

## Beispielhafter Chatverlauf – Nutzung GERP-Ansatz

**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 mehrjähriger Berufserfahrung in der neurologischen Frührehabilitation – spezialisiert auf interdisziplinäre Zusammenarbeit rund um das Thema Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma. Ich freue mich, im Team mitzudenken! Falls ihr konkrete Fragen oder Anliegen für die physiotherapeutische Planung bei Herrn von Hausen habt, stehe ich euch gerne mit meinen Erfahrungen und Kenntnissen zur Verfügung. Natürlich simulieren wir hier die Situation, mein Wissen kann auch mal Lücken haben – aber ich gebe mein Bestes für ein evidenzbasiertes Vorgehen. Worum geht's bei euch gerade?

**Student:in:** Was ist deine Einschätzung, kann der Patient das Gleichgewicht bald wieder halten?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Das ist eine spannende und ganz zentrale Frage für die physiotherapeutische Planung bei Herrn von Hausen. Meine Einschätzung basiert auf den aktuellen klinischen Befunden und auf vergleichbaren Fällen aus der neurologischen Rehabilitation.

Herr von Hausen zeigt derzeit eine instabile Sitzposition an der Bettkante mit leichter Falltendenz nach hinten. Er benötigt bei allen Lagewechseln sowie Transfers professionelle Hilfe und kann die Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung ausführen. Die rechtsseitige Hemiplegie schränkt dabei seine Gleichgewichtsreaktionen erheblich ein, zumal die Rumpfstabilität stark betroffen ist. Hinzu kommen Faktoren wie Übergewicht und eine reduzierte Ausdauer, die alles zusätzlich erschweren.

Erfahrungsgemäß hängt die Wiedererlangung des Gleichgewichts von mehreren Komponenten ab: dem Ausmaß der Schädigung des zentralen Nervensystems, dem muskulären und kardiovaskulären Ausgangszustand, der Motivation des Patienten und der Intensität sowie Qualität der therapeutischen Maßnahmen. Wir wissen, dass er kurzzeitig mit Halt stabil sitzen kann und dabei nach hinten zu kippen droht. Das zeigt, dass zumindest ein Teil der Rumpfmuskulatur erhalten ist, was eine positive Prognose darstellt. Allerdings ist die Prognose insgesamt vorsichtig zu stellen, weil die Hemiplegie noch sehr ausgeprägt ist und u. a. die Stabilisierungsfunktion der rechten Rumpf- und Hüftmuskulatur fehlt.

Was in der akuten und frühen Rehapphase wichtig ist: Ein gezieltes, repetitives Training der Stütz- und Gleichgewichtsreaktionen – angefangen beim Training im Sitzen mit lateralem Gewichtsverlagerungen, gefolgt von dynamischen Transfers mit Hilfestellung. Parallel sollte das propriozeptive Feedback, also die Wahrnehmung der Körperlage, gefördert werden. Ich würde empfehlen, immer unter maximaler Sturzprophylaxe zu arbeiten.

Ob Herr von Hausen das Gleichgewicht also bald wieder eigenständig kontrollieren kann, ist noch nicht sicher vorherzusagen. Im besten Fall – bei konsequenter Therapie, regelmäßigen Wiederholungen und einer guten interdisziplinären Abstimmung – kann sich die Sitzbalance innerhalb einiger Wochen deutlich verbessern, aber es braucht langfristig Geduld und regelmäßige Anpassung der Therapieziele. Entscheidend wird auch sein, wie engagiert und motiviert Herr von Hausen selbst im Training mitmacht und ob Komplikationen (z. B. eine sekundäre Verschlechterung oder Fatigue) ausbleiben.

Um das noch genauer einzuschätzen, würde ich gerne wissen: Gibt es schon Hinweise auf funktionelle Verbesserungen bei bisherigen Therapieeinheiten? Wie ist seine Motivation? Gibt es Hinweise auf Sensibilitätsstörungen neben der Motorik? Das wären Faktoren, die ich zusätzlich berücksichtigen würde.

