

Chatverlauf Evaluation Physiotherapeutin

System: Rolle gewechselt. Du sprichst jetzt mit: Physiotherapeutin Lena Müller.

Student:in: Hallo

Physiotherapeutin – Lena Müller: Hallo, ich bin Lena Müller, Physiotherapiestudentin im fünften Semester mit neurologischem Reha-Hintergrund, vor allem im Bereich Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma. Ich freue mich, im interprofessionellen Team mitzuwirken und Aspekte aus physiotherapeutischer Sicht zur Therapieplanung von Herrn von Hausen einzubringen. Falls ihr Fragen zu Bewegung, Mobilität oder zu typischen physiotherapeutischen Interventionen und Zielen bei neurologisch Betroffenen habt, stehe ich gerne zur Verfügung. Bitte beachtet aber, dass ich hier eine Rolle simuliere und meine Antworten Fehler enthalten können. Wie kann ich euch helfen?

Student:in: Wie oft sollte der Patient in der Woche behandelt werden?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine wichtige Frage und natürlich aus physiotherapeutischer Sicht stark abhängig vom akuten Rehabilitationsstand des Patienten, aber auch vom Gesamtzustand und der aktuellen Belastbarkeit. Bei Herrn von Hausen sprechen wir von einer noch sehr eingeschränkten Mobilität durch die rechtsseitige Hemiplegie, begleitende kognitive Störungen und erheblicher Einschränkung der Belastbarkeit vor dem Hintergrund von Herzinsuffizienz und Adipositas.

In der neurologischen Frührehabilitation und auch in der aufbauenden Reha ist es empfehlenswert, möglichst häufig und regelmäßig physiotherapeutisch zu arbeiten, um Dekonditionierung, Kontrakturen und Sekundärschäden vorzubeugen. Nach den gängigen Leitlinien und meinem praktischen Arbeiten in der Neuroreha würde ich normalerweise mindestens fünf bis sechsmal pro Woche Einzelbehandlungen anstreben, jeweils individuell angepasst zwischen 30 und 45 Minuten, sofern die Belastbarkeit des Patienten das zulässt. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass wir neuroplastische Prozesse – also die Anpassungsfähigkeit und Umstrukturierung des Gehirns – am effektivsten durch hohe Frequenzen und Wiederholungen fördern können.

Bei einem Patienten wie Herrn von Hausen, dessen Belastbarkeit eingeschränkt ist und bei dem (laut Entlassungsbericht) z. B. das Sitzen an der Bettkante oder Transfers bereits erhebliche Anstrengung bedeuten, würde ich allerdings zu Beginn darauf achten, die Einheiten ggf. kurz zu halten und die Anzahl der aktiven und passiven Anteile genau zu dosieren. Sollte im interprofessionellen Team auffallen, dass die Fatigue oder die kardiovaskuläre Belastungsgrenze überschritten wird, könnte man einzelne Pausen einbauen oder die Dauer temporär anpassen. Generell orientiere ich mich bei der Dosierung immer eng an den Reaktionen und Rückmeldungen des Patienten sowie an Belastungsparametern, beispielsweise Herzfrequenz und sichtbarer Erschöpfung.

Zusätzlich sollten nach Möglichkeit auch zweimal täglich (gegebenenfalls kürzere) Mobilisationsmaßnahmen und Lagerungswechsel angeboten werden, um den motorischen Lernprozess zu unterstützen und Komplikationen zu verhindern. Allerdings ist hier auch die

Kooperation mit Pflege, Ergotherapie und Logopädie zu beachten, um eine Überforderung zu vermeiden.

Zusammengefasst: Ich empfehle eine möglichst tägliche physiotherapeutische Behandlung – fünf- bis sechsmal pro Woche, individuell dosiert, mit Berücksichtigung seiner aktuellen Belastungslage. Je nach Tagesform kann flexibel reagiert werden. Gerne prüfe ich gemeinsam mit euch, wie wir die Maßnahmen für Herrn von Hausen am sinnvollsten abstimmen. Bitte beachtet, dass ich meine Antwort nach bestem Wissen aus der Rolle einer Physiotherapiestudentin formuliere und Fehler möglich sind.

Student:in: Wie wird das Wetter morgen?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Entschuldigung, aber als Physiotherapiestudentin liegt mein Wissensschwerpunkt ausschließlich im Bereich der physiotherapeutischen Betreuung und nicht bei Themen wie Wettervorhersagen. Falls dir die Rahmenbedingungen im Hinblick auf die physiotherapeutische Außentherapie – zum Beispiel für Gehübungen im Freien – wichtig sind, könnten wir im Team überlegen, wie Bewegung draußen (z. B. bei geeignetem Wetter) in den Therapieplan von Herrn von Hausen integriert werden kann. Für konkrete Wetterprognosen empfehle ich dir jedoch, entsprechende Wetterdienste zu konsultieren.

Falls du eine spezifische Frage zur Bewegungstherapie, zur Mobilisation oder zu alltagsnahen Aktivitäten im Kontext von Herrn von Hausen hast, stehe ich natürlich gerne zur Verfügung! Bitte beachte, dass ich in der simulierten Rolle als Physiotherapiestudentin antworte und meine Antworten fehleranfällig sind.

Student:in: Was ist bei der Mobilisation des Patienten zu beachten?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine ganz zentrale Frage, gerade bei Herrn von Hausen, der durch die rechtsseitige Hemiplegie, Adipositas Grad III, Herzinsuffizienz und die allgemein reduzierte Belastbarkeit mit besonderen Risiken und Herausforderungen in der Mobilisation konfrontiert ist. Aus physiotherapeutischer Sicht ist bei ihm vor allem Folgendes zu beachten:

Zunächst spielt die Sicherheit bei jedem Bewegungsvorgang eine große Rolle. Aufgrund der Hemiplegie besteht Sturzgefahr, gerade im Wechsel vom Liegen zum Sitzen oder beim Umsetzen an die Bettkante oder in den Rollstuhl. Es ist wichtig, dass Herr von Hausen zu Beginn immer eng begleitet und möglichst mit zwei Personen und geeigneten Hilfsmitteln mobilisiert wird. Dabei sollte stets die gelähmte Seite geschützt und unterstützt werden, um Zug- und Scherkräfte auf das Schultergelenk (Schulter-Hand-Syndrom, Subluxationsgefahr!) zu vermeiden. Im Alltag arbeite ich hierbei gerne mit Griffen und stabilisiertem Führen an Oberkörper oder Becken und mit einer gezielten Anleitung für den Patienten, damit er so viel wie möglich auch aktiv beteiligt bleibt.

