

Inhaltsverzeichnis

Seite 3-4	Schlaganfall Symptome
Seite 5-6	Wahrnehmungsstörungen
Seite 6-7	„Führen“ bei Therapiemaßnahmen
Seite 7	Zimmergestaltung
Seite 8	Änderungen im Bobath-Konzept
Seite 9	Bewegen
Seite 10	Allgemeine Lagerungshinweise
Seite 11-12	Lagerung auf der mehr betroffenen Seite
Seite 13	Seitenlage auf der weniger betroffenen Seite
Seite 14	Rückenlage
Seite 15-26	Bewegen im Bett
Seite 27-35	Transfer
Seite 36-37	Sitzen
Seite 37-39	Hand-Schultersyndrom
Seite 40	Hüfte
Seite 41	Armhandling bei Subluxation
Seite 42	Gehen mit dem Patienten
Seite 43-45	Grundsätzliches zum Waschen am Waschbecken
Seite 45-46	Grundsätzliches zum An- und Auskleiden
Seite 47-49	Essen und Trinken
Seite 50	Pushersyndrom
Seite 51	Aphasie
Seite 52	Neglect
Seite 53	Apraxie, Ataxie

Apoplexeinteilung

Apoplex ist eine veraltete Bezeichnung, richtig ist „Hirnsult“

- **TIA** = transitorisch - ischämische **Attacke** bildet sich innerhalb von 24 Stunden vollständig zurück.
- **PRIND** = prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit. Symptome sind mindestens 24 Stunden nachweisbar, bilden sich innerhalb einer Woche zurück.
- **Progressiv Stroke** = fortschreitender Infarkt. Beginnt mit minimalen ständig zunehmenden Symptomen die sich nicht zurückbilden.
- **Kompletter Schlaganfall** = leichte bis ausgeprägte Symptome, evtl. Tod.

Symptome

Symptome können einzeln oder in Kombination auftreten.

- **Hemiplegie: Vollständige** Halbseitenlähmung, entwickelt sich im Verlauf von Tagen o. Wochen meist zu einer Hemiparese.
- **Hemiparese: Unvollständige** Halbseitenlähmung. betroffen sind nur einzelne Muskelgruppen, häufig nur Arm oder Bein.
- **Sensibilitätsstörungen:** Kribbeln, Taubheitsgefühl, gestörtes Temperaturempfinden
- **Vegetative Störungen:** Unregelmäßigkeiten von Blutdruck, Puls oder Atmung
- **Sehstörungen**
- **Sprachstörungen, Schluckstörungen**
- **Lymphstau** in den betroffenen Extremitäten
- **Kognitive Störungen**
- **Verhaltensstörungen**
- **Störungen der Aufmerksamkeit u. Reaktionsfähigkeit**
- **Fazialisparese:** Lähmung des Nervus facialis
- **Störungen der Kontinenz**
- **Apraxie:** Störung des Handelns und von Bewegungsabläufen bei erhaltener Wahrnehmung u. Bewegungsfähigkeit
- **Aphasie:** Sprachstörung bei intaktem Gehör und Sprachapparat
- **Neglectsyndrom:** Vernachlässigen der paretischen Körperseite
Wird unterteilt in:
 1. **Visueller Neglect:** Nimmt optische Reize von der betroffenen Seite nicht wahr.
 2. **Akustischer Neglect:** nimmt akustische Reize z. B. das Ansprechen nicht wahr.
 3. **Somatosensorischer Neglect:** Fühlt Reize auf der betroffenen Seite nicht o. nur unvollständig.
 4. **Motorischer Neglect:** Bewegt von sich aus seine Extremitäten nicht, auch wenn willkürliche Bewegung damit möglich wären.

Beispiel

Patient im Rollstuhl fährt gegen Hindernis, kommt nicht weiter,
Ther. kommt und befreit ihn **oder** sagt ihm was er tun muss,
Pat. hat gelernt wenn er nicht weiterkommt benötigt er Hilfe,
beim nächsten Hindernis ruft er nach Hilfe.

