



## Sich positionieren – Bauchlage bei Covid-19, Teil 1

# Bewegungsräume nutzen

Im Gespräch: Udo Beckmann, Dennis Rehbaum  
und Maren Asmussen-Clausen

Fotos: Udo Beckmann und Dennis Rehbaum

**Die beiden Kinaesthetics-Trainer Udo Beckmann und Dennis Rehbaum berichten von ihren Erfahrungen mit Menschen, die mit Covid-19 auf der Intensivstation liegen und in Bauchlage unterstützt werden. Ebenso erzählen sie über ihren persönlichen Umgang mit dieser neuen Erkrankung.**

**Asmussen-Clausen:** Welche Erfahrungen habt ihr mit den Menschen mit Covid-19-Erkrankungen gesammelt?

**Rehbaum:** Es war für mich recht aufwühlend und hat uns in vielerlei Hinsicht gefordert. So haben wir uns gefragt, wie wir wohl damit umgehen werden, wenn wir nicht genügend Schutzmasken haben und zur PatientIn gehen müssen. Die Isolationsmaßnahmen für diese PatientInnen sind ziemlich aufwendig. Und weil man in diese Zimmer nicht eben mal einfach so reingeht, habe ich deutlich mehr mit PatientInnen allein gearbeitet, die viel Unterstützung in der Bewegung brauchten. Da musste ich dann doch schon so manches Mal kreativ werden, um die Positionsanpassung auch allein zu gestalten.

**Asmussen-Clausen:** Wie könnt ihr eure Erfahrungen in Verbindung zur Kinästhetik setzen?

**Rehbaum:** Es geht um ganz praktische Themen. Man sieht beispielsweise, dass die PatientIn in einer

unglücklichen Position liegt und würde ihr gerne helfen, eine günstigere Position einzunehmen. Aber das tun wir sonst nur zu zweit. Also sucht man nach alternativen Möglichkeiten, wie die PatientIn zum Beispiel in Richtung Kopfende kommen könnte. Das veranlasst einen dazu, noch genauer hinzusehen, eine spiralförmige Unterstützung anzubieten, eine Abfrage der noch vorhandenen Kompetenzen vorzunehmen, beispielsweise wenn jemand sein Bein noch selbstständig aufstellen kann. Ich fand es sehr interessant, dass ich, obwohl ich mich mit dem Thema vorgängig schon viel auseinandergesetzt hatte, dann merkte, dass ich manches gar nicht so erwartet habe. Auf einmal konnte eine PatientIn doch mehr, als ich vorerst annahm. Es war also sogar eine Chance, in der Situation neu zu lernen.

**Beckmann:** Meine Entdeckung war, dass die Covid-19-PatientInnen über die Dauer der Erkrankung, im Vergleich zu Personen mit anderen schweren Erkrankungen, körperlich viel mehr abbauten. Das zeigte sich schon etwa Anfang April. Ich lege als Kinaesthetics-Trainer ein großes Augenmerk darauf, dass die zu pflegenden Menschen wirklich ihre eigene Muskulatur in der Bewegung nutzen können. Ich habe also auf kleine Ansätze von Bewegung gewartet, die die PatientIn selbst machen kann, damit sie ihre Muskulatur zum Beispiel beim Drehen auf die Seite auch nutzen und der fortschreitende Muskelabbau so etwas aufgehalten werden kann. Das kompetenzorientierte Arbeiten mit diesen PatientInnen ist sehr wichtig, damit der körperliche Abbau verlangsamt wird. Die Rehabilitation begann für mich bereits mit der Kontaktaufnahme, auch in Form eines Abwartens nur kleiner Bewegungen der Muskeln.

**Asmussen-Clausen:** Das ist ein Grundsatz der Kinästhetik. Wir sagen, wir schauen auf das, was jemand selbst tun kann, welche Muskelaktivitäten möglich sind und wo wir die PatientInnen dabei unterstützen können, zumindest ein wenig selbst zu tun. Genau für diese Patientengruppe scheint dieser Ansatz enorm wichtig zu sein.

