die Pflegewissenschaft mit neuen Errungenschaften der Pflegepraxis nicht auseinandersetzt, ist sehr bedauernd. Denn es ist gerade die Wissenschaft, die evidenzbasierte Pflege fordert. Für die Praxis ist es aber ziemlich schwierig, evidenzbasierte Pflege anzubieten, wenn die WissenschaftlerInnen immer wieder Untersuchungen zu überholten Pflegemaßnahmen wiederholen, anstatt neue Themen zu untersuchen, die sich in der Praxis längst bewährt haben.



Quelle: Schulz, C. M.: Celebrating Peanuts 60 Years, Andrews McMeel Publishing, LLC, Kansas City, Sidney, London, 2009, S. 172.

Einschlafen ist nur möglich, wenn ich mich selbst positionieren kann. Diese Erkenntnis hatte Snoopy schon 1966. Wie lange wird es wohl dauern, bis diese Einsicht im Pflegealltag ihre Wirkung zeigt?



Lagern oder Positionieren?

Lagern schadet. Ich hatte 1995 die Hoffnung, dass die Begriffe „Lagern“ und „Lagerung“ aus der Pflege verschwinden werden. Leider ist es noch immer so, dass in vielen pflegerischen Ratgebern von Lagerung gesprochen wird. Trotzdem haben, wie schon erwähnt, viele Pflegende erkannt, dass standardisierte Lagerungen, wie z. B. die 30-Grad-Lagerung oder standardisierte Lagerungsintervalle (alle 2 Stunden umlagern), den PatientInnen/Betroffenen gar nicht weiterhelfen. Denn erstens behindert eine Lagerung die ohnehin schon eingeschränkte Bewegungsfähigkeit



zusätzlich und zweitens ist es ein ziemlich schräger Gedanke, kranke Menschen nachts jede zweite Stunde aus ihrem wohlverdienten Schlaf zu zerren, um sie vermeintlich in der Gesundheit zu unterstützen. Heute wie vor 20 Jahren vertrete ich daher die Meinung, dass Menschen nicht zur Lagerung geeignet sind. Ähnlich wie Früchte verderben sie, wenn sie gelagert werden.

Positionieren schadet auch. Der Begriff Lagerung wurde vielerorts durch „Positionieren“ ersetzt. Aber auch dieser Begriff hilft dem betroffenen Menschen nicht weiter. Denn eine Position einzunehmen ist nichts, was von außen, von einem anderen Menschen organisiert werden kann. Positionieren kann der Mensch nur sich selbst. Ich bin mir bewusst, dass diese Aussage einer Erklärung bedarf.

Sich positionieren

Neues Paradigma. Vielleicht kennen Sie den folgenden Sketch von Lorient. Ein Ehepaar befindet sich nach Feierabend zu Hause. Er sitzt in der Stube, sie arbeitet im Haus. Auf ihre Frage, was er da mache, antwortet er, nichts, er sitze hier. Sie möchte ihn dazu bewegen, etwas zu tun, er will eigentlich nur hier sitzen (Lorient 1977). Man kann über diesen Dialog schmunzeln – und übersieht dabei leicht den Ernst der Lage. Die Frau geht davon aus, dass er nichts tut, wenn er sitzt. Möchte man es so interpretieren, erkennt er, dass Sitzen eine menschliche Aktivität ist – und erst noch eine sehr wichtige. Das Ehepaar bekommt Streit, weil zwei unterschiedliche Paradigmen aufeinandertreffen.

Und genau so ist es beim Thema Dekubitus. Die „Lagerungsfraktion“ geht davon aus, dass Liegen etwas Inaktives ist – darum muss man Druckstellen entlasten. Und das kann man mit ganz bestimmten Lagerungen oder mit weichen Matratzen. Die „Bewegungsfraktion“ geht davon aus, dass das Verweilen in einer Position ein ständiger Anpassungsprozess ist – und unterstützt den Menschen in diesem Bewegungsprozess, anstatt ihn noch mehr einzuschränken. Auch hier prallen zwei Paradigmen aufeinander.