**Student:in:** Anhand welcher Kriterien wird das zeitliche Intervall der einzelnen physiotherapeutischen Behandlungseinheiten festgelegt?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Gute Frage, auch weil die Festlegung der Therapieintervalle maßgeblich beeinflusst, wie gut Herr von Hausen im Verlauf seiner Rehabilitation Fortschritte machen kann. Als Physiotherapeutin orientiere ich mich dabei immer an einer Kombination aus medizinischen, funktionellen und alltagspraktischen Kriterien, aber auch an Leitlinien und an den konkreten Ressourcen des Patienten.

Bei Herrn von Hausen haben wir es mit einer ausgeprägten Hemiplegie nach schwerem SHT und mit ausgeprägten Einschränkungen in Mobilität und Selbstständigkeit zu tun. Genau bei solchen Patienten gilt aus physiotherapeutischer Sicht in der Frührehabilitation das Prinzip „intensiv, regelmäßig, aber individuell angepasst“. Das heißt, je akuter und komplexer die Beeinträchtigung, desto höher sollte die Therapiefrequenz sein, um neuroplastische Prozesse optimal anzuregen. Hier sprechen wir evidenzbasiert mindestens von täglichen Einheiten, oft sogar zweimal täglich, vor allem zu Beginn. Leitlinien, beispielsweise von der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation, empfehlen diesen hohen Therapieumfang insbesondere bei schweren neurologischen Defiziten.

Die wichtigsten Kriterien für das genaue Intervall sind:

Zum einen die Belastbarkeit des Patienten – da Herr von Hausen aktuell schnell ermüdet und kardiovaskulär vorerkrankt ist, müssen die Einheiten vielleicht zu Beginn kürzer, aber öfter angesetzt werden. Ich stimme die Häufigkeit daher eng mit Pflege und Ärzten ab, um z. B. Überanstrengung, Blutdruckspitzen oder Fatigue zu vermeiden. Ein weiteres Kriterium ist die Art der Ziele für die jeweilige Rehaprogression: Bei Schwerpunkt Sitz- und Gleichgewichtstraining können niedrigschwellige, repetitive kurze Einheiten gerade zu Beginn effektiver sein als lange, seltenere. Auch die tagesformabhängige Leistungsfähigkeit ist für die Taktung relevant – gerade bei kognitiven Problemen oder Aufmerksamkeitsstörungen wie bei Herrn von Hausen muss man flexibel bleiben.

Wichtig ist auch die Interdisziplinarität: Die Einheiten werden so geplant, dass sie sich gut mit Ergo- und Logopädie verzahnen, sodass der Patient nicht überfordert wird und die verschiedenen Therapieangebote sich gegenseitig ergänzen.

In der Praxis würde ich bei Herrn von Hausen vorschlagen, mindestens einmal täglich eine individuell angepasste physiotherapeutische Einheit durchzuführen – zu Beginn vielleicht 20–30 Minuten, mit Ausweitung nach Steigerung der Belastbarkeit. Je nach Fortschritt und je nachdem, wie viel Eigenaktivität er zeigt, kann die Frequenz im weiteren Verlauf angepasst werden.

Zusammenfassend orientiere ich mich bei der Intervallplanung also vor allem an klinischem Verlauf, aktuellen Leitlinien, interdisziplinärer Absprache und vor allem an der individuellen Belastbarkeit und Motivation des Patienten. Solche Entscheidungen fallen selten starr, sondern sollten im Verlauf immer wieder evaluiert und neu angepasst werden. Wie sind aus eurer Sicht die Erfahrungen mit seiner momentanen Belastbarkeit – zeigt er schnelle Ermüdung oder hält er schon ganz gut durch? Das würde ich für die Feinplanung noch benötigen.

**Student:in:** Zu welchen Uhrzeiten sind Übungen sinnvoll?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Das ist eine total praxisrelevante Frage, die noch zu oft unterschätzt wird! Aus physiotherapeutischer Sicht sollten die Übungszeiten möglichst individuell auf Herrn von Hausens Tagesform, seine aktuelle Belastbarkeit, die Medikamentengabe und auch die Abläufe der anderen Therapien abgestimmt werden.

