

# *Wieder zu Hause*



*und alles anders*

Eine Anleitung  
zur selbstständigkeits-  
fördernden Pflege  
von Menschen nach  
einem Schlaganfall

**Sehr geehrte Therapeutin,  
sehr geehrter Therapeut!  
Linz, im Jänner 2002**

In unserer täglichen Arbeit mit Menschen nach einem Insult ist die Schulung von Angehörigen ein wichtiger Teil. Wir haben nun eine Informationsbroschüre erstellt, um die praktischen Übungsinhalte (Handling, Lagerung, etc. nach dem Bobath-Konzept) schriftlich festzuhalten und somit für die Angehörigen besser nachvollziehbar zu machen. Diese Broschüre ist eine Zusammenfassung des theoretischen Wissens und der praktischen Erfahrungen von ErgotherapeutInnen in der Neurologie aus Oberösterreich, welche sich im Rahmen des Arbeitskreises für Neurologie, Orthopädie & Handchirurgie (AK NOHa) regelmäßig zu Themenabenden treffen.

Die Broschüre ist eine lose Blattsammlung und beinhaltet eine oder mehrere Seiten zu den einzelnen Themen (siehe Inhaltsverzeichnis). Der Hauptteil der Informationen bezieht sich auf den korrekten Umgang bei sensomotorischen Beeinträchtigungen. Zudem werden aber auch neuropsychologische Zusatzstörungen erklärt.

Die für den jeweiligen Patienten geeigneten Einzelblätter werden als Kopie zu einer Mappe (z.B. Schnellhefter) zusammengestellt. Bitte beginnen Sie jede Broschüre mit

- \* Deckblatt (= Titelfoto)
- \* Aktualisierungsblatt  
(=welche Therapeutin/Institution/wann)
- \* Vorwort (Sehr geehrter Angehöriger, sehr geehrter Patient)
- \* Begriffserklärungen

Die weiteren Inhalte können frei variiert werden. Wechselt der Patient vom Akutkrankenhaus ins Rehabilitationszentrum (oder eine andere Einrichtung), wird genau dieselbe Mappe wieder herangezogen und dem neuen Status des Patienten angepasst. So sind der Patient und seine Angehörigen immer am aktuellen Stand und müssen sich nicht durch ein ganzes Buch (mit teilweise nicht mehr relevanten Informationen) durcharbeiten. Die behandelnde Therapeutin weiss so ebenfalls Bescheid, welche Inhalte bereits bekannt sind und wo angeknüpft werden kann.

Bei der Erstellung haben wir Arbeitsweisen und Details des Bobath-Handlings intensiv diskutiert und mussten dabei feststellen, dass in den einzelnen Bobath-Ausbildungen zum Teil unterschiedliche Inhalte vermittelt werden und auch unsere eigene Anwendung variiert. Wir haben uns auf die hier vorliegenden Ergebnisse geeinigt und zählen auch auf Ihre Toleranz bei auftretenden kleinen Diskrepanzen. Weiters wurde der Rohentwurf von Personen mit unterschiedlichem Zugang zu Schlaganfallpatienten probegesehen und korrigiert (Pflegepersonal, Logopädie, Physiotherapie, Angehörige von Patienten).

Wie Sie bemerken werden, haben wir der Einfachheit halber in der Anrede nur die männliche Form gewählt. Natürlich sind damit sowohl Männer als auch Frauen gemeint.

Weiters haben wir die weniger betroffene Seite des Patienten zum besseren Verständnis für Laien als „gesunde Seite“ und die betroffene Seite abwechselnd als „betroffene“ oder „gelähmte Seite“ bezeichnet.

Wir freuen uns über die Fertigstellung eines arbeitsintensiven Projekts und hoffen, dass es die (Zusammen-) Arbeit für uns alle erleichtert.

Die gegebenen Informationen stammen einerseits aus der Praxis, andererseits aus Bobath-Kursen in Österreich, der Schweiz und Deutschland, diversen Fortbildungen zu neurologischen Behandlungskonzepten und u.a. aus folgenden Quellen:

**AFFOLTER, F. (1987):** Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache.

**BOBATH, B. (1983):** Die Hemiplegie Erwachsener.

**DAVIES, P. (1986):** Hemiplegie. Springer

**GEISSELER, T. (1991):** Halbseitenlähmung, Hilfe zur Selbsthilfe.  
Springer

**GOLDENBERG, G. (1997):** Neuropsychologie. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation; Fischer.

**HUMMELSHEIM, H. (1998):** Neurologische Rehabilitation;  
Springer.

**PROSIEGEL, M. (1991):** Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation; Pflaum.

**SCHLUCKSTÖRUNGEN** - Diagnostik und Rehabilitation. Bartolome, Buchholz, Feusser, Hannig, Neumann, Prosiegel, Schröter-Morasch, Wuttge-Hannig. Urban & Fischer Verlag, 2. Auflage 1999

**SCHÜTZ, R.-M./MEIER-BAUMGARTNER, H.P. (1994):**  
Der Schlaganfallpatient; Huber

# Vorwort

**Sehr geehrte Leserin,  
Sehr geehrter Leser,**

Dank des Engagements der ErgotherapeutInnen des Arbeitskreises NOHa aus Oberösterreich konnte im Jahr 2002 die Broschüre „Wieder zu Hause und anders ...“ veröffentlicht werden. 10 Jahren später hat sich der Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs – Ergotherapie Austria nun anlässlich des Welttags der Ergotherapie entschlossen, diese Broschüre auch digital verfügbar zu machen. Die in der Broschüre dargestellten Themen sind heute noch genauso aktuell wie zum Zeitpunkt ihrer erstmaligen Veröffentlichung. Mit der digitalen Neuauflage möchten wir diese praxisorientierten und anschaulichen Hilfestellungen für zu Hause in eine moderne und unkomplizierte Form bringen. Besonders für SchlaganfallpatientInnen ist es wichtig, den Grundsatz der größtmöglichen Selbstständigkeit nicht nur in der Therapie, sondern auch zu Hause weiterzuverfolgen und in der Therapie Erlernetes in den Alltag umzusetzen. Die vorliegende Broschüre soll einzelne Therapieinhalte für zu Hause aufbereiten und vertiefen und somit die Umsetzung im Alltag erleichtern. In der Broschüre finden Sie z.B. Tipps, wie Sie Ihrer bzw. Ihrem Angehörigen das Liegen möglichst angenehm gestalten können, wie Sie unterstützen können, damit die Patientin bzw. der Patient aus dem Bett gelangen kann oder wie Sie Menschen nach einem Schlaganfall in ihrem Lernprozess angepasst unterstützen und in ihrer Selbstständigkeit fördern können.

Wenngleich die vorliegende Broschüre eine sinnvolle Unterstützung in der Therapie darstellt, so sollten gesetzte Aktivitäten stets mit Ihrer behandelnden Ergotherapeutin bzw. Ihrem behandelnden Ergotherapeuten abgestimmt und besprochen werden. Informationen über Ergotherapie und ErgotherapeutInnen in Ihrer Nähe finden Sie auf unserer Homepage unter [www.ergoautria.at](http://www.ergoautria.at).

## **Impressum**

Medieninhaber und Herausgeber:  
Ergotherapie Austria – Bundesverband der  
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten  
Österreichs  
Sobieskigasse 42/5, 1090 Wien  
[www.ergotherapie.at](http://www.ergotherapie.at)

Autorinnen: AK NOHa Oberösterreich

Layout: Kurt Diesenreither

2. digitale Neuauflage. Wien, im Oktober 2012  
Hinweis: Die vorliegende digitale Neuauflage wurde ausschließlich hinsichtlich Rechtschreibung, Gestaltung und Veröffentlichungsform überarbeitet. Die Inhalte entsprechen exakt jenen der ersten Auflage.

# Wieder zu Hause

**und alles anders ...** Eine Anleitung zur selbstständigkeitsfördernden  
Pflege von Menschen nach einem Schlaganfall

<b>ErgotherapeutIn</b>			
<b>Telefon</b>			
<b>Erste Zusammenstellung am</b>			
<b>Stempel der Institution</b>			
<b>Aktualisierung</b>	<b>Datum</b>	<b>TherapeutIn</b>	<b>Institution</b>

**Sehr geehrte Angehörige,  
sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient!**

Damit Sie die in der Schulung erhaltenen Informationen zu Hause nachlesen und vertiefen können, hat Ihnen Ihre Therapeutin diese Mappe zusammengestellt. Die einzelnen Blätter wurden von Dipl. ErgotherapeutInnen aus Oberösterreich erarbeitet und beinhalten neueste Erkenntnisse in der Behandlung und im Umgang mit Patienten nach einem Schlaganfall.

Diese Mappe wird Sie während der gesamten Zeit der Rehabilitation (=Wiederherstellung) begleiten und dem jeweiligen Können angepasst. Es ist deshalb wichtig, dass Sie die Mappe der behandelnden Therapeutin zeigen, wenn die Behandlungseinrichtung gewechselt wird. So weiss die Therapeutin sofort Bescheid, welche Inhalte Ihnen bereits bekannt sind und kann daran anknüpfen.

Bei der genauen Betrachtung der Fotos (die Handlung und Lagerung betreffen), wird Ihnen auffallen, dass der Oberkörper des abgebildeten Patienten zweifärbig ist. Die schwarze Hälfte ist dabei die gesunde Seite, die weisse steht für die gelähmte (betroffene) Körperhälfte. Wir hoffen, Ihnen damit die Orientierung etwas zu erleichtern.

Wie Sie bemerken werden, haben wir der Einfachheit halber in der Anrede die männliche Anredeform gewählt (mit Ausnahme der in der überwiegenden Zahl weiblichen Therapeutinnen). Natürlich sind damit sowohl Männer als auch Frauen gemeint.

Wenn Sie mit der Erkrankung Schlaganfall bisher keine Berührung hatten, so werden Ihnen die im Anschluss folgenden Begriffserklärungen helfen, häufig genannte Bezeichnungen besser zu verstehen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Start zu Hause und viel Erfolg bei der Anwendung der erlernten Hilfestellungen!

Bei Fragen nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf. Wir unterstützen Sie gerne.

