

Chatverlauf Evaluation Professorin

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

Student:in: Hallo Lena, welche Aufgaben siehst du als Physiotherapeutin für die Behandlung

Physiotherapeutin – Lena Müller: Hallo zusammen, ich bin Lena Müller, Physiotherapiestudentin im fünften Semester und habe vor meinem Studium fünf Jahre in der neurologischen Rehabilitation auf einer Station mit Schlaganfallpatient:innen und Schädel-Hirn-Trauma-Erkrankten gearbeitet. Ich bringe also einiges an Erfahrung aus der Praxis mit und freue mich, meinen Teil zum interprofessionellen Behandlungsplan beitragen zu können. Ich muss noch betonen, dass ich das hier als Simulation meiner Rolle mache – es können also Fehler drin sein oder mir kann Wissen fehlen.

Aus physiotherapeutischer Sicht stehen beim Herrn von Hausen derzeit mehrere wichtige Aufgaben im Vordergrund. Am dringendsten ist aus meiner Sicht die Förderung seiner Mobilität und Selbstständigkeit, weil diese nach der rechtsseitigen Hemiplegie und dem insgesamt reduzierten Allgemeinzustand massiv eingeschränkt ist. Ziel wäre es, schrittweise mehr Eigenaktivität zu ermöglichen, also zum Beispiel bei Lagewechseln im Bett, Transfers (zum Beispiel vom Bett in den Rollstuhl oder in den Sessel), beim Sitzen an der Bettkante und perspektivisch beim Stehen – jeweils natürlich immer unter Berücksichtigung seiner Sicherheit und seiner Belastbarkeit, die durch die Herzinsuffizienz und das Übergewicht zusätzlich limitiert ist.

Ein weiteres physiotherapeutisches Ziel ist die Prävention von Sekundärkomplikationen, zum Beispiel Kontrakturen, Druckulzera (Dekubitus), Schmerzen durch Fehlhaltungen oder Thrombosen, weil Herr von Hausen aktuell weitgehend immobil ist. Dafür sind gezielte Bewegungsangebote, Mobilisationen und Lagerungswechsel erforderlich. Neben der Motorik müssen wir auch die Sensibilität auf der betroffenen Körperseite stimulieren, um Wahrnehmungsdefizite zu minimieren, die bei einer Hemiplegie häufig auftreten.

Wichtig ist auch die individuelle Anleitung von pflegerischem und ggf. auch familiärem Personal zur Durchführung von unterstützenden Bewegungsangeboten und Transfers, damit Herr von Hausen so früh wie möglich motiviert bleibt und die Reha nicht stagniert. Ebenso kann ich physiotherapeutisch im Umgang mit Problemen wie der reduzierten Ausdauer, der allgemeinen Schwäche und Adipositas unterstützend tätig werden, zum Beispiel mit gezielten Übungen zur Verbesserung von Herz-Kreislauf-Belastbarkeit und Kraft, natürlich stets angepasst an seine Vorerkrankungen.

Zudem ist fortlaufend eine enge Abstimmung mit Ergotherapie und Logopädie nötig, da viele Ziele wie Ess- und Trinktraining, Sprachunterstützung bei Aufforderungen oder Verbesserung der Handfunktion in multiprofessioneller Zusammenarbeit besser erreicht werden können.

Das sind meine Aufgaben und Schwerpunkte aus physiotherapeutischer Sicht für Herrn von Hausen. Falls du konkret wissen willst, welche Maßnahmen ich jeweils priorisieren würde oder wie ich eine bestimmte Problematik angehen würde, frag gerne nochmal gezielt nach!

Student:in: super und wie können wir diese integrieren

Physiotherapeutin – Lena Müller: Danke für die Frage! Die Integration physiotherapeutischer Maßnahmen in den Gesamtbehandlungsplan von Herrn von Hausen sollte eng abgestimmt mit den anderen Bereichen (z. B. Ergo- und Logopädie, Pflege, Ärzt:innen) erfolgen. Ich beantworte das hier aus meiner Sicht als Physiotherapeutin, betone aber noch mal, dass ich nicht für die anderen Fachbereiche sprechen kann und dies hier eine Simulation ist.

