

K3 Körperbildstörung/Neglect

Michael Günnewig

K3.1 Körperbildstörung beobachten – 319
K3.2 Akzeptanz und Wahrnehmung des Körperbildes stimulieren und trainieren – 321
K3.3 Lebenssituation: »Vom Leben gezeichnet« – 322
K3.4 Lähmung – zentral – peripher – myogen – 323
K3.5 Hernien – 327

In Kürze

Körperbildstörung: Eingeschränkte oder fehlende Wahrnehmung in Bezug auf Eigenschaften, Funktionen oder Grenzen des Körpers oder von Körperbereichen oder -teilen*
Neglect: Vernachlässigung von Körperbereichen oder -teilen*

NANDA-Taxonomie
Körperbildstörung NANDA 00118
Neglect, halbseitig NANDA 00123

Kennzeichen
Verbale Hinweise: Äußert Angst vor Ablehnung oder Reaktionen anderer über Veränderung der Lebensweise; Ausrichtung auf frühere Kräfte, Funktion oder Erscheinung; negative Gefühle zum eigenen Körper, Gefühle der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Machtlosigkeit, Sorge um die Veränderung oder den Verlust
Veränderungen im Verhalten: Weigert sich, die tatsächliche Veränderung anzuerkennen; überbetont noch vorhandene Kräfte und Leistung (Grandiosität), personalisiert den Körperteil oder den Verlust durch Namensgebung, depersonalisiert den Körperteil oder den Verlust durch sachliche Fürwörter (z. B. »es«, »das da unten«); erweitert körperliche Grenzen, um Gegenstände der Umgebung einzuverleiben; berührt und betrachtet nicht den Körperteil, verdeckt oder entblößt den Körperteil, Veränderung der Beziehung des Körpers zum Raum (räumliches Orientierungsvermögen)
Veränderungen des Körpers: Fehlender Körperteil, Veränderung in Struktur und/oder Funktion
Seelische Veränderungen: Trauma in Bezug auf den nicht funktionierenden Körperteil, soziale Anteilnahme ist verändert

Dran denken

A3 Angst/Furcht, **B1** Beschäftigungsdefizit, **B2** Bewusstsein gestört, **C1** Copingdefizit (Bewältigungsveränderung), **D2** Durchblutungsstörung/venöse Abflussstörung (arterielle Durchblutung und/oder venöser Abfluss gestört), **E3** Empfinden gestört, **H4** Hoffnungslosigkeit, **I1** Identität gestört, **K2** Kooperationsbereitschaft fehlend (Noncompliance, Therapieverweigerung), **K4** Körperschädigung, Gefahr/Körperschädigung, **K5** Körpertemperatur und Schweißproduktion unausgeglichen, Gefahr/Körpertemperatur und Schweißproduktion unausgeglichen, **L1** Lebensgefahr, **M1** Machtlosigkeit, Gefahr/Machtlosigkeit, **M2** Mobilität körperlich beeinträchtigt, **N1** Nahrungsaufnahme beeinträchtigt, Gefahr/Nahrungsaufnahme, **S1** Schlafstörung, **S2** Schluckstörungen, **S3** Schmerzen akut/chronisch, **S4** Selbstversorgungsdefizit, **S5** Selbstschutz unwirksam, **S6** Selbstwertgefühl gestört, **W1** Wachstum und Entwicklung beeinträchtigt

K3.1 Körperbildstörung beobachten

Arnold Pick beschrieb 1908 erstmals das Körperschema als **Orientierung am eigenen Körper** (Vorstellung vom eigenen Körper als Objekt im Raum). Bedeutet für jemanden mit intaktem Körperschema, dass er weiß, wie weit die einzelnen Körperteile voneinander entfernt sind, welche Lage sein Körper in Bezug zum Boden oder im Verhältnis zur Senkrechten einnimmt und wie sich Bewegungen des Körpers auf umgebende materielle Objekte auswirken (**Propriozeption**). Empfundene Proportion eines Körperteils wird auf Gyros postcentralis abgebildet (»sensorischer Homunculus«), das Ausmaß der motorischen Fähigkeiten eines Körperteils auf dem Gyros praecentralis (◘ Abb. K3.1).

Das Körperschema ist neben dem Körperbild (= Selbstbild, Selbstkonzept) Teil des **Körperkonzepts**. Dieses bildet mit Selbstwertgefühl (= wie Selbstbewusstsein eingeschätzt wird) und Selbstkonzept (= was ein Mensch subjektiv über sich denkt) das **Körperbild**.

Geprägt wird das Körperbild vom Menschen selbst und den Mitmenschen, z. B. durch Vorgaben von Erwachsenen → Sichtweisen und Ansprüche an eigenen und andere menschliche Körper (nach Vollständigkeit, perfekter Funktion oder idealem Aussehen), die nicht für jeden realisierbar sind. Vergleichen mit anderen kann Selbstkonzept verstärken, aber auch schwächen. Oft entsteht Wunschdenken, das z. T. nicht mit der Realität in Einklang zu bringen ist.

Weitere prägende und beeinflussende Faktoren: z. B. Körpergröße, Sexualität, Hautfarbe, Sozialisation, Mode, Kultur, Bildung, Massenmedien etc. Dabei spielen aktuelle und frühere Wahrnehmungen und Einstellungen zu Körperumfang, Leistungsfähigkeit, Funktion, Aussehen eine Rolle (nach Smith 1984). **Körperbildgrenze** ist die Wahrnehmung der Grenze zw. Körper und Umgebung.

Körperbild gekennzeichnet durch:

- **Körperrealität** (»body reality«) – Körper, so wie er ist.
- **Körperideal** (»body ideal«) – Wunschbild, wie eigener Körper aussehen und funktionieren soll.
- **Körperpräsentation** (»body presentation«) – Präsentation des Körpers nach außen: durch Kleidung, Pflege, Sprache, Bewegung, Umgang mit Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl).

▪▪▪ Kriterien der Beobachtung

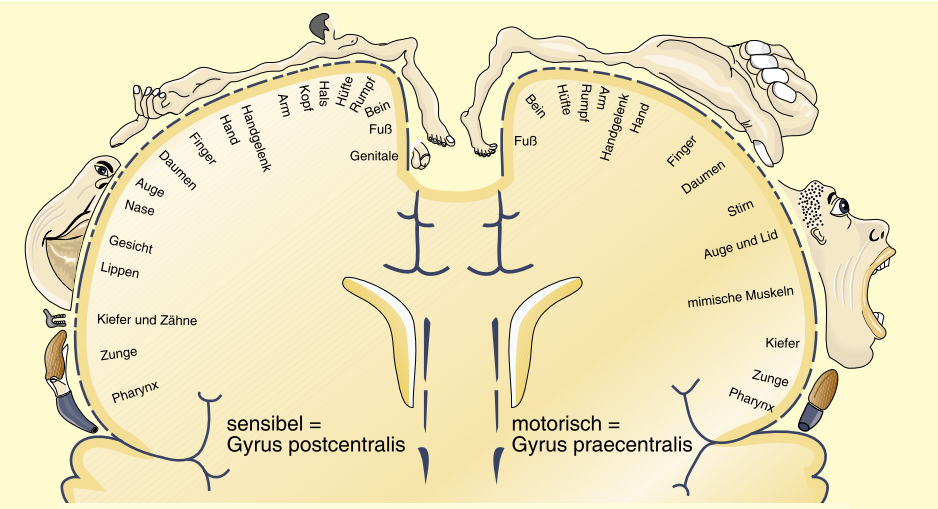
Veränderter menschlicher Körper → **negative Sicht** bzgl. Körperbild bei anderen und beim Betroffenen selbst. **Rückmeldung** von anderen **macht** Menschen auf Andersartigkeit (Körperbildstörung) **aufmerksam**.