Generell haben neurologische Patient:innen wie Herr von Hausen oft Schwankungen in ihrer Leistungsfähigkeit über den Tag hinweg. Nach meinen Erfahrungen aus der Frührehabilitation sind die besten Übungszeiten meist am späten Vormittag oder im frühen Nachmittag. Morgens hat der Patient meistens schon die Grundversorgung hinter sich, ist aber noch nicht ermüdet, wie es oft am späteren Nachmittag der Fall ist. Zu diesen Uhrzeiten profitieren die meisten am

meisten von gezielten motorischen Lernprozessen und zeigen sich auch kognitiv aufnahmefähiger, was für Balance- oder Koordinationsübungen – wie bei Herrn von Hausen wichtig – entscheidend ist.

Ich würde dazu raten: Die physiotherapeutischen Einheiten sollten möglichst nicht direkt nach den Hauptmahlzeiten stattfinden, um das Risiko von Aspirationseignissen bei seiner Dysphagie zu senken und eine komfortable Atmosphäre zu schaffen. Außerdem muss die Medikation berücksichtigt werden, zum Beispiel kann Metoprolol zu einer gewissen Müdigkeit führen, sodass eher vor dem Wirkungshöhepunkt des Medikaments geübt werden sollte.

Es hat sich bewährt, die Zeitfenster möglichst gleichbleibend zu halten, um eine gewisse Routine zu entwickeln – das hilft Herrn von Hausen auch wegen seiner momentan eingeschränkten Orientierung und Konzentrationsfähigkeit. Und aus Sicht der interprofessionellen Zusammenarbeit ist es sinnvoll, am „Kernzeitfenster“ mit Ergotherapie und Logopädie abzustimmen, sodass die kognitiv und motorisch anstrengendsten Aufgaben des Tagesplan möglichst verteilt sind.

Am praktischsten wäre deshalb aus meiner Sicht für Herrn von Hausen eine Einheit zwischen etwa 10 und 12 Uhr am Vormittag und, wenn die Belastbarkeit ausreichend ist, eine weitere kleine Einheit am frühen Nachmittag. Das Ganze sollte regelmäßig evaluiert werden, weil manche Patienten im Laufe der Rehabilitation ganz eigene Vorlieben entwickeln oder sich der Tag-Nacht-Rhythmus verändert.

Wie empfindet ihr das subjektiv bei Herrn von Hausen? Wirkt er morgens fit und motiviert oder ist er nachmittags aufnahmefähiger? Das würde ich gern einfließen lassen, bevor wir einen festen Zeitplan machen.

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

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Danke für die sehr wichtige Frage! Ich ziehe die Antwort mal ganz gezielt auf Herrn von Hausen zu – denn gerade bei schweren neurologischen Erkrankungen wie einer Hemiplegie nach SHT gibt es einige zentrale Aspekte, die ich in meiner physiotherapeutischen Praxis immer direkt in den Vordergrund stelle.

Bei der Mobilisation von Herrn von Hausen müssen wir zuerst seine Rechtsseitenlähmung berücksichtigen. Das heißt, die komplette betroffene Seite braucht viel Unterstützung und gleichzeitig möglichst früh gezielte Stimulation, um einer Vernachlässigung (Neglect) entgegenzuwirken und die Plastizität des Gehirns zu nutzen. Dabei empfehlen Leitlinien, Mobilisation so früh wie möglich zu beginnen, aber immer sicher und an den Patienten angepasst.

Sehr wichtig ist auf die Sturzprophylaxe zu achten: Herr von Hausen hat eine instabile Sitzposition, kippt zur Seite und nach hinten. Entsprechend muss ich bei Transfers, beim An- den-Bett-Rand-Setzen oder Steh- und Gehversuchen entweder gezielt sichern oder Hilfsmittel einsetzen (z.B. Beckengurt, Rollator/Geher, Stützgriffe). Die betroffene rechte Seite sollte an der Transferbewegung aktiv beteiligt werden, ohne zu überfordern, aber auch keinesfalls „weggehängt“ werden. Dabei ist auch auf korrekte Lagerung zu achten, um Kontrakturen, Druckstellen und Schulterverletzungen (besonders die Subluxation der Schulter) zu verhindern.

