

# Vorbereitet ins Sitzen kommen

Beatmete und schwerkranke PatientInnen benötigen ein angepasstes Mobilitätsangebot. Wenn sie direkt und unvorbereitet in einen Stuhl gesetzt werden, kann dies zu Kreislauf- und Atemproblemen führen. **Elisabeth Meißner** sammelte als Intensivfachschwester langjährige Erfahrungen und führte ein Bildungsprojekt zu einer strukturierten Mobilisation durch. **Maren Asmussen** hat sie interviewt.

**Maren Asmussen:** *Elisabeth, du bist eine erfahrene Intensivfachschwester und Kinaesthetics-Trainerin. Wie verbindest du das?*

**Elisabeth Meißner:** Seit 1990 bin ich im Intensivbereich tätig. Als ich im Jahr 2000 an meinem ersten Kinaesthetics-Kurs teilgenommen habe, war ich sofort begeistert, weil ich damit selbstständiger und auch alleine arbeiten konnte. In der Regel betreue ich zwei bis drei PatientInnen intensiv und kann mit Kinaesthetics einen ganz anderen Blick auf ihre und meine Bewegung legen.

**Maren:** *Du hast also gleich zu Beginn mit Kinaesthetics entdeckt, wie du mit einer PatientIn alleine arbeiten kannst?*

**Elisabeth:** Die Teamarbeit zusammen mit den ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen ist auf einer Intensivstation ganz wichtig. Wenn es allerdings darum geht, der PatientIn ein Angebot zu ihrer Eigenaktivität zu machen, ist es oft einfacher, alleine zu sein; da braucht man nicht zwei Leute.

**Maren:** *Welche Veränderungen konntest du noch wahrnehmen?*

**Elisabeth:** Ich hatte gleich zu Beginn auf breitem Feld Ideen. Es ging mir darum, mit den PatientInnen neue Wege zu finden, um z. B. im Bett kopfwärts zu gehen. Und auf einmal wurde mir klar: Ich kann es gemeinsam mit der PatientIn entwickeln. Ich habe entdeckt, dass ich Werkzeuge habe, um ein passendes Angebot für eine strukturierte Gesundheitsentwicklung zu machen.

**Maren:** *Im Rahmen deiner Qualifikation zur Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3 hast du ein spannendes Projekt durchgeführt. Worum ging es?*

**Elisabeth:** Es ging mir um eine angepasste Mobilisation von langzeitbeatmeten PatientInnen.

Bei der Visite kam von der Chef- oder OberärztIn oft die Anordnung: „Die PatientIn soll in den Stuhl, damit die Lunge durchgehend gelüftet wird.“ Diese Visitenanordnung wurde erteilt und niemand fragte nach, was eine PatientIn schon tun konnte, ob sie z. B. schon an der Bettkante gesessen oder gestanden hatte. Anschließend kamen die KollegInnen aus der Pflege und sagten: „Oh du meine Güte, das schafft sie doch noch gar nicht.“ Da waren allerdings die ÄrztInnen schon raus aus dem Zimmer.

**Maren:** *Wie wirkt es sich aus, wenn den PatientInnen die Möglichkeit einer aufbauenden Kompetenzentwicklung nicht gegeben wird?*

**Elisabeth:** Es gab eine Situation, in der ein Patient zu früh in den Stuhl gesetzt wurde. Ihm ging es plötzlich sehr schlecht und wir mussten ihn zu fünft irgendwie ganz schnell ins Bett bekommen. Ein solcher Vorfall bedeutet letztlich für die PatientInnen, dass sie sich längere Zeit davon erholen müssen.

**Maren:** *Ich stell mir das gerade vor: Man wird hingesetzt und kann sich noch nicht im Sitzen halten.*

**Elisabeth:** Genau, viele PatientInnen rutschen auf dem Stuhl sozusagen nach unten. Die Schwerkraft zieht den ganzen Körper. Sie rutschen mit dem Becken nach vorne und können so bestimmt nicht leichter atmen.