Wegen seiner Adipositas ist zu berücksichtigen, dass Transfers und Bewegung sehr kraftraubend sein können – für ihn und auch für das Personal. Deshalb sollte auf ausreichende Hilfsmittel zurückgegriffen werden (z. B. Rutschbrett, Aufrichthilfen, ggf. Patientenlifter). Es ist außerdem empfehlenswert, die Mobilisation schrittweise zu steigern

und immer wieder kleine Pausen einzubauen, um Überlastung des Herz-Kreislauf-Systems zu vermeiden.

Herzinsuffizienz und verminderte Nierenfunktion erfordern Monitoring: Während der Mobilisation sollten Vitalparameter wie Puls, Blutdruck und Atmung beobachtet werden. Bei Anzeichen von Unwohlsein, Schwindel, Luftnot oder Schwitzen muss die Mobilisation sofort angepasst oder unterbrochen werden. Gerade anfangs ist eine Zusammenarbeit mit Pflege und dem ärztlichen Team sehr wichtig.

Ein weiterer Punkt ist der Schutz vor Druckstellen und Kontrakturen. Herr von Hausen ist dekubitusgefährdet und hat Ödeme an den Vorfüßen. Die Mobilisation sollte möglichst frühzeitig stattfinden und durch regelmäßige Lagerungswechsel ergänzt werden. Die Beine sollten bei Transfers und im Sitzen regelmäßig bewegt und unterstützt werden, um Ödeme zu verhindern und die Durchblutung zu fördern.

Ganz praktisch: Bei Transfers ist darauf zu achten, dass er langsam aufgerichtet wird, um Kreislaufprobleme (Orthostase) zu vermeiden. Bei Bedarf sollte er Kompressionsstrümpfe tragen, aber das entscheidet letztlich das ärztliche Team. Die rechte Hand und der Arm werden während des Transfers am besten vor dem Körper platziert und ggf. leicht gestützt, um Überdehnungen und Verletzungen zu verhindern.

Außerdem sollte die Kommunikation immer klar, ruhig und an den Patienten angepasst sein, gerade bei bestehender Aphasie. Ich fasse vor jeder Bewegung die Abfolge in einfachen Worten zusammen, damit Herr von Hausen so aktiv wie möglich mitwirken kann. Die Anleitung erfolgt bevorzugt verbal und, wenn möglich, auch durch Vormachen. Unterstützendes, motivierendes Feedback ist bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Fatigue enorm wichtig.

Zusammenfassend: Mobilisation bei Herrn von Hausen muss sehr individuell, sicherheitsorientiert und abgestimmt mit allen Teammitgliedern erfolgen, unter Berücksichtigung seiner neurologischen, kardiovaskulären und körperlichen Besonderheiten. Dabei steht die Förderung der Eigenaktivität im Vordergrund, aber immer unter engmaschiger Beobachtung. Bitte denkt daran, dass ich hier die Rolle einer Physiotherapiestudentin spiele und meine Antwort fehleranfällig ist. Wenn zu einzelnen Situationen mehr Details benötigt werden, fragt gerne nach!

Student:in: Sind für den Patienten eher wenige lange Übungseinheiten oder mehrere kurze Einheiten sinnvoll?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr praxisrelevante Überlegung, gerade bei Herrn von Hausen mit seiner eingeschränkten Belastbarkeit, Fatigue und den Begleiterkrankungen. Aus physiotherapeutischer Sicht und gestützt durch aktuelle Leitlinien zur neurologischen Rehabilitation würde ich bei ihm klar mehrere kurze, über den Tag verteilte Übungseinheiten bevorzugen.

Gerade bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma, Adipositas und Herzinsuffizienz besteht das Risiko, dass längere Einheiten zu einem schnellen Leistungsabfall führen, die Motivation sinkt und auch die Aufmerksamkeit oder das Bewegungslernen darunter leidet. Die Fatigue nach neurologischer Schädigung ist oft ausgeprägt, was längere Belastungsphasen problematisch macht – die Qualität der Bewegungen nimmt dann häufig ab, und es kommt

verstärkt zu Ausweichbewegungen und Kompensationsstrategien. Das birgt die Gefahr, dass Fehlhaltungen verstärkt oder gar eingeschliffen werden.

Mehrere kurze Einheiten – zum Beispiel 15 bis maximal 30 Minuten, verteilt über den Tag – haben mehrere Vorteile: Die Wiederholung und Dosierung der Reize zur Förderung der Neuroplastizität ist optimal, aber die Erschöpfung hält sich in Grenzen. Der Patient bleibt eher aufmerksam und motiviert und kann, je nach individueller Tagesform, auch aktiver mitarbeiten. Außerdem lassen sich die Interventionen sehr flexibel an die gesamte Tagesstruktur, Therapien der anderen Disziplinen und die Pausenbedürfnisse anpassen. Nach meiner Erfahrung sind Patienten wie Herr von Hausen dadurch meist auch emotional besser eingebunden und weniger frustriert.

Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass so alltagsrelevante Tätigkeiten (wie Transfers, Umlagerungen oder Lagerungswechsel) über den Tag verteilt immer wieder physiotherapeutisch „aufgegriffen“ werden können, was das motorische Lernen fördert.

Wichtig ist aber, dass diese Einheiten mit den anderen Berufsgruppen (Ergo, Logo, Pflege) abgestimmt werden, um die Gesamterholungszeit des Patienten zu wahren und Überlastungen zu vermeiden. Die Feinabstimmung erfolgt am besten im Team, in Rücksprache mit Herrn von Hausen und mit enger Beobachtung seiner Tagesform und Vitalparameter.

Fazit: Für Herrn von Hausen sind kurze, häufigere Einheiten sinnvoller und sicherer als wenige lange, um Rehabilitationserfolge zu fördern und Risiken zu minimieren. Ich antworte in der simulierten Rolle als Physiotherapiestudentin, daher können Fehler enthalten sein. Lasst mich wissen, wenn ihr noch Details zu Aufbau, Frequenz oder Inhalten der Einheiten wünscht!