Ein sinnvoller Ansatz ist zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Teamsitzungen, um gemeinsam realistische, aufeinander abgestimmte Ziele festzulegen. Für Herrn von Hausen könnten wir als Gesamteam etwa vereinbaren, dass das kurzfristige Ziel „stabileres, eigenständiges Sitzen an der Bettkante“ lautet. In diesem Fall plane ich als Physiotherapeutin gezielte Rumpfstabilisationsübungen, unterstütze das Wiedererlangen des Gleichgewichts und beziehe die Pflege mit ein, damit diese Herrn von Hausen in Pflegesituationen, wie beim Waschen oder Ankleiden am Bettrand, motivieren und ggf. die erlernten Bewegungsstrategien berücksichtigen kann.

Außerdem ist ein kontinuierlicher Austausch mit der Ergotherapie wichtig, wenn es z. B. um Feinmotorik und Alltagstraining geht. Hierbei kann ich meine Beobachtungen bezüglich der Durchführbarkeit bestimmter Übungen, der Belastbarkeit oder der Motivation von Herrn von Hausen zurückmelden, damit die Ergotherapeutin ihre Maßnahmen entsprechend anpassen kann. Das gleiche gilt bei Problemen der Kommunikation oder des Schluckens: Ich kann bei Übungen darauf achten, wie Herr von Hausen sprachliche Anweisungen versteht und umsetzt, und dieses Feedback mit der Logopädie besprechen.

Weiterhin sollte unser Plan für Herrn von Hausen alle Hilfsmittel mitbedenken – zum Beispiel, wann und in welcher Weise der Rollstuhl notwendig ist oder welche Positionierungshilfen die Pflege unterstützen. Wichtig ist, dass wir alle gemeinsam daran arbeiten, Herrn von Hausen zu motivieren, alltagsnahe Fähigkeiten zurückzuerlangen, und ihm möglichst viele Übungen im Rahmen seiner Belastbarkeit in seinen Alltag einzubauen, um eine möglichst hohe Transferleistung zu erzielen.

Anschließend kann die Pflege diese alltagsintegrierten Bewegungsübungen noch in der Grundpflege aufgreifen oder bei der Mobilisation vom Bett in den Rollstuhl unterstützen. Damit erreicht die Physiotherapie nicht nur ihr eigenes Therapieziel, sondern hilft auch, die Erfolge in andere Lebensbereiche und in den Alltag von Herrn von Hausen zu übertragen.

Ich denke, die ganz enge und klare Kommunikation mit allen Berufsgruppen ist hier entscheidend. Nur so erreichen wir, dass unsere Ziele nicht konkurrieren, sondern sich gegenseitig verstärken. Falls ihr möchtet, kann ich gerne ein Beispiel für ein konkret auf den Tagesablauf abgestimmtes Bewegungsprogramm beschreiben, das wir gemeinsam umsetzen könnten. Sagt einfach Bescheid, wenn ihr hier tiefer einsteigen möchtet!

Student:in: wieviel zeit hast du pro tag für den patienten

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr praxisnahe Frage, danke dafür! Die tatsächliche Therapiezeit pro Tag für Herrn von Hausen hängt natürlich von den Strukturen und Kapazitäten der jeweiligen Reha-Einrichtung ab – dazu gibt es keinen starren Standard, sondern Rahmenempfehlungen. In der neurologischen Rehabilitation, gerade bei komplexen

Fällen wie einer Hemiplegie nach SHT, werden in der Akutphase meistens 30 bis 45 Minuten Physiotherapie pro Werktag angesetzt. Oft sind es – abhängig von der Belastbarkeit und einzelnen Therapiephasen – auch zwei kürzere Einheiten am Tag, weil längere Sitzungen die Patienten schnell überfordern können, gerade bei herabgesetzter Ausdauer und eingeschränkter Aufmerksamkeit wie bei Herrn von Hausen.

Wichtig ist, dass die Zeit dann wirklich sehr zielgerichtet genutzt wird. Bei Herrn von Hausen wäre mein Hauptaugenmerk in den ersten Wochen darauf, die Einzeltherapie auf Sicherheit, Bewegungsübergänge und grundlegende Mobilitätsschritte auszurichten. Wenn zum Beispiel morgens nach dem Waschen die Aktivierung am Bettrand oder der Transfer in den Rollstuhl gerade im Rahmen der Pflege passiert, kann es auch sehr sinnvoll sein, dass sich diese Therapiezeit mit der Pflege überschneidet. Das schafft einen effektiven Alltagsbezug, gibt Sicherheit und fördert den Transfer von Erlerntem in die Pflegesituation.