Ein weiteres Augenmerk gilt Kreislauf und Belastbarkeit. Herr von Hausen hat kardiovaskuläre Vorerkrankungen (Herzinsuffizienz, Adipositas, Diabetes, Hypertonie). Deshalb taste ich mich bei der Mobilisation langsam voran, überwache Kreislaufparameter und breche ab, falls Schwindel, Atemnot oder ausgeprägte Müdigkeit auftreten. Kurze Pausen sind erlaubt und wichtig!

Zu beachten ist auch die Wahrnehmung: Aufgrund der Sprachstörung mache ich Anleitungen immer besonders einfach, viel nonverbal (zeigen, führen, berühren) und gebe sehr kleinschrittig Feedback. Wenn nötig, setze ich Hilfsmittel ein, die eine einseitige Belastung verhindern, z.B. Antirutschmatten, spezielle Kissen oder Fixierungen bei Transfers. Ich stimme die Vorgehensweise auch eng mit Pflege, Ergo- und Logopädie ab, zum Beispiel kann eine gezielte Mobilisation vor sprachlichen oder kognitiven Therapieeinheiten die Wachheit steigern.

Nach Erfahrung ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ein weiterer wichtiger Faktor. Ich würde Frau von Hausen frühzeitig einbeziehen und ihr die Schritte und Sicherungsmaßnahmen erklären, damit sie Ängste abbauen und Herrn von Hausen auch außerhalb der Therapien motivierend begleiten kann.

Ein letzter Punkt: die ständige Reevaluation. Wenn Herr von Hausen Fortschritte macht oder sich neue Probleme zeigen (z.B. Schmerzen, Spastik, Fatigue), muss die Mobilisationsstrategie sofort angepasst werden.

Gibt es bestimmte Risikosituationen, die bei Herrn von Hausen in vergangenen Einheiten besonders herausfordernd waren? Oder ist bereits eine Spastik im Arm oder Bein aufgefallen? Das wären noch Dinge, die ich in die Mobilisationsplanung direkt einfließen lassen würde.

**Student:in:** Was müssen Pfleger bei seiner Mobilisation beachten?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Super, dass du das ansprichst! Die pflegerische Mobilisation bei Herrn von Hausen ist aus physiotherapeutischer Sicht essenziell – denn nur,

wenn Pflege und Physiotherapie an einem Strang ziehen, kann die Alltagsmobilität verbessert werden.

Da Herr von Hausen eine rechtsseitige Hemiplegie hat und aktuell nur eingeschränkt sitzen und sich bewegen kann, ist das richtige Handling besonders wichtig. Pflegekräfte sollten beim Umsetzen, Positionswechsel und Lagern immer darauf achten, dass die gelähmte rechte Körperseite nicht „vernachlässigt“ oder durch unbedachte Bewegungen geschädigt wird. Gerade die Schulter ist durch die Muskelschwäche stark gefährdet für eine sogenannte Schulterluxation oder Subluxation – deshalb immer den gelähmten Arm beim Mobilisieren gut führen, niemals daran ziehen oder ruckartige Bewegungen durchführen. Die Hand kann dabei zum Beispiel auf den Bauch oder in den Schoß gelegt und sanft gestützt werden.

Aus meiner Erfahrung ist es praktisch, Transfers immer zur „gesunden“ Seite einzuleiten, also den Patienten von der gelähmten zur nicht betroffenen Seite drehen oder beim Umsetzen die nicht betroffene Seite als Stützpunkt nutzen zu lassen. Die Pflege sollte aber auch die betroffene rechte Seite bei Bewegungsabläufen mit einbinden, zum Beispiel, indem die Hand des Patienten beim Drehen unterstützend auflegt wird – das fördert das Bewegungsbewusstsein und beugt einer Vernachlässigung (neglect) vor.

Beim Hinsetzen an die Bettkante gilt: Der Patient sollte aufrecht und stabil positioniert werden. Dabei müssen Füße fest auf dem Boden stehen, die Sitzfläche gerade sein, und es sollte ein stabiles Fixieren der Position erfolgen, etwa mit Hilfe von Polstern oder einer zweiten Person.