Student:in: Wie soll der Transfer Bett-Stuhl oder Bett-Toilette durchgeführt werden?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr praxisrelevante Frage, weil gerade Transfersituationen für Patienten wie Herrn von Hausen mit rechtsseitiger Hemiplegie und Adipositas ein besonders hohes Verletzungs- und Sturzrisiko bergen, sowohl für den Patienten als auch für das Personal. Ich erkläre den empfohlenen Ablauf gerne ganz konkret anhand des Falls Herr von Hausen – und gebe dabei Tipps, die ich aus der neurologischen Rehabilitation und nach aktuellen Leitlinien als sinnvoll erachte. Bitte beachtet, dass ich diese Hinweise in meiner simulierten Rolle als Physiotherapiestudentin gebe und Fehler möglich sind.

Bei Herrn von Hausen sollte jeder Transfer zunächst eng begleitet und möglichst im Zweipersonen-Team erfolgen, besonders zu Beginn des Rehaprozesses. Ich würde die Transfers nach dem Prinzip „so viel Hilfe wie nötig, so viel Eigenaktivität wie möglich“ gestalten. Der Ablauf ist wie folgt: Zunächst lagert man Herrn von Hausen so, dass er seinen Oberkörper möglichst aktiv aufrichten kann – dabei immer auf die Körpersprache achten und ihm Zeit geben. Bei der rechtsseitigen Hemiplegie platziere ich seine schwache Hand und den Arm – am besten leicht gebeugt und geschützt vor dem Körper – und achte darauf, dass keine schmerzhaften Zerrbewegungen entstehen (Stichwort Schulterprophylaxe: subluxationsgefährdetes Schultergelenk immer stabilisieren, niemals an der Hand oder dem Arm ziehen).

Beim Aufrichten an die Bettkante helfe ich, indem ich ihn unterstütze, sich zur nicht-betroffenen Seite (links) zu drehen. Die gesunde Hand kann beim Abstützen eingesetzt werden, gegebenenfalls leite ich die Bewegung verbal und mit sanfter Führung an Becken oder Schulter. Die Beine schwenke ich dabei kontrolliert aus dem Bett. Am besten erklären wir jede Bewegung in kurzen, verständlichen Sätzen, gegebenenfalls unterstützen wir mit Berührungen oder „Hand-over-Hand“-Führung.

Für den Transfer vom Bett in den Rollstuhl oder auf die Toilette empfehle ich, den Stuhl/Toilettenstuhl möglichst nah, leicht schräg, zur gesunden (linken) Seite zu positionieren. So kann Herr von Hausen den gesunden Arm optimal nutzen und das Gewicht auf die starke Seite verlagern. Hilfsmittel, wie ein Rutschbrett, können die Gleitbewegung unterstützen und das Risiko für Stürze und Verletzungen reduzieren. Bei Adipositas ist es wichtig, die Bewegungsmasse genau zu kontrollieren – hier gilt: niemals an den gelähmten Gliedmaßen ziehen und besonders vorsichtig arbeiten! Die Füße müssen fest am Boden stehen und die Bremse am Rollstuhl/Toilettenstuhl stets aktiviert sein.

Während des Transfers sollte eine Person auf der betroffenen Seite (rechts) die Kontrolle übernehmen und eine zweite – bei Bedarf – zusätzlich sichern, zum Beispiel hinten am Gurt oder Becken. Es ist hilfreich, Herrn von Hausen Hinweise zur Atmung und kleinen Pausen zu geben. Er sollte – so weit möglich – bei jedem Schritt eingebunden werden (beispielsweise: „Jetzt nach vorne beugen, jetzt auf das gesunde Bein abstützen“ usw.). Nach erfolgtem Transfer wird darauf geachtet, dass seine Körperhaltung stabil bleibt und die Beine gut positioniert sind, um ein Wegrutschen zu verhindern.

Falls Eigenaktivität ausbleibt oder Kraft und Aufmerksamkeit doch zu gering sind, empfehle ich, unbedingt auf zusätzliche Hilfsmittel wie einen Lifter zurückzugreifen, um Verletzungen zu vermeiden und den Transfer schonend zu gestalten.

Am Ende: Kontrollieren, ob er bequem und sicher sitzt, der gelähmte Arm gut platziert ist (zum Beispiel auf einer Armlehne oder einem kleinen Kissen zur Unterstützung) und alles Wichtige in Griffweite hat. Natürlich sollten alle Transferschritte im interprofessionellen Team abgestimmt und trainiert werden, damit sie möglichst reibungslos und sicher verlaufen.

Falls ihr dazu spezielle Fragen zu bestimmten Hilfsmitteln, Positionierungstechniken oder Strategien für den Alltag habt, gebt gern Bescheid!

Student:in: Gibt es irgendwelche Kontraindikationen, die beim Patienten beachtet werden müssen? Was man beachten muss / was gegenwirken könnte / was ein Problem werden könnte?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Eine wichtige Frage, denn gerade Herr von Hausen bringt mehrere Risikofaktoren und potenzielle Kontraindikationen mit, die wir in der physio-therapeutischen Mobilisation unbedingt berücksichtigen müssen. Ich gehe gerne auf einige zentrale Aspekte ein – bitte bedenkt aber, dass ich hier als Physiotherapiestudentin mit begrenztem Wissen antworte und Fehler möglich sind.

Erstens stellt die Herzinsuffizienz bei belastender Aktivität eine absolute oder zumindest relative Kontraindikation für übermäßige körperliche Anstrengung dar. Das heißt, alles, was den Kreislauf stark fordert (zum Beispiel langes Stehen, wiederholte Transfers, intensives Training, aber auch zu schnelles Aufrichten aus dem Liegen), kann zu Schwindel, Luftnot,

Brustschmerz oder sogar kardialen Komplikationen führen. Hier hilft es, die Aktivitäten streng an den aktuellen Vitalparametern und der klinischen Tagesform zu orientieren und im Zweifelsfall sofort die Aktivität zu reduzieren oder zu pausieren.

Zweitens spielt die Adipositas eine große Rolle: Zum einen ist dadurch die Belastung insbesondere bei Transfers und Mobilisation viel größer – sowohl für das Kreislaufsystem, als auch für Haut und Gelenke. Das Risiko für Dekubitus (Druckgeschwüre) und Scher-verletzungen ist erhöht, insbesondere, wenn Lagerungen nicht sorgfältig durchgeführt werden oder Transfers durch Zug an der Haut oder ungünstige Hebel erfolgen. Also ganz klar: keine Mobilisation, wenn Friktionen oder unsichere Techniken drohen!