**Wir bedanken uns für die finanzielle Unterstützung zur Erstellung dieser Broschüre bei**

Firma HEINDL



Land OÖ



Firma Lindtner



REHA-SERVICE Altenhof



Firma Smith & Nephew



Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs



# Inhaltsverzeichnis

<b>Begriffserklärungen</b>	<b>Seite 7</b>
<b>Der Schlaganfall</b>	<b>Seite 8</b>
<b>Handling nach dem Bobath-Konzept</b>	<b>Seite 10</b>
Seitenlagerung auf der betroffenen Seite	Seite 12
Seitenlagerung auf der gesunden Seite	Seite 12
Lagerung in Rückenlage	Seite 13
Gesicherte Armposition	Seite 14
Beine aufstellen	Seite 14
Becken heben	Seite 15
Zur Seite rutschen in Rückenlage	Seite 16
Nach hinten rutschen in Seitenlage	Seite 17
Nach oben rutschen in Seitenlage	Seite 18
Nach oben rutschen in Rückenlage	Seite 19
Drehen zur betroffenen Seite	Seite 20
Drehen zur gesunden Seite	Seite 20
Sitzen im Bett	Seite 21
Aufsetzen aus der Seitenlage über die betroffene Seite	Seite 22
Hinlegen vom Sitzen in die Seitenlage	Seite 23
Vor- und Zurückrutschen im Sitzen	Seite 24
Transfer	Seite 25
Schmerzen im Bereich Schulter-Arm-Hand	Seite 26
<b>Zimmergestaltung</b>	<b>Seite 27</b>
<b>Körperpflege</b>	<b>Seite 28</b>
Körperpflege im Bett	Seite 29
Körperpflege am Waschbecken	Seite 30
<b>Essen und Trinken</b>	<b>Seite 33</b>
<b>Aus- und Anziehen</b>	<b>Seite 35</b>
<b>Gehen</b>	<b>Seite 39</b>
<b>Hilfsmittel zur Fortbewegung</b>	<b>Seite 40</b>
<b>Hilfsmittel</b>	<b>Seite 41</b>
<b>Rollstuhl</b>	<b>Seite 42</b>
<b>Ausstattung von Sanitärräumen</b>	<b>Seite 43</b>
<b>Inkontinenz</b>	<b>Seite 44</b>
<b>Apraxie</b>	<b>Seite 45</b>
<b>Neglect</b>	<b>Seite 46</b>
<b>Pushersyndrom</b>	<b>Seite 47</b>
<b>Verhaltensänderung</b>	<b>Seite 48</b>
<b>Gedächtnis</b>	<b>Seite 49</b>
<b>Räumliche Störungen</b>	<b>Seite 50</b>

# Begriffserklärungen

<i>adipös</i>	übergewichtig	<i>Logopädie</i>	Behandlung von Ausfällen der Sprache, des Sprechens und des Sprachverständnisses als auch von Lähmungen im Gesichts- und Mundbereich, Schlucken
<i>aktiv</i>	Der Patient hilft selbst mit soweit er kann	<i>Neglect</i>	Leugnen, Negieren; Vernachlässigung der gelähmten Seite (vor allem bei linksseitigen Lähmungen)
<i>Alexie</i>	Unfähigkeit zu lesen, trotz normalen Sehvermögens	<i>Ödem</i>	Schwellung, Ansammlung von Flüssigkeit im Gewebe
<i>Amnesie</i>	Gedächtnisverlust	<i>Perzeption</i>	Aufnahme und Verarbeitung von Sinneseindrücken (z.B. Spüren)
<i>Aphasie</i>	Störung des Sprechens, der Sprachverarbeitung und/oder des Sprachverständnisses	<i>Physiotherapie</i>	Behandlung von Ausfällen im Bewegungsapparat und in der Fortbewegung
<i>Apoplex, Apoplektischer Insult</i>	Schlaganfall	<i>Prognose</i>	Vorhersage über den Verlauf und Ausgang der Krankheit
<i>Apraxie/Dyspraxie</i>	Beeinträchtigung der Planung und Ausführung von Handlungsabläufen und Alltagsaktivitäten, teilweise trotz intakter Motorik	<i>Prophylaxe</i>	Vorbeugung von Krankheiten
<i>Ataxie</i>	Koordinationsschwierigkeiten; Störung des geordneten Zusammenspiels der Muskulatur; Körperbewegungen wie Gehen, Stehen oder Greifen können nicht fein abgestimmt werden	<i>Pusher-Syndrom</i>	Verschiebung der Wahrnehmung der eigenen Körpermittellinie, vorwiegend bei linksseitigen Lähmungen
<i>Bobath-Konzept</i>	Das nach dem Ehepaar Bobath benannte Konzept zur Behandlung zentral bedingter Lähmungen	<i>Rehabilitation</i>	Wiederherstellung, Wiedereingliederung
<i>Ergotherapie</i>	Behandlung von Leistungsausfällen mit dem Ziel, die einzelnen Fähigkeiten zu verbessern und im Alltag eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erlangen bzw. zu erhalten	<i>sensomotorisch</i>	Die Bewegung und die damit verbundenen Spürinformationen betreffend
<i>Handling</i>	Handhabung des Patienten	<i>Spastizität</i>	Unerwünschte erhöhte Anspannung der Muskulatur
<i>Hemianopsie</i>	Halbseitiger Gesichtsfeldausfall	<i>Subluxation</i>	Fehlstellung des Oberarmkopfes und des Schulterblatts bei Lähmung des Armes, kann schmerzhaft sein
<i>Hemiplegie</i>	Halbseitige Lähmung	<i>Tonus</i>	Spannungszustand der Muskeln
<i>Hemisphäre</i>	Hirnhälfte	<i>Transfer</i>	Wechsel des Patienten von einem Platz zum anderen (z.B. Bett-Rollstuhl, Rollstuhl-Toilette etc.)
<i>Inkontinenz</i>	Verminderte Kontrolle über Blasen- oder Darmentleerung	<i>ZNS</i>	Zentrales Nervensystem
<i>kognitiv</i>	Höhere Leistungen des Gehirns betreffend („erkennend“)		
<i>Läsion</i>	Verletzung		

# Der Schlaganfall

## 1. Einleitung

Ein Schlaganfall ist ein akutes Geschehen. Ein Schlaganfall (= Apoplektischer Insult, in der Umgangssprache auch „Schlagerl“ oder „Gehirn-schlag“ genannt) tritt schlagartig, plötzlich ein – daher auch der Name. Mehr oder weniger ohne Vorwarnung kann es zu Bewegungsverlust einer Körperhälfte kommen (= Hemiplegie), oder der Spürsinn, das Planen von Handlungen, das Gedächtnis, räumliche und zeitliche Orientierung, Sehleistungen, Sprechen und Verstehen von Sprache, das Schlucken und andere höhere Hirnleistungen (wie z.B. Rechnen, logisches Denken etc.) verändern sich.

Die Ursache dafür liegt in einer **fehlerhaften Durchblutung** des Gehirns:

- in ca. 85% kommt es dabei zu einem Verschluss oder einer Mangel durchblutung von Gehirngefäßen. Das dahinterliegende Gewebe wird zu wenig mit Sauerstoff und Glukose (Zucker) versorgt.
- in 15 % eines Schlaganfalls ist eine Hirnblutung Ursache der Zerstörung von Hirngewebe.

Der Schlaganfall bewirkt oft eine Verminderung der Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit des Menschen. Die bisherige Lebenssituation kann (vorläufig) nicht mehr aufrecht erhalten werden. Zusätzlich bestehen häufig auch seelische Veränderungen. Auf diese Situation sind sowohl der Betroffene als auch Sie als Angehöriger nicht vorbereitet. Diese Information soll Ihnen helfen, die neue Situation mit Ihrem Partner, einem Elternteil oder Angehörigen besser zu bewältigen und die in der Therapie erlangten Fähigkeiten zu erhalten bzw. weiter auszubauen. Die behandelnde Therapeutin hat speziell für Sie eine Mappe zusammengestellt. Sie lernen damit, wie Sie z.B. Ihrem Angehörigen das Liegen möglichst angenehm gestalten können, an welchen Körperstellen Sie unterstützen, damit der Patient aus dem Bett gelangen kann, wie Sie den Menschen nach einem Schlaganfall in seinem Lernprozess angepasst unterstützen und in seiner Selbstständigkeit fördern können.

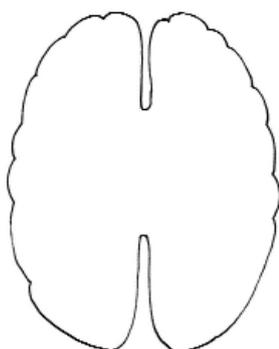
Die hier empfohlenen Abläufe in Alltagssituationen basieren auf dem Bobath-Konzept. Dieses ist wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation (= Wiederherstellung). Es zielt darauf ab, alle reduzierten Funktionen zu verbessern. Dabei wird die gelähmte Seite möglichst in alle Handlungen miteinbezogen.

Das Bobath-Konzept wird im Krankenhaus über 24 Stunden lang von allen Berufsgruppen praktiziert: Pfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden wenden dieses Wissen an, und es sollte auch zu Hause weitergeführt werden. Nur so können Inhalte der Therapie wirksam werden und der Betroffene lernt, Bewegungen und Handlungen physiologisch normal auszuführen.

*Nähere Informationen über das Bobath-Konzept bekommen Sie von den behandelnden Therapeuten.*

Je nach dem, welche Gehirnregion betroffen ist, kommt es zu folgenden möglichen Funktionsausfällen:

**Linke Gehirnhälfte**  
Muskellähmung der rechten Körperseite  
Ausfälle der Sprache und des Verstehens  
(= **Aphasie**)  
logisches Denken  
etc.



**Rechte Gehirnhälfte**  
Muskellähmung der linken Körperseite  
reduziertes Planen von Handlungen  
(= **Apraxie**)  
räumliche und zeitliche Orientierung  
Emotionen  
Vernachlässigung (= **Neglect**) der linken Körperhälfte

# Der Verlauf

## ■ 2. Krankheitsverlauf

Der Zustand des Patienten ist unmittelbar nach dem Schlaganfall am schlechtesten; wobei die Symptome erst Stunden bis Tage nach dem Insult die volle Ausprägung erreichen und so mancher Patient noch selbst zu Fuß ins Krankenhaus kommt.

Durch eine **korrekte Frühbehandlung** können die Symptome positiv beeinflusst und so der Zustand langsam gebessert werden. Die Wiederherstellung der verlorengegangenen Funktionen ist das Ziel der Rehabilitation. Eine Wiederherstellung ist möglich, hängt jedoch von der Schwere des Schlaganfalls als auch von vielen anderen Faktoren ab (Wie groß sind die zerstörten Regionen im Gehirn? Sind erschwerende Zusatzsymptome vorhanden? Ist der Patient motiviert? Arbeitet er mit? Wird er von den Angehörigen in seiner Selbstständigkeit unterstützt? Wie ist seine allgemeine körperliche Verfassung? etc.)

Die **Behandlungszeit** beträgt manchmal nur wenige Wochen, meist jedoch Monate bis Jahre. Dabei können, wenn der Schlaganfall noch nicht so lange zurückliegt, rasch Fortschritte erzielt werden.

In vielen Fällen bleiben Funktionen vermindert, bei einigen Patienten kommt es zu erschwerenden und den Lernerfolg (zusätzlich) behindernden Problemen, zum Beispiel Spastizität: Durch einen Anstieg der Anspannung der Muskulatur (=Tonus), wird die Beweglichkeit vom gesamten Körper, dem Bein oder/und dem Arm weiter eingeschränkt, harmonische und feinabgestimmte Bewegungen sind nicht gut möglich. Eine gänzliche Wiederherstellung ist nicht möglich, der Betroffene muss Wege finden, sein Leben seinen Fähigkeiten entsprechend anzupassen.

*Sie können Ihn durch Ihre Anleitung unterstützen, möglichst gute Ergebnisse zu erzielen, in Bezug auf Bewegungsfähigkeit und alle anderen Funktionen, die zu einem selbstbestimmten Leben erforderlich sind.*

# Handling nach dem Bobath-Konzept

## ■ Liegen & Lagerung

Besonders in den ersten Wochen und Monaten nach dem akuten Schlaganfall verbringt der Betroffene mehr Zeit als üblicherweise im Bett. Für den Lernfortschritt und die Rückbildung der Symptome des Insults ist es nicht nur wesentlich wie sich der Patient bewegt, sondern auch welche Haltungen und Positionen er einnimmt. Eine qualitativ noch so gute Therapiestunde ist wirkungslos, wenn der Patient die restlichen 23 Stunden des Tages irgendwie verbringt, ohne Beachtung von korrekten Gelenksstellungen und Muskelspannung.

Die in der Folge gegebenen Anleitungen sind Teil des Bobath-Konzepts und basieren auf jahrzehntelangen Erfahrungen mit neurologischen Patienten (= Patienten mit Erkrankungen des Zentralen Nervensystems). Die Empfehlungen ermöglichen Ihnen, den Genesungs- und Lernprozess des Patienten günstig zu beeinflussen und geben Ihnen die Gewissheit, richtig zu handeln.

Ist der Patient noch die meiste Zeit des Tages bettlägerig, müssen Sie wahrscheinlich auf alle Lagerungspositionen zurückgreifen (Seitenlage auf der betroffenen und gesunden Seite, Rückenlage), damit Sie dem Wundliegen entgegenwirken und abwechseln können. Hält sich der Betroffene schon über längere Phasen außerhalb des Bettes auf, sollten Sie vorwiegend zwischen den beiden möglichen Seitenlagerungen abwechseln.