Wichtige pflegerische Details aus physiotherapeutischer Perspektive sind außerdem: auf passende Unterstützungsflächen, z. B. spezielle Sitzkissen, achten, um Druckstellen vorzubeugen, und Bewegungen langsam und anschaulich ankündigen, damit Herr von Hausen – trotz Sprachdefizit – möglichst viel versteht und sich auf die Bewegung einstellen kann. Hier wirken einfache Gesten oft Wunder!

Bei allen Mobilisationen auf Kreislauf- und Atemreaktionen achten: Lieber langsam aufrichten und kurz abwarten (Orthostasegefahr!), besonders nach längeren Liegephasen. Bei Anzeichen von Schwindel, Übelkeit oder Blässe sofort Pause machen.

Zuletzt: regelmäßige Umlagerung im Bett mindestens alle zwei Stunden, um Dekubitus bei eingeschränkter Mobilität zu vermeiden.

Ich würde empfehlen, die Mobilisation im Pflegealltag und in der Therapie so abzustimmen, dass sich kein „Übertraining“ ergibt – also lieber viele kleine unterstützte Aktivitäten über den Tag verteilt, als einzelne, zu anstrengende Aktionen. Und immer: Nachfragen, ob Hilfsmittel wie Gleithilfen, Lifter oder Rutschbretter gebraucht werden – das schont sowohl Patienten als auch das Pflege team.

Braucht ihr noch einen konkreten Ablauf für bestimmte Mobilisationsarten oder ist die generelle Orientierung für euch ausreichend?

**Student:in:** Gibt es ein Repertoire an Griffen, um ihn zu unterstützen, sich z.B. aufzurichten?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Ja, definitiv! In der Physiotherapie gibt es ein ganzes Repertoire an Techniken und Griffen, die speziell für Patient:innen mit Hemiplegie wie Herrn von Hausen entwickelt wurden, um die Eigenaktivität möglichst gezielt zu fördern und gleichzeitig Risiken – wie zum Beispiel einen Sturz, eine Schulterläsion oder Schmerzen – zu minimieren. Ich kann hier ein paar aus der Praxis erprobte Ansätze beschreiben, die auch Pflegekräfte für die Alltagsmobilisation nutzen können.

Beim Aufrichten vom Liegen zum Sitzen oder beim Umsetzen arbeite ich oft mit sogenannten „Facilitation-Griffen“. Besonders bewährt haben sich zum Beispiel PNF-Techniken (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation), wo durch gezielten Handkontakt an jeweiligen Schlüsselstellen (wie z.B. Becken, Schulterblatt, Oberschenkel) die Bewegungsrichtung unterstützt und gleichzeitig Eigenaktivität gefördert wird.

Ganz konkret: Um Herrn von Hausen vom Liegen in den Sitz zu bringen, führe ich am liebsten einen sogenannten „Schlüsselgriff“ am Schulterblatt der betroffenen Seite durch – meine flache Hand liegt dabei leicht unter das Schulterblatt, die Finger zeigen nach oben. Die andere Hand platziere ich entweder am Becken oder an der Knieaußenseite der nicht betroffenen Seite. Dann leite ich die Bewegung mit einem klaren Impuls an: „Herr von Hausen, wir rollen uns gemeinsam auf die Seite und richten uns dann auf.“ So kann er die Bewegung aktiv mitsteuern, wird aber gleichzeitig durch meine Hände gelenkt.

Beim Aufrichten an die Bettkante hilft es, das Knie der nicht betroffenen Seite vor das eigene Knie zu nehmen (quasi als Stütze) und mit der Handfläche sanft das Becken der betroffenen Seite unter Kontrolle zu halten. Wichtig ist dabei, immer auf eine „offene Handführung“ zu achten, also nie an Arm oder Schulter ziehen, sondern führend, unterstützend, dabei aber so viel Eigenaktivität wie möglich zulassen.