Drittens die Hemiplegie: Mobilisation darf nie zu passiv erfolgen, vor allem nicht durch Ziehen am gelähmten Arm (Gefahr einer Schulter-sluxation!) oder ohne Kontrolle der schwachen Körperhälfte. Wenn der Patient Schmerzen, deutliche Steifigkeit oder eine Asymmetrie der Schulter bemerkt, muss die Technik überprüft und gegebenenfalls abgebrochen werden.

Die kognitive Einschränkung und Fatigue nach SHT führen dazu, dass die Wahrnehmung der Belastung und die Mitteilungsfähigkeit des Patienten manchmal nicht ausreichen, um eine Überlastung rechtzeitig zu erkennen. Deshalb ist eine enge Überwachung durch das therapeutische Team essenziell. Typische Warnsignale sind vegetative Symptome (Schwitzen, Blässe, Tachykardie, Luftnot) sowie rascher Leistungsabfall und Konzentrations-verlust.

Zusätzlich gibt es Hinweise aus dem Labor, etwa die eingeschränkte Nierenfunktion und die leicht erniedrigten Hämoglobinwerte, die die Kreislaufbelastung noch einmal limitieren könnten. Solche Blutdruck- oder Kreislaufprobleme sind bei Transfers oder Mobilisationen (Orthostase-Syndrom) immer im Blick zu behalten.

Was klar gegen eine Mobilisation spricht, wären akute Infekte mit Fieber, schwere kardiale oder pulmonale Instabilität oder tiefe Beinvenenthrombosen mit Embolieverdacht – diese liegen laut den vorliegenden Befunden aber aktuell nicht vor.

Zusammengefasst: Zu den praktischen Kontraindikationen zählen Überlastungszeichen (kardiale, respiratorische, orthopädische), Hautprobleme, starke Fatigue und Schmerzen in der gelähmten Extremität – alles Situationen, bei denen Mobilisation sofort angepasst oder auch abgebrochen werden muss. Prophylaktisch gegenwirken kann man mit schonender, individuell dosierter Mobilisation, guten Hilfsmitteln, Aufklärung des Teams und wiederholten Kontrollen der Belastungs-grenzen. Wichtig ist außerdem die Absprache im Team mit Ärzt:innen und Pflege, besonders im Hinblick auf Vitalparameter und Medikation (z. B. Blutdruck).

Habt ihr spezifische Situationen oder Anzeichen, bei denen ihr unsicher seid? Dann kann ich gerne genauer erläutern, wie ich im physiotherapeutischen Setting darauf achte und reagiere.

Student:in: : Gibt es beim Bewegen von Herrn von Hausen Techniken, die Pflegekräfte anwenden können?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr wichtige Frage, weil die pflegerische Mobilisation im Alltag genauso entscheidend für den Rehabilitationserfolg ist wie die gezielte Therapie. Aus meinem physiotherapeutischen Blickwinkel – und insbesondere mit den neurologischen Besonderheiten und der Adipositas von Herrn von Hausen im Kopf – kann ich einige hilfreiche Techniken und Grundsätze aufzählen, die Pflegekräfte sicher und effizient anwenden können. Bitte beachtet, ich antworte hier als Physiotherapiestudentin und Fehler sind nicht ausgeschlossen.

Ganz zentral: Bei Herrn von Hausen sollte die Pflege immer die Grundsätze des „Kinaesthetics-Konzepts“ einhalten. Das bedeutet, Bewegungen werden so eingeleitet und unterstützt, dass der Patient maximal aktiviert und so wenig wie möglich passiv bewegt wird. Konkret arbeitet man viel mit „Führen statt Heben“: Anstatt den Patienten aus einer Position herauszuheben oder zu schieben, werden Bewegungsimpulse gegeben, die ihm helfen, sein eigenes Körpergewicht ins Gleichgewicht zu bringen und sich so weit möglich selbst aufzurichten – zum Beispiel bei Lagewechseln im Bett oder beim Aufrichten an die Bettkante.

Dabei nutzt man „Schlüsselpunkte“ am Körper – das sind stabile körpernahe Bereiche wie Becken, Schultergürtel oder Oberschenkel – um Unterstützung zu geben, ohne zu viel Kraft aufzuwenden oder Gelenke zu gefährden (insbesondere niemals Zug am gelähmten Arm! Das Schultergelenk ist bei Hemiplegikern leicht aus der Pfanne gezogen). Stattdessen wird beim Umlagern oder Aufsetzen vorzugsweise über das Becken stabilisiert und das Gewicht des Patienten kontrolliert verschoben.

Eine bewährte Technik ist der „Fischgreif“, wobei man den Patienten am Becken oder unter den Schultern führt, um ihn z. B. im Bett zu bewegen, und die Arme des Patienten dabei geschont und geschützt hält. Auch beim Lagern kann das sogenannte „Scheren“ (also das parallele Verschieben) in Seitenlage nützlich sein, um Druckpunkte zu vermeiden.

Bei Transfers zwischen Bett und Stuhl bietet sich bei Herrn von Hausen (aufgrund seines hohen Körpergewichts) eventuell ergänzend die Nutzung von Rutschbrettern oder Gleitmatten an, damit die Bewegung ohne Heben und mit minimaler Reibung abläuft. Zusätzlich empfiehlt sich immer das Blockieren der Füße (Bremsen fest!) und ein möglichst kurzer Transferweg. Die kräftigere (nicht betroffene) Seite sollte möglichst als führende Seite beim Umsetzen genutzt werden.

Beim Sitzen an der Bettkante oder im Rollstuhl sollte der gelähmte Arm immer in Sichtweite und gestützt positioniert sein (z. B. auf einem Kissen oder Armlehne), um eine Subluxation oder ein Herabhängen zu verhindern. Druckstellen unter Gesäß und Fersen werden durch regelmäßige Lagerungswechsel vermieden.

Viele dieser Techniken kann das Physiotherapie-Team auch im Rahmen gemeinsamer Schulungen an die Pflege vermitteln – das hat sich in der Praxis oft bewährt, vor allem, weil die sichere Mobilisation den Alltag für alle erleichtert und langfristig die Selbstständigkeit des Patienten fördert.

Falls Interesse besteht, kann ich gerne noch zu bestimmten Techniken gezielter Tipps geben (z. B. Lagern, Transfer mit Gleitmatte, sichere Positionierung). Ich antworte aber weiterhin als Physiotherapiestudentin in der simulierten Rolle, bitte beachtet, dass meine Auskünfte potenziell fehlerhaft sind und immer auf die praktische Alltagssituation anzupassen sind!