Anzeichen und Auswirkungen einer Körperbildstörung

Anzeichen: Sichtbar: Funktionseinschränkungen, Fehlbildungen, Lähmungen, Verbrennungen, Gliedmaßenverlust, Brustverlust nach Mamma-Ablatio. **Unsichtbar:** Veränderte Empfindungen (z. B. Querschnittslähmung → Körper nicht oder nur teilweise spürbar). **Ursachen:** Zentralnervös bedingte Körperschemastörungen durch Schädigung von afferenten Nervenbahnen (z. B. Schlaganfall, Tumoren, Kopfverletzungen, Medikamenten-, Drogeneinfluss), Außenreize ↓ (z. B. längere Immobilität, Weichlagerungssysteme), Amputation von Körperteilen (z. B. Brust).

Beispiele für **unverändert gebliebenes Körperbild: Phantomschmerzen, -glieder.** Empfinden bzgl. Körper → noch nicht an Verlust angepasst. Phantomglied erscheint z. T. äußerst real und bereitet Betroffenen beträchtliche Schmerzen (▶ Kap. S5); Hitze- und Kältegefühl, abnorme Empfindungen und Krämpfe.

Auswirkungen auf Betroffene: Selbstwertgefühl und -sicherheit ↓, soziale Ausgrenzung, verändertes Arbeitsleben, erschwerte Partnersuche → Sexualität kann evtl. nicht mehr ausgelebt werden.



◘ **Abb. K3.1.** Sensorischer und motorischer Homunculus

Störungen des Körperbildes

Neglect: (engl. »to neglect« = vernachlässigen): Nichtwahrnehmen eines Körperteils und/oder Körperseite und des Raums auf betroffener Seite. **Ursachen:** Einseitige Blindheit, eingeschränktes Gesichtsfeld (Hemianopsie), neurologische Krankheiten, Traumata, zerebrale Durchblutungsstörungen. **Folgen:** Passive **Gleichgültigkeit** → Patient lehnt Existenz des betroffenen Körperglieds oder Körperhälfte ab (Gefühl, der Körperteil gehört nicht zu ihm). Reize dieser Seite werden selten oder gar nicht wahrgenommen. Aktive **Vernachlässigung:** nicht anschauen, waschen etc.

Anosognosie: (gr. An = nicht; nosos = Krankheit, gnosis = Erkenntnis) Eigene Krankheit wird nicht erkannt, Bewusstsein für die Krankheit bzw. Behinderung fehlt. Obwohl z. B. ein Teil des Körpers gelähmt ist, glaubt Betroffener, dass er laufen kann → fehlende Integration der betroffenen Seite in ganzheitliches Körperbewusstsein (kein Neglect). Häufig bei Personen mit Störung der re. Hemisphäre und Lokalisation des Sprachzentrums in der li. Hemisphäre. **Folgen:** z. B. Krankheit verstört eingestehen oder widerstrebend zugeben; mit unerwarteter Unbekümmertheit reagieren; Lähmung zugeben, aber keine oder nur wenig Besorgnis zeigen; vorhandene Behinderungen hartnäckig abstreiten, dem Arzt Übertreibung bzw. Irrtum vorwerfen, Behinderung zugeben, aber auf lokale Schädigung zurückführen. **Arten:**

- **Asomatognosie** = Betroffener verleugnet eine Extremität.
- **Somatoparaphrenie** = Betroffener denkt, die eigene Extremität gehört einer anderen Person.
- **Anosodiaphorie** = Betroffener bewertet schwere Krankheit als Lappalie.

Autopagnosie: Unvermögen, ein Körperteil zu zeigen oder zu beschreiben. **Ursache:** Schädigung des Scheitellappens in nichtdominanter Hemisphäre → Gegenstände/Personen werden erst nach langer Konzentration erkannt; Einzelteile von Gegenständen/Personen lassen sich merken, aber Gesamtheit der Person oder des Gegenstands wird nicht zusammen gebracht. Unvermögen, auf einzelne Körperteile oder -partien zu zeigen → evtl. Hinweis auf gestörte Wahrnehmung der Körpergrenzen.

Schwindel und Körperbildverzerrungen: Zusammenspiel und Koordination von Nervenimpulsen (aus Innenohr, Augen, Hals, Muskeln und Gelenken in Gliedmaßen) im Gehirn hält Gleichgewicht aufrecht; bei Störungen → Schwindel. Zusammenspiel von **Sehvermögen**, Gleichgewichtsorgan und Tiefensensibilität → Position im Raum wird erfahrbar. Fällt ein System aus → nur begrenzte Kompensation durch übrige Systeme.

Apraxie: Unfähig, gezielte oder erlernte Handlungen auszuführen. Ankleideapraxie: Kleidungsstücke können z. T. weder entsprechenden Körperteilen noch anderen Kleidungsstücken zugeordnet werden. **Motorische Apraxie:** Unfähig, auf Anweisung best. Bewegungen gezielt auszuführen, obwohl Sinn und Zweck verstanden wird. Einfache Bewegungen automatisch ausführbar, aber komplexer Bewegungsablauf nicht koordinierbar. Ursache: Verlust kinästhetischer Erinnerungsmuster. **Konstruktionale Apraxie:** Unbewusste Schwierigkeiten, 2- oder 3-dimensionale Gegenstände zu zerlegen und wieder zusammenzusetzen.

Akalkulie: Unfähig, auf einzelne Ziffern mehrstelliger Zahlen zu zeigen, Einer, Zehner oder Hunderter darzustellen, Verwechseln der Stellung der Ziffern. In schweren Fällen unfähig, mit Fingern zu rechnen.

Agraphie: Unfähig, spontan ohne Vorlage zu schreiben; möglich: von Vorlage abschreiben, lesen, Gelesenes verstehen. **Ursachen:** Schädigung in der dominanten Hirnhemisphäre, Läsion im Scheitellappen.

Beobachtungstechnik

Ausmaß der Störung erkennen; angeborene und erworbene Einschränkungen differenzieren. Gemeinsam mit Patienten herausarbeiten: Wie hat er sich vor der Körperbildveränderung gesehen? Wie empfindet er jetzt die Einschränkung? Welche Auswirkungen hat sie auf sein Leben? Defizit bestimmt der Patient, indem er Körperempfinden aufschreibt oder Körpergrenzen aufmalt.

PA: Einflussfaktoren, die sich günstig auf Anpassung auswirken berücksichtigen: Jugend, emotionale Reife, gut ausgeprägtes Selbstwertgefühl, Unterstützung durch intakte Familie, höhere Bildung, finanzielle Absicherung, Sicherheit des Arbeitsplatzes.