Zur Sicherung des Gleichgewichts beim Sitzen platziere ich die Hände seitlich am Rumpf, leicht nach vorne versetzt, um bei einer Falltendenz schnell korrigieren zu können, ohne zu fixieren. Immer wieder checke ich dabei die Körperspannung – Herr von Hausen braucht klare, einfache Hinweise und viel nonverbale Kommunikation (sanftes Drücken oder leichtes Antippen), damit er versteht, wohin die Bewegung gehen soll.

Was in der Pflege und Therapie auch oft genutzt wird, sind sogenannte „Transfergriffe“: z. B. die Überkreuztechnik beim Aufsetzen, bei dem Herr von Hausen aktiv mit der gesunden Hand

(linke Seite) nach der gegenüberliegenden Bettkante greift und dann gemeinsam mit Unterstützung am Becken rotiert wird. Hilfsmittel wie Rutschbretter oder Gleithilfen bieten bei stärkerem Eigenkraftmangel zusätzliche Sicherheit und erleichtern den Transfer.

Das A und O bei allen Griffen: Immer den Patienten vorher ankündigen, was passiert, keine ruckartigen Bewegungen, und immer Hilfestellung so dosieren, dass Eigenleistung möglich bleibt. Die richtige Positionierung der Hände gibt dem Patienten Sicherheit und nimmt ihm die Angst vor Stürzen. Gleichzeitig wird durch gezielte Berührungen die Wahrnehmung auf der betroffenen Körperseite aktiviert – was ebenfalls extrem wichtig ist.

Wärt ihr an einer kurzen Demonstration bei der nächsten Teamsitzung interessiert oder braucht ihr Beschreibungen für weitere Transfersituationen? Manchmal macht ein Vormachen viel aus, damit Pflege und Therapie wirklich dieselben Griffe verwenden!

**Student:in:** Wie schätzt du das aktuelle Sturzrisiko ein?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Die Frage nach dem Sturzrisiko ist bei Herrn von Hausen aktuell aus physiotherapeutischer Sicht extrem relevant – und ehrlich gesagt auch hoch zu bewerten. Das begründe ich gern etwas genauer am Beispiel dieses Falls:

Herr von Hausen weist eine rechtsseitige Hemiplegie mit deutlich herabgesetzter Rumpfstabilität und geringer Eigenbeteiligung bei allen Bewegungen auf. Er kann lediglich kurzzeitig und nur unter Sicherung stabil an der Bettkante sitzen und neigt dabei sogar nach hinten zu kippen. Hinzu kommen kognitive Einschränkungen durch das Schädel-Hirn-Trauma, eine nicht-flüssige Aphasie, Aufmerksamkeitsstörungen und eine reduzierte Belastbarkeit. Das bedeutet ganz praktisch: Viele der typischen Schutzmechanismen des Körpers beim drohenden Umfallen – wie z. B. das Abstützen oder situationsgerechtes Gegensteuern – sind eingeschränkt oder fehlen völlig.

Auch seine Gehfähigkeit ist derzeit nicht gegeben, Transfers gelingen nur mit Unterstützung. Besonders kritisch sehe ich Momente der Umlagerung im Bett, Bewegungsübergänge (z. B. vom Sitzen zum Stehen oder vom Rollstuhl ins Bett) sowie alle Tätigkeiten, bei denen er unerwartet aus dem Gleichgewicht geraten könnte, etwa beim nach etwas Greifen in aufrechter Position.

Weitere Risikofaktoren kommen dazu: Übergewicht, Muskelabbau durch Inaktivität, eventuell Kreislautschwankungen bei Positionswechsel und auch die reduzierte Sensibilität auf der betroffenen Seite. Selbst eine kurze Unaufmerksamkeit kann da leicht zu einem Sturz führen.



Insgesamt ist das Sturzrisiko bei Herrn von Hausen nach aktueller Einschätzung als hoch einzustufen. Er sollte aus meiner Erfahrung niemals unbeaufsichtigt an die Bettkante gesetzt, umgesetzt oder in den Stand gebracht werden. Alle Transfers und Transfersituationen sollten mit mindestens einer, besser zwei Personen und mit passenden Hilfsmitteln (z. B. Rutschbrett, Lagerungskissen, Rollstuhl mit Sicherung) durchgeführt werden.