Lösung

Therapeut nimmt Hand des Pat. und „führt“ sie zum Rad des Rollstuhls,
dreht mit der „geführten“ Hand das Rad.
Pat. lernt durch **fühlen**,
das Gehirn speichert den normalen Bewegungsablauf,
der Pat. hat gelernt, das Problem zu lösen.

Natürlich muss dieser Ablauf sehr oft wiederholt werden und häufig ist die Rehabilitation langwierig und mühsam.
Dies Prinzip des „Führens“ gilt für alle Bereiche wie Kleidung, Waschen, Essen usw.

Beim Waschen, Ankleiden usw. sollten großräumige, geführte Bewegungsabläufe erst durchgeführt werden, wenn wieder etwas Tonus im Arm/Hand vorhanden ist.

Gestaltung des Zimmers

wird heute nicht mehr so starr gehandhabt, besser individuell gestalten.

Aufgrund der Schädigung im Gehirn ist der Kopf des Pat. von der stärker betroffenen Seite abgewandt.

Der Pat. neigt dazu alles auf der stärker betroffenen Seite zu ignorieren.
Intensive Stimulationen sind deshalb notwendig um einer sensorischen Verarmung entgegenzuwirken.

Deshalb muss das Zimmer so gestaltet sein, dass die stärker betroffene Seite soviel Stimulation / Reize wie möglich erhält, d.h. das Bett so stellen, dass die stärker betroffene Seite zur Zimmermitte zeigt.

Alle Aktivitäten von der stärker betroffene Seite ausführen, auch Besucher setzen o. stellen sich auf diese Seite u. können evtl. auch die hemipl. Hand halten (zusätzliche Stimulation).

Nachttisch u. evtl. Fernseher sollen auch neben der stärker betroffenen Seite stehen, so wird der Pat. ständig dazu ermuntert den Kopf auf die stärker betroffene Seite zu drehen.

Auch der Transfer vom Bett in einen Stuhl u. umgekehrt wird über die stärker betroffene Seite durchgeführt, evtl. auch über die weniger betroffene

Die Gestaltung des Zimmers soll kein starres Konzept sein, sondern kann auch individuell gehandhabt werden.

Reagiert der Betroffene mit Stress, wenn er von der stärker betroffenen Seite angesprochen oder gepflegt wird, so sollte er von der weniger betroffenen Seite versorgt werden.

Immer die individuelle Problematik des Patienten beachten!

Bewegen

Bei Pat. mit einer Hirnschädigung sind die Nervenbahnen u. Muskeln außerhalb des Gehirns zwar noch intakt, sie können aber nicht mehr auf gespeicherte Informationen zugreifen.

Um die alte Bewegungsfähigkeit wiederzuerlangen, müssen Bewegungen der mehr betroffenen Seite bewusst neu eingeübt werden (das Gehirn lernt, solange es lebt). Durch diese **passiven** Bewegungen werden neue Nervenverbindungen angeregt bzw. geknüpft.

Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Bewegungen dem „normalen“ Bewegungsmuster gleichen z.B. beim Aufstellen des Beines geht die Bewegung über den Fuß → Fußgelenk → Kniegelenk → zum Hüftgelenk. Wenn irgend möglich sollte der Pat. sein Bein aktiv aufstellen bzw. dabei mithelfen bzw. seine Bewegung selbst initiieren.

Durch die ständige Wiederholung der Bewegungsabläufe u. Bewegungserfahrungen werden neue Verbindungen zum Gehirn gebildet und der Pat. kann sein Bein später selbstständig aufstellen.

Entspricht der Ablauf der Bewegung nicht dem „normalen“ Bewegungsmuster, können sogar Fehlleistungen (sogenannte spastische Muster) eingeübt/gelernt werden.
Vereinfachte Darstellung.

Heute achtet man bei einem Pat. sehr genau darauf, ob er auf eine bestimmte Handlung / Bewegung positiv oder negativ reagiert und mit welcher Maßnahme er am besten gefördert werden kann.