Eine bahnbrechende Entdeckung

Man kann sich nicht nicht bewegen. Im Jahr 1972 veröffentlichte Karl U. Smith eine Studie, für die

„Es sind nicht so sehr die Umgebung und äußere Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen – es ist das, was im Körper passiert.“

er die Körperhaltung beim Einnehmen einer Position untersuchte hatte. Dabei hatte er eine revolutionäre Entdeckung gemacht, mit der er die Annahme der Frau bei Lorient widerlegen konnte. Seine Untersuchungsmethode war folgende: Smith konstruierte eine Plattform, mit der er die seitlichen und die Vorwärts-Rückwärts-Bewegungen eines darauf stehenden Menschen messen konnte. Dies führte ihn zur Beschreibung des Haltungssystems („postural system“) als „a series of cascaded levels of feedback-controlled body tracking with integrate torso, head and limb movements during motions of the body and in relation to gravity“ (Smith 1972). Mit anderen Worten: Er entdeckte, dass wir Menschen gar nicht stehen können. Was wir können, ist nicht umfallen. Wir korrigieren ständig unsere Fehler, die wir selbst durch unsere Bewegung in der Schwerkraft machen.

Steuerung der Entwicklung. Im Weiteren untersuchte Smith die Bedeutung der Qualität der ständigen Anpassungsbewegung in der Schwerkraft. Er kam zum Schluss, dass die Qualität dieser alltäglichen Bewegungen den größten Einflussfaktor der menschlichen Entwicklung darstellt. Mit anderen Worten: Es sind nicht so sehr die Umgebung und äußere Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen – es ist das, was im Körper passiert. In einem der wenigen auf Deutsch veröffentlichten Artikel drückt er es folgendermaßen aus: „Die physiologische, zelluläre und molekulare Forschung hat im Verlauf der letzten beiden Jahrzehnte gezeigt, dass Organsysteme und die metabolischen Funktionen im Allgemeinen direkt durch die motorische Aktivität einer bestimmten Konstellation von Feedback-Kontrollmechanismen beeinflusst werden.“ (Smith und Smith 1995) Diese Erkenntnis ist auch der Grund, warum Kinaesthetics den Begriff Mobilisation nicht mit der Idee verbindet, jemanden von A nach B zu bringen. Mobilisation meint die Qualität der inneren, ständigen Bewegung – und wird somit zu etwas ganz Individuellem.

Auch liegen heißt sich anpassen. Zurück zu unserem Thema. Um den Versuch von Smith nachzuvollziehen, braucht es keine elektronische Plattform oder Computer-Messung. Man kann das selbst erfahren. Wenn man auf einem Bein steht und die Augen schließt, kann man die ständige Anpassungsbewegung sehr leicht wahrnehmen. Auch im Sitzen oder auf allen Vieren ist sie erfahrbar, feiner und etwas schwieriger im

Liegen. Aber auch hier gilt: Ich passe mich mit meiner Bewegung fortlaufend in der Schwerkraft an. Da jede Masse das eigene Gewicht abgibt, ist das aber nicht so offensichtlich. Erfahrbar wird es, wenn man im Liegen z. B. den Kopf leicht anhebt, sodass er nicht sein gesamtes Gewicht auf die Unterstützungsfläche abgibt. Dadurch wird die Wirkung dieses „Fehlers“ in der Gewichtsorganisation sofort spürbar. Das heißt, es ist nicht die Schwerkraft, die das Liegen ausmacht, sondern meine eigene, aktive Anpassungsleitung.

Es ist nicht so einfach. Wenn man den Versuch weiterführt, die Anpassungsleistung im Liegen zu untersuchen, wird sofort klar, dass z. B. zu viel Druck auf die Fersen kaum mit ihnen selbst zu tun hat. Viel eher ist eine Person dann nicht in der Lage, über das Becken angemessenes Gewicht abzugeben. Und was tun wir als Pflegenden? Anstatt dem Menschen zu helfen, sein Becken so zu bewegen, dass dessen Gewicht nicht auf die Fersen verlagert wird, versuchen wir direkt die Fersen zu „entlasten“. Das ist etwa so, wie wenn jemand einen Eimer in die Wohnung stellt, um das von der Decke tropfende Wasser aufzufangen, anstatt das Dach zu reparieren.