Für den individuellen Behandlungsplan müssten deshalb Sturzprophylaxemaßnahmen ganz oben stehen: regelmäßige Weiterbildungen für das Team, eindeutige Kennzeichnungen von Sturzgefahr am Patientenbett, engmaschige Evaluierung der Stand- und Sitzstabilität sowie konsequente Schulung von Angehörigen.

Wurden in der Vergangenheit schon kritische Situationen oder beinahe Stürze bei ihm dokumentiert? Das wäre für die Gefahreneinschätzung hilfreich. Ansonsten wäre aus meiner Sicht auch eine pflegewissenschaftliche Sturzrisikokala sinnvoll, die regelmäßig aktualisiert wird.

**Student:in:** Gibt es beim Bewegen von Herrn von Hausen bestimmte Hilfsmittel, die verwendet werden können?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Absolut, bei Herrn von Hausen sollten wir gezielt verschiedene Hilfsmittel einsetzen – vor allem, um seine Sicherheit bei allen Bewegungsübergängen zu gewährleisten, Eigenaktivität zu fördern und Komplikationen (wie Sturz, Überlastung, Druckstellen) zu vermeiden. Das richtige Hilfsmittel hängt immer vom aktuellen funktionsbezogenen Zustand und der Mobilitätsform ab.

Konkret für Herrn von Hausen bieten sich zum Beispiel folgende Optionen an: Zum Umlagern im Bett und Positionswechsel können Gleitmatten, Rutschbretter oder Transferlaken sehr hilfreich sein. Das schont nicht nur den Patienten, sondern auch das Personal und macht die Bewegungen kontrollierter und sicherer. Beim Setzen an die Bettkante oder beim Umsetzen in den Rollstuhl bieten sich Transferbretter an – damit kann das Körpergewicht besser abgegeben werden, ohne dass gezogen oder gehoben werden muss.

Für Transfers, bei denen Herr von Hausen minimal aktiv mitarbeiten kann, aber trotzdem viel Sicherheit braucht, wäre auch ein Stand- oder Aufrichthilfegerät („Aufstehhilfe“) denkbar. Diese werden in der neurologischen Rehabilitation regelmäßig eingesetzt, um sitzende Patienten mit Hemiplegie sicher an den Rollstuhl oder auf einen Toilettenstuhl umzusetzen. Voraussetzung ist allerdings immer ein gewisses Maß an Rumpfstabilität und Kooperation, weshalb ich individuell prüfen würde, ob das schon jetzt machbar ist, oder erst etwas später.

Während der Sitzphasen kann ein spezielles Sitzkissen zur Dekubitusprophylaxe sinnvoll sein, da Herr von Hausen selbst wenig Lagewechsel vornimmt. Vorteilhaft sind auch Antirutschmatten, um zu vermeiden, dass er auf glatten Flächen nach vorne rutscht und das Gleichgewicht verliert.

Für die Mobilisation in den Stand – sobald das trainiert werden kann – wäre ein höhenverstellbarer Gehwagen oder Rollator mit breiter Standfläche und Armauflagen geeignet, weil er viel Standsicherheit bietet und der Patient sich mit der gesunden linken Seite gut abstützen kann. Spezialrollstühle mit Positionierungsmöglichkeit, Kopfstütze und Beckengurt sind in dieser Phase ebenfalls zentral für die Transfers und für sicheren Transport, da Herr von Hausen aktuell noch nicht selbstständig sitzen kann.

Zum Schutz der rechten, gelähmten Schulter empfehle ich auch das Tragen eines Armslings (eine Schlinge) außerhalb des Bettes, vor allem bei mobileren Phasen, um eine Subluxation zu vermeiden – natürlich immer eng nach physiotherapeutischer und ärztlicher Bewertung.

Wichtig finde ich dabei: Das Hilfsmittel sollte so gewählt werden, dass es nicht zur „Passivierung“ beiträgt. Also: so viel Sicherheit wie nötig, so viel Eigenbeteiligung wie möglich. Für jede Situation prüfe ich regelmäßig, ob ein Hilfsmittel noch gebraucht wird, oder ob sich die Mobilität so weit verbessert hat, dass eine Umstellung möglich ist.