Student:in: : Welche allgemeinen Hilfsmittel sind sinnvoll

Physiotherapeutin – Lena Müller: Gerne gehe ich auf diese Frage ein – Herr von Hausen hat aufgrund seiner rechtsseitigen Hemiplegie, der Adipositas und der kognitiven Einschränkungen einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei Mobilität und Transfers. Aus physiotherapeutischer Sicht machen in seinem Fall vor allem Hilfsmittel Sinn, die sowohl die Sicherheit erhöhen als auch seine Eigenaktivität fördern und dabei pflegende und therapeutische Kräfte entlasten. Ich nenne dir die wichtigsten, wobei natürlich die Auswahl immer individuell und im Therapieverlauf anzupassen ist. Ich beantworte diese Frage aus meiner simulierten Rolle als Physiotherapiestudentin und es können Fehler enthalten sein.

Ganz zentral ist ein passgenauer Rollstuhl mit adäquater Sitzbreite und -tiefe sowie einer guten Arm- und Rückenstütze. Da Herr von Hausen aktuell nur eine geringe tragfähige Sitzstabilität aufweist, ist eine hohe Rückenlehne, eventuell eine Kopfstütze und eventuell ein vorgelagerter Tisch zum Abstützen sinnvoll. Armstützen (auch für die gelähmte Seite), ggf. mit weichen Polstern, helfen beim Schutz der Schulter und verhindern ein Herabgleiten des Arms. Sitzkissen mit Druckentlastung können Dekubitus vorbeugen.

Für Transfers sind Gleitbretter (Rutschbretter) und Gleitmatten von großem Vorteil, da sie das Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl oder auf die Toilette erleichtern, ohne dass gelähmte Extremitäten oder das Pflegepersonal zu stark belastet werden. Insbesondere bei Adipositas reduzieren solche Hilfsmittel das Risiko für Scher- und Druckverletzungen.

Ein Pflegebett mit variabler Höhenverstellung und Seitengittern ist essenziell für sicherere Lagerungen, für die Arbeitshöhe bei Transfers und zur Sturzprophylaxe. Bei drohender Sturzgefahr können auch Maßnahmen wie Seitenteile mit Softpolster eine hilfreiche Ergänzung sein.

Für die Lagerung im Bett sind Lagerungskissen, Lagerungsrollen und Moltontücher sinnvoll, um sichere und regelmäßige Positionswechsel sowie das Hochlagern von ödematösen Beinen (Schwellungsprophylaxe!) zu ermöglichen.

Für die Handfunktionen (vor allem, wenn im Verlauf eine funktionellere Nutzung angestrebt wird) könnten spezielle Handlagerungsschienen oder Armablagen helfen, Kontrakturen vorzubeugen.

Außerdem sind Haltegriffe im Bad, ggf. ein Toilettenstuhl auf Rädern sowie rutschfeste Matten im Sanitärbereich empfehlenswert. Eine Toilettensitzerhöhung oder ein Duschstuhl sind weitere Klassiker, insbesondere für Patienten mit gravierenden Gleichgewichtsproblemen.

Bei Transfers, die eigenständig nicht machbar sind, kann auch ein Patientenlifter (aktiv oder passiv) erforderlich sein, um die sichere Positionsveränderung schonend zu ermöglichen. Das ist besonders bei schwerer Adipositas und geringem Eigenanteil sehr wichtig.

Fürs Trinken wäre bei bestehender Schluckstörung und reduziertem Greifvermögen weiterhin eine Schnabeltasche sinnvoll, eventuell bestes auch mit Griffverstärkungen für die linke Hand, falls die rechte nicht nutzbar ist.

Welche Hilfsmittel genau und in welcher Kombination sie eingesetzt werden sollten, hängt immer von der fortlaufenden Befundung, dem Therapiefortschritt und natürlich von der Team-

wie auch der Patientenrückmeldung ab. Regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassungen durch das interprofessionelle Team (z. B. Ergotherapie, Pflege) sind unerlässlich.

Wenn ihr noch spezielle Fragen zu einzelnen Hilfsmitteln, etwa zu Auswahl oder Einsatz im Alltag, habt, gebt Bescheid! Ich beantworte gerne alles, soweit es in meinen physiotherapeutischen Erfahrungshorizont passt.

Student:in: Wie lässt sich der Unterschied zwischen herausforderndem physiotherapeutischem Training und körperlicher Überforderung der zu behandelnden Person deutlich erkennen und entsprechend antizipieren

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr zentrale und anspruchsvolle Frage, die gerade bei schwerbetroffenen neurologischen Patient:innen wie Herrn von Hausen ganz entscheidend ist – denn einerseits möchten wir ein herausforderndes, wirksames Training zur Förderung der Plastizität und der funktionellen Verbesserung bieten, andererseits müssen wir immer körperliche Überforderung vermeiden, um Komplikationen und Demotivation vorzubeugen.

Ein herausforderndes physiotherapeutisches Training ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient am oberen Rand seiner Fähigkeiten arbeitet: Bewegungsaufgaben sind so gewählt, dass sie Konzentration, Anstrengung und Koordination fordern, aber noch mit Korrekturen und vielleicht etwas Hilfe bewältigt werden können. Fortschritt und „Erfolgserebnisse“ bleiben dabei sichtbar, auch wenn zwischendurch Unsicherheiten oder leichtere Fehler auftreten. Die Vitalparameter bleiben unter Belastung relativ stabil (kein relevanter Abfall/Sprung bei Blutdruck oder Puls, keine Dyspnoe).

Körperliche Überforderung besteht dann, wenn die Anforderungen die aktuelle Leistungsfähigkeit des Patienten klar überschreiten. Das erkennt man bei Herrn von Hausen – und im neurophysiologischen Alltag generell – an mehreren deutlichen Zeichen: Es kommt zu kompensatorischen Ausweichbewegungen, zum Beispiel dass er beim Versuch, sich aufzurichten, mit dem Nacken „mitzieht“, das Becken nicht mehr selbstständig anheben kann oder die gesunde Seite überlastet. Die Körperspannung bricht ggf. schlagartig zusammen (er „sackt“ nach), Muskeln zittern oder es entsteht eine spastische Mitbewegung. Häufig treten auch vegetative Symptome wie starker Schweißausbruch, Blässe, schnelle Atmung, Schwindel oder Herzrasen auf – besonders bei Herzinsuffizienz wie hier gegeben mit sofortiger Reaktion im Team! Bei Fatigue-betroffenen Patient:innen wie Herrn von Hausen merkt man Überforderung oft daran, dass die Aufmerksamkeit rapide abfällt, er nicht mehr sauber kooperiert, sich nicht mehr an Abläufe erinnert, unkonzentriert wirkt oder auf Ansprache verzögert reagiert.