- Wie empfinden Sie Ihren Körper, sind Sie mit ihm zufrieden und fühlen sich wohl in ihm?
- Haben sich Ihre Empfindungen, bezogen auf den veränderten Körper, gewandelt?
- Wie möchten Sie Ihren Körper anderen gegenüber zeigen?
- Hat sich Ihre Lebensweise geändert, wenn ja, wie?
- Haben Sie Angst vor Ablehnung oder den Reaktionen anderer Menschen?
- Haben Sie eine Veränderung Ihrer früheren Kraft und Ausdauer bemerkt?
- Haben Sie Sorge um die Veränderung oder den Verlust der eigenen Persönlichkeit?
- Haben Sie Probleme, die tatsächliche Veränderung anzuerkennen?
- Können Sie Ihre körperliche Kraft richtig einschätzen?
- Warum verwenden Sie Namen für bestimmte Körperteile?

Selbsteinschätzung des Betroffenen bei unsichtbaren Veränderungen ist schwer zu ermitteln. Gespräch mit Betroffenem und Verhaltensbeobachtung, z. B. Patient versteckt Amputationsstumpf unter Bettdecke.

D/P: Art, Ausmaß und Einschränkungen der Körperbildstörung (Pflegeanamnese), Art der Körperpräsentation und Äußerungen über Erlebnisse des Patienten bzgl. Körperbildstörung (Pflegebericht). **Pflegeziele**: Der Patient

- nimmt Körperbildstörung wahr, akzeptiert und kompensiert sie,
- spricht aus, die körperlichen Veränderungen zu verstehen,
- übernimmt neue Bewältigungsstrategien,
- erkennt und integriert Veränderung in sein Selbstkonzept,
- benutzt Hilfsmittel/Prothesen korrekt.

K3.2 Akzeptanz und Wahrnehmung des Körperbildes stimulieren und trainieren

Körperbild entwickelt sich durch eigene Bewegungen, Berühren und Befühlen von Gegenständen in nächster Nähe, Anfassen von eigenen Körperteilen → durch Methoden unterstützen, die stimulieren, trainieren und schulen: Hat Betroffener eine Methode zur Zufriedenheit gelernt, ihn auf weitere hinweisen und trainieren lassen (Tab. K3.1).

Regeln für den Umgang mit wahrnehmungsgestörten Menschen:

- **Umgebung vereinfachen:** Gegenstände, Lärm, Wahlmöglichkeiten, Umgang mit Personen einschränken → verbessert Konzentration.
- **Gute Beleuchtung**: Gleicht Wahrnehmungsdefizite aus, verhindert Schatten und Verzerrungen; leuchtende Farben einsetzen → Gegenstände leichter erkennbar.
- **Bett mit gesunder Körperseite zur Wand aufstellen:** »Zwingt« Betroffene, sich über betroffene Seite in den Raum hinein zu orientieren und zu bewegen.
- **Patienten als Ganzes betrachten:** Distanz zu gelähmten Gliedmaßen vermeiden.
- **Videogerät einsetzen:** Schwierigkeiten vor Augen führen.
- **Spiegel einsetzen:** Selbstbeobachtung; nicht geeignet für Patienten mit visuellen Wahrnehmungsstörungen oder schwerer Desorientiertheit.

P: Schutz vor Verletzungen und Krankheiten, z. B. gesunde Lebensführung beugt Apoplex vor. **Selbstwertgefühl stärken**: Offen für Andersartiges sein. Sich selbst akzeptieren und mögen. Kinder nicht lehren, perfekt sein zu wollen bzw. zu müssen. Anderen zugestehen, dass sie anders sind bzw. aussehen. Anders Aussehende integrieren, auf sie zugehen, ansprechen.

Tab. K3.1. Methoden zur Stimulation der Körperwahrnehmung

Verfahren	Methode
Projektive Verfahren	Personen zeichnen, Apperzeption (bewusste Erfahrungen)
Fragebögen	Offene oder geschlossene Fragen
Körpersilhouetten	Personen ausmalen lassen; Silhouetten als Elemente vorgeben
Objektive Methoden	Verzerrte Bilder oder Videosequenzen; visuelle Einschätzungen des eigenen oder fremder Körper; Markierungsmethode: kennzeichnen, wo am Körper die Störung gesehen oder empfunden wird

Akzeptanz fördern

Bei **dauerhaften** Veränderungen Patienten unterstützen, in seinem »neuen Körper« Selbstachtung zu entwickeln. Oberste Prämisse: Standpunkt des Patienten, Änderung herbeiführen zu wollen, auch wenn seiner Selbsteinschätzung von anderen widersprochen wird. Widerspruch → u. U. Abwehr oder Rückzug → Betroffener für Ratschläge nicht mehr zugänglich. Körperliche Veränderungen durch geplante **Op.** besprechen und Kompensationstechniken aufzeigen, z. B. trotz Beinprothese Sport treiben.

Stimulationsübungen

Im Gespräch mit Patienten oder Angehörigen herausfinden, was er gern mag, hört, ihn beflügelt, hemmt, aber auch, was er konsequent ablehnt. Über **basale Stimulation** (▶ Kap. B2.2) anregen, sich am Gesundungsprozess zu beteiligen oder veränderten Zustand zu akzeptieren.

Bobath-Konzept rund um die Uhr anwenden

Auch »neurodevelopment treatment« (NDT) oder entwicklungsneurologische Therapie genannt, basiert auf 3 Grundlagen:

- Verloren gegangene Strukturen lassen sich durch sich neu bildende synaptische Verbindungen wiederherstellen → Patienten können physiologische Bewegungsabläufe wieder erlernen.
- **Informationsverarbeitung** im Gehirn: Durch Therapeuten gegebenen Input muss Betroffener entsprechend verarbeiten (»throughput«) → »output« = Ergebnis.
- Haltungs- und Bewegungstonus an best. **Schlüsselpunkten** (▶ Kap. K3.4.2) initiieren → **normaler Muskeltonus** stellt normale Bewegungsabläufe, Sensibilität und Körperempfinden wieder her.

Körpersprache einsetzen

Pflegende spiegeln ggf. eine nicht gewünschte Körperhaltung, die der Patient einnimmt, wider. **Vorsicht:** Eigene Körpersprache zurückhalten, z. B. kein Ekelgefühl beim Umgang mit Ausscheidungen zeigen.

Abwehrstrategien zugestehen

Kann ein Patient best. Sachlage nicht oder nur sehr schwer nachvollziehen (z. B. kommt er Aufforderungen nicht nach) → **Abwehrverhalten** z. T. akzeptieren. Abwehrstrategien abbauen, behutsames Widerspiegeln, Patienten nie vorführen oder lächerlich machen.

Körperliche Veränderungen kaschieren

Je nach Lokalisation der körperlichen Veränderung ist Betroffener bemüht, sie zu **kaschieren** (z. B. Mamma-Amputation → Brustprothese), weil er denkt, die Gesellschaft lehne diesen Makel ab, und er könnte deswegen weniger wert sein. Pflegende zeigen



Abb. K3.2a–c. Gleichgewichtsübungen. **a** Auf der Bettkante. **b** Hemiplegiker beim Gehtraining. **c** Stehtraining mit einem Tetraplegiker (betroffene Körperseite jeweils farb-lich markiert)

Möglichkeiten, geeignete Hilfsmittel, weitere, auch finanzielle Hilfe auf, z. B°. lehren, Narben »wegzuschminken«.