**Beckmann:** Ja, man hört jetzt auch immer mehr aus Rehakliniken, dass die Teams dort jeweils erschrecken, in welchem Zustand die PatientInnen bei ihnen in der Rehaklinik ankommen, was das Virus mit diesen Menschen gemacht hat – sowohl auf der muskulären als auch auf der neurologischen und der psychischen Ebene. Oft gibt es Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis. Und zurzeit weiß niemand, wie





PatientInnen sich nach einem schweren Verlauf der Covid-19-Erkrankung erholen werden.

**Asmussen-Clausen:** *Es ist eine neue Erkrankung. Das birgt Unsicherheiten. Wie konntet ihr damit umgehen, auch für euch selbst?*

**Beckmann:** Anfänglich hatten wir Probleme mit den Materialien, aber ich habe mich eigentlich relativ sicher gefühlt im Umgang mit den erkrankten Menschen. Mir war der Umgang mit diesen schwerstkranken, intubiert-beatmeten Menschen eigentlich fast noch lieber als intensivpflichtige Covid-19-Patienten, die noch spontan atmen. Denn sie husten natürlich und die Aerosole verteilen sich im Raum. Wir haben zwar überall durchgehend gut gelüftet, aber trotzdem hat einem das schon Respekt eingeflößt. Wir hatten zwischendurch immer wieder die Möglichkeit, uns zu testen, was ich auch zweimal gemacht habe. Ich erinnere mich noch an einen Patienten, der sehr schwer an Covid-19 erkrankt war, mit allen Komplikationen, die man sich vorstellen kann – Nierenversagen, Lungenversagen, Thrombosen durch Gerinnungs-

störungen et cetera – und trotzdem war er ansprechbar. Und bei diesen PatientInnen nicht zu wissen, ob sie die Situation überleben, ist schon besonders. Man ahnt irgendwann, in welche Richtung es geht. Wenn man selbst zu einem positiven Denken gelangt und sich selbst sagt, dass man glaubt, dass er oder sie das schafft, dann ist das für den Umgang mit der PatientIn hilfreich. Und die PatientIn merkt auch, was man für eine Einstellung zur Situation hat. Ich kann für mich selbst sagen, dass es eine ganz wichtige Erfahrung auf der Intensivstation war, weil ich die Intensität in Bezug auf Bewegung und Mobilisation vor diesen Covid-19-PatientInnen so noch nicht hatte. Da habe ich viel lernen können.

**Rehbaum:** Ich hatte wenig Angst davor, an Covid-19 zu erkranken, da wir immer ausreichend Schutzmaterialien zur Verfügung hatten. Ich gehöre nicht zur Risikogruppe, auch wenn es natürlich auch bei NichtrisikopatientInnen schwere Verläufe gab. Dennoch habe ich mich dann irgendwo angesteckt und musste 14 Tage selbst in Quarantäne. Ich hatte das Glück, dass ich einen milden Verlauf hatte, mit



klassischen grippeähnlichen Symptomen. Das war schon belastend, so lange isoliert zu sein. Auch zu meiner Frau und meiner Tochter sollte ich gebührenden Abstand wahren. Das war schon schwer und auch, dass meine Tochter dann nicht in die Kita durfte. Wir haben gemerkt, dass es einen Einfluss auf sie hatte. Man konnte somatische Symptome bemerken, dass sie Bauchschmerzen bekam und einfach auch sehr dünnhäutig war, weil ihr ihre Freundinnen fehlten. Zu den PatientInnen kann ich sagen, dass viele deutlich jünger waren, als die IntensivstationpatientInnen sonst. Es war traurig, weil man wusste, dass es ein Teil nicht überleben würde und doch gerade die jungen Leute noch ihre Zukunft vor sich hatten. Das hat den Umgang schwieriger gemacht. Ich kann das gedanklich zum Glück gut ausschalten, wenn ich die Klinik verlasse. Meiner Meinung nach muss man das sehr klar trennen können.