**Maren:** *Der Brustkorb ist gebeugt ...*

**Elisabeth:** Genau. Sie können sich ja noch nicht selbst ausbalancieren, um ihre Position besser zu organisieren, und sich selbst ausreichend im Stuhl positionieren. Die Kontrolle der Aktivität des Sitzens muss erst aufgebaut werden.







**Maren:** *Wie wirkt sich das auf das Befinden aus?*

**Elisabeth:** Die Verzweiflung der PatientInnen wächst. Sie kommen in dieser Situation ganz schnell in Luftnot. Dabei ist die Atmung essenziell für PatientInnen, die gerade von der Beatmungsmaschine entwöhnt worden sind. Sie steht über allem.

**Maren:** *Das ist eine schwierige Situation. Was braucht es sinnvollerweise zur Vorbereitung?*

**Elisabeth:** Es braucht schon im Bett eine schrittweise Vorbereitung. Es geht darum, dass die PatientInnen ihr Körpergefühl über ihre Bewegungswahrnehmung wieder entwickeln können, um ihre Körperteile angemessen zu koordinieren. Wenn sie einfach passiv vom Liegen ins Sitzen gebracht werden, können sie mit ihrer Wahrnehmung noch gar nicht der Bewegung ihrer einzelnen Körperteile folgen. Es braucht kleine, eigenaktive Bewegungen und vorbereitendes Training mit Armen und Beinen. Zur Unterstützung der Koordination können sie viele Bewegungen im Bett machen; allein ein Bein aufzustellen oder sich eigenaktiv auf die Seite zu drehen, ist eine wichtige Vorbereitung. Auch die Art der Körperpflege hat hier eine hohe Bedeutung.

**Maren:** *Wie ist das genauer zu verstehen?*

**Elisabeth:** Auf der Intensivstation geschieht ganz viel passiv und stellvertretend für die PatientInnen. Man ist es ja gewohnt, dass sie gar nicht mitmachen können. Hier haben wir angesetzt. Auch bei der Körperpflege kann mit ihnen zusammen ihre eigene Bewegung entwickelt werden. Es beginnt z. B. damit, nicht ihre Beine in einer einseitigen Interaktionsform aufzustellen, sondern sie vielleicht zuerst aufzufordern, selbst zu versuchen, ein Bein aufzustellen. Wenn sie es nicht alleine können, dann helfe ich ihnen, aber möglichst in einer gleichzeitig-gemeinsamen Interaktionsform; ich unterstütze sie möglichst in ihrer eigenen Bewegung. So können sie auch lernen, ihre Arme zu nutzen, ihren Kopf zu drehen oder sich eigenaktiv auf die Seite zu drehen.

**Maren:** *Wie habt ihr mit dieser Anpassung der Pflege-Interaktionen begonnen?*

**Elisabeth:** Ich habe mit meinem Pflegedienstleiter die Situation besprochen. Er schlug vor, daraus einen strukturierten Standard zu gestalten. Wir führten dieses Projekt mit dem gesamten Team durch. Es begann mit einem Workshop für PflegerInnen und PhysiotherapeutInnen.

**Maren:** *Was waren die Inhalte des Workshops?*

**Elisabeth:** Wir haben uns mit unserer Situation beschäftigt und mit der Frage, welche Kompetenzen ich brauche, um an der Bettkante zu sitzen und in einen Stuhl zu gelangen. Wir beleuchteten das mithilfe der Kinaesthetics-Konzepte und analysierten die verschiedenen grundlegenden Kompetenzen.

**Maren:** *Um welche grundlegenden Kompetenzen geht es?*

**Elisabeth:** Es fängt ganz klein an. So geht es z. B. darum, sich selbst im Bett überhaupt wahrnehmen oder sich in Ansätzen selbst positionieren zu können, mit wenig Anstrengung den Arm bewegen oder mit einzelnen Körperteilen ein spiralisches Bewegungsmuster nutzen zu können. Darauf zu achten, welche Drehung und Beugung oder Streckung der Brustkorb machen kann. Natürlich wird vor dem Hintergrund des Weges ins Sitzen auch spezifisch das Sitzen vorbereitet.