Gleichgewichtsübungen/-training

Bei **Gleichgewichtsstörungen** durch Physiotherapeuten und Pflegepersonal. Sitz auf Bettkante → Patienten üben, Gewicht von einer auf die andere Körperseite zu verlagern. Dabei stützt Pflegender die stärker betroffene Seite (Abb. K3.2a).

Geh- und Stehtraining

Gehtraining, z. B. nach Schlaganfall, u. a. in **Gehschulen** der Physiotherapieabteilung. Beim Gehtraining steht Pflegeperson auf der stärker betroffenen Seite des Patienten und legt eine Hand auf die weniger betroffene Beckenseite. Stärker betroffenen Arm des Patienten nach vorn führen. Beim Gehen versuchen, einen gemeinsamen Schrittrhythmus zu erreichen (außen stehenden Beine und die innen stehenden Beine gleichzeitig abwechselnd mit kleiner Schrittlänge nach vorn bewegen; Abb. K3.2b).

Stehtraining

Stehtraining stabilisiert den Kreislauf, fördert Gleichgewichtssinn und Muskelaufbau; ist u. a. notwendig, um Tetraplegiker auf Rollstuhlfahren vorzubereiten (▶ Kap. D3, Abb. K3.2c).

Positives Feedback geben

Tipps über konkrete Strategien zur Neuorientierung, qualifizierte Ratschläge, Lob, Anregung, konstruktive Kritik motivieren und bringen positive Verstärkung. Ständige Kritik, Bevormundungen demotivieren (▶ Kap. K1.2).

A/B: Pflegende müssen wissen, ob sie mit Betroffenem offen reden können oder Sachverhalt behutsam, d. h. in kleinen Schritten, vermitteln (Überforderung vermeiden). **Wahrheit** sagen ist wichtig, besonders in Übereinstimmung von gesprochenem Wort und Körpersprache! Patienten und Angehörige → sehr empfindsame Antenne für Unstimmigkeit. Ist das Vertrauen erst verspielt, können Pflegende diesen Verlust oft nicht mehr mit Fachwissen kompensieren. Mit Angehörigen, bes. **Eltern**, praktische Techniken einüben. Beim Nachahmen von best. Pflegesituationen können Eltern sofort vor Ort Rückmeldung erhalten. Bei **Langzeitpflegebedürftigen** pflegenden Angehörigen vermitteln, wie wichtig es für sie selbst ist, Grenzen einzuhalten und Übungen mit Pflegebedürftigem konsequent auszuführen. **Information** über medizinisch-technische Möglichkeiten, Kontakte zu **Selbsthilfegruppen** herstellen.

K3.3 Lebenssituation: »Vom Leben gezeichnet«

K3.3.1 Entstellt – Gliedmaßenverlust und Verbrennung

»Entstellt« oder »verunstaltet« bedeutet, dass etwas mit dem gesellschaftlichen Empfinden für Schönheit nicht übereinstimmt, unansehnlich ist. Sichtbare Entstellungen sind für Betroffene bes. schwer zu verarbeiten → evtl. seelische Probleme. **Ursachen:** Angeborene Missbildungen oder erworbene Entstellungen, z. B. Zungen- oder Nasenkarzinom, Verbrennungen (▶ Kap. K5.4), Verätzungen, Lepra. Jeder Mensch nimmt solche Ereignisse anders auf.

Beobachtungen/Krankheitssignale

Patienten vermeiden, die betroffene Körperregion anzusehen, z. B. drehen den Kopf weg, sehen sich im Spiegel nicht an, sprechen nicht über den Vorfall, sind still und zurückhaltend → z. T. komplette Ablehnung bzw. Ignoranz best. Körperteile. Trauer, depressive Stimmung, Gefühl der Nutzlosigkeit, Rückzug, Lustlosigkeit, Gleichgültigkeit. Teilweise entfremden sich Freunde und Angehörige vom Patienten → Isolation ist für Betroffene oft schwerer zu verarbeiten als der Funktionsverlust von Körperteilen.

Therapeutisches Konzept

Plastische Chirurgie zur Rekonstruktion von Körperbereichen, z. B. körpereigenes Gewebe **transplantieren** oder sog. **Implantate** (z. B. aus Kunststoff). Gliedmaßenverluste durch Prothesen kompensieren. Betroffener muss nicht nur lernen, mit der Prothese umzugehen, sondern sie auch annehmen und ins Körperbild integrieren (▶ Kap. K4.2). Situation aufarbeiten, Unterstützung in Gesprächen durch alle Therapeuten aus Medizin, Pflege, Physiotherapie, Psychologie.

PM: Pflegende kennen Patienten am besten, weil sie ihn 24 h betreuen; bemerken Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit, Unsicherheit am ehesten → gegensteuern. Auch Angehörige benötigen Rat und Zuspruch, u. a. wie sie dem Patienten möglichst normal begegnen, ihm nicht überzogenes Mitgefühl entgegenbringen → wirkt wenig motivierend, führt eher zu Selbstmitleid.

Ziele: Entstellte Körperbereiche kaschieren, wenn Patient es wünscht; Selbstwertgefühl stärken (äußeres Erscheinungsbild ist nicht alles!). **Selbstbewusstseins stärken** und **Integration fördern** durch: Gesprächstherapie mit Krisen-/Konfliktmanagement, z. B. bei Beziehungsproblemen, Bezugspersonen involvieren; Bewältigungsarbeit in Alltagssituationen, z. B. Autofahren lernen mit Beinprothese; Training und Ausbau vorhandener Ressourcen, z. B. Hobbys; Maßnahmen, die Selbstwertgefühl verbessern können, z. B. bei Frauen tägl. Schminken, modische Kleidung, bei Männern gepflegtes Äußeres; neue sportliche Aktivitäten ausprobieren.

A/B: Kränkungen (z. B. gehänselt, gemieden, ausgeschlossen werden) sind nicht einfach zu bewältigen → starkes **Selbstbewusstsein**, gewisse Portion **Selbstironie** und **offensiver Umgang** mit der Einschränkung erleichtern Kontakt zu anderen Menschen. Diese Fähigkeiten gezielt trainieren und einüben. **Bes. Leistungen** können Eindruck machen und dadurch die Wichtigkeit des äußeren Erscheinungsbildes für Betroffen selbst und für andere in den Hintergrund rücken, z. B. sportliche Leistungen bei Kindern.

K3.4 Lähmung – zentral – peripher – myogen

Parese: inkomplette Lähmung. **Paralysis:** komplette Lähmung. Lähmung → aktiver Bewegungsumfang, Kraftentfaltung und/oder Sensibilität eingeschränkt bzw. völlig ausgefallen, meist auch Körperbildstörungen. **Ursache:** motorische, sensible, zentrale oder periphere Lähmung (Tab. K3.2); Pseudolähmung vorgetäuscht (durch psychogene Erkrankungen, z. B. Neurosen), myogene Lähmung (Erkrankung der Skelettmuskulatur, z. B. bei nicht intakter Erregungsübertragung). **Lokalisation** unterscheiden: Mono- (▶ Kap. K3.4.1), Hemi- (▶ Kap. K3.4.2), Para-, Tetraplegie (▶ Kap. D3).