Wenn ihr möchtet, kann ich gern Ansprechpartner für die Auswahl und das Handling der Hilfsmittel im Team benennen oder eine praktische Einweisung machen. Gibt es bereits Erfahrungen oder Vorlieben von Herrn von Hausen oder Frau von Hausen für bestimmte Hilfsmittel? Das wäre spannend zu wissen!

**Student:in:** Gibt es typische körperliche Leitsignale, um zu erkennen, ob er durch die Behandlung zu überfordert ist?

**Physiotherapeutin – Lena Müller:** Ja, es gibt ganz typische körperliche Leitsignale, auf die wir als Physiotherapeut:innen – aber auch Pflege und das ganze Team – in jeder Behandlungssituation bei Herrn von Hausen besonders achten sollten, um eine Überforderung frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern. Gerade in der neurologischen Rehabilitation, mit Komorbiditäten wie Herzinsuffizienz und Adipositas, ist ein sensibles Monitoring während der Therapie unverzichtbar.

Direkt aus der Praxis sind das bei Herrn von Hausen vor allem folgende Signale: Ein deutlicher Leistungsabfall innerhalb einer Einheit, etwa plötzliches Nachlassen der Körperspannung, ein Absacken im Rumpf oder eine stärkere Falltendenz beim Sitzen, zeigt fast immer an, dass das Nervensystem ermüdet oder die Muskulatur erschöpft ist. Auch ein Zittern der Hände oder

Beine, unsichere Zielbewegungen oder fehlendes Gleichgewicht können Ausdruck von Überforderung sein.

Vegetative Anzeichen wie starkes Schwitzen, Blässe, Kurzatmigkeit oder ein sichtbarer Anstieg der Atemfrequenz sind aus physiotherapeutischer Sicht Warnzeichen – gerade in Verbindung mit seiner Herzinsuffizienz muss bei diesen Zeichen sofort pausiert oder das Training reduziert werden. Ein plötzlich aufkommender Schwindel, Unwohlsein, Übelkeit oder sogar eine leichte Verwirrtheit sind je nach Trainingsintensität ebenfalls Hinweise darauf, dass Herr von Hausen eine Pause braucht oder das Pensum zu hoch ist.

Darüber hinaus gilt: Großes Gähnen, häufiges Abschweifen mit dem Blick, Kommunikationsabbau oder verlangsamte Reaktionen ("verträumt sein") können auf kognitive Überlastung oder Fatigue hinweisen – sehr häufig nach SHT der Fall und dann oft schwer von reiner körperlicher Erschöpfung zu unterscheiden.

Aus meiner Erfahrung ist auch die Körpersprache wichtig: Wenn Herr von Hausen beginnt, sich wegzudrehen, die Schultern hängen zu lassen oder sich plötzlich festhält, signalisiert das oft ein Schutzverhalten bei Unsicherheit, Schmerz oder Unwohlsein. Auch ein verändertes Atemmuster oder ein verstärkter Seufzer kann auf Belastungsgrenzen hindeuten.

Eine ganz praktische Empfehlung ist es, bei allen Therapieeinheiten engmaschig nachzufragen – entweder mit einfachen Ja/Nein-Fragen, Gesten oder Piktogrammen, da Herr von Hausen eine Aphasie hat. Was ebenfalls hilft: Pausen einbauen, auf Veränderungen des Hautkolorits achten und regelmäßig gemeinsam reflektieren ("War das okay für Sie?").

Ich plädiere dafür, dass solche Warnsignale auch im Team regelmäßig besprochen werden, damit Pflege und Angehörige sie erkennen und gegebenenfalls frühzeitig das Therapieteam informieren. Wenn ihr möchtet, gebe ich gern eine kleine Übersicht an die Hand oder biete eine kurze Schulung für das Team an.

Habt ihr schon bestimmte Situationen erlebt, in denen Herr von Hausen "abgeschaltet" hat oder körperlich auffällig wurde? Das hilft manchmal, typische Muster beim Patienten zu erkennen.