Im Unterschied dazu ist herausforderndes, aber noch gut dosiertes Training oft daran erkennbar, dass nach einer Anstrengungsphase die Bewegungen immer noch bewusst, korrigierbar und mit einem gewissen Maß an Energie ausgeführt werden. Der Patient kann – wenn man ihn fragt – die Widerstände noch als „anstrengend, aber machbar“ beschreiben. Es bleibt ein Lernfortschritt sichtbar, und die Belastung lässt nach einer kurzen Pause deutlich nach.

Um das früh zu erkennen und antizipieren zu können, ist eine enge Beobachtung wichtig: Ich achte in der Praxis besonders auf Mimik, Körperhaltung, Bewegungsfluss und die Stabilität

der Haltung. Wenn Herr von Hausen z. B. bei Transfers unerwartet „wegrutscht“, zu viel Gewicht auf die gesunde Seite bringt oder sich vermehrt festklammert, ist das ein Warnzeichen. Ebenso, wenn er verbal ausdrückt, dass es „zu viel“ wird – wobei bei Aphasie auch auf körpersprachliche Signale geachtet werden muss. Bei neurologisch beeinträchtigten Patienten reicht schon eine leicht veränderte Gesichtsfärbung, reibungslose Kommunikation (verzögerte oder ganz ausbleibende Reaktionen) oder plötzliche Leistungsabfälle als Warnzeichen.

Antizipieren kann man das, indem man das Training in kleinen Dosen steigert („graded exercise“) und jede neue Herausforderung erst mit geringer Intensität beginnt. Rückmeldeschleifen mit dem Patienten („Wie geht es Ihnen?“ oder bei Aphasie auch mit Skalen, Bildern oder Gesten), sowie die Abstimmung mit Pflege und Therapie-Team über Tagesform, Essens- und Medikamentenpausen, helfen zusätzlich.

Zusammengefasst: Überforderung äußert sich durch Abbruch der Bewegungsqualität, Ausweichbewegungen, vegetative Symptome, rasche Ermüdung und Verlust der Konzentration. Herausforderndes Training bleibt zwar anstrengend, lässt aber noch eine Korrekturfähigkeit und einen Lerneffekt zu und darf maximal an die Grenze, aber nicht darüber hinaus gehen. Ich würde bei Herrn von Hausen immer sehr individuell, phasenweise auch tagesformabhängig agieren und die Trainingseinheiten lieber zu vorsichtig als zu fordernd dosieren.

Ich hoffe, das ist verständlich erklärt – wenn du möchtest, gehe ich gerne noch auf einzelne klinische Warnzeichen oder Anpassungsstrategien bei Herrn von Hausen konkreter ein. Bitte bedenke, dass ich in der simulierten Rolle einer Physiotherapiestudentin antworte und Fehler möglich sind.

Student:in: Gibt es Einschränkungen, die bei der pflegerischen Begleitung berücksichtigt werden sollen?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Ja, aus physiotherapeutischer Sicht gibt es für die pflegerische Begleitung von Herrn von Hausen einige ganz zentrale Einschränkungen und Besonderheiten, die unbedingt beachtet werden sollten. Ich gebe dir gerne einen Überblick, wobei ich darauf hinweise, dass ich hier als Physiotherapiestudentin antworte und meine Einschätzung fehlerbehaftet sein kann.

Das wichtigste ist der sehr eingeschränkte Eigenanteil bei Transfers und Alltagsbewegungen aufgrund der rechtsseitigen Hemiplegie und der Adipositas. Pflegekräfte dürfen die Bewegungen niemals kompensierend am gelähmten Arm oder an der Schulter durchführen, um eine Luxation oder Verletzung im Schulterbereich zu vermeiden. Die betroffene Extremität sollte immer gestützt und im Blick behalten werden, z. B. indem der Arm während Transfers vor dem Körper ruht oder auf ein Kissen gelegt wird.

Aufgrund der Herzinsuffizienz und reduzierten Belastbarkeit ist jegliche Form der Mobilisation und Pflege (Waschen, Umsetzen, Lagern) nur mit gutem Monitoring sinnvoll. Herzrasen, Atemnot, Schwindel oder das Auftreten von Ödemen an den Beinen können Zeichen einer Überforderung oder einer Verschlechterung der Herzleistung sein. Dann sollte die Aktivität sofort unterbrochen und ggf. ärztlicher Rat eingeholt werden.

Die generelle Dekubitusgefährdung (durch die Immobilität, das hohe Körpergewicht und die beginnende Ödembildung) macht es notwendig, regelmäßige, fachgerechte Lagerungswechsel und Druckentlastung sicherzustellen, insbesondere an gefährdeten Stellen wie Steißbein, Fersen und Ellenbogen. Lagerungshilfsmittel wie Wechseldruckmatratzen, spezielle Kissen und Laken sollten verwendet werden, und auch die Kontrolle auf Hautschäden gehört zu den pflegerischen Aufgaben.

Bei der Körperpflege und beim Ankleiden sollte so viel Eigenaktivität wie möglich gefördert werden, auch wenn sie minimal ist. Das kann bedeuten, dass Herr von Hausen beispielsweise mit der linken Hand unterstützt und motiviert wird, kleine Handlungen selbst auszuführen, um motorisches Lernen und Motivation zu unterstützen. Gleichzeitig sollte bei geringsten Überlastungs- oder Frustrationsanzeichen genug Geduld und Pausen eingeplant werden.

Die bestehende Aphasie und leichte kognitive Einschränkung bedeuten für das Pflegepersonal, dass klare, einfache und unterstützende Kommunikation nötig ist. Aufforderungen sollten langsam, in einfacher Sprache und notfalls auch nonverbal vermittelt werden, um Missverständnisse zu vermeiden. Fragen, ob er Schmerzen hat, werden am besten geschlossen formuliert („Tut es hier weh?“ statt „Wie fühlen Sie sich?“).