**Asmussen-Clausen:** *Was hat diese Situation anders gemacht im Vergleich zu einer Intensivstation ohne Covid-19?*

**Rehbaum:** Es kamen mehr PatientInnen, die einfach mitten aus dem Leben gerissen wurden und dann plötzlich im Krankenhaus waren. Bei den meisten IntensivpatientInnen ist es sonst so, dass sie schon einen Leidensweg hinter sich haben. Bei den Covid-19-PatientInnen waren es zwar viele, die auch älter waren, aber bis auf zum Beispiel einen Bluthochdruck kaum nennenswerte Vorerkrankungen hatten. Sie erzählten einem quasi noch bei der Aufnahme, dass sie letzte Woche mit ihrer Frau Fahrrad fahren waren. Und nicht mal eineinhalb Wochen später sind sie dann so schwer krank, dass man sich Sorgen macht, ob sie es überleben. Die Geschwindigkeit, mit der sich der Zustand der PatientInnen verschlechtert, ist anders und beunruhigend. Ich habe bei mehreren Intubationen assistiert, und vor der Gabe von sedierenden Medikamenten hatten die PatientInnen Todesangst. Sie waren isoliert und haben ihren Angehörigen telefonisch gesagt, dass sie nicht wissen, ob sie es überleben und haben sich vorsorglich von ihnen verabschiedet. Wenn man diese Menschen dann intubiert hat – das waren Situationen, in denen ich schlucken musste. Und dann liegen eine halbe Stunde später die gleichen Menschen vor einem, intubiert, und man kann an den Vitalparametern sehen, wie schlecht es ihnen geht.

**Asmussen-Clausen:** *Wenn man das mehrfach erlebt, fühlt es sich dramatisch an.*



**Rehbaum:** Es ist einfach eine andere Intensität. Die Geschwindigkeit des Wechsels vom Gut-Gehen in einem normalen Leben und dann die Erkrankung.

**Asmussen-Clausen:** *Fühlst du dich nach deiner eigenen Erkrankung an Covid-19 sicherer?*

**Rehbaum:** Es ist nur eine gefühlte Sicherheit, weil man nicht weiß, ob man wirklich längerfristig immun ist. Dort fehlen noch die abschließenden Studien. Es ist etwas beruhigender, wenn ich weiß, dass ich die Krankheit überstanden habe und keine schweren, einschneidenden Symptome hatte. Mir geht es jetzt so wie vor der Erkrankung. Ohne den Abstrich hätte ich gesagt, dass ich einen ganz normalen grippalen Infekt gehabt hätte. Das gibt mir natürlich schon ein etwas besseres Gefühl, vor allem wenn ich immer nur IntensivpatientInnen mit dieser Erkrankung sehe, die alle sterbenskrank sind. Auf der Intensivstation sind fast ausschließlich die PatientInnen, die dramatische Verläufe haben. Das kann mehr Angst machen, als wenn man sieht, dass es auch PatientInnen gibt, die sehr symptomarme Verläufe haben und denen es danach ganz genauso geht wie vorher.

**Asmussen-Clausen:** *Wie waren eure Erfahrungen beim Drehen in die Bauchlage?*

**Rehbaum:** Der Weg in die Bauchlage ist etwas anderes, als wenn die PatientInnen die Bauchlage dann eingenommen haben. Das Drehen in die Bauchlage führen wir zwar regelmäßig, aber sonst nicht so häufig durch. Beim Unterstützen, um in die Seitenlage zu kommen, sind wir deutlich sicherer im Handling. Man merkt das schon manchmal, dass man, wenn





man PatientInnen in die Bauchlage bringen sollte, einen Moment länger nachdenken muss: Wie viel Bewegungsmöglichkeiten haben die PatientIn und ich eigentlich noch? Es macht auch einen großen Unterschied, wie schnell ich das tue und wie viel Ruhe ich in dieser Situation habe, auch wenn es oft akute Situationen sind.