## **Wie lange muss der Patient in dieser Position verbleiben?**

Haben Sie den Patienten eben erst gelagert und kaum, dass Sie sich umgedreht haben, liegt der Patient völlig anders, ist es wahrscheinlich, dass die Lagerung nicht gut genug war. Probieren Sie es vorerst nochmals und fragen Sie den Patienten ob er gut liegt oder was er geändert haben möchte.

 **Ein gutes Zeichen für Wohlbefinden ist, wenn der Patient unmittelbar nach der Lagerung einschläft.**

Ebenso kann eine Lagerung gut sein, und der Patient bleibt vorerst in dieser Lage. Nach einer halben Stunde oder einem längeren Abschnitt verändert der Patient seine Position. Das Ziel der gesamten Behandlung nach einem Schlaganfall ist die Rückgewinnung von Bewegung und Selbstständigkeit. Freuen Sie sich, dass der Patient seine Lage aus eigener Kraft verändern kann! Auch wir gesunden Menschen können nicht über einen längeren Zeitraum in der gleichen Position verharren. Dies ist auch ein wirksamer Schutz gegen das Wundliegen. Kann sich der Patient nach einem Schlaganfall wieder selbst von links nach rechts drehen etc. und achtet er auch ausreichend auf den betroffenen Arm, muss er auch nicht mehr gelagert werden.

**Die Lagerung auf der betroffenen Seite** hat von allen dreien den größten therapeutischen Wert, das heißt, Sie können damit die Wiedereingliederung der gelähmten Seite fördern, zu hoher Muskelspannung entgegenwirken und die Aufmerksamkeit auf die betroffene Körperhälfte lenken. Weiters hat der Betroffene dabei die gesunde Hand frei und kann diese benutzen. Diese Lagerung wird von den Betroffenen zumeist gerne eingenommen. Ist dies nicht der Fall, sind meist Schmerzen in der betroffenen Schulter die Ursache für die Weigerung. Diese entstehen, wenn das Schulterblatt und der Arm zu weit unter dem Körper des Patienten bleiben, und wenn das Körpergewicht des Patienten auf das Gelenk drückt. Bitte daher immer auf eine korrekte (vorgezogene) Schulterposition achten!

Die Lagerung auf der betroffenen Seite ist so oft wie möglich einzunehmen.

**Die Lagerung auf der gesunden Seite** ist eine gute Alternative dazu. Sie sollte während der übrigen Phasen als Abwechslung eingenommen werden.

Die **Rückenlage** einzunehmen ist mit weniger Aufwand verbunden. Viele Betroffene geben sich mit dem Liegen am Rücken schnell zufrieden oder äußern den Wunsch danach. Die Erfahrung zeigt, dass leider in dieser Position mehrere Faktoren ungünstig sind:

Keine therapeutische Wirkung, d.h. keine Förderung der Wiedereingliederung der gelähmten Seite.

Keine wirksame Korrektur von falschen Haltungen (z.B. aufgrund von zu hoher Muskelspannung).

Die Rückenlage sollte daher möglichst selten eingenommen werden.

Haben Sie den Patienten gut gelagert und alle Empfehlungen beachtet, sollten Sie sich angewöhnen, die entscheidende Frage zu stellen: „Liegst Du gut?“ Neben der fachlich korrekten Lage ist das Wohlbefinden des Patienten ebenso wichtig. Eine Kleinigkeit macht es meist aus, ob der Patient gut oder weniger gut liegt (z.B. wird ein geringer Höhenunterschied des Kopfpolsters, eine vollständige Streckung im Ellbogen schnell unangenehm, eine leichte Beugung empfinden die Patienten als wohltuender).

# Seitenlagerung auf der betroffenen Seite

## **Motto: „Hinten anlehnen“**

Bei flachgestelltem Bett wird der Patient möglichst weit zur gesunden Seite gerutscht (siehe nachfolgende Hinweise zu Beine anstellen, zur Seite rutschen in Rückenlage).

Den gelähmten Arm sichern (siehe nachfolgende Hinweise), der Patient hilft bei der Drehung mit: hebt Kopf und gesundes Bein.

Zumeist ist in der Seitenlage eine Korrektur der Liegeposition erforderlich (zur Seite rutschen, damit



genug Platz für den gelähmten Arm zur Verfügung steht).

Kopf und Nacken werden mit einem kleinen Polster (normales Kissen doppelt nehmen) unterlagert. Die Stirn sollte dabei höher liegen als das Kinn! (dadurch ist weniger Druck auf der betroffenen Schulter)

Das betroffene Bein wird im Hüftgelenk gestreckt, im Kniegelenk leicht angewinkelt; das gesunde Bein wird in Hüft- und Kniegelenk gebeugt und vor dem Körper mit Polster unterlagert. Zusätzlich wird der Rücken mit einem Polster unterstützt.

## **Schulter von unten am Schulterblatt nach vor holen, nicht am Arm ziehen, Ellbogen beugen, Handrücken liegt am Bett auf.**

*Achtung! Patient darf nicht auf dem Schultergelenk liegen!*

# Seitenlagerung auf der gesunden Seite

## **Motto: „Vorne anlehnen“**

Bei flachgestelltem Bett wird der Patient möglichst weit zur betroffenen Seite gerutscht, die Armposition gesichert und eine Drehung zur gesunden Seite durchgeführt.

Kopf und Nacken werden mit einem kleinen Polster unterlagert (normales Kissen doppelt nehmen).



Das gesunde Bein (liegt unten) ist in der Hüfte gestreckt, im Knie leicht angewinkelt; das betroffene Bein wird in Hüft- und Kniegelenk gebeugt und vor dem Körper mit einem Polster unterlagert.

Der betroffene Arm wird vor dem Körper mit einem oder auch 2 Polstern unterstützt, der Arm soll nicht überstreckt werden, sondern locker und leicht erhöht gelagert sein. Das Schulterblatt sollte nach vorne gebracht werden.

Der Patient sollte das Gefühl haben, dass er sich vorne (am Bauch) anlehnen kann. Dazu ist es erforderlich, das Becken an der gesunden Seite etwas nach hinten (zum Helfer) zu ziehen und den Arm ausreichend hoch mit Polstern zu stützen.

# Lagerung in Rückenlage

Bei flachgestelltem Bett werden der ganze Arm und die Schulter mit einem Polster unterlagert. Der Arm liegt somit leicht erhöht, dies hilft, ein Ödem (Schwellung) zu verhindern bzw. die bestehende Schwellung zu vermindern. Bei starkem Ödem können auch zwei Pölster verwendet werden.



**Achtung! Der Arm sollte eine möglichst entspannte Lagerung einnehmen, die Gelenke sollten locker und eher in Streckung als in Beugung sein.**

Auch der Kopf wird mit einem Polster unterstützt.

Der Patient sollte an beiden Seiten genug Platz haben und nicht gefährdet sein, hinauszufallen.

**Die Beine müssen im Normalfall nicht gelagert werden. Geben Sie lediglich unter die betroffene Gesäßhälfte ein zusammengelegtes Frotteehandtuch**

# Gesicherte Armposition



Das Schultergelenk kann bei einer Lähmung durch schnelle und großräumige Bewegungen des Armes oder durch unsachgemäßes Ziehen verletzt werden. Zum Schutz der Schulter liegt der betroffene Arm gebeugt am Körper und wird mit der gesunden Hand über dem Ellbogen fixiert.

## Einsatzbereich

Lagewechsel im Bett (Drehen von Rückenlage zur Seite, vom Liegen zum Sitzen gelangen etc.)

### **Achtung!**

**Nicht am gelähmten (=betroffenen) Arm ziehen – Schulterschmerzen können hervorgerufen werden.**

# Beine aufstellen

Beine nacheinander aufstellen, am gelähmten (=betroffenen) Bein beginnen (Ferse des betroffenen Beines rutscht dabei auf der Unterlage zum Gesäß).

Mit einer Hand den Vorfuß fest umfassen, die andere Hand unterstützt das Bein am Knie beim Anbeugen.



## Einsatzbereich

- ☛ Vorbereitung zum Becken anheben
- ☛ Vorbereitung zum Drehen auf die Seite

Mit aufgestellten Beinen kann der Betroffene das Becken anheben und ist so bei Lageveränderungen im Bett selbst aktiv. Dabei werden Muskelgruppen trainiert, die auch zum Stehen und Gehen benötigt werden, und Sie als Helfer haben es leichter.

Die Verwendung eines Trapezes für Lageveränderungen nützt dem Lernfortschritt nicht und bewirkt oftmals eine Tonuserhöhung (=Spastizität).

Langfristig erzielen Sie deshalb mit der aktiven Mitarbeit des Patienten mehr Erfolg!

# Becken heben



Hilfsperson unterstützt das betroffene Bein am Sprunggelenk und am Knie, indem sie mit der eigenen Schulter Druck und Zug am Knie ausübt. Die 2. Hand hilft beim Hochheben des Beckens mit.

## Einsatzbereich

- ☛ Zur Seite rutschen in Rückenlage
- ☛ Schüssel geben



# Zur Seite rutschen in Rückenlage

*Schritt 1:  
Becken heben und  
seitlich absetzen*



Gesicherte Armposition einnehmen und Beine nacheinander aufstellen.

Schritt 1: Patienten zur Mithilfe auffordern, Becken heben und seitlich absetzen

Schritt 2: Patienten zum Kopf heben auffordern, Oberkörper heben und seitlich absetzen

## **Einsatzbereich**

Vorbereitung zum Aufsetzen



*Schritt 2:  
Oberkörper heben ...*



*... und seitlich absetzen*

# Nach hinten rutschen in Seitenlage

*Schritt 1:  
Becken nach  
hinten bringen*



## **Schritt 1 - Becken nach hinten bringen**

- ☛ Hände der Hilfsperson liegen flach unter dem Becken des Patienten
- ☛ Hilfsperson steht in Schrittstellung, Arme sind gestreckt - Patient nach hinten ziehen

**Achtung!**  
Bewegung erfolgt durch Verlagern des Eigengewichts nach hinten!

## **Schritt 2 - Oberkörper nach hinten bringen**

Eine Hand der Hilfsperson fixiert die betroffene Schulter des Patienten, die zweite Hand liegt am Brustbein – Oberkörper des Patienten nach hinten ziehen



*Schritt 2:  
Oberkörper nach  
hinten bringen*

# Nach oben rutschen in Seitenlage



- Die Hilfsperson steht in Höhe der Schultern des Patienten, um diesen anschließend nach hinten oben ziehen zu können
- Hände der Hilfsperson liegen flach unter dem Becken des Patienten
- Die Hilfsperson steht in Schrittstellung, Arme sind gestreckt
- Den Patienten nach hinten ziehen – die Bewegung erfolgt dabei durch Verlagerung des Eigengewichts nach hinten

# Nach oben rutschen in Rückenlage



Variante 1

## Variante 1:

- ☛ Gesicherte Armposition
- ☛ Beine nacheinander aufstellen
- ☛ Wenn der Patient das Becken anhebt, übt die Hilfsperson mit beiden Händen Druck an den Knien in Richtung Kopfende des Bettes aus
- ☛ Der Patient hebt dabei den Kopf aktiv hoch



Variante 2

## Variante 2:

- ☛ Die Hilfsperson steht am Kopfende des Bettes in Schrittstellung
- ☛ Die Hilfsperson legt ihre Hände bei gestreckten Armen flach unter die Schulterblätter des Patienten
- ☛ Der Patient hebt den Kopf an
- ☛ Auf Kommando versucht der Patient, sich mit Fersen nach oben zu schieben, gleichzeitig zieht ihn die Hilfsperson hinauf



**Achtung!**  
**Patient muss aktiv mithelfen können**

# Drehen zur betroffenen Seite



Drehen zur betroffenen Seite

- ☛ Gesicherte Armposition bzw. Hilfsperson unterstützt die betroffene Schulter (siehe Abb.) von unten
- ☛ Beine nacheinander aufstellen und zur Seite rutschen, um Platz zum Liegen zu schaffen
- ☛ Kopf zur betroffenen Seite wenden
- ☛ Beine und Oberkörper werden gemeinsam zur betroffenen Seite gedreht

## Einsatzbereich

Vorbereitung zum Aufsetzen aus der Seitenlage

- ☛ **Achtung! Kopf heben**  
(Kommando: „Kinn zur Brust“, um Drehbewegung zu erleichtern),  
Beine weit genug anwinkeln

# Drehen zur gesunden Seite



Wie Drehen zur betroffenen Seite

## Einsatzbereich

Vorbereitung zum Aufsetzen über die gesunde Seite

Lagerung auf der gesunden Seite

- ☛ **Achtung!**  
**Gesicherte Armposition**  
Hilfsperson unterstützt zusätzlich die betroffene Schulter



# Sitzen im Bett



*Der betroffene Arm wird mit einem Polster unterlagert*

Generell sollte der Patient Mahlzeiten außerhalb des Bettes einnehmen.

