



Mobilisieren – aber wie?

Mit Kontrakturen bloß nicht in den Rollstuhl!

Auch beim Thema Kontrakturen ist Vorbeugen besser als Nachbeugen. Denn ist es erst einmal zur Verkürzung von Sehnen und Muskeln gekommen, lassen sich Gelenke oft nur schwer wieder mobilisieren. Doch ist der Nutzen des vorsorglichen Dehnens und Beugens wirklich belegt?

Es wird gebeugt, gestreckt, gedehnt, damit die Beweglichkeit auch im Krankenbett erhalten bleibt: „Kontrakturprophylaxen gehören zum Alltag in Pflegeheimen und werden kaum hinterfragt“, schreibt Siegfried Huhn, Pflegeexperte aus Berlin, in der Zeitschrift „Heilberufe“. Und so machte er sich auf die Suche, was an Maßnahmen eigentlich wissenschaftlich belegt ist. Das Ergebnis seiner Suche war überraschend.

Spitzfuß ist gar nicht so häufig

Die häufigsten Kontrakturen finden sich nach Huhns Angaben im Knie-, Ellenbogen und Handgelenk. Dann kommen Schulter-, Hüft- und Fingergelenke. Die oft hervorgehobene Kontraktur im Sprunggelenk mit daraus resultieren-

dem Spitzfuß sei aber gar nicht so häufig, hat Huhn herausgefunden.

Unbefriedigend war auch die Suche nach einer einheitlichen Definition, was genau eine Kontraktur ist. „Gibt es Abweichungen oder lässt sich das Gelenk nur eingeschränkt oder unter Schmerzen bewegen, kann von einer Kontraktur ausgegangen werden“, meint Huhn dazu.

Zur Zeit erfolgt die Kontrakturprophylaxe mit folgenden Bausteinen:

- Durchbewegen der Gelenke,
- Lagerung in physiologischer Mittelstellung,
- Dehnen der Gelenke.

Huhn sieht das nicht unkritisch: „Diese Methoden finden keine wissenschaftliche Bestätigung, aber eine Reihe von Kontraindikationen.“ Ein wichtiger Punkt sei hier der Schmerz: Gelenke sollten nur dann gedehnt und bewegt werden, wenn die Patienten in der Lage sind, Schmerzen zu spüren und diese dann auch zu äußern. Um Kontraindikationen zu bestimmen, sei hier das Fachwissen eines Physiotherapeuten gefragt, so dass Huhn zu einer entsprechenden Abklärung rät, bevor es an die Gelenke geht. Als weiteren kritischen Punkt führt er die Mobilisation auf: Denn meist bedeute Mobilisation im Pflegealltag den Transfer vom Bett in den Stuhl, was dann eine Fixierung nur an anderer Stelle bedeute. Und mit dem Sitzen so eine Sache: „Verschie-

dene Autoren beschreiben, dass durch langes Sitzen im Stuhl das Kontrakturrisiko steigt, wogegen das Liegen im Bett die Kontrakturstellung weniger fördert.“

Wer nicht stehen kann, wird hingestellt

Doch wie sollte die Prophylaxe nach Huhns Meinung erfolgen? Auf jeden Fall grundsätzlich früher, um der Versteifung besser vorzubeugen. Mobilisierung und Positionierung sollte vornehmlich im Bett erfolgen, wobei es keine besonderen Lagerungsformen gibt – so dass eine Kontrakturprophylaxe eigentlich mit der Dekubitusprophylaxe schon abgedeckt sei. Zur Mobilisierung führt er spezielle Konzepte an, bei denen die Patienten in die Bewegungsabläufe einbezogen werden. Eine weitere Möglichkeit sei zudem, Patienten die nicht selbstständig stehen können, kurz stehen zu lassen und so Gewicht auf die Beine zu bringen.

Rollstühle sind zum Rollen da

Will oder soll sich der Patient außerhalb des Bettes aufhalten, ist das Möbel der Wahl ein richtiger Stuhl und kein Rollstuhl. Denn die Füße sollten auf dem Boden stehen und nicht auf den Fußstützen von Rollstühlen. Fußroller können zur Bewegung der Füße animieren. Die Sitzposition sollte aufrecht – also auf den Sitzhöckern –, die Dauer auf eine Stunde bzw. so lang die Kraft zum selbstständigen Sitzen reicht, beschränkt sein. Optimal wären dann noch Gymnastikgruppen, Kraft- und Balancetraining oder Sitztanz auch für nicht stehfähige Patienten. (Swanett Koops)

Heilberufe 2011, 10: 26



Wer Kontrakturen hat, sollte hier nicht sitzen.