Der Schwerpunkt im Umgang mit den Pat. liegt heute auf Bewegungsanbahnung und Bewegungserleichterung, Fördern normaler Bewegung und dem Vermeiden von Stress.

Das Prinzip der normalen Bewegung und die Individualität des Pat. steht heute an erster Stelle.

Der Pat. muss z.B. bei der Lagerung so positioniert werden, dass er sich ohne große Anstrengung selbst bewegen kann (Kopf heben, leichte Positionsveränderungen usw.).

Es gibt keine starren Vorgaben mehr wie ein Pat. gelagert o. gehandelt werden muss.

Seitenlage auf der mehr betroffenen Seite

Wenn ein Patient unter Hüft- oder Schulterschmerzen leidet, kann er darauf nicht liegen. Die Lagerung muss dann so angepasst werden, dass der er bequem und schmerzfrei liegt.

Der unten liegenden Seite mit hypotoner (schlaffer) Muskulatur muss genügend Gegenhalt geboten werden.

Bett flach stellen.

Den Pat. so weit an das Bettgitter bringen, dass dazwischen noch ein Kissen passt und der Pat. sich leicht anlehnen kann.

Beine in leichter Schrittstellung (geht das mehr betroffene Bein in den Strecktonus, wenn es nach hinten gebracht wird, sollte es angewinkelt gelassen werden,) das Bein **nicht** mit sehr viel Kraft nach hinten holen.

Das unten liegende Bein kann nur nach hinten gestreckt werden wenn das Becken etwas nach vorne gekippt wird. Vorher muss ein kleines Kissen in den Taillenbereich und eins vor den Bauch gebracht werden.

Das oben liegende Bein wird mit einem Kissen bis in die Leiste unterlagert, das Knie muss etwas tiefer liegen als der Beckenkamm



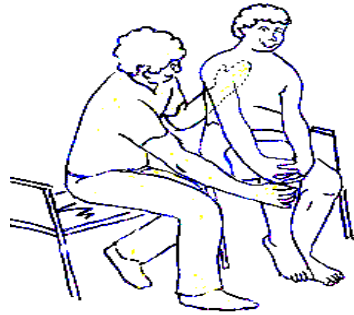
Wenn der Pat. nicht gut auf der Hüfte liegen kann, wird der obere Beckenteil in Richtung Bettgitter gekippt. das Knie muss dann etwas höher gelagert werden.



Immer die individuellen Probleme, Ressourcen und Bedürfnisse des Bewohners / Pat. beachten und in die Handlung einbeziehen! Liege- und Sitzpositionen sollen zweckmäßig aber für den Pat. auch angenehm sein. Den Pat. zur Mithilfe auffordern, erst wenn man die Mithilfe (Muskelanspannung) spürt, wird die Bewegung von der PP so weit wie nötig unterstützt.

Hose anziehen

Das weniger betroffene Bein etwas zur Mitte stellen, (evtl. mit gefalteten Händen)
Das Knie umfassen und das mehr betroffene Bein über das weniger betroffene schlagen,
Der mehr betroffene Arm hängt danach neben dem Oberschenkel,
jetzt Hose über den mehr betroffenen Fuß bis um Knie hochziehen,
Knie (evtl. mit gefalteten Händen) umfassen u. das mehr betroffene Bein auf den Boden stellen,
Hose wieder auf den Boden rutschen lassen und mit dem weniger betroffenen Bein in das andere Hosenbein schlüpfen,
Hosenbund wieder über beide Knie ziehen,
Pat. steht auf u. hält dabei die Hose fest (evtl. Hilfestellung der PP) u. zieht sie bis zur Taille hoch.



Socken u. Schuhe

Beine überschlagen wie oben,
Bündchen des Sockens mit der weniger betroffenen Hand dehnen, so das der mehr betroffene Fuß hineinschlüpfen kann,
Socken hochziehen.
Ebenso wird der Schuh angezogen (am besten mit Klettverschluss).
Jetzt wird (mit gefalteten Händen) das überschlagene Bein wieder auf den Boden gesetzt,
das weniger betroffene Bein überschlagen und weiter angezogen.