**Maren:** *Dadurch umfasst die Vorbereitung zentrale Grundlagen. Wie seid ihr auf die weiteren Schritte des Standards gekommen?*

**Elisabeth:** Wir sagten uns, wer sich selber im Sitzen an der Bettkante halten, sich also ausbalancieren kann, der kann auch lernen, wieder zu stehen. Im Sitzen kann die PatientIn die Funktion ihrer Beine trainieren. Die Beine können Gewicht übernehmen und mithelfen, dass die PatientIn sich alleine ausbalancieren kann. Dann stellten wir fest, dass ab dem Moment, in dem eine PatientIn wirklich alleine steht, sie auch beginnt, langsam Schritte zu gehen. Das ist wirklich sehr spannend. So ein Wiegen, erstmal von rechts nach links, und auf einmal fängt sie selbst an, kleine Schritte zu gehen. Natürlich kann sie sich dann auch kontrollierter hinsetzen oder wieder hinlegen. Alle diese Dinge trainieren wir bereits, wenn die PatientInnen noch bei Kräften sind. Unsere Grundidee war, dass sie in Eigenaktivität und aus eigener Kraft in den Stuhl kommen. Wenn sie dann das erste Mal im Stuhl sitzen, ist jeder Teilschritt hin und zurück schon gemacht. Und der Rückweg ist ganz wichtig. So können sie auf ihren eigenen Füßen wieder zum Bett kommen.





**Maren:** Aufgrund dieser Erfahrungen habt ihr eine strukturierte Vorbereitung erarbeitet?

**Elisabeth:** Aus den Erfahrungen entwickelten wir eine Grundstruktur, also den eigentlichen Standard. Die Mobilisation in den Stuhl erfolgt erst, nachdem die PatientInnen drei Schritte erfolgreich durchlaufen haben:

1. Sitzen an der Bettkante
2. Stehen vor dem Bett
3. Gehen aus stehender Position.

Wir haben diese drei Schritte auf Schildern in drei Farben dargestellt. Wenn man zu einer PatientIn kommt, sieht man so mit einem Blick, für welche Aktivität sie aktuell ihre Kompetenzen wieder aufbaut.

Um die erwähnte erste Phase zu differenzieren, gibt es auch noch eine Null. Sie bedeutet nicht, dass hier nichts passiert, sondern dass die PatientIn noch dabei ist, im Liegen ihre Bewegungswahrnehmung zu trainieren.

Der Standard war auch als ein Übergabe-Instrument für die ÄrztInnen gedacht. Diesen präsentierten wir in der Folge seine Schritte. Wir machten einen Workshop, in dem wir unsere Erfahrungen vorstellten. Dabei leiteten wir Chef- und OberärztIn zu Bewegungserfahrungen an.

**Maren:** Haben sie sich darauf eingelassen, eine so alltägliche Aktivität wie das Sitzen differenzierter wahrzunehmen?

**Elisabeth:** Wir forderten sie auf, sich mal so in den Stuhl zu setzen, dass sie gut atmen können und bequem sitzen, und ließen sie darauf achten, wo sie ihr Gewicht abgeben usw. Dann baten wir sie, nach vorne zu rutschen und so auf den Stuhl zu sitzen, wie jede ÄrztIn es von schlecht vorbereiteten PatientInnen kennt. Jetzt schlugen wir vor, darauf zu achten, was das mit ihrer Atmung macht. Das ergab einen großen Aha-Effekt bei den ÄrztInnen, und sogleich sagten sie: „So kann man ja gar nicht atmen!“ Das war der Aufhänger, um ihnen die einzelnen Schritte des Standards zu erklären und zu begründen.

**Maren:** So konntet ihr gemeinsam vorgehen und Erfahrungen sammeln?

**Elisabeth:** Ja, und wir haben festgestellt, dass die PatientInnen, wenn wir eine Woche lang alle an einem Strang ziehen und diese Schritte einhalten, viel schneller als gedacht mobil

werden. Sie werden einbezogen und können dem Geschehen folgen, weil es kleinschrittig ist. Sie wissen, weil wir es ihnen anhand der laminierten Folien vorher erklären, wie wir vorgehen – und sie wollen ja auch alle raus aus dem Bett in den Stuhl.