**Asmussen-Clausen:** *Das kann ich gut nachempfinden mit den Bewegungselementen Zeit, Raum und Anstrengung aus dem Kinästhetik-Konzept Interaktion.*

**Rehbaum:** Die PatientInnen sind in der Regel tief sediert und haben kaum bis keine nennenswerte Muskelspannung mehr. Da geht es eher um Bewegungsräume, die ich noch nutzen kann. Wie weit kann ich den Arm zum Beispiel zur Seite nehmen oder überdehne ich dabei den inneren Raum der Schulter? Bei der Drehung besteht die Möglichkeit, die PatientIn ihren eigenen Oberschenkel mit der Handinnenseite festhalten zu lassen. Dann kann sie beim Drehen über die Rückseite des Armes Gewicht abgegeben. Das lässt sich gut mit dem Kinästhetik-Konzept blink-

winkel Vorder- und Rückseiten erklären. Bei der Unterstützung der PatientInnen geht es auch darum, dass sie beim Drehen nicht geschädigt oder unnötig gestresst werden. Aufgrund der Sedierung sind die Rückmeldungen durch die PatientIn schwieriger zu erkennen, aber durch Körperspannung, kleine Bewegungen im Gesicht oder Veränderungen der Vital- und Beatmungsparameter trotzdem wahrnehmbar. Das hilft zu erkennen, ob eine Umlagerung gelungen gestaltet und Kompetenzen der PatientIn berücksichtigt wurden.

**Asmussen-Clausen:** *Das ist eine bedeutende Art der Unterstützung. Wie habt ihr eure Kompetenz im Team verbreiten können?*

**Beckmann:** Wir waren mit drei Kinaesthetics-TraineeInnen auf der Station. Ich denke, wir haben es geschafft, den KollegInnen zu vermitteln, wie man schwerkranke PatientInnen mit Respekt ruhig und routiniert in die Bauchlage bringt. Es gab in den Medien Szenen, in denen man eine Unmenge an Personal sah, um eine Person in die Bauchlage zu



bringen. Die Person wurde in einem Stück angehoben und umgedreht. Man hat auch mal sehen können, dass ein lebenswichtiger Katheter bei dieser Drehung herausgerutscht ist. So etwas ist bei uns niemals passiert. Wir haben die Menschen besonnen und in ruhiger Abfolge bewegt, im Sinne unseres kinästhetischen Konzeptverständnisses, sodass eine Masse der anderen folgen kann und die Zwischenräume genutzt werden. Damit kann man jemanden auch für diesen selbst nachvollziehbar von der Rücken- in die Bauchlage bringen.

Zunächst haben wir sie von der Rücken- in die Seitenlage bewegt. Hier haben wir einen Moment innegehalten, weil man dann zum Beispiel die EKG-Elektroden umkleben und die Tubuslage überprüfen kann. Anschließend kann man in aller Ruhe die PatientIn in Bauchlage bringen. Ich glaube, dass wir das in der ganzen Zeit komplikationslos und sehr ruhig und besonnen machen konnten. Das hat auf die KollegInnen abgefärbt und die Sicherheit in solchen Ausnahmesituationen erhöht.

**Asmussen-Clausen:** *Wie habt ihr die Bauchlage unterstützt?*

**Beckmann:** Auch in der Bauchlage muss der Mensch in Bewegung bleiben. Covid-19-PatientInnen liegen in der Regel 12 bis 16 Stunden flach auf dem Bauch, und das ist schon extrem. Sie liegen auf dem Sternum (Brustbein), die Arme liegen in der Regel nach unten. Wenn man diesen Menschen nicht hilft, ihre Position immer wieder etwas zu verändern, bekommen sie Dekubiti. Gefährdete Stellen sind das Kinn, die Nase und die Stirn. Das andere ist, dass diese Menschen sich selbst nicht wahrnehmen, wenn sie keine Positionsveränderung erfahren. Ich bin überzeugt davon, dass es den PatientInnen dann nicht gut geht. Ich hätte die PatientInnen auch gerne in die sogenannte 135-Grad-Position gebracht, weil man dann die Spielräume der Arme einfacher hätte nutzen können. Wenn der Arm ein kleines bisschen Gewicht vom Brustkorb mit übernehmen darf, verschafft dies dem Brustkorb automatisch mehr Raum. Die Studienlage ist aber zurzeit so, dass die Menschen von der 180-Grad-Lage pulmonal, also die Lunge betreffend, mehr profitieren sollen. Dies zeigten verschiedene Studien zu den 135- und 180-Grad-Lagen. Auch gibt es eine Studie zu «Rotationsbetten», in denen die PatientInnen automatisch von links nach rechts gedreht wurden.