K3.4.1 Monoplegie

Lähmung einer Extremität, z. B. Armplexuslähmung (Wirbelsäulenregionen C5–Th1), **Ursache:** Verletzung der Schulter, Motorradunfall, Klavikulafraktur oder falsche Op.-Positionierung. Druck auf diesen Körperteil versorgendes Nervengeflecht → reversible Lähmung (über min, h, d oder bleibend). Psychogen verursachte Lähmungen können u. U. über Mo. andauern, bis sie verschwinden.

Beobachtungen/Krankheitssignale

Kribbeln, pelziges Gefühl in betroffener Extremität. Leichte Sensibilitätsstörung bei Plexuslähmung mit herunterhängendem schlaffem Arm mit nach hinten zeigender Handfläche.

Therapeutisches Konzept

P: Länger andauernde Positionen, die zu Nervenabklemmungen führen können, vermeiden, z. B. langes Hocken/Knien.

D: Neurologische Untersuchung, ggf. Elektromyographie (Aussagen über beteiligte Muskeln und Impulsübertragungsstörungen).

KT: Physikalische Maßnahmen, Bewegungsübungen → Reinnervation. Muskelaufbautraining bei länger bestehenden Lähmungserscheinungen. Ersatzbewegungen durch Training erhaltener Nerven und Muskeln erlernen.

OT: Neurochirurgische Durchtrennung der Nerven, direktes Zusammennähen der Nervenbündel oder Verbindung durch Interponat.

PM: Gezielte Kontraktur-/Arthroseprophylaxe der gelähmten Muskeln und inaktiven Gelenke. Gelenke mehrmals tägl. bewegen und physiologisch positionieren (▶ Kap. M2).

A/B: Anleiten bei Bewegungsübungen, selbstständige Ausführung anstreben → verhindert Bewegungseinschränkungen. Bei kompletter Lähmung mit Sensibilitätsverlust anleiten, betroffene Extremität immer im Blickfeld zu haben und physiologisch zu positionieren. Gelähmter Arm kann zeitweise in Armschlinge getragen werden → verhindert unkontrolliertes »Herunterbau-

Tab. K3.2. Zentrale und periphere Lähmungen unterscheiden

	Zentrale Lähmung	Periphere Lähmung
Art der Schädigung	– Unterbrechung der Erregungsleitung zw. 1. motorischem Neuron und Vorderhörnern des Rückenmarks	– Unterbrechung der Erregungsleitung zw. 2. motorischem Neuron und dem Muskel
Symptome	– Muskeltonus ↑ bis zur Spastik – Keine Muskelatrophie – Eigenreflexe der Muskeln ↑ – Pathologische Reflexe auslösbar	– Muskeltonus ↓ (schlaff) – Muskelatrophie – Eigenreflexe der Muskeln ↓ oder nicht vorhanden – Keine pathologischen Reflexe

meln«. Betroffene Extremität aufgrund des Sensibilitätsverlusts vor extremer Kälte und Hitze schützten!

K3.4.2 Hemiplegie/Apoplexie (Apoplexia cerebri)

Lähmung einer Körperhälfte durch Schlaganfall. **Ursachen:** Kopfverletzung, Kopf-Op., Gehirnblutung, Tumor → zerstören durch Druck oder Infiltration gesunde Zellen und Funktion des umgebenden Gewebes; oder Durchblutungsstörungen (zerebrale Embolien kardialen Ursprungs, intrazerebrale Massenblutung, Vasospasmus nach Subarachnoidalblutung [SAB] oder Hypoxie).

Hirninfarkt (arteriosklerotischer oder thrombotischer Verschluss von Hirnarterien oder hirnversorgender A. carotis) → Minderdurchblutung → mangelnde O_2- und Nährstoffversorgung der Gehirnzellen → Hirngewebe wird nekrotisch und stirbt ab → stoffwechselbedingte Abbauprodukte können nicht mehr abtransportiert werden → weitere Schäden. Verstopfung eines Blutgefäßes in einer Gehirnhälfte → Teilhirnausfall → Lähmung der gegenüberliegenden Körperseite.

Beobachtungen/Krankheitssignale

Vorboten des Apoplex: transitorische ischämische Attacke (TIA) → Rückbildung neurologischer Ausfälle nach min bis maximal 24 h; **prolongiertes neurologisches Defizit** (PRIND) → Rückbildung neurologischer Ausfälle nach >24 h; **progressive Strokes** (PS) → neurologische Ausfälle mit zunehmender Symptomatik, teilweise reversibel. **Wichtig** bei TIA und PRIND: Vollständige Rückbildung der neurologischen Ausfälle (meist Seh-/Sensibilitätsstörungen, Lähmungen).

Vollbild des Apoplex: Bewusstseinseinschränkung oder **Bewusstlosigkeit**. Bei Verschluss der A. cerebri media oder A. carotis interna → **Hemiplegie** bzw. Hemiparese re. oder li. mit motorischen und sensorischen Ausfällen (Abb. K3.3). **Sensibilitätsstörung** der betroffenen Extremitäten, z. B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühl, herabgesetzte Körpertemperatur.



Abb. K3.3. Linksseitige Hemiparese nach Apoplex

Neglect: ▶ Kap. K3.1. **Schluckstörungen:** unterschiedlicher Ausprägung bis zum Verlust des Schluckreflexes (▶ Kap. S2), oft mit **Fazialislähmung** kombiniert → Mundschluss nicht mehr möglich, Speichel fließt aus Mundwinkel. Verschiedene **Aphasien** (▶ Kap. K1.4). **Fehlender Kornealreflex** auf betroffener Seite → Auge kann nicht mehr geschlossen werden, droht auszutrocknen. **Hemianopsie:** Gesichtsfeldausfälle, meist halbseitig (homonym). **Anosognosie:** ▶ Kap. K3.1. **Stimmungsschwankungen** (dürfen nicht persönlich genommen werden!). **Störung der räumlichen Orientierung. Apraxie:** Unfähigkeit, erlernte zweckmäßige Bewegungen oder Handlungen, trotz vorhandener Wahrnehmung und Bewegungsfähigkeit, auszuführen. **Stuhl- und/oder Urininkontinenz:** bei Verschluss der A. cerebri anterior.

Therapeutisches Konzept

P: Risikofaktoren wie Arteriosklerose (▶ Kap. H3.3), arterielle Hypertonie oder Nikotinabusus frühzeitig erkennen und therapieren. Herzrhythmusstörungen und Hypertonie medikamentös therapieren → verhindert Thrombenbildungen, hält Blutdruckwerte überwiegend im Normbereich. Erneuter Schlaganfall meist durch Azetylsalizylsäure (Aspirin, 100–300 mg/d) zu verhindern.

SM: TIA, PRIND, PS → sofortige Krankenhauseinweisung. Sofortiges Handeln ist lebenswichtig → ggf. Fibrinolysetherapie und Intensivbetreuung auf »**Stroke-Unit**«. Akutmaßnahmen:

- Betroffenen sichern, je nach Situation Bettgitter verwenden; dazu Einverständnis bei Betroffenem oder Angehörigen einholen.
- Atmung, Vitalzeichen, BZ (Ausschluss bzw. Ausgleich von Hypoglykämie) überwachen.
- Patienten mit leicht erhöhtem Oberkörper positionieren (30°), O_2-Gabe, Arzt informieren.
- Venösen Zugang legen; Infusionstherapie überwachen, Blut entnehmen: BB, BSG, BZ, Kreatinin, Elektrolyte, Blutgerinnung.
- Bluthochdruck (systolisch >220 mm Hg) vorsichtig senken, z. B. mit Nifedipin (Kaps. einstechen und aussaugen lassen oder in den Mund tröpfeln).
- Diagnostische Maßnahmen (EKG, CCT) sofort organisieren, ggf. danach Fibrinolysetherapie.