Das Ausziehen ist für den Pat. leichter, da er die erforderlichen Schritte ja vom Anziehen kennt. Der Ablauf wird genau so wie beim Anziehen durchgeführt (Beine überschlagen usw.). **Allerdings wird jetzt erst die gesunde Seite ausgezogen!**

Bei allen Mobilisationen nimmt PP ihre Hilfestellung langsam zurück, wenn ein Teilschritt selbstständig ausgeführt wird.

Falsche Bewegungsmuster

Hochziehen am Bettbügel, Waschbecken usw.
Fahren ohne Rollstuhltisch.
Der Rollstuhlfahrer zieht sich am Handlauf vorwärts.
Mit dem weniger betroffenen Bein wird das mehr betroffene „untergehakt“ um es zu stützen (beim Transfer o. Rollstuhlfahren).



Händefalten (bilaterale Handführung)

Es wird heute bis auf wenige Ausnahmen auf das Händefalten verzichtet, um einen normalen Bewegungsablauf zu gewährleisten.

Zum Schutz der mehr betroffenen Schulter, Arm, Hand sollte der Bew. / Pat. aber aufgefordert werden, mit der weniger betroffenen Hand die mehr betroffene Hand/Arm mitzunehmen bzw. zu halten.

Führen der mehr betroffenen Hand

(Großräumige Bewegungen erst, wenn wieder Tonus im Arm vorhanden ist!)

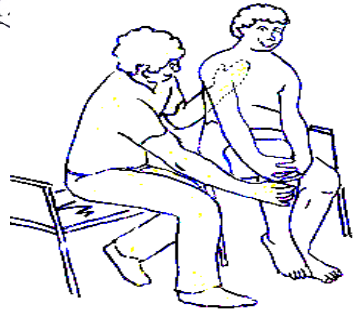
PP „führt“ die mehr betroffene Hand im großen Waschlappen, PP unterstützt den Ellbogen des Pat. dabei.



Beine und Füße waschen

Pat. sitzt weiterhin auf dem Stuhl u. stellt das weniger betroffene Bein etwas zur Mitte, mit gefalteten Händen umfasst er das mehrbetroffene Knie und hebt so das hemipl. Bein über das gesunde Bein.

Jetzt wäscht / trocknet der Pat. mit der gesunden Hand das hemipl. Bein / Fuß (dabei hängt der mehr betroffene Arm seitlich am Körper), danach wird mit gefalteten Händen das mehrbetroffene Bein zurückgestellt, das weniger betroffene Bein wird jetzt über das mehr betroffene Bein geschlagen und gewaschen / abgetrocknet.



Antithrombosedrömpfe werden vor dem Aufstehen im Bett angezogen (PP wäscht Beine/Füße im Bett).

Zähne putzen

Pat sitzt weiterhin am Waschbecken, Zahnbürste auf einen feuchten Waschlappen legen, mit der weniger betroffenen Hand Zahnpasta auftragen. Gut geeignet sind elektrische Zahnbürsten, evtl. Zahnprothese auf feuchten Waschlappen ins Waschbecken legen. Pat bürstet u. spült ab mit der gesunden Hand, evtl. Bürste mit Saugnapfen im Waschbecken befestigen, mehr betroffene Hand soll wenn möglich mitarbeiten z.B.: Halten der Tube beim Aufdrehen / Zudrehen u.ä. Sitz der Prothese evtl. vom Zahnarzt anpassen lassen.

Kämmen

Wie immer liegen die Utensilien auf der mehr betroffenen Seite, PP steht hinter o.auf der mehr betroffenen Seite und gibt evtl. Hilfestellung.

Immer die individuellen Probleme, Ressourcen und Bedürfnisse des Bewohners / Pat. beachten und in die Handlung einbeziehen! Liege- und Sitzpositionen sollen zweckmäßig aber für den Pat. auch angenehm sein. Den Pat. zur Mithilfe auffordern, erst wenn man die Mithilfe spürt, wird die Bewegung von der PP so weit wie nötig unterstützt.