Ich habe immer versucht, die KollegInnen dafür zu sensibilisieren, dass die PatientInnen sich in der Position bewegen und sich – mit unserer Unterstüt-

zung – neu positionieren können.

Es gab auch keine Dekubiti, wenn das so rund um die Uhr eingehalten wurde. Für mich ist es wichtig, dass die Menschen spüren, dass sie noch leben, und da hat Bewegung die essenziellste Bedeutung.

**Asmussen-Clausen:** *Ihr habt das gemacht, was in der aktuellen Situation möglich war, nämlich primär diese Bauchlage, weil die Studienlage das im Moment so als am sinnvollsten ausweist. Aus der Bewegungsperspektive müsste noch geschaut werden, wie auch in Bauchlage eine differenzierte Gewichtsorganisation ermöglicht werden kann. Aber diesbezüglich gibt es bislang nur unsere Erfahrungsperspektive ohne eine entsprechende Studie. Und nichtsdestotrotz ist es wichtig.*

**Beckmann:** Ja, das ist richtig! Was noch erwähnenswert ist und mich auch darin bestärkt hat, die Menschen in der Bauchlage weiter zu bewegen, ist, dass die Covid-19-PatientInnen einen sehr hohen Bedarf an Sedativa hatten. Das heißt, wir hatten große Probleme, die PatientInnen so tief zu sedieren, dass auf Dauer auch eine Position wie die Bauchlage toleriert wird. Mit dem Wissen, dass es eh schon problematisch ist, sie tief schlafen zu lassen, finde ich es umso wichtiger, dass sie dann zumindest merken, dass sie sich mit unserer Hilfe bewegen, positionieren und sich ihrer Umgebung anpassen können. Dazu brauchen sie unseren Kontakt und unsere Bewegungsunterstützung.

**Asmussen-Clausen:** *Vielen Dank für das interessante Gespräch.* ●



**Dennis Rehbaum** ist Kinaesthetics-Trainer und Gesundheits- und Krankenpfleger. Er arbeitet im St. Franziskus Hospital in Münster als freigestellter Trainer und auf der dortigen Intensivstation.



**Udo Beckmann** ist Kinaesthetics-Trainer und Intensivfachpfleger. Er engagiert sich für die Implementierung der Kinästhetik im St. Franziskus-Hospital, Münster, und im Maria-Josef-Hospital, Greven, und für die Schulung von pflegenden Angehörigen mit Kinästhetik.

# LQ



**kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität**

In der Zeitschrift LQ können die LeserInnen am Knowhow teilhaben, das Kinaesthetics-AnwenderInnen und Kinaesthetics-TrainerInnen in zahllosen Projekten und im Praxisalltag gesammelt haben. Ergebnisse aus der Forschung und Entwicklung werden hier in verständlicher Art und Weise zugänglich gemacht. Es wird zusammengeführt. Es wird auseinander dividiert. Unterschiede werden deutlich gemacht. Neu entdeckte Sachverhalte werden dargestellt und beleuchtet. Fragen werden gestellt. Geschichten werden erzählt.

Die LQ leistet einen Beitrag zum gemeinsamen analogen und digitalen Lernen.

Bestellen Sie die Zeitschrift LQ unter [www.verlag-lq.net](http://www.verlag-lq.net) oder per Post

verlag lebensqualität  
nordring 20  
ch-8854 siebnen

verlag@pro-lq.net  
[www.verlag-lq.net](http://www.verlag-lq.net)  
+41 55 450 25 10



Print-Ausgaben plus Zugang zur Online-Plattform



## Bestellung Abonnement LQ – kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

Ich schenke lebensqualität

- mir selbst
- einer anderen Person

Meine Adresse:

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Geschenkabonnement für:

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_