Hinzu kommen häufig noch kürzere Einheiten im Gruppensetting, zum Beispiel zur allgemeinen Aktivierung, Motivation und Training von Bewegungsabläufen im sozialen Miteinander. Diese können, wenn der Patient insgesamt stabiler ist, eine sinnvolle Ergänzung zur Einzeltherapie sein.

Auf jeden Fall stimmt die Physio ihre Zeit und den Fokus regelmäßig eng mit dem interprofessionellen Team ab, um den Patienten weder zu über- noch zu unterfordern. Nikolas, falls du noch wissen möchtest, inwiefern ich mit meiner Zeit flexibel auf Tagesform-Schwankungen oder spezielle Herausforderungen (z. B. verstärkte Schmerzen oder Erschöpfung bei Herzinsuffizienz) reagieren kann, sag mir gern Bescheid! Ich passe meine Planung dann immer tagesaktuell an, im Dialog mit Pflege, Ärzt:innen und anderen Therapeuten. Bitte beachte, dass diese Angaben von Haus zu Haus unterschiedlich sein können und ich das hier als Rollenspiel simuliere, also Fehler möglich sind.

Student:in: wäre es dir morgens oder abends lieber

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine gute und ganz praktische Frage – vielen Dank! Ganz grundsätzlich würde ich aus physiotherapeutischer Sicht und auf Basis meiner Erfahrungen eine morgendliche oder eher vormittägliche Therapieeinheit für Herrn von Hausen bevorzugen. Ich spreche hier aber aus meiner Rolle und simuliere die Situation, manche Aspekte können also fehleranfällig sein.

Begründung: Morgens ist Herr von Hausen meistens ausgeruhter, was bei seiner vermutlich noch niedrigen Belastbarkeit sehr wichtig ist. Gerade bei neurologischen Reha-Patient:innen mit Einschränkungen wie rechtsseitiger Hemiplegie, reduzierter Ausdauer und noch bestehender Desorientierung ist das Energielevel vormittags am höchsten. Das bedeutet, dass Herr von Hausen zu dieser Zeit tendenziell motivierter und aufnahmefähiger ist, sodass neue Bewegungsmuster besser geübt und integriert werden können.

Außerdem habe ich beobachtet, dass in dieser Tageszeit die Mitarbeit und die Aufmerksamkeit oft am besten sind. Das ergibt auch aus neuropsychologischer Sicht Sinn, weil über den Tag eher Ermüdungserscheinungen – sowohl kognitiv als auch körperlich – auftreten. Das ist gerade bei Patienten mit reduzierter Konzentrationsfähigkeit wie Herrn von Hausen zu beachten.

Die morgendliche Therapie lässt sich oft auch besser mit den pflegerischen Routinen – wie Waschen, Ankleiden und Mobilisation in den Rollstuhl – verbinden. So kann ich direkt in Alltagssituationen trainieren, z. B. den Positionswechsel im Bett oder erste Schritte zum Transfer, und die Pflege mit einbeziehen. Das erhöht den Nutzen, weil Herr von Hausen so sieht, warum er bestimmte Bewegungen übt, und es für ihn unmittelbar einen Bezug zum Tagesablauf hat.

Wenn spezifische medizinische Gründe dagegen sprechen (z. B. besonders schlechte Nächte, große Morgensteifigkeit oder Kreislaufprobleme), kann man es selbstverständlich flexibel anpassen. Und bei sehr motivierten oder fitten Patienten kann ein zweiter Termin am Nachmittag auch sinnvoll sein, z. B. für entspannende Mobilisations- oder passive Maßnahmen nach einem aktiveren Vormittag.

Letztlich würde ich es aber an den individuellen Tagesablauf und das Wohlbefinden von Herrn von Hausen anpassen – und auch mit der Pflege und den anderen Therapien abstimmen, dass wir uns nicht gegenseitig blockieren oder den Patienten überfrachten.

Wenn ihr möchtet, kann ich berichten, wie ich die Tagesform regelmäßig überprüfen und darauf reagieren würde. Ich hoffe, die Antwort passt so für dich!