Nur in Ausnahmefällen oder bei sehr schwerer Pflegebedürftigkeit kann auch im Bett gegessen werden.

Dazu muss der Patient in jedem Fall aufrecht sitzen. Das bedeutet, eine senkrechte Position einnehmen und zwar soweit, dass der Kopf frei ist und nach vor gebeugt werden kann (dies ist zum Schlucken erforderlich).

Der Patient darf dabei seinen Kopf nicht am Kopfteil hinten anlehnen können.

Vor dem Verstellen des Kopfteils rutschen Sie mit dem Betroffenen möglichst weit zum Kopfende hinauf. Mit Pölstern unterstützen Sie so weit, bis die gewünschte Aufrichtung erreicht ist.

Der betroffene Arm wird mit einem Polster unterlagert.



## **Achtung!**

**Ist der Patient gefährdet zur Seite zu kippen, sollten Sie ihn nicht alleine lassen!**

# Aufsetzen aus der Seitenlage über die betroffene Seite



## Tipp

Bei schwer betroffenen Patienten vor dem Aufsetzen noch in Rückenlage die Schuhe anziehen.

Vor dem Drehen von Rückenlage in Seitenlage wird der betroffene Arm seitlich vom Körper gelagert.



Patient liegt anschließend in Seitenlage mit angewinkelten Beinen nahe am Bettrand – der betroffene Arm liegt seitlich vom Körper weggestreckt.

Beine weit anwinkeln und Unterschenkel über die Bettkante schieben  
Der Patient stützt sich mit der gesunden Hand am Bettrand hoch

**Achtung!**  
Eine Hand der Hilfsperson liegt unter der betroffenen Schulter, um den Arm zu sichern.



Die Hilfsperson unterstützt mit einer Hand an der betroffenen Schulter, die zweite Hand drückt am Becken in Richtung Bett bis der Patient aufrecht sitzt.

**Achtung!**  
Nicht zu ruckartig aufsetzen – Schwindel ist möglich.  
Ein sicherer Sitz soll gewährleistet sein.

# Hinlegen vom Sitzen in die Seitenlage



- Vorgang wie Aufsetzen von der Seitenlage in umgekehrter Reihenfolge
- Hilfsperson unterstützt beim Heben des betroffenen Beines oder Patient hakt mit dem gesunden das betroffene Bein unter

# Vor- und Zurückrutschen im Sitzen



Das Körpergewicht des Patienten wird abwechselnd auf eine Seite verlagert und die entlastete Gesäßhälfte wird nach vorne bzw. hinten geschoben, wobei der Patient so weit wie möglich aktiv mithelfen soll.

## **Einsatzbereich**

Nach vorne rutschen als Vorbereitung zum Aufstehen bzw. für Transfers



Beim Zurückrutschen fixiert die Hilfsperson das betroffene Bein und übt von vorne zusätzlich Druck in die gewünschte Richtung aus. Das erleichtert den Vorgang.

# Transfer

(=Wechsel) vom Rollstuhl auf ein Bett oder einen Stuhl über die betroffene (gelähmte) Seite

Voraussetzungen vor dem Aufstehen: Der Patient rutscht im Rollstuhl oder am Bett so weit nach vor, bis beide Beine fest am Boden stehen (siehe Vor- und Zurückrutschen). Der Rollstuhl steht in einem Winkel von 90° zum Bett.

## ■ Transfers mit viel Hilfe (siehe Abbildung)

Greifen Sie mit der einen Hand unter dem gesunden Arm auf das Schulterblatt. Mit der anderen Hand von außen unter das Gesäß der gelähmten Seite. So helfen Sie dem Patienten seinen Oberkörper nach vor zu bringen und sein Gesäß anzuheben.

In dieser Position führen Sie eine Drehung zur bereitstehenden Sitzgelegenheit durch.

## ■ Transfer mit dem aktiveren Patienten (siehe Abbildung)

Greifen Sie mit der einen Hand an das betroffene Knie (um das Bein zu stabilisieren und dem Patienten mehr Bewegungsspielraum/-freiheit zu ermöglichen), mit der anderen Hand greifen Sie unter das Gesäß.

Helfen Sie dem Patienten, den Oberkörper nach vor zu bringen, sein Gesäß anzuheben, das Gewicht auf sein Bein zu bringen und aufstehen zu können. Erst dann dreht sich der Patient (von Ihnen unterstützt) zur Sitzgelegenheit.



Damit sich der Patient sicherer fühlt und seinen Oberkörper leichter in Vorlage bringt, kann bei Bedarf zusätzlich ein Hocker bzw. eine Stützfläche bereitgestellt werden. Lassen Sie sich vom behandelnden Therapeuten zeigen, wie der Wechsel für Sie am besten durchführbar ist.



*Transfer mit viel Hilfe*



*Transfer mit dem aktiveren Patienten*



# Schmerzen im Bereich Schulter-Arm-Hand

## „Die schmerzhafte Schulter“

Schmerzen in Schulter, Arm und Hand sind kein Symptom des Schlaganfalls an sich, sondern Folgeschäden durch

Wz falsche Lagerung im Liegen und Sitzen

Wz falsche Handhabung des Armes (bei Lageveränderungen, Transfers, Stehen und Gehen; An/Auskleiden etc.)

Beim gesunden Menschen bzw. einem funktionsfähigen Arm bewegen sich Arm und Schulterblatt in einem harmonischen Zusammenspiel.

Wird der Arm z.B. um 60° angehoben, wandert das Schulterblatt ab 30° mit und beschreibt eine Bewegung von 30°.

Die intakte Muskulatur schützt das Schultergelenk bei Belastungen wie z.B. Zug, der Oberarmkopf wird in der Schulterpfanne gehalten.

**Im Zuge einer halbseitigen Lähmung können beide Mechanismen ausfallen.** Das bedeutet, das Schulterblatt bewegt sich nur ungenügend mit, wenn der Arm gehoben wird. Das Zusammenspiel von Schulterblatt und Arm ist nicht mehr harmonisch, die durchs Gelenk ziehenden Sehnenansätze und Nerven können verletzt werden.

Der Oberarmkopf wird nur ungenügend im Gelenk stabilisiert, der Arm zieht durch das Eigengewicht (bei ungenügender Unterstützung am Ellbogen) am Körper, der Oberarmkopf rutscht aus der Gelenkpfanne (=Subluxation). Durch Ziehen am Arm kann ebenfalls eine Subluxation entstehen.

Anfangs äußern sich die Schmerzen meist nur bei bestimmten Bewegungen, werden aber schnell zu einem **chronischen Schmerz** (schon innerhalb von wenigen Wochen). Der Patient verspürt Schmerzen im Schulterbereich bis in den ganzen Arm. Zusätzlich kann die Hand geschwollen und verfärbt (rot-bläulich) sein.

**Eine schmerzhafte Hand erschwert die Rehabilitation** des Patienten in starkem Ausmaß und führt nicht selten zu nicht wieder gutzumachenden Langzeitfolgen.

Die Toleranz für therapeutische Maßnahmen ist reduziert, das passive und damit auch aktive Bewegungsausmaß des Armes und der Hand kann stark eingeschränkt sein und die gesamte Eigenaktivität des Patienten durch die ausschließliche Beschäftigung mit seinem Schmerz deutlich reduziert.

Wz **Vorbeugen ist besser als Heilen!**  
**Lassen Sie sich von den behandelnden TherapeutInnen die richtige Handhabung des Arms und der Schulter zeigen.**  
**Hantieren Sie mit dem Arm immer vorsichtig und beachten Sie unbedingt die Hinweise zu Lagerung und Handling.**

# Zimmergestaltung

Das Zimmer des halbseitig gelähmten Menschen ist so eingerichtet, dass seine betroffene Seite möglichst viele Reize aus der Umwelt erhält.

 **Das Bett sollte möglichst von beiden Seiten zugänglich sein, jedoch auf jeden Fall an der gelähmten Seite des Patienten** (siehe Abbildung)



*Anordnung vom Bett, Nachtkästchen und Rollstuhl bei einer linksseitigen Lähmung.*

Das Nachtkästchen steht ebenfalls an der gelähmten Seite. So muss über die betroffene Seite gegriffen werden, wenn mit Gegenständen vom Nachtkästchen hantiert wird. Dies fördert die Einbeziehung der betroffenen Körperhälfte. Wenn möglich sollte der Patient zur Zimmertür sehen und das Geschehen um ihn herum erfassen können!

Alle Handlungen von Angehörigen und Pflegern sollten von der betroffenen Seite des Patienten erfolgen, damit er sich vermehrt dieser Seite zuwendet. Dies ist für seinen Lernerfolg äußerst wichtig! Auch Besucher halten sich stets auf dieser Seite auf.

Wird der Patient von zwei Personen gleichzeitig gepflegt, so gibt die Person das Kommando, welche an der gelähmten Seite steht.

Wenn möglich sollte im Zimmer genug Platz für ein Bett, eventuell einen Tisch und auch für die Fortbewegung mit dem Rollstuhl sein. Denn kann der Patient mit dem Rollstuhl selbst fahren, so sollte er diese Art der Betätigung auch nutzen können. Störende Schwellen zwischen den Räumen sollten entfernt werden.

# Körperpflege

## ■ Allgemein

Das Ziel einer Rehabilitation halbseitig gelähmter Menschen nach einem Schlaganfall ist, wieder gehen zu können und möglichst selbstständig in den **Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)** zu sein. Es ist ein Grundbedürfnis des Menschen, seinen Körper zu pflegen. Dabei beachten Sie bitte, dass diese Handlungen nicht nach einem starren Prinzip erfolgen, sondern jeder Mensch andere Gewohnheiten, Erwartungen und Wünsche hat. Darauf sollten Sie unbedingt eingehen, wenn Sie Ihren Angehörigen anleiten und unterstützen.

Normalerweise sind wir als erwachsene Menschen bei der Körperpflege alleine, es ist ein intimer Vorgang und findet in vertrauter Umgebung statt. Wir sind es nicht gewöhnt, dass ein fremder Mensch oder ein Mitglied der Familie diese Handlung für uns durchführt oder dabei anwesend ist. Dabei entstehen Hemmungen, Schamgefühle und Ängste. Sorgen Sie deshalb für eine vertrauliche Atmosphäre.

 **Beachten Sie:**  
**Familienangehörige werden dabei häufig weniger gut akzeptiert als eigens dafür organisierte Hilfspersonen.**

Helfen Sie Ihrem Angehörigen so wenig wie möglich und nur so viel wie notwendig! Das bedeutet, Sie helfen nur bei jenen Handlungsschritten, die der Patient nicht durchführen kann. In den ersten Wochen wird Ihre Hilfestellung in vielen Bereichen erforderlich sein, Schritt für Schritt lernt der Betroffene dazu und Sie reduzieren Ihre Hilfe.