D: Anamnese, neurologische Untersuchung (Angehörige nach Dauer der Bewusstlosigkeit fragen), CT, MRT, Doppler-, Duplexsonographie (Gefäßstatus, z. B. Stenosen, Verschlüsse), EKG, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Angiographie.

MT: Ziel: Funktion möglichst vieler Nervenzellen in der Umgebung des abgestorbenen Gewebes erhalten bzw. wiederherstellen. Therapieschwerpunkte: O_2-Gabe, bei Atemstörungen evtl. Intubation, Blutdruck medikamentös in Normbereich bringen, Wasser- und Elektrolythaushalt und Ernährung sicherstellen, Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen therapieren (▶ Kap. H3), ggf. Fieber →, ggf. Antiepileptikagabe, durch Hirnödem entstandenen Hirndruck ↓.

KT: Regelmäßig **Physio- und Ergotherapie, Logopädie**. Übungen mehrmals tägl. (Pflegende, Angehörige, Patient selbst) → Konsequenz und Regelmäßigkeit der Übungen ausschlaggebend für Erfolg.

PM: Bobath-Konzept (Neurodevelopment Treatment, NDT) umsetzen

Ziel: physiologische Haltungs- und Bewegungsabläufe anstreben → Nervenverbindungen lassen sich fördern bzw. wiederherstellen. Je höher Umweltreize, desto mehr Verbindungen sind möglich; Muskeleinsatz bei Bewegungen fördert gegenseitigen Stoffaustausch und stimuliert Nervenverbindungen.

Rückgang des Hirnödems verbessert Informationsübertragung durch Wiederherstellen von synaptischen Verbindungen; ↑ Ausschüttung von Neurotransmittern → synaptische Anpassungen. Prozess lässt sich durch **stressfreie** Umgebung und intaktes soziales Umfeld fördern. Negative Reize, z. B. keine Akzeptanz der Erkrankung oder Bewegungsarmut → Degeneration synaptischer Verbindungen im Gehirn zugunsten der Versorgung anderer Körperbereiche.

Sensorische Reize über alle Sinnesorgane, Gelenke, Muskeln werden über afferente Bahnen zum ZNS geleitet → löst Impuls für **motorische Reaktion** aus; Weiterleitung über efferente Bahnen zur Muskulatur. Adäquater **Muskeltonus** für Bewegungsablauf erforderlich: Geringer Tonus → zu viel Bewegung; hoher Tonus → zu viel Starre! Angst, Hektik, Unsicherheit, neue unbekannte Umgebung, ständig wechselnde Bezugspersonen und Stress → Muskeltonus ↑. Wohlbefinden, Entspannung, Wärme, Bekanntes/Vertrautes, beruhigende Stimme → Muskeltonus ↓.

Bei Bewegungsausführung Wirkung der **Schwerkraft** berücksichtigen, z. B. beim Waschen und Zähneputzen Betroffenen in Position bringen, die Bewegung für diese Tätigkeiten zulässt. Dabei Größe der **Unterstützungsfläche**, d. h. Bereiche, zu denen der Körper Kontakt hat, entscheidend: Große Unterstützungsfläche → geringer Muskeltonus und vice versa (Hocker ↑, Stuhl mit Rücken- und Armlehnen ↓)!

Schlüsselpunkte (engl. »key points of control«) beim Bobath-Konzept (Abb. K3.4) → hier vermehrt Propriozeptoren, über die Haltung und Bewegung angebahnt werden können. Lage der Schlüsselpunkte zueinander und ihr Verhältnis zur Unterstützungsfläche beeinflussen Muskeltonus und Bewegung → sog. **Postural-Set** (engl. »posture« = Haltung). Bei Bewegungen ändern sich die Postural-Sets ständig.

Arbeitsprinzipien ▶ **Kinästhetische Prinzipien** und Konzept der **basalen Stimulation** mit berücksichtigen. Umsetzung des Bobath-Konzepts erfolgt jeden Tag kontinuierlich über **24 h** von allen beteiligten Berufsgruppen und Angehörigen.

Stabilisieren vor Mobilisieren, genügend Unterstützungsfläche bieten, Patient soll sich wohl fühlen, aufmerksam sein, sich räumlich orientieren können und Ziel der Bewegung kennen, Stellung des zentralen Schlüsselpunktes beachten (vor proximalen Schlüsselpunkten → Strecktonus, hinter proximalen Schlüsselpunkten → Beugetonus), für ruhige Umgebung sorgen, eindeutig und exakt informieren, wenig Input geben.

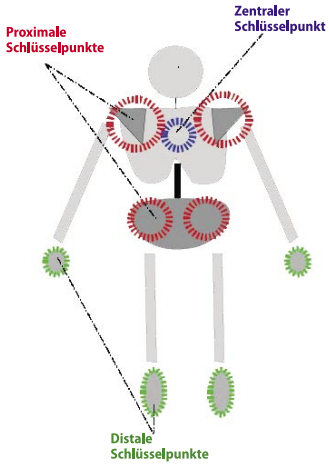


Abb. K3.4. Schlüsselpunkte beim Bobath-Konzept

Motivieren und Ermutigen

Hirngeschädigte können sich nicht lang konzentrieren, lassen sich leichter ablenken, verarbeiten Informationen im Gehirn nur verlangsamt, benötigen ständige Ansprache und Ermutigung → konsequente positive Unterstützung bieten, Informationen portioniert und wiederholt anbieten. **Achtung:** Bei Reizüberflutung → Unruhe.

Positionieren

Bei jedem Handling zuerst stabilisieren, dann mobilisieren.

Möglichst an der stärker betroffenen Seite stehen und prüfen: Welche Körperteile werden stabilisiert, welche mobilisiert? Wie stehen Schlüsselpunkte zueinander? Wie und wo ist Veränderung der unterstützenden Fläche sinnvoll?

Im Bett bewegen: Umgekehrte V-Lage (Abb. A6.5), damit zentraler Schlüsselpunkt tiefer liegt als der Schultergürtel. Ein kleines Kissen unterstützt zusätzlich den Kopf → kann so leichter angehoben werden. Beine aufstellen, Füße stehen hüftbreit auseinander. Nach Anheben des Beckens durch Handimpuls der Pflegenden kann Betroffener das **Becken** hin- und herbewegen oder wird passiv bewegt. **Oberkörper** bewegen: Beine aufstellen, Schultergürtel mit beiden Händen fassen. Auf die Seite **drehen:** Beine anwinkeln, den stärker betroffenen Arm mitführen.