Es gibt noch viel zu tun

Praxis und Theorie. Wenn ich auf den aktuellen Stand der Entwicklung schaue, bin ich einerseits ermutigt. In der Praxis werden vielerorts neue Ideen erprobt. Es wird experimentiert. Einzelne Pflegepersonen und Teams haben verstanden, was es heißt, sich zu positionieren. Es entstehen Standards, die die individuelle Unterstützung einfordern.

Andererseits muss festgestellt werden, dass es noch viel zu tun gibt. Derzeit gibt es keine Literatur, die die neuen Erkenntnisse zum Thema zusammenfasst und für die Praxis aufbereitet. Zwar wird in einigen aktuellen Veröffentlichungen das Thema Positionieren aufgenommen. Einen wirklichen Paradigmenwechsel hat aber meines Erachtens noch keines der Werke vollzogen. So musste Uwe Wagner in seinem Buch „Positionierung: Lagerung und Positionswechsel“ (Wagner 2012) einige Kompromisse eingehen, vermutlich auch unter dem Druck des Verlages





Der Autor:

Stefan Knobel ist Kinaesthetics-Ausbilder und leitet den Ressourcenpool Curriculum & Forschung der „European Kinaesthetics Association“ (EKA).

bzw. der Marketing-Abteilung. Es ist zu hoffen, dass bei einer nächsten Überarbeitung der Kern des Themas besser zum Tragen kommt.

Erkenntnisse zusammentragen. Wie schon erwähnt, gibt es viele gute Ansätze und Versuche, mit den beschriebenen neuen Erkenntnissen in der Praxis zu arbeiten. Da es keine Lobby für die Weiterentwicklung dieser Ideen gibt, wird die Stiftung „lebensqualität“ zu Beginn des Jahres 2014 unter www.pflege.ch und unter www.sich-positionieren.net eine Plattform aufschalten, die die Weiterentwicklung des Themas unterstützen wird.

Literatur:

- › **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004):** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück. ISBN 3-00-009033-9.
- › **Klein-Tarolli, E. (2012):** Leitfaden Bewegtes „Lagern“. Positionsunterstützung nach Esther Klein-Tarolli. Anregungen für die Pflegepraxis. Verlag Zimmermann, Auerach.
- › **Roales-Welsch, S. et al. (2000):** Studie zur Qualitätssicherung in der Prophylaxe und Therapie des Dekubitus durch Auflagedruckmessungen bei Probanden auf verschiedenen Weichlagerungs- und Wechseldrucksystemen. In: Pflege 13/2000, S. 297 – 305.
- › **Smith, K. U.; Smith, T. (1995):** Wissenschaftliche Beiträge zur Verhaltenskybernetik: Eine Perspektive. In: Kinästhetik Zeitschrift Nr. 5, Juni 1995, S. 45 – 75.
- › **Seiler, W. (1994):** Wie Dekubitus verhindert werden kann. In: Zeitschrift Krankenpflege 1/1994, S. 17 – 22.
- › **Smith, K. U. (1972):** Cybernetic Psychology. Feedback Principles of Learning and Motor Behavior. In: Singer, Robert N.: The Psychomotor Domain. Movement Behavior. Lea & Febiger, Philadelphia.
- › **Wagner, U. (2012):** Positionierung: Lagerung und Positionswechsel. Ein Praxisbuch für die Pflege. Urban Fischer Verlag, München.
- › **Loriot (1977):** Feierabend. Video zu finden auf: <http://www.youtube.com/watch?v=AxQ7oq-OTXII> (Letzte Sichtung 20. Oktober 2013).

lebensqualität die Zeitschrift für Kinaesthetics

Ein Kooperationsprodukt von:
Kinaesthetics Deutschland, Kinaesthetics Italien, Kinaesthetics Österreich, Kinaesthetics Schweiz,
European Kinaesthetics Association, Stiftung Lebensqualität.
Herausgeber: Stiftung Lebensqualität, Nordring 20, CH-8854 Siebnen.

www.zeitschriftlq.com www.kinaesthetics.net