Nur so kann Selbstständigkeit erzielt werden. Helfen Sie zuviel, blockieren Sie Ihren Angehörigen im Lernprozess! Jegliche Therapien bringen erst dann den gewünschten Erfolg, wenn die erlernten Fähigkeiten im Alltag auch genutzt werden.

Durch eine halbseitige Lähmung und andere erkrankungsbedingte Zusatzbeeinträchtigungen kann die Wahrnehmung des Körpers verändert sein. So werden Sie vielleicht beobachten, dass die gelähmte Hand beim Waschen bzw. Abtrock-

nen vergessen oder ein Teil des Körpers mehrmals hintereinander gewaschen wird, der Handlungsablauf ins Stocken kommt oder unvollständig bleibt. Helfen Sie hier durch verbale Anleitung oder durch das Führen der Hand weiter.

 **Erkundigen Sie sich bei der Therapeutin nach der Ursache der beobachteten Schwierigkeiten und Ihren Möglichkeiten, den Patienten zu unterstützen.**

## ■ Vorbereitung

Bevor Sie mit der eigentlichen Handlung beginnen, bereiten Sie die Umgebung entsprechend vor (Sitzgelegenheit bereitstellen, Raumtemperatur beachten, Badelift anschließen etc.) und ordnen Sie alle benötigten Utensilien griffbereit an, sodass Sie den Raum während der Aktivität nicht verlassen müssen.

 **Beachten Sie:**  
**Auch bei der Körperpflege und dem An- und Auskleiden erfolgt die Hilfestellung und Zuwendung von der gelähmten/betroffenen Körperseite her! Auch die benötigten Gegenstände und Kleidungsstücke werden von dieser Seite angeboten.**

# Körperpflege im Bett

Besonders in der Frühphase nach einem Schlaganfall stellt es für beide Betroffene und Pflegenden eine Erleichterung dar, die Körperpflege im Bett durchzuführen (z.B. bei labilem Allgemeinzustand, stark reduzierter Eigenaktivität, Sitzen bereitet noch Schwierigkeiten etc.).

Aber auch bei der Körperpflege im Bett können Sie erste Aktivitäten des Patienten anbahnen.

## Hier einige Hinweise

- ☞ Bettdecke mit einem Handtuch oder einer Einmalunterlage abdecken.
- ☞ Waschschüssel, Waschlappen, Seife und andere benötigte Utensilien in Reichweite an der betroffenen Seite bereitstellen.
- ☞ Den Kopfteil des Bettes hochstellen und den Patienten in sitzende Position bringen (beachten Sie: eventuell ist es erforderlich, vorher mit dem Patienten nach oben zu rutschen – siehe „Handling und Lagerung“).
- ☞ Helfen Sie dem Patienten durch
  - verbale Aufforderung und Hinweise
  - Vorzeigen
  - Handführung!

Vor allem bei der Körperpflege empfindet der Betroffene seine Hilflosigkeit in starkem Ausmaß. Gefühle der Scham können Sie reduzieren, indem Sie die Intimpflege wenn möglich dem Patienten überlassen.



# Körperpflege am Waschbecken

Der Halbseitengelähmte sollte sich **so früh wie möglich** außerhalb des Bettes waschen, dies ist die übliche Ausgangsposition!

Stellen Sie einen Stuhl oder Hocker zum Waschbecken, wenn das Stehen noch Konzentration erfordert oder ohne fremde Hilfe noch nicht möglich ist (Sicherheit geht vor!). Auch im kleinsten Bad ist Platz für eine Sitzgelegenheit (siehe Abbildung).

Ein **stabiler Stuhl mit waagrechter Sitzfläche**, eventuell mit Seitenlehnen (diese könnten bei einem aktiven Patienten die Bewegungsfreiheit einschränken!) ist am besten geeignet.

Ein Leibstuhl ist für Ihren Angehörigen meist zu hoch, er kann seine Beine nicht oder nur unter Sturzgefahr erreichen. Ein selbstständiges Aufstehen ist durch das Fehlen einer Bremsmöglichkeit gefährlich!



Die Patientin sitzt auf einem Stuhl mit Rückenlehne (Stuhl des Esszimmers). Rechts von ihr (an der gelähmten rechten Körperseite) dient die Waschmaschine als Ablageplatz für die Kleidung. Am Waschbecken befinden sich die benötigten Utensilien: Seife, Waschlappen, Creme etc. Das Handtuch hat die junge Frau am Schoß ausgebreitet.

In dieser Position kann die Betroffene Zähne putzen, sich waschen, abtrocknen und anschließend ankleiden. Die Reihenfolge der einzelnen Handlungen bestimmt sie selbst, je nach ihren Vorlieben und Gewohnheiten!

## ■ Oberkörper

Der Betroffene lässt das Wasser einlaufen. Bevor er den betroffenen Arm in das Waschbecken hebt prüft er mit der gesunden Hand die Temperatur (Verbrennungsgefahr aufgrund von Sensibilitätsstörungen)!

Anschließend nimmt er mit der gesunden Hand den betroffenen Arm (am Ellbogen) und legt ihn ins Waschbecken. Dabei neigt er seinen Oberkörper nach vorne, um das Schultergelenk zu schonen. (siehe folgende Abbildung)



Nach dem Waschen wird der gewaschene Arm unter der Achsel abgetrocknet und erst dann auf den Schoß gehoben.



*Pflege und Ankleiden des betroffenen Beines.*



### ■ **Unterkörper**

Um das betroffene Bein zu pflegen, bückt sich der Patient (im Sitzen) entweder nach unten oder legt das Bein mit Hilfe der gesunden Hand über das andere Bein. Eine weitere Möglichkeit wäre es, das betroffene Bein auf einen Schemel zu stellen. Diese Möglichkeit besteht auch beim Ankleiden von Hose, Socken und Schuhen.

### ■ **Intimhygiene**

Unterstützen Sie den Patienten soweit, dass er stabil stehen kann. Die Pflege führt der Patient selbst durch (wenn möglich). Dies fördert die Würde und das Selbstbewusstsein!

### ■ **Frisieren**

Das Kämmen der Haare ist eine Handlung, die fix im morgendlichen Alltag verankert ist. Wir kontrollieren dabei gewöhnlich den Erfolg des Kämmens im Spiegel. Kann der Patient nicht vor einem Spiegel stehen, so geben Sie ihm durch einen Handspiegel diese Möglichkeit.

### ■ **Handpflege**

Die betroffene Hand benötigt oft vermehrte Pflege. Vor allem im Finger-Handbereich kann es zu gesteigerter Hornhautbildung und Trockenheit kommen (seltener starkes Schwitzen). Die Hand sollte daher mit einer rückfettenden Seife oder einem Ölbad sorgfältig gewaschen und wieder abgetrocknet werden. Danach verwendet der Betroffene eine gewöhnliche Handcreme.

Eine ungepflegte Hand riecht unangenehm und ist anfälliger für Pilzinfektionen. Da Patienten die betroffene Hand mitunter vernachlässigen oder damit unsanft hantieren, kann durch die Pflege und ein gepflegtes Erscheinungsbild die Akzeptanz der Hand erhöht werden (Hände waschen und eincremen sind Tätigkeiten, bei denen der Patient früh selbst aktiv werden kann).

*Rückkehr zur Normalität ...*

*Führen Sie Aktivitäten sobald wie möglich außerhalb des Bettes durch. Wir sind es z.B. gewöhnt, beim Frisieren, Rasieren und Zähneputzen zu stehen und in den Spiegel zu blicken*



### ■ Zähne putzen

Öffnen der Zahnpastatube

- mit einer Hand
- mit Hilfe der Beine
- die betroffene Hand kann die Tube bereits halten, die andere (geschicktere) Hand führt die Drehbewegungen durch
- ev. Dosierspender zum Drücken verwenden.
- Die Zahnbürste liegt dabei stabil am Waschbecken (z.B. auf einem Waschlappen).



☞ **In Sanitätshäusern erhalten Sie spezielle Bürsten zur Reinigung von Zahnprothesen, die auch mit nur einer Hand verwendet werden können. Auf der Unterseite befinden sich Saugnäpfe; so wird die Bürste einfach im Waschbecken fixiert.**

### ■ „Schönheit“

*Cremes, Schminke, Schmuck und Düfte*

Dem Betroffenen sollte die Möglichkeit gegeben werden, sich so zu pflegen und zu präsentieren wie er es vor dem Schlaganfall gewohnt war. Ermuntern Sie ihn dazu und unterstützen Sie ihn im Bedarfsfall.

☞ **Sich selbst und den eigenen (veränderten) Körper zu mögen ist ein wichtiger Schritt zur Genesung!**

Die einzelnen Tätigkeiten und Teilschritte bei der Körperpflege unterstützen die Wahrnehmungsförderung des eigenen Körpers in Bezug auf die Integration der betroffenen Seite in das Körperschema. Der Patient lernt u.a. einzelne Handlungen zu planen und die Teilschritte in richtiger Reihenfolge aneinanderzufügen, gesprochene Aufforderung zu verstehen und umzusetzen usw. Der Betroffene achtet wieder auf sich und erlangt mehr Selbstachtung und Selbstbewusstsein.

# Essen und Trinken

Mit dem Essen und Trinken verbinden wir meist Freude, Wohlbefinden und Gemeinschaft mit anderen Menschen.

Die Bewegungsabläufe dabei erfolgen beim gesunden Menschen automatisch.

*Der Patient wird von der Hilfsperson geführt, um wieder mehr Gefühl für die Bewegung/Handlung zu bekommen.*



*Übernimmt der Patient die Bewegung selbst, reduziert die Hilfsperson die Führung.*



## Mögliche Probleme eines halbseitig gelähmten Menschen

☞ Das Gefühl im Mund und auf der Zunge kann stark gestört sein – der Betroffene fühlt nicht, wo sich seine Zunge oder die Speisen befinden!

Als Folge der Erkrankung können Geschmacks- und Geruchssinn beeinträchtigt sein. Ehemalige Lieblings Speisen können nun abgelehnt werden.

☞ Die Koordination zwischen dem Atmen und Schlucken kann vermindert sein. Der Betroffene verschluckt sich. Speisen und Flüssigkeiten gelangen in die Luftröhre und Lunge. Es besteht die Gefahr einer Lungenentzündung!

☞ Die feinen, gezielten Bewegungen der Zunge sind reduziert. Die Nahrung kann nicht im Mund transportiert werden und klebt so zwischen Wangen und Zähnen. Mangels eines vollständigen Mundschlusses kann die Nahrung/Flüssigkeit nicht gänzlich im Mund behalten werden.

☞ Eine Zahnprothese kann infolge der veränderten Muskulatur nicht mehr passen und kann somit verrutschen. Vorübergehend können Haftmittel die mangelnde Passform ersetzen. Eine Neuanpassung der Prothese durch den Zahnarzt sollte jedoch ehestmöglich durchgeführt werden!