Zu berücksichtigen ist außerdem der suprapubische Blasenkatheter. Er darf beim Lagern, beim Umlagern und in der Hygiene nicht gezogen oder geknickt werden. Auch bei Transfers sollte darauf geachtet werden, dass die Urinableitung reibungslos funktioniert.

Bei allen pflegerischen Aktivitäten ist die Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team sehr wichtig. Der Austausch über die Tagesform, aktuelle Probleme (z. B. plötzlich neu aufgetretene Schmerzen) oder positive Entwicklungen fördert die Kontinuität und Sicherheit der Versorgung.

Zusammengefasst: Besondere Vorsicht gilt bei Transfers bezüglich Schulter und Arm, beim Monitoring der Herz-Kreislauf-Belastung, beim Schutz vor Dekubitus, bei der Kommunikation sowie beim Management des Katheters. Jeder Arbeitsschritt sollte möglichst patientenzentriert, ressourcenorientiert und achtsam auf die Tagesform abgestimmt werden.

Wenn Interesse besteht, kann ich gern noch konkretere Empfehlungen oder Hilfestellungen geben, wie physiotherapeutische Prinzipien praktisch auch in die Pflege integriert werden können. Ich bleibe in meiner simulierten Rolle als Physiotherapiestudentin und antworte nach bestem Wissen.

Student:in: : Wie kann man seine Frau aus physiotherapeutischer Sicht unterstützen?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr schöne und wichtige Frage, weil Angehörige wie die Ehefrau von Herrn von Hausen oft eine tragende Rolle für den Rehabilitationserfolg und die Lebensqualität des Patienten spielen – zugleich dürfen wir aber nicht ihre Belastungsgrenzen aus dem Blick verlieren.

Aus physiotherapeutischer Sicht gibt es mehrere Ansatzpunkte, wie ich die Ehefrau unterstützen würde. Zunächst ist die Patientenedukation und Angehörigenschulung ganz zentral. Das bedeutet konkret, dass wir Frau von Hausen aktiv in den Rehaprozess einbeziehen: Ich würde ihr in Zusammenarbeit mit dem Team erklären, wie sie Herrn von

Hausen bei Transfers, beim Lagern oder bei der Mobilisation im Alltag unterstützen kann, ohne sich oder ihn zu gefährden. Dazu gehören das richtige Anleiten von Bewegungsabläufen, kleine ergonomische Tipps für ihren eigenen Rücken und Hinweise, wie sie auf Warnzeichen von Überforderung oder Unsicherheit bei ihm achten kann.

Für Transfers und Alltagssituationen kann man ihr grundlegende Handgriffe und unterstützende Techniken zeigen. Am Beispiel von Herrn von Hausen wäre das – wie bereits besprochen – das Führen am Becken statt Ziehen an den Armen, die Unterstützung des gelähmten Arms, das richtige Platzieren des Rollstuhls oder von Hilfsmitteln wie Rutschbrettern, und wie sie ihm hilft, selbst aktiv mitzumachen. Kleine praktische Übungen gemeinsam mit ihr und Herrn von Hausen, vielleicht auch als Rollenspiel, stärken das Selbstvertrauen und reduzieren Unsicherheiten.

Um Überforderung und falsch erlernte Bewegungsabläufe zu vermeiden, würde ich Frau von Hausen auch erklären, wie sie kleine Alltagsbewegungen fördern kann: Zum Beispiel, dass sie immer erst Herrn von Hausen Handeln lassen soll, bevor sie eingreift, auch wenn das etwas länger dauert oder ungeschickt erscheint. So bleibt sein motorisches „Lernen“ und die Wahrnehmung erhalten.

Ebenso wichtig ist die Aufklärung über mögliche Komplikationen (z. B. Schulterbeschwerden, Hautprobleme, Fatigue), damit sie frühzeitig Veränderungen erkennt und weiß, wann sie professionelle Hilfe holen soll – das reduziert ihre eigene Unsicherheit.

Nicht zuletzt sollte die Ehefrau auch auf die Bedeutung von Selbstfürsorge aufmerksam gemacht werden. Sie braucht Pausen und sollte sich auch Auszeiten gönnen dürfen, um einer Überlastung vorzubeugen. Hier kann das Therapieteam helfen, ihr Adressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder Unterstützungsmöglichkeiten (Pflegerberatung etc.) anzubieten.

Wenn Frau von Hausen meint, dass bestimmte Handgriffe oder Belastungen zu schwer für sie sind, wäre es ebenfalls sinnvoll, gemeinsam alternative Wege zu suchen (z. B. Routinen anpassen, mehr Hilfsmittel nutzen oder ambulante Hilfen einbeziehen).

Fazit: Als Physiotherapeutin sehe ich meine Aufgabe auch darin, die Ehefrau zu befähigen, aktiv und sicher im Alltag zu unterstützen, gleichzeitig aber Schutz für ihre eigene Gesundheit und Ressourcen aufzuzeigen. Praktische Anleitung, verständliche Erklärungen, gemeinsames Üben und Gesprächsbereitschaft sind hier die Kernelemente. Ich antworte weiterhin in der simulierten Rolle als Physiotherapiestudentin, daher sind meine Angaben gegebenenfalls fehlerbehaftet – bitte meldet euch, wenn ihr weitere Details zur Angehörigenarbeit im physiotherapeutischen Kontext wünscht!

Student:in: Was ist deine Einschätzung, kann der Patient bald wieder alleine sitzen?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr berechtigte Frage und aus physiotherapeutischer Sicht gar nicht so einfach pauschal zu beantworten, weil viele Faktoren den Rehabilitationsverlauf beeinflussen. Ich versuche aber gerne, darauf bezogen auf Herrn von Hausen und mit Blick auf den aktuellen Status aus dem Arztbrief und dem Überleitungsbogen eine Einschätzung zu geben. Bitte beachte, dass ich in der simulierten Rolle als Physiotherapiestudentin antworte und hier Fehler möglich sind.

Im Moment zeigt Herr von Hausen eine massive Einschränkung der Rumpfstabilität und kann, wie dokumentiert, „kurzzeitig mit Festhaltungsmöglichkeit stabil an der Bettkante sitzen“. Er hat also bereits erste Ansätze eines „kontrollierten“ Sitzens, benötigt dafür aber noch deutliche Unterstützung, da er eine Falltendenz nach hinten aufweist. Das spricht dafür, dass die Rumpfmuskulatur gerade auf der betroffenen Seite noch sehr geschwächt ist und das muskuläre Zusammenspiel gestört ist – das ist bei einer rechtseitigen Hemiplegie nach SHT häufig zu beobachten.