**Maren:** Wie wirkt es sich auf ihre Atemsituation aus?

**Elisabeth:** Wir stellen fest, dass die PatientInnen schneller von den Beatmungsmaschinen abtrainiert werden können. Das hängt sicherlich damit zusammen, dass sie desto tiefer und besser atmen, je differenzierter sie sich bewegen. Und dadurch werden die ganzen Komplikationen wie Lungenentzündungen usw. automatisch vermindert. Natürlich ist das immer ganz individuell, aber man kann von einer klaren Tendenz sprechen.

Wir überprüfen immer wieder, wie weit die einzelne PatientIn ist, und manchmal gibt es auch Rückschritte. Aber das selbstständige Sitzen an der Bettkante ist schon das A und O, wirklich ein entscheidender Schritt, um sich dann vor dem Bett hinzustellen oder gar ein paar Schritte zu laufen.

**Maren:** Worin besteht dein Auftrag in der Klinik bzw. auf deiner Abteilung?

**Elisabeth:** Mein Auftrag besteht darin, Kinaesthetics zu implementieren. Alle MitarbeiterInnen haben den Grundkurs und ca. 15 Prozent den Aufbaukurs besucht. Im nächsten Jahr starten wir mit der Ausbildung von Peer-TutorInnen. Mit dem Standard haben wir im Grunde genommen eine gemeinsame Vereinbarung getroffen, aber auch ein Übergabe-Instrument geschaffen. Somit mobilisieren wir hier nicht irgendwie, sondern erarbeiten mit den PatientInnen die zugrunde liegenden Kompetenzen. Der Standard ist im KTQ-Handbuch (KTQ: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) hinterlegt und für alle bindend.

**Maren:** Welches sind die wichtigsten Veränderungen, die der Standard bewirkt hat?

**Elisabeth:** Tatsächlich verlaufen die Visiten anders! Es findet ein Austausch am Bett der PatientInnen statt, bei dem mittlerweile die Meinung des Pflegepersonals und der PhysiotherapeutInnen über die Fortschritte in Bezug





©R.M.



**Die Autorin:**

Elisabeth Meißner ist Intensivfachschwester und Kinaesthetics-Trainee. Sie arbeitet an der Asklepios-Klinik in Barmbek.

auf die Mobilisation Gehör findet und auch die PatientIn selbst einbezogen wird. Das Miteinander von Pflege und Physiotherapie ist harmonischer und kollegialer geworden. Der Fokus liegt jetzt auf dem gemeinsamen Ziel, die PatientInnen auf ihrem Weg in den Stuhl zu unterstützen und zu fördern. Damit diese selber noch genug Energie für den Rückweg haben, empfehlen wir ihnen, das Sitzen im Stuhl am Anfang auf eine halbe bis eine Stunde zu beschränken.

Den Angehörigen werden die einzelnen Schritte der Mobilisation in den Stuhl erklärt. Sie werden auch darauf vorbereitet, dass es manchmal Rückschläge geben kann. Sie werden somit besser in den Therapieablauf involviert. Kinaesthetics als ein „Baustein“ der professionellen Pflege findet mehr Akzeptanz und Beachtung. Auch ÄrztInnen interessieren sich für Kinaesthetics-Grundkurse. Schließlich kann man sagen, dass es sich gelohnt hat, den Weg über einen Standard zu gehen, da er zu einschneidenden, positiven Veränderungen auf den Abteilungen geführt hat, und alle involvierten Berufsgruppen gemeinsam zum Therapieerfolg der PatientIn beitragen.

**Maren: Wie geht es weiter?**

**Elisabeth:** Wir sind jetzt seit vier Jahren so unterwegs, aber wir gehen nicht statisch mit dem Standard um, sondern haben immer noch Raum und Kapazität nach oben, um daran weiterzuarbeiten. Der Standard ist kein Fixum, sondern regt zu fortlaufenden Gesprächen an. Ich freue mich, dass wir demnächst in einer Arbeitsgruppe eine Überarbeitung vornehmen werden.



AUFSTEHEN!