# Schluckbeschwerden

**Bestehen nach einem Insult beim Schlucken eine oder mehrere der oben genannte Probleme, müssen folgende Maßnahmen eingehalten werden:**

- ☞ Der Patient muss beim Essen oder Trinken immer aufrecht sitzen! (NICHT halb liegend im Bett!)
- ☞ Geben Sie dem Betroffenen das Essen NICHT unbedingt ein! Er hat eine gesunde Hand. Lassen Sie es ihn selbst versuchen! Kann er trotzdem nicht selbst essen, so helfen Sie ihm, indem Sie mit Ihrer Hand seine gesunde Hand führen!
- ☞ Fragen Sie den Patienten, was er gerne essen möchte.
- ☞ Helfen Sie dem Betroffenen von der gelähmten Seite aus! So lernt er leichter, diese auch beim Essen wieder miteinzubeziehen!
- ☞ Achten Sie auf eine gute Lagerung der gelähmten Hand bei Tisch. Der Arm sollte ab dem Ellbogen unterstützt sein (auf einem Kissen oder am Tisch). Der Arm darf während des Sitzens und Liegens keinesfalls hinunterhängen!
- ☞ Zum Trinken sollte keine Schnabeltasse benutzt werden. Der Betroffene saugt dabei leicht gleichzeitig Luft und Flüssigkeit ein und verschluckt sich so eher. Bestehen Schluckstörungen, so empfiehlt es sich, vorerst verdickte Flüssigkeiten (wie z.B. pürierte Suppen, eingedickte Säfte etc.) eventuell mit einem kleinen Löffel zu geben. Ansonsten verwenden Sie ein normales Glas!
- ☞ Suppen dürfen keine Einlagen enthalten (Flüssigkeit und Festes zugleich verleitet zum Verschlucken!). Inhomogene Speisen, wie Reis, Brösel, etc., sollten vermieden werden!
- ☞ Achten Sie auf eine sorgfältige Mundhygiene nach jeder Mahlzeit. So bleiben das Zahnfleisch und das Mundinnere in gutem Zustand.

*Für weitere Fragen oder Hinweise wenden Sie sich bitte an die behandelnde Logopädin!*

# Aus- und Anziehen

## Ausgangsstellung

Sitzen auf einem stabilen Sessel mit/ohne Armlehne oder auf einem Hocker. Auf der Sitzfläche etwas nach vor rutschen, beide Füße sollen Kontakt zum Boden haben. Die Kleidung liegt in Reichweite an der betroffenen Seite.

**Achtung: Immer zuerst die betroffene Körperseite anziehen.**

**Beim Ausziehen beginnt man mit der nicht betroffenen Seite!**

## Ausziehen des Oberkörpers

*Pullover, T-Shirt, Unterhemd*

- ☛ den Oberkörper leicht nach vor neigen (der betroffene Arm liegt am Schoß)
- ☛ das Kleidungsstück aus der Hose/dem Rock ziehen und rundherum etwas hoch schieben (das Bündchen lockern)
- ☛ mit der gesunden Hand das Kleidungsstück im Nacken fassen, und über den Kopf ziehen
- ☛ den Ärmel von der Schulter herunter über den betroffenen Arm ziehen
- ☛ um das Kleidungsstück vom gesunden Arm abzustreifen, den Ärmel zwischen den Oberschenkeln einklemmen und die Hand herausziehen

## BH

Wie den Pullover über den Kopf ausziehen. Günstig sind BHs, die vorne zu öffnen sind, oder wie ein Skiny-Oberteil geschnitten sind!

**Sie können einen herkömmlichen BH auch einfach am Verschluss zusammennähen!**

## Hemd und Jacke

Die Knöpfe oder den Reißverschluss vorher schließen und wie einen Pullover ausziehen.

Knöpfe an den Manschetten mit Elastikfäden annähen, oder durch Klettverschlüsse ersetzen!



### **Anziehen des Oberkörpers**

-  das Kleidungsstück mit der Vorderseite auf den Oberschenkel legen
-  ein „Nesterl“ machen
-  den betroffenen Arm ins Armloch führen, vorbeugen und den betroffenen Arm zu den Beinen hinunterhängen lassen, das Kleidungsstück möglichst weit (bis über die Schulter) hochschieben
-  mit dem gesunden Arm ins andere Ärmel-  
loch schlüpfen
-  mit der gesunden Hand das Rückenteil des  
Kleidungsstücks vom Bund bis zum Hals-  
ausschnitt zusammenraffen und über den  
Kopf ziehen.
-  das Kleidungsstück zurecht zupfen



Die Hose im Sitzen über das Bein fädeln



Die Hose im Stehen hochziehen



## ■ Anziehen des Unterkörpers

### Hose

- ☛ das betroffene Bein über das nicht betroffene schlagen
- ☛ die (Unter)Hose am Bund fassen
- ☛ den Oberkörper vorbeugen, die Hose über das Bein fädeln, das Bein parallel auf den Boden stellen
- ☛ mit dem nicht betroffenen Bein in die Hose steigen
- ☛ die Hose über beide Knie hochziehen
- ☛ aufstehen, Unterhose und Hose hochziehen
- ☛ hinsetzen und den Hosenbund schließen

### Socken

- ☛ den Socken vordrehen
- ☛ die Beine überschlagen und den Oberkörper nach vor beugen
- ☛ den Sockenbund mit den Fingern auseinander spreizen
- ☛ den Socken über die Zehen stülpen und über die Ferse hochziehen



### Achtung:

**Nicht mit den Socken aufstehen!  
Rutschgefahr! Nur barfuß oder mit  
Schuhen.**

### Schuhe

- ☛ die Schuhbänder lockern
- ☛ das betroffene Bein über das nicht betroffene Bein schlagen
- ☛ den Schuh mit der Hand über den Fuß ziehen
- ☛ beim nicht betroffenen Bein genauso verfahren, oder in den Schuh hineinsteigen (evtl. einen langen Schuhlöffel verwenden)
- ☛ Verschlüsse schließen

## ■ Ausziehen des Unterkörpers im Sitzen

### Schuhe

- ☛ die Beine übereinanderschlagen, Schuhe öffnen und ausziehen oder
- ☛ den Oberkörper vorbeugen und die Schuhe öffnen; zum Ausziehen ev. einen Stiefelknecht, Schuhlöffel oder den anderen Fuß zu Hilfe nehmen und den Schuh abstreifen, oder
- ☛ die Füße auf einen Schemel stellen, die Schuhe öffnen und wie oben beschrieben ausziehen.

### Socken

- ☛ entweder die Beine übereinanderschlagen oder die Beine parallel am Boden stellen und den Oberkörper nach vor beugen
- ☛ den Socken über die Ferse schieben
- ☛ den Socken an den Zehen fassen und ausziehen

### Hose

- ☛ Bund öffnen oder lockern
- ☛ die Hose und Unterhose möglichst weit nach unten schieben
- ☛ aufstehen und beide Hosen über das Gesäß hinunter ziehen, wieder hinsetzen
- ☛ das nicht betroffene Bein herausziehen / heben
- ☛ mit diesem Bein dann die Hose fixieren, das betroffenen Bein ebenfalls herausheben, evtl. mit der Hand unter dem Knie am Schienbein fassen und das Bein unterstützen
- ☛ oder das betroffene Bein über das nicht betroffene schlagen und die Hose mit einer Hand abstreifen

# Tipps für leichteres Öffnen und Schließen der Kleidung

1. Knoten an einem Schuhbandende



2. Durchziehen



3. Man geht ein zweites mal wie bei 2 vor, zieht das Schuhband allerdings nicht gänzlich durch, sondern holt durch diese Schlinge ein Stück vom Schuhband, das man ebenfalls zur Schlinge zieht. Die Masche an beiden Schlingenteilen gemeinsam festziehen.



- ☛ Einhänderknoten (siehe Abbildung)
- ☛ Klettverschlüsse
- ☛ Elastische Schuhbänder
- ☛ Schnellverschlüsse

# Gehen

Voraussetzung für das Gehen und in Folge für das Stiegen-Steigen sind ein sicherer freier Stand, das Gleichgewicht halten und die Beine ausreichend bewegen zu können, etc.

 **ACHTUNG:**  
**Bevor Sie mit dem Gehen beginnen, achten Sie darauf, dass der Patient festes und stabiles Schuhwerk trägt. Gefahrenquellen im Umfeld, die eine Sturzgefahr darstellen (wie Teppich, Kabel, Gegenstände am Boden, etc.) sollten aus dem Weg geräumt werden.**

Das Gehen erfordert für den Betroffenen viel Konzentration und seine ganze Aufmerksamkeit. Deshalb vermeiden Sie Ablenkungen und sprechen sie nicht mit ihm!  
Der Blick des Patienten sollte nach vor, in den Raum gerichtet sein.

 **Passen Sie Ihr Tempo dem des Patienten an!**

Halten, fixieren oder stützen Sie den betroffenen Arm nicht, da sonst eine Verletzungsgefahr für die betroffene Schulter besteht!

Lassen Sie sich von den behandelnden Therapeuten zeigen, wie Sie mit dem Patienten gehen und Stiege-Steigen können, und üben Sie unter Anleitung.

Daheim sollten Sie beim Stiegen-Steigen am Anfang mit zwei Hilfspersonen gehen (eine neben dem Patienten und die andere hinter ihm)! Das Hinaufgehen ist für den Betroffenen relativ einfach und gefühlsmäßig sicherer.  
Hat er beim Hinuntergehen Angst, so können Sie im Notfall anfangs rückwärts die Treppen hinuntergehen.

# Hilfsmittel zur Fortbewegung

Bei den meisten Betroffenen besteht der tiefe und verständliche Wunsch, so schnell wie möglich wieder gehen zu können. Bis die dafür erforderlichen „Bausteine der Bewegung“ erlernt sind, kann es Wochen, Monate oder auch Jahre dauern. Während dieser Phase benötigen die meisten Menschen einen Rollstuhl. Einzelheiten zum Thema Rollstuhl erfahren Sie in einem eigenen Kapitel dieser Informationsbroschüre (siehe Seite 39).

## ■ Schuhe

Nach einer Halbseitenlähmung benötigt der Betroffene keine Spezialschuhe, sondern normale Schuhe mit gutem Halt (keine Pantoffeln!), genügend Platz und flachen Absätzen. Ideal ist eine Sohle aus Leder. Turnschuhe bieten zwar einen guten Halt, die Gummisohle haftet jedoch zu sehr am Boden, das Vorstellen des Beins wird bei jedem Schritt erschwert.

Besprechen und wählen Sie bitte den passenden Schuh gemeinsam mit der behandelnden Physiotherapeutin.

## ■ Schienen

Fallweise ist eine Unterstützung des Beines/Fußes durch eine Schiene erforderlich. Die Schiene hilft, den Fuß in eine physiologische Position zu bringen und so die Qualität des Gehens zu steigern. Benötigt der Patient eine solche Schiene, muss diese konsequent beim Gehen getragen werden.

## ■ Stock

Der Patient, Menschen aus seinem Umfeld und Sie als Angehöriger, sind vielleicht der Meinung, dass mit einem Stock die Gehfähigkeit leichter und rascher erreicht werden könnte.

Dem ist leider nicht in jedem Fall so.

Wenn wir einem Menschen mit einer Halbseitenlähmung zu früh einen Stock geben, können folgende Schwierigkeiten auftreten:

☞ Weil die Balance noch ungenügend ist, wird der Patient sich voll auf den Stock stützen.

Dadurch werden die normalen Gleichgewichtsreaktionen, welche für ein selbstständiges Gehen erforderlich sind, unterdrückt und nicht oder falsch erlernt.

Bei unvorhergesehenen Situationen ist der Patient zu wenig sicher und stark sturzgefährdet.

☞ Der Betroffene strengt sich beim Gehen noch zu viel an. Die Muskelanspannung, vor allem in der betroffenen (gelähmten) Körperseite steigt über das normale Ausmaß, es kommt zu Spastizität (Verkrampfung), normale Bewegungen werden blockiert und können nicht mehr erlernt werden.

Ein 4-Punkt-Stock trägt umso mehr zu dieser Entwicklung bei und sollte in der Rehabilitationsphase nicht eingesetzt werden.

Ein Stock ist dann erlaubt, wenn der Halbseiten-gelähmte kleinere Strecken auch ohne Stock gehen kann. Der Stock trägt dann zu mehr Sicherheit bei.

# Hilfsmittel

Ein halbseitengelähmter Mensch benötigt, je nach Art und Schwere der Lähmung, für eine gewisse Zeit oder auf Dauer Hilfsmittel, damit der Alltag in und außerhalb des Krankenhauses erleichtert wird.