An der Bettkante aufsetzen: Anfangsphase: Leichtesten Weg wählen über stärker betroffene oder weniger betroffene Seite (Abb. K3.5a). Bei Betroffenen ohne Rumpfstabilität zu zweit arbeiten, evtl. Schuhe schon im Bett anziehen. Beim Aufsetzen **über die stärker betroffene Seite** mit einer Hand den Fuß, mit der anderen Hand am äußeren Oberschenkel anfassen und Bein aus dem Bett bewegen; anderes Bein bleibt aufgestellt. Am weniger betroffenen Schultergürtel Aufsetzen des Oberkörpers einleiten. Betroffener nimmt das weniger betroffene Bein mit aus dem Bett

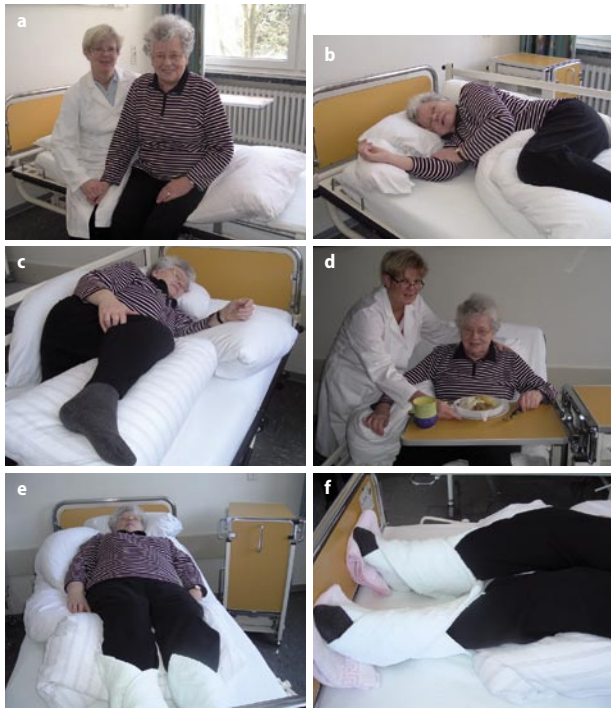


Abb. K3.5a–f. Positionieren im Bett: **a** An der Bettkante aufsetzen. **b** Auf die stärker betroffene Seite positionieren. **c** Auf die weniger betroffene Seite positionieren. **d** Langsitz im Bett. **e** In Rückenlage positionieren. **f** Fußstellung in Rückenlage

und kommt in den Bettkantensitz. Beim **Aufsetzen über die weniger betroffene Seite** darf der stärker betroffene Arm nicht unterstützt werden; evtl. stärker betroffenes Bein mit Kissen unterstützen, damit es stehen bleibt, und beim Aufsetzen das Bein aus dem Bett führen.

Vom Bett in den Stuhl, zur Toilette umsetzen oder umgekehrt: Kann über den Stand erfolgen, wenn Patient sein Gewicht verlagern und Schritte machen kann. Oder: Transfer durch Überschwenken auf eine andere Sitzfläche.

Ins Bett legen: Betroffener setzt sich auf die Bettkante und kommt durch Gewichtsverlagerung nach hinten (»**Schinkengang**«), wobei das Becken asymmetrisch auf der Bettkante positioniert wird. Pflegender setzt sich hinter Betroffenen, fasst mit beiden Händen am unteren Rumpf an. Patient nimmt sein weniger betroffenes Bein ins Bett und stellt es auf. Beim Hinlegen des Patienten verlässt der Pflegende das Bett und bringt unterstützend an Vorfuß und Oberschenkel das Bein ins Bett. Die Unterstützung kann auch von vorn erfolgen.

Sitzen am Tisch: Aktivierende Sitzposition → fördert Armbeweglichkeit. Betroffener soll symmetrisch mit aufgerichtetem Becken sitzen, Füße stehen hüftbreit auseinander, haben Bodenkontakt; Knie in 90°-Stellung. Bei mangelnder Rumpfstabilität → Bauchgurt. Becken mit Badehandtuch in aufrechte Position bringen. Der stärker betroffene Arm liegt auf einem Kissen auf dem Tisch.

Auf der stärker betroffenen Seite positionieren → stärker betroffene Seite stabilisieren. Bett flach stellen und Handtuch bzw. Kissen in den Rücken legen. Bei Strecktonus im stärker betroffenen Bein: Bein nach hinten legen und anwinkeln je nach Beweglichkeit und Beckenstellung. Kissen unter die Taille und vor den Bauch legen. Weniger betroffenes oberes Bein unterstützen bis in die Leiste, dabei ist Knie tiefer als Beckenkamm. Der stärker betroffene Arm ist außenrotiert und mit einem Kissen unterstützt (Abb. K3.5b).

Auf der weniger betroffenen Seite positionieren: Ruhe- bzw. Schlafposition. Vor den Rumpf und dem weniger betroffenen Bein eingerollte Decke legen. Stärker betroffenes Bein auf ein Kissen legen, bis Knie tiefer als Becken. Oben liegenden Arm nicht in Abduktionsstellung lagern, sondern vor dem Oberkörper ohne Unterstützung ablegen; unten liegenden Arm nach Patientenwunsch legen (Abb. K3.5c).

Langsitz im Bett: Kopf des Betroffenen am Ende des Bettes. Beine spreizen und in den Kniekehlen mit Kissen unterstützen. Patient hebt den Kopf und wird aufgesetzt, Kopfteil hochstellen, eingerollte Decke hinter dem Rücken platzieren. Unter stärker betroffenen Arm Kissen zur Unterstützung legen, li. Trochanter major mit Handtuch, Fußsohlen mit Kissen unterstützen (Abb. K3.5d).

In Rückenlage positionieren: Rücken liegt auf, kein Hohlkreuz. Kopf genügend unterstützen, damit Betroffener ihn anheben kann. Kissen unter dem Rücken in umgekehrter V-Form anordnen. Unter stärker betroffene Hüfte Kissen legen → verhindert Außenrotation des Beins. Stärker betroffenen Arm unter dem Ellbogen unterstützen. Handtuch jeweils überkreuzt um die Füße wickeln, damit sie nicht zur Seite wegkippen. Zur Unterstützung Kissen an die Fußsohlen legen, ohne Druck auf die Füße auszuüben (Abb. K3.5e, f).

Essen und Trinken unterstützen

Berücksichtigen: Schluckstörungen (▶ Kap. S2), fehlenden Mundschluss, schlaffe Wangenmuskulatur. Nahrung zerkleinern → nur ein funktionsfähiger Arm! Beim Essen: Betroffene Wangenseite von außen mit der Hand unterstützen, damit die Bissen in die Mundhöhle gelangen. Ggf. Wangentasche nach dem Essen inspizieren → Nahrungsreste entfernen. Bei Schluckstörungen: Getränke in kleinen Schlucken bzw. angedickt anbieten.

Körper- und Mundpflege vornehmen

Normale Bewegungsabläufe initiieren und einüben unter aktiver Patientenmitarbeit. Bei stabilem Rumpf: Betroffenen ans Waschbecken setzen und z. B. seine Hände waschen, mit der weniger betroffenen Seite Brust und Arme waschen, kämmen, rasieren. Notwendige Bewegungen mit gelähmtem Arm durch Führen des Arms unterstützen. Unterstützung auch beim Stand vor dem Waschbecken anbieten. Bei geringer Rumpfstabilität: Körperpflege im Bett im Langsitz.