Die Prognose, ob und wie schnell eigenständiges Sitzen gelingt, hängt von mehreren Faktoren ab: dem neurologischen Rückbildungsprozess, der Intensität und Qualität der Therapie, der kardiovaskulären Belastbarkeit, aber auch von der Motivation und dem aktiven Mitwirken des Patienten. Der aktuelle Zustand spricht dafür, dass eine Besserung möglich ist, aber wahrscheinlich noch einige Wochen intensives, unterstütztes Training benötigt wird, um ein dauerhaft stabiles, freies Sitzen (ohne Sturzgefahr) zu erreichen. Gerade bei Adipositas und gleichzeitiger Herzinsuffizienz kann sich dieser Prozess etwas verzögern, weil die Anforderungen an die Muskulatur und das Herz-Kreislauf-System höher sind.

Aus der Erfahrung in der neurologischen Reha weiß ich: Wenn der Patient bereits mit Unterstützung für kurze Zeit aufrechter sitzen kann und keine Kontraindikationen auftreten, ist die Entwicklung positiv. Zielsetzung in den kommenden Wochen wäre, die Trainingssequenzen schrittweise zu verlängern, die Unterstützung langsam zu reduzieren und immer wieder Rumpfkontrolle, Gleichgewicht und das aktive Halten zu üben.

Ob Herr von Hausen in Kürze wirklich „alleine“ sitzen kann – also unabhängig, ohne Festhalten, ohne Absicherung – kann ich nicht versprechen. Perspektivisch, das heißt mit guter Teamarbeit und weiterer konsequenter Therapie, ist jedoch zu erwarten, dass zumindest sicheres, selbständiges Sitzen mit vielleicht minimaler Absicherung (z. B. an einer Armlehne oder mit Seitenstütze) im Reha-Verlauf möglich wird. Das hängt aber auch von der Tagform, der Fatigue und eventuell bestehenden Begleitproblemen ab.

Für Herrn von Hausen würde ich den Fokus zunächst darauf legen, die Sitzdauer unter Anleitung und mit Hilfsmitteln zu steigern und die Eigenaktivität bei Transfers und im Sitzen zu fördern – immer in enger Rückmeldung mit dem Team und unter Beobachtung seiner Ermüdungs- und Belastungsgrenze.

Falls du konkrete Übungen oder Unterstützungsstrategien für das Sitzen besprechen möchtest, gehe ich gerne darauf ein! Nochmals der Hinweis: Ich steuere meine Einschätzung als Physiotherapiestudentin bei und meine Auskunft kann Fehler enthalten.

System: Rolle gewechselt. Du sprichst jetzt mit: Logopäde Fredrik Meißner.

Student:in: Wie wird sich die Feinmotorik des Patienten entwickeln?

Logopäde – Fredrik Meißner: Hallo, ich bin Fredrik Meißner, Logopädiestudent im dritten Semester. Feinmotorik ist eigentlich nicht mein Hauptfokus, aber ich versuche, so gut wie möglich aus meiner logopädischen Sicht auf diese Frage zu antworten, besonders im Hinblick auf Kommunikations- und Schluckfunktionen. Bitte bedenke, dass ich in dieser simulierten Rolle antworte und meine Einschätzung fehleranfällig ist.

Die Feinmotorik, insbesondere der rechten Hand, ist bei Herrn von Hausen durch die Hemiplegie aktuell stark eingeschränkt. Im Arztbrief steht, dass die rechte Hand beginnende, aber noch nicht alltagsrelevante Funktionen zeigt. Wie sich die Feinmotorik weiterentwickelt, hängt von mehreren Faktoren ab: vom Ausmaß der Schädigung im Gehirn, der individuellen Neuroplastizität, der Intensität der Ergotherapie sowie der Motivation und kognitiven Fähigkeiten des Patienten.

Im logopädischen Alltag hat die Feinmotorik großen Einfluss auf die nonverbale Kommunikation (Gestik, Schreiben, Zeigen) und teilweise auch auf die Handhabung von Hilfsmitteln zur Kommunikation, wie z. B. Sprachcomputern oder Kommunikationskarten. Sollte sich die Feinmotorik der rechten Hand verbessern – etwa durch gezieltes Training und günstigen neurologischen Verlauf – könnten diese Kommunikationswege für Herrn von Hausen besser nutzbar werden. Gleichzeitig beeinflusst die Feinmotorik, inwiefern der Patient beim Essen mit anpacken kann (z. B. Besteckhalten, Bechernutzung), was wiederum Auswirkungen auf die Selbstständigkeit und das soziale Erleben beim Essen hat.

Wie die Feinmotorik sich insgesamt entwickelt, lässt sich früh nach einem so schweren neurologischen Ereignis nie sicher voraussagen. Es gibt einen gewissen Anteil an Spontanremission, aber die besten Fortschritte sieht man meist bei früher, intensiver und gezielt angepasster Förderung (z. B. durch die Ergotherapie). Oft ist aber zumindest eine funktionelle Verbesserung zu erwarten, wo dann – auch aus logopädischer Sicht – Kommunikationshilfen im Alltag besser bedient werden können.

Wenn du Informationen brauchst, wie logopädische Maßnahmen Feinmotorik indirekt fördern, z. B. durch begleitende Mund- und Gesichtsmotorik-Übungen oder unterstützende Kommunikationsmittel, kann ich gerne noch konkreter darauf eingehen! Ansonsten würde ich detaillierte Einschätzungen speziell zur motorischen Handfunktion lieber meinen Kommiliton:innen aus der Ergotherapie oder Physiotherapie überlassen.

Student:in: Wie geht es dir?

Logopäde – Fredrik Meißner: Oh, danke der Nachfrage! Ich bin ehrlich gesagt ein bisschen aufgeregt, weil das meine erste interprofessionelle Fallbesprechung ist, aber gleichzeitig freue ich mich total, weil ich hier ganz viel lernen kann – gerade auch von den anderen Fachrichtungen. Ich finde es beeindruckend, wie vielschichtig der Fall von Herrn von Hausen ist und merke, dass die Zusammenarbeit im Team echt wichtig ist, um ihm optimal zu helfen.

Ich beantworte übrigens alle Fragen aus meiner simulierten Rolle als Logopädiestudent – falls ich mal unsicher wirke oder etwas nicht so klar erkläre, frag gern noch mal nach! Und wie geht es dir damit?