Wir beraten Sie gerne über Möglichkeiten bezüglich

- ↳ Zimmergestaltung und Bett
- ↳ Toilette (Leibstuhl, Toiletsitzerhöhung, Haltegriffe)
- ↳ Bad (Badebrett, Badewannenlift, rutschfeste Matte, bauliche Veränderungen, Duschklapsitz)
- ↳ Transferhilfen (Rutschbrett, Hebelifter, Drehteller)
- ↳ Fortbewegung (Rollstuhl, diverse Gehwagen, Stock, Krücken)
- ↳ Haushalt (Besteck, Hilfsmittel zum Kochen etc., div. bauliche Veränderungen)
- ↳ Veränderungen an Wohnung/Haus und näherer Umgebung (Türschwellen, Treppenrampen, Treppenlifter, Stolpergefahren etc.)
- ↳ Auto

**Hilfsmittel werden zum Großteil von Ihrer Pflicht-Krankenversicherung mitfinanziert** und/oder leihweise zur Verfügung gestellt. Bitte bedenken Sie, dass nicht alle Hilfsmittel lagernd sein werden, und die Beschaffung Tage bis Wochen in Anspruch nehmen kann.

Falls Sie nicht sicher sind, ob ein Hilfsmittel passt, vereinbaren Sie ausdrücklich eine Bestellung „zur Ansicht“.

Wir geben Ihnen unsere Erfahrungen gerne weiter.

# Rollstuhl

Ein Rollstuhl ist meist die erste Fortbewegungsmöglichkeit für Menschen mit einer halbseitigen Lähmung. Er ersetzt für eine kurze oder längere Phase das Gehen.

 **Leben ist Bewegung, Bewegung ist Leben, ohne Bewegung kein Leben.**

Der Großteil aller Patienten nach einem Schlaganfall kann mit einem Rollstuhl eine selbstständige Fortbewegung erzielen. Die Möglichkeit zur Fortbewegung ist im Alltag ein großer Anreiz, aus dem Bett (ev. Krankenbett) aufzustehen. Der Weg in die Selbstständigkeit beginnt.

Wir Menschen sind verschieden: groß, klein, dick, dünn, haben lange oder kurze Beine, kräftige oder weniger starke Muskeln an den Armen und so weiter. Nach einem Schlaganfall bleiben einzelne Fähigkeiten erhalten, andere nicht und so hat jeder Patient andere Voraussetzungen und Möglichkeiten. Daher gibt es viele verschiedene Rollstühle in unterschiedlicher Breite, Höhe und mit speziellen Zusatzfunktionen.

Damit ein **selbstständiges Antreiben** des Rollstuhls überhaupt möglich ist, muss für den einzelnen Menschen ein passendes Modell ausgewählt werden. Ein Leibstuhl kann somit niemals ein Ersatz für einen Rollstuhl sein. Denn ein Leibstuhl ermöglicht kein wirklich selbstständiges Fahren (keine Antriebsräder, nur eine Sitzbreite, Sitzhöhe zu hoch, keine erreichbaren Bremsen etc.) und birgt noch dazu viele Gefahren (Stolpern über abstehende Fußplatten etc.).

**Bitte sprechen Sie uns an, bevor Sie einen Rollstuhl (oder andere Hilfsmittel) für zu Hause besorgen.** Da wir im Moment Ihren Angehörigen behandeln, kennen wir seine Mobilität und Leistungen am besten. Gerade in der Erholungs- und Rehabilitationsphase nach einem Schlaganfall kann sich der Zustand nach wenigen Wochen verbessern und somit ändern. Ihr Hausarzt kennt zwar den Patienten mitunter ein halbes Leben lang, kann aber aus der Ferne den individuellen Bedarf an Hilfsmitteln, der sich an der momentanen Verfassung des Patienten orientiert, nicht wirklich erheben. Das gleiche gilt für die Angestellten in einem Sanitätshaus. Es wäre schade (und mitunter auch teuer), wenn unbrauchbare Hilfsmittel angeschafft werden.

Im Rahmen der Ergo- und Physiotherapie suchen wir ein passendes Modell aus und trainieren den Umgang mit dem Rollstuhl (parallel zur übrigen Therapie). Sollte Ihr Angehöriger einen Rollstuhl für zu Hause benötigen, arbeiten wir gerne mit Ihnen zusammen und sind bei der Organisation behilflich (Verordnung, Sozialversicherung, Sanitätshaus).

# Ausstattung von Sanitarräumen

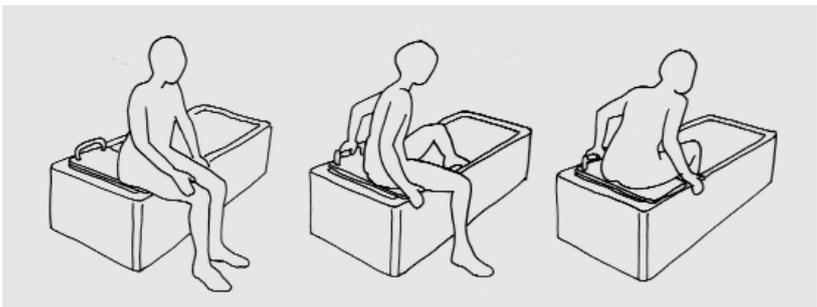
## ■ Dusche

Diese Dusche ist mit einem stabilen Duschklapsitz und einem Haltegriff ausgestattet. Am Boden erhöht eine Antirutschmatte die Sicherheit. Der Einstieg ist hier niedrig und somit erleichtert.



## ■ Badewanne

Der Einstieg in die Badewanne, das Hineinsetzen und Wiederaufstehen, aber auch das Stehenbleiben und Duschen erfordern Beweglichkeit, Gleichgewicht, Koordination und Belastbarkeit. Nach einem Schlaganfall ist das Benützen der Badewanne oftmals nicht ohne Hilfe oder Hilfsmittel möglich.



## ■ Toilette

In dieser geräumigen Toilette ist Platz für den Rollstuhl. Haltegriffe an beiden Seiten geben Sicherheit. Der linke Griff kann nach oben geklappt werden, und ist somit auch in einer kleinen Toilette nicht im Weg, wenn er gerade nicht gebraucht wird. Achten Sie auf eine ausreichende Höhe der Toilette (ev. Toiletsitzerhöhung verwenden).

Lassen Sie sich von der Ergotherapeutin beraten, welche Lösungen für Sie möglich sind.



*Ein Badebrett ermöglicht ein Duschen über der Badewanne (im Sitzen). Mittels Badelift ist ein bequemes Vollbad möglich. Zur Benützung beider Hilfsmittel muss der Patient nicht unbedingt gehen können; sie helfen beim Transfer (=Wechsel z.B. Rollstuhl - Hilfsmittel), im Sitzen heben Sie die Beine des Patienten über den Wannengrand, der Betroffene sollte sitzen können. Dabei ist die betroffene Seite der Hilfsperson zugewandt.*

# Inkontinenz

In der akuten Krankheitsphase nach einem Schlaganfall haben viele Patienten Schwierigkeiten, Harn oder Stuhlgang zu kontrollieren. Die unkontrollierte Blasentätigkeit kann mit der eines Kleinkindes verglichen werden, das noch nicht gelernt hat, die Entleerung zu steuern. Sobald ein Patient beweglicher geworden ist und alleine zurechtkommt, verschwinden diese Schwierigkeiten im allgemeinen; sie treten meist nur in den ersten 3 Monaten auf.

Eine nach diesem Zeitraum anhaltende Inkontinenz ist durch Perzeptionsstörungen (Signale der gefüllten Blase werden nicht ausreichend verspürt) oder frühere urologische Störungen bedingt.

Da viele Hemiplegiepatienten der älteren Generation angehören, haben sie möglicherweise schon vorher Schwierigkeiten mit der Blasenentleerung gehabt, etwa aufgrund einer Vergrößerung der Prostata oder einer Schwäche des Sphincters (=Blasenschließmuskel). Unter normalen Umständen konnten sie die Inkontinenz durch sorgfältige Planung vermeiden. Durch den Verlust der Beweglichkeit und der dadurch bedingten Verlangsamung, kann die Toilette vielleicht nicht mehr schnell genug erreicht werden.

Während des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus wird danach gestrebt, möglichst bald alle Körperfunktionen wieder zu normalisieren. Das bedeutet, der behandelnde Arzt ist bemüht, den Blasenkatheter abzusetzen, in Zusammenarbeit mit der Pflege erfolgt ein **Blasentraining**. Dabei wird der Betroffene vorerst in regelmäßigen Abständen (beginnend mit 2 Stunden) angehalten, die Toilette zu benutzen. Über den Erfolg und Intervall werden Aufzeichnungen geführt. So hat der Patient hohe Chancen, wieder Kontrolle über seine Ausscheidung zu erlangen = KONTINENZ. Führt das Toilettentraining nicht zum gewünschten Erfolg, ist die Entscheidung zwischen aufsaugenden Maßnahmen oder Katheterableitung zu treffen. Bitte wenden Sie sich an den behandelnden Arzt bzw. an unser diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegeper-

sonal, wenn Sie zum Thema Kontinenz/Inkontinenz/Ausscheidung Fragen haben.

Zirka ein Drittel der Pflegezeit entfällt auf die Versorgung der Ausscheidungsvorgänge. Die Beschäftigung mit der Ausscheidung ist gefühlsmäßig belastet und von großer psychischer und sozialer Bedeutung. Die Kontrolle in diesem Bereich zu verlieren, bedeutet für den Betroffenen eine tiefgreifende Verletzung seines Selbstbildes und ist verbunden mit Scham und Verzweiflung. Das zur Harninkontinenz Beschriebene trifft in noch stärkerem Ausmass für die Stuhlinkontinenz zu. Scham und Ekel in der Umgebung spielen eine noch stärkere Rolle. Auch bei Stuhlinkontinenz ist (nach einer medizinischen Abklärung der Ursache) ein Toilettentraining angezeigt, das ähnlich aufgebaut ist, wie bei der Harninkontinenz.

Sie als Angehöriger haben den Vorteil, dass Sie die Gewohnheiten des Betroffenen besser kennen als wir und sich darauf einstellen können. Weiters können Sie die Zeitspanne, in der die Toilette erreicht wird, verkürzen, indem Sie auf zweckmässige Kleidung und eine ausreichende Sitzhöhe der Toilette achten. Sollte der Weg zur Toilette zu weit sein, können Sie auch einen Leibstuhl verwenden. (siehe Hilfsmittel)

 **Je besser Sie den Ablauf organisieren, desto höher ist der Erfolg und die Zufriedenheit für alle Beteiligten.**

# Apraxie/Dyspraxie

Eine Apraxie/Dyspraxie ist eine Störung der Handlungsfähigkeit. Das bedeutet, der Patient hat Schwierigkeiten, Alltagsgegenstände in korrekter Weise zu benützen und/oder die einzelnen Teilschritte einer Handlung richtig und erfolgreich aneinanderzufügen. So kann es auch passieren, dass einzelne Handlungsschritte ausgelassen werden.

 **Beispiel:** Beim Frühstück. Der Patient möchte eine Semmel mit Butter und Marmelade bestreichen. Er reißt die Semmel in Stücke, gibt einige davon in die leere Kaffeetasse, öffnet die Portionsbutter und drückt diese samt Verpackung auf die Semmelstücke. Letztlich schüttet er noch Kaffee hinein – und bemerkt den Fehler.

Es kann vorkommen, dass eine Handlung gelingt, aber nicht beendet werden kann oder auf die nächste übertragen wird: Z.B. ein Patient, der sich nach dem Rasieren fönt, streicht mit dem Fön über die Wange.

Diese Beeinträchtigung resultiert nicht aus der Bewegungsunfähigkeit durch eine Lähmung sondern betrifft leider auch die gesunde/nicht betroffene Hand. Es kann vorkommen, dass mitunter auch schwierige Handlungen zwar spontan durchgeführt werden können, auf Abruf jedoch nicht mehr gelingen.

Aufgrund der Problematik könnte die Annahme entstehen, die Betroffenen seien unmotiviert, unkooperativ, verwirrt oder böswillig. Der dyspraktische Patient möchte Erfolg haben; er hat nur unzureichende Strategien, damit eine Handlung gelingen kann. Bekommt er keine adäquate Hilfestellung, misslingt die Alltagsaktivität. Patienten mit Apraxie merken, ob sie erfolgreich sind oder Misserfolg ernten. Bei zu vielen Misserfolgen kommt es zu Rückzug, Trauer, Untätigkeit (aus Angst, wieder etwas falsch zu machen).

## So können Sie helfen

 Apraktische (und gleichzeitig oft aphasische) Patienten können mit sprachlichen Handlungsanweisungen oft wenig anfangen. Zeigen Sie Handlungen und einzelne Abläufe vor oder führen Sie die Hände des Betroffenen.

 Bereiten Sie Handlungen vor oder machen Sie diese für den Patienten leichter, indem Sie Teile übernehmen (lassen Sie z.B. den Patienten vorerst immer nur ein Kleidungsstück selbst anziehen, welches er schaffen kann, bei den anderen Teilen helfen Sie). Führen Sie den Betroffenen schrittweise zum Erfolg. Sorgen Sie für Erfolgserlebnisse!

 Unterstützen Sie den Patienten bei der Auswahl und beim Gebrauch von Alltagsgegenständen. Vermeiden Sie Fehler (apraktische Patienten lernen nicht über Versuch/Irrtum).

# Neglect

## **Neglect bedeutet negieren oder leugnen.**

Bei einem Neglect kommt es zur Vernachlässigung einer Körperseite und ihrer Umgebung (zumeist der linken).

Folgende Auswirkungen können beobachtet werden:

- ☞ Die Patienten halten Kopf und Blick spontan von der gelähmten Seite weggerichtet.
  - ☞ Auf Ansprache von der betroffenen Seite reagieren die Patienten gar nicht oder manchmal mit einer kurzen Zuwendung. Die Leistungen schwanken.
  - ☞ Körperliche Empfindungen (wie z.B. Berührungen, Schmerz, Temperatur) auf der betroffenen (linken) Seite werden missachtet. Die Patienten lassen die gelähmte Hand über die Bettkante hängen, legen sich darauf, klemmen sie ein und bemerken es nicht.
  - ☞ Spontane Bewegungen mit dem betroffenen Arm/Bein werden unterlassen, obwohl diese aufgrund der bereits vorhandenen Muskelaktivierung möglich wären.
  - ☞ Gebrauchsgegenstände in der linken Raumhälfte werden übersehen und können somit nicht gefunden werden. Sogar große Objekte (Möbel, Autos) werden nicht beachtet.
- Verletzungsgefahr durch Anstoßen!**
- ☞ Alltagshandlungen wie Waschen, Frisieren, Rasieren usw. werden entweder nur an der nicht betroffenen Körperhälfte durchgeführt oder nur unvollständig.

- ☞ Möglicherweise bleiben nach dem Essen Speisereste in der betroffenen Wangentasche zurück und werden nicht bemerkt.
- ☞ Beim Verzehr von Speisen wird ein Teil des Gerichts auf der betroffenen Seite nicht wahrgenommen und deshalb übrig gelassen (obwohl der Patient noch Hunger hätte).
- ☞ Die eigene Leistungsfähigkeit wird überschätzt, unrealistische Handlungen werden geplant und oftmals auch ausgeführt; dadurch besteht meist ein erhöhtes Sturzrisiko.

## **Sie können dem Patienten helfen, seine vernachlässigte Körper- und Raumhälfte wieder bewusster zu machen bzw. Tätigkeiten des Alltags zu erleichtern**

- ☞ Lenken Sie die Aufmerksamkeit des Betroffenen zur linken Seite: halten Sie sich wenn möglich auf der betroffenen Seite auf und sprechen Sie ihn auch von dieser Seite an.
- ☞ Platzieren Sie Alltagsgegenstände so, dass der Patient in der linken Raumhälfte danach suchen muss, um die Alltagshandlung lösen zu können (z.B. Zahnpasta und Bürste an der linken Seite des Waschbeckens)
- ☞ Machen Sie den Patienten aufmerksam, wenn Verletzungsgefahr besteht (Anstoßen an Hindernisse, offene Türen, Verbrennungen, Gefahr des Einklemmens, Hängen bleibens etc.)

# Zusatzstörung Pushersyndrom

Durch eine veränderte Wahrnehmung der Körpermittellinie lehnt sich der Patient vermehrt auf die betroffene Seite. Vor allem im Sitzen und Stehen kann der Patient selbstständig keine aufrechte Position einnehmen.

So helfen Sie dem Patienten:

- Wz Bieten Sie ihm eine Haltemöglichkeit an der rechten Seite an.
- Wz Fordern Sie ihn auf, sich aufzurichten („groß machen“)

- Wz **Achtung!**  
**Versuchen Sie nicht, den Patienten von der linken Seite nach rechts zu schieben, das verunsichert ihn und er wird sich noch mehr nach links lehnen.**

# Verhaltensänderung

Ein Schlaganfall kann viele Auswirkungen haben. Halbseitenlähmung und Sprachstörung sind bekannte Symptome. Durch das Geschehen im Gehirn ist aber auch eine Veränderung des Wesens möglich.

## **Problemlösungsvermögen**

Viele Handlungen des Alltags führt man automatisch durch, ohne besondere Anstrengung und Aufmerksamkeit. Wenn dabei unerwartet Hindernisse auftreten, überlegt man bewusst, welche Schritte man unternehmen soll und kontrolliert anschließend ihre richtige Ausführung. Diese Kontrollinstanz kann durch einen Schlaganfall beeinträchtigt sein. Situationen und Probleme werden nicht richtig erkannt und eingeschätzt.

## **Einhalten sozialer Regeln**

Was man in einer Situation tut oder nicht, unterliegt vielfach gesellschaftlichen Normen und Erwartungen. Unser Verhalten wird elementar durch Affekte und Impulse gesteuert: Freude, Angst, Wut, Appetit, sexuelle Wünsche etc. bestimmen unser Leben, untergeordnet in die gesellschaftlichen Konventionen. Entfällt die „zentrale Kontrolle“ für die eigenen Handlungen und Empfindungen, verhalten sich die Betroffenen nicht adäquat, sind mitunter enthemmt, machen frivole Witze, lachen in Situationen, in denen Ernst oder Trauer eher angebracht wären.

## **Antrieb und Apathie**

Die Patienten werden von sich aus nicht aktiv, wenn sie keine dezidierten Aufträge erhalten, verlieren sich in zufälligen Beschäftigungen oder versinken in Untätigkeit. Die Betroffenen sind zudem oft leicht ablenkbar, wenig ausdauernd und geben schnell auf.

## **Aggressionen**

Kleinigkeiten lösen bereits heftigste Wutanfälle aus, der Patient schreit, tobt und wirft mit Gegenständen um sich. Die Äußerungen sind meist ungezielt und können vom Patienten nicht unterbrochen werden. Aggressionen sind eine starke Belastung für die pflegenden Angehörigen und für den Partner.

## **Umgang mit Betroffenen bei Verhaltensänderung:**

- ☞ Versuchen Sie das Verhalten des Patienten als Teil des Schlaganfalls zu akzeptieren.
- ☞ Versuchen Sie in den jeweiligen Situationen auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen.
- ☞ Holen Sie sich Unterstützung für sich selbst. Ihre behandelnde Therapeutin kann Ihnen Adressen von möglichen Beratungsstellen nennen (Psychologen, Familienberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Tagesheimstätten, soziale Hilfsdienste).

# Gedächtnis

Durch einen Schlaganfall können Wissen und Erinnerungen, die im Laufe eines Lebens erworben wurden teilweise oder ganz verloren gehen. Dieser Verlust führt im Alltag zu Störungen im Verhalten, in der Kommunikation, Selbstständigkeit und zur Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Meist betreffen die Ausfälle nur Teile des Gedächtnisses. Ihre Bedeutung für die Patienten hängt davon ab, welche Teile betroffen sind:

## **Retrograde Gedächtnisstörungen**

Der Patient kann sich an einen bestimmten Abschnitt vor dem Schlaganfall nicht erinnern, hat sozusagen eine mehr oder minder große „Gedächtnislücke“. Der Betroffene kann neue Inhalte lernen und ist orientiert.

## **Anterograde Amnesie**

Der Patient erinnert sich an die Vergangenheit und früher gespeicherte Inhalte, neue Informationen können nur schwer oder gar nicht dauerhaft behalten werden.

## **Autobiographisches Gedächtnis**

Diese Form der verminderten Merkfähigkeit ist viel eher bei Demenz und bei Schädelhirntumoren als beim Schlaganfall anzutreffen. Die Patienten wissen zumeist, wie sie heißen und wann sie geboren wurden, haben aber keine oder wenig Erinnerung an kürzlich erlebte Episoden.

Im Alltag äußern sich die Probleme auf vielfältige Weise: Gesprächsinhalte werden nicht erinnert, Handlungen nicht oder nicht korrekt ausgeführt, weil der „Faden verloren wurde“, Werkzeuge falsch gebraucht, Gegenstände nicht gefunden, die Orientierung bezüglich Zeit, Ort und Person ist verfälscht, vertraute Personen werden nicht erkannt.

## **Sie helfen dem Betroffenen, indem Sie**

- ☞ ihn da unterstützen, wo er stecken bleibt (ohne ihm alle Handlungen abzunehmen).
- ☞ die Struktur und Umgebung so verändern, dass ein Zurechtfinden möglich ist (Routine und geregelter Tagesablauf sind wichtig, Ordnung und Gewohnheiten beibehalten).
- ☞ auf seine Wünsche und Bedürfnisse eingehen und ihn zum Tätigsein aktivieren.
- ☞ ihm vermitteln, dass er trotzdem ein wertvoller Mensch ist; denn viele Patienten reagieren auf die krankheitsbedingten Veränderungen mit Beschämung, Angst, Wut oder Niedergeschlagenheit.

# Räumliche Störungen

Die Unordnung am Tisch, in Bett und Schrank fällt bereits im Krankenhaus auf. Am Nachtkästchen liegen die Gegenstände wild durcheinander, Decke und Polster liegen schief im Bett – der Patient ebenso.

Kleidungsstücke werden mit der Naht nach außen getragen oder vorne und hinten sind vertauscht. Beim Kochen wird der der Kochplatte zugehörige Schalter nicht gefunden, die falsche Platte eingeschaltet, Gefässe werden zu voll gefüllt oder gehen über. Beim Decken des Tisches liegen die Servietten scheinbar „schlampig“, die Ecken und Winkel stimmen nicht. Möglicherweise beobachten Sie, dass sich der Betroffene oft verläuft.

## Diese Alltagshandlungen setzen zur korrekten Durchführung folgende Leistungen voraus:

-  Das Einschätzen von Winkeln, Abständen und Positionen.
-  Die Wahrnehmung der eigenen Körpermitte (bei einer Störung wird der Körper z.B. als gerade empfunden, obwohl der Patient mitunter schief sitzt oder steht).
-  Das Zusammensetzen von Teilen zu einem Ganzen, das Zeichnen von Figuren.
-  Die Orientierung in Räumen, an Plänen und Landkarten.

## So können Sie dem Betroffenen helfen

-  Teilen Sie Handlungen in kleine Schritte auf und benennen Sie diese. Dadurch geben Sie die nötige Struktur.
-  Bauen Sie Orientierungshilfen im Alltag ein, z.B. farbige Aufkleber auf Türen, am Gang, usw.
-  Vorne/hinten Kleidungsstücke markieren (Aufnäher am Bündchen als Orientierungshilfe).
-  Kleidungsstücke (z.B. Unterhemd, T-Shirt) auf einem Hocker vor dem Patienten zurechtlegen.