Sitzen

Sitzen im Bett (Langsitz)

Können Pat. noch nicht längere Zeit außerhalb des Bettes sitzen, ist dies eine gute Möglichkeit, um z. B. zu essen.



Der Pat. muss vor dem Aufrichten mit dem Kopf ans Kopfende des Bettes gebracht werden.

Erst dann wird das Kopfende des Bettes möglichst senkrecht gestellt.

Hüftbeugung sollte rechtwinklig sein, Wirbelsäule gestreckt.

Beine leicht gespreizt lagern.

Rumpf evtl. durch Kissen stabilisieren.

Der Kopf sollte nicht gestützt werden, damit er lernt, ihn aktiv zu halten.

Verstellbarer Tisch quer über dem Bett, in Höhe der Arme, evtl. Ellbogen auf kleinem Kissen lagern.

Der mehr betroffene Arm kann auch auf dem Körper abgelegt werden.

Sitzen am Tisch

Im Hinblick auf Förderung der Wahrnehmung und Normalisierung des Haltungstonus ist dies die beste Lagerung.

Fester Stuhl mit Seitenlehnen o. Rollstuhl (auf einem Stuhl sitzen ist besser).

Füße parallel, fest auf dem Boden (auch beim Rollstuhl).

Hüftbreit auseinander,

Unterschenkel etwas nach hinten versetzen.

Hüfte und Knie sind 90° gebeugt (auf Sitzhöhe achten).

Beide Unterarme liegen so auf dem Tisch, dass der Ellbogen unterstützt ist, evtl. Kissen unter den mehr betroffenen Arm legen.

Oberkörper etwas vorgebeugt, so dass der Po den hintersten Punkt bildet.

Ein festes Kissen in den Lendenwirbelbereich, damit das Becken nach vorne gekippt wird.

Ein Kissen vor dem Bauch stabilisiert den Rumpf.



Hinlegen ins Bett

Hemiplegie links

Der Pat. sitzt schräg auf dem Bett.

Die Kissen werden wieder in der „A-Lagerung“ hingelegt zusätzlich ein Kissen in der Spitze des „A“ für den Kopf. Die Kissen liegen so schräg, dass der Pat. beim Hinlegen mit dem rechten und linken Schultergürtel auf den Kissen und mit dem Rücken (in Höhe der Mitte des Brustbeins) auf der Matratze landet.

Der mehr betroffene Arm liegt neben dem Körper.



Der Pat. nimmt seinen Kopf in Richtung Brust und kippt sein Becken nach hinten.

Die Hände der PP liegen links und rechts an der Seite des Brustkorbes und führen den Pat. dann nach hinten, unten.

Erst wird der Rücken hingelegt, dann folgt der Kopf.

Das weniger betroffene Bein nimmt der Pat. beim Hinlegen mit ins Bett.



Mit der aktiven Führung der PP nimmt der Pat. sein mehr betroffenes Bein hoch ins Bett.



Transfer

Normaler Bewegungsablauf beim Aufstehen

(Ist Grundlage für jeden Transfer)



Pat. rutscht auf die vordere Sitzhälfte,
Füße fest und parallel ca. hüftbreit auseinander.

Knie so weit beugen, dass sie mit den Fußspitzen eine Linie bilden.

Becken aufrichten und so weit vorbeugen, dass Schultern, Knie und Fußspitzen eine Linie bilden.

Wenn der Oberkörper so weit vorgebeugt ist, hebt sich das Gesäß und das Gewicht wird auf die Füße verlagert und der Mensch kommt leichter zum Stehen.

Die Arme bleiben seitlich am Körper, geben durch Schwungholen beim Aufstehen Hilfestellung.

Je tiefer die Sitzposition ist (Sessel), umso weiter muss der Oberkörper nach vorne gebeugt werden.

Je höher die Sitzposition desto leichter fällt das Aufstehen.