Insidertipp Bei der Körperpflege in Rückenlage ohne Kopfhaltung zu zweit arbeiten! Körperpflege als große Stimulation für Muskeln und Nerven einsetzen, um über das größte Organ – Haut – Reize zu setzen. **Orientierendes Waschen:** z. B. Massagewaschlappen, raues Handtuch, kühles und/oder warmes Wasser benutzen, Waschung mit spürbar festem Druck ausüben.

Mundpflege (▶ Kap. M4.2): Vorsichtig vorgehen, möglichst in sitzender Position, damit sich der Patient nicht verschluckt (Schluckstörung, fehlender Mundschluss). Angehörige darüber informieren.

An- und Ausziehen trainieren
Anziehen erfolgt stets zuerst auf der stärker betroffen Seite, Ausziehen auf der weniger betroffenen. Hilfreich: hinsetzen, z. B. beim Sockenanziehen Beine übereinander schlagen → Fuß kommt auf dem Oberschenkel zu liegen. Schuhe: Klettverschlüsse erwägen.

Ausscheidungen unterstützen
Akutphase: Urinausscheidung und ggf. Einfuhr überwachen bzw. bilanzieren. Aufgrund anfänglicher Immobilität Obstipationsprophylaxe (▶ Kap. S12). Körperwahrnehmungsstörungen → Probleme beim Spüren von voller Blase oder vollem Darm. Apraxie → ggf. Probleme beim Auffinden der Patientenklingel oder Toilette. Toilettentraining und Inkontinenzhilfen ▶ Kap. U1.

A/B: Zur Teilnahme an Selbsthilfegruppe ermuntern. Ambulante Versorgung zu Hause → Hilfsmittel verordnen lassen, z. B. Inkontinenzhilfsmittel, Rollstuhl, Toilettensitzerhöhung, Badehilfen. Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen, ggf. ambulanten Pflegedienst hinzuziehen. Behindertensport und Psychotherapie je nach Patientensituation.

R: Erfolge der rehabilitativen Pflege richten sich nach Grad und Ausmaß der Hirnschädigung und nach der Qualität der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team und mit den Angehörigen. Patienten kommen meist schnell in die Rehabilitationsklinik. Bobath-Konzept zur Anbahnung und Etablierung von Bewegungsabläufen → helfen Betroffenem zielgerichtet, Alltagsaktivitäten möglichst selbstständig wieder auszuführen. Hilfsmitteleinsatz und evtl. nötige Hilfestellungen, z. B. durch ambulante Pflegedienste, werden evaluiert und organisiert.

K3.5 Hernien

Austritt von Eingeweiden aus der Bauchhöhle.

K3.5.1 Leisten-, Schenkel-, Nabel- und Narbenhernien

Unterscheiden nach Lokalisation: Leisten-, Schenkel-, Nabel-, Narbenhernien. Eingeweidebruch: sackartige Ausstülpung des parietalen Bauchfells (Bruchsack) durch sog. Bruchpforten (anatomisch präformierte Bauchwandlücken [Schenkel- oder Leistenkanal] oder Bauchwandschwachstellen [durch Narben]) → Eingeweide oder Organanteile treten aus der Bauchhöhle hervor, werden von außen sichtbar. Hernienarten ◘ Tab. K3.3. **Ursache:** Angeboren oder erworben. **Risikofaktoren:** Erhöhter intraabdomineller Druck, z. B. wg. Schwangerschaft, chron. Obstipation, Aszites, Bindegewebeschwäche, Adipositas. **Achtung:** Durch Einklemmung (Inkarzeration) kann lebensbedrohlicher mechanischer Ileus mit Durchblutungsstörungen entstehen → Absterben des Darms.

Beobachtungen/Krankheitssignale
Schmerzlose Schwellung, die beim Husten oder Niesen stärker hervortritt, leichtes Ziehen oder Schmerzen; Verdauungsstörungen.

Inkarzeration des Bruchinhalts → starke akute Schmerzen, nicht reponierbare Bruchvorwölbung, zunehmende Schwellung des Bruchsacks. Einklemmung des Darms → Ileussymptomatik mit Abwehrspannung, Erbrechen, Stuhlverhalten, Fieber, ggf. Schocksymptomatik.

Therapeutisches Konzept
P: Nach Hernien-Op. Rezidive vermeiden: 2–3 Wo. post-op. beim Niesen und Husten mit der Hand auf die Narbe drücken. Schwere körperliche Belastungen erst ca. 12 Wo. post-op.

SM: Inkarzerierte Hernien sofort reponieren, d. h. nach Analgesie durch Druck von außen in Bauchhöhle zurückdrücken oder, wenn unmöglich, op. Reposition.

KT: Selten, z. B. bei sehr alten Patienten in ↓ AZ → Reposition durch stramm um den Bauch über die Bruchpforte geführtes

◘ **Tab. K3.3.** Hernienarten

Hernienart	Beschreibung
Leistenhernie bzw. -bruch (Hernia inguinalis)	Oberhalb des Leistenbands, häufigste Form v. a. bei Männern (ca. 80 %) mit Bruchpforte
Schenkelhernie, sog. Merozele (Hernia femoralis sive cruralis)	Erworben, v. a. bei adipösen und pyknischen Männern (ca. 10% aller Männer)
Nabelhernie bzw. -bruch (Hernia umbilicalis)	Nach starker Beanspruchung der Bauchpresse, z. B. nach starkem Pressen, Schreien oder Husten (ca. 5% aller Erwachsenen)
Narbenhernie bzw. -bruch	Durch Überdehnung einer Narbe; meist im Bereich der vorderen Bauchwand (Hernia ventralis)

Bruchband (v. a. tagsüber), um Heraustreten der Hernie zu vermeiden.

OT: Verschluss der Bruchpforte per Naht.

PM: Op.-Gebiet rasieren. Prä-op. Überwachung (Vitalzeichen, Nachblutungen), möglichst schmerzfreie Positionierung, d. h. in Rückenlage mit etwa 30° erhöhtem Oberkörper. Hodenbänkchen bei Hodenschwellung. Mobilisation am 1. d post-op. ohne Anspannen der Bauchmuskulatur → unterstützen beim En-bloc-Aufstehen (Patient hält beide Hände fest auf Op.-Gebiet). Ruckartige Bewegungen vermeiden.

A/B: Prä-op. Anleitung zum En-bloc-Aufstehen, Aufklärung über post-op. Verhaltensmaßnahmen.

Nachschlagen und Weiterlesen

Collier, McCash, Bartmam (2002) Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Urban & Fischer, München

Dammshäuser B (2005) Bobath-Konzept in der Pflege. Urban & Fischer bei Elsevier, München

NANDA International (2005) Nanda Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005–2006. Huber, Bern

Rosenberg G (2003) Körperschema – Pflegerische Interventionen zur Körperorientierung. Schlüter, Hannover

Salter M (1999) Körperbild und Körperbildstörungen. Huber, Bern

Schmidt RF, Lang F, Thews G (2005) Physiologie des Menschen. Springer, Berlin Heidelberg New York

Stefan H, Allmer F, Eberl J (2003) Praxis der Pflegediagnosen. Springer, Wien New York

Thomé U (2003) Neurochirurgische und neurologische Pflege. Springer, Berlin Heidelberg New York