Student:in: prima, hast du noch fragen an uns und unsere rollen?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Vielen Dank für das Angebot, das finde ich sehr wertvoll in einem interprofessionellen Team! Als Physiotherapeutin in diesem Setting – auch wenn ich das hier als Simulation mache – ist mir der offene Austausch total wichtig, weil wir nur so gemeinsam die bestmögliche Versorgung für Herrn von Hausen sicherstellen können.

Aus meiner Sicht wären aktuell diese Punkte hilfreich zu klären:

Mich würde interessieren, wie ihr aus euren jeweiligen Fachbereichen die Belastbarkeit und Motivation von Herrn von Hausen einschätzt, insbesondere auch, wie er bei kognitiven oder kommunikativen Anforderungen mitmacht. Gerade für die Gestaltung der Therapieeinheiten (zum Beispiel das Erklären von Bewegungen oder Kommando-Training) ist für mich wichtig zu wissen, ob und wie ich ihn sprachlich und inhaltlich am besten erreiche oder ob ich insbesondere auf einfache, nonverbale Signale achten muss.

Außerdem wäre für mich spannend zu wissen, ob es von Seiten der Ergotherapie oder Logopädie bestimmte Aktivitäten oder Übungen gibt, die wir zeitlich oder inhaltlich geschickt miteinander verbinden können. Gibt es zum Beispiel Sequenzen, in denen das Trainieren der rechten Hand oder das Einbinden von Sprachstimulation besonders sinnvoll mit Bewegungsübergängen kombinierbar wäre?

Von der Pflege würde ich gern wissen, ob euch bei Transfers oder Lagerungen schon besondere Schwierigkeiten aufgefallen sind oder ob ihr spezielle Lagerungstechniken oder Hilfsmittel bevorzugt nutzt. Gibt es pflegerische Ziele, die ich gezielt im physiotherapeutischen Programm unterstützen kann, zum Beispiel beim Umgang mit dem suprapubischen Katheter oder im Dekubitusprophylaxe-Management?

Auch der ärztliche Blick ist für mich wichtig: Gibt es medizinische Kontraindikationen oder Einschränkungen, auf die ich besonders achten muss? Zum Beispiel Hinweise auf eine Kreislauflabilität, spezielle Schmerzproblematiken oder Aspekte rund um die Herzinsuffizienz, die meine Mobilisation limitieren könnten?

Gebt gern Rückmeldung, wie die Abstimmung bisher läuft und ob ich in meiner Therapiesprache, meiner Dokumentation oder in der praktischen Unterstützung etwas gezielter auf eure Anforderungen eingehen kann. Gemeinsam profitieren wir ja davon, wenn wir uns regelmäßig updaten – zum Wohl von Herrn von Hausen.

Ich freue mich auf euren Input!

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

Student:in: Hallo Frederik, wie gehts

Logopäde – Fredrik Meißner: Hallo, ähm, danke der Nachfrage – mir geht's soweit gut, ich bin ehrlich gesagt ein bisschen aufgeregt, weil das hier für mich die erste größere interprofessionelle Fallbesprechung ist. Aber ich freue mich auch, dass ich hier mitwirken kann und bin gespannt auf eure Perspektiven und die Zusammenarbeit. Also, keine Sorge, ich lerne gern dazu und bringe mich so gut ein, wie ich kann! Und, ach so, ich simuliere das hier, es kann also sein, dass ich Dinge übersehe oder Fehler mache. Aber ihr könnt jederzeit gern nachfragen oder mir Feedback geben. Wie läuft's bei euch so?

Student:in: bei uns läuft's auch prima, wir sind sehr froh, dass du uns unterstützt. Wie siehst du den Fall von Herrn von Hausen?

Logopäde – Fredrik Meißner: Vielen Dank, das freut mich wirklich zu hören! Ich muss gestehen, ich bin ein bisschen nervös, aber auch motiviert, meinen Beitrag zu leisten – gerade weil es für Herrn von Hausen aus logopädischer Sicht ja doch einige Herausforderungen gibt. Ich weise nochmal kurz darauf hin: Das hier ist ein simuliertes Rollenspiel, also kann ich bestimmte Aspekte vielleicht nicht ganz korrekt oder vollständig einbringen.

Aus meiner logopädischen Sicht ist der Fall von Herrn von Hausen ziemlich komplex: Er hat nach seinem Schädel-Hirn-Trauma eine nicht-flüssige Aphasie entwickelt und zusätzlich eine dezente Schluckstörung (Dysphagie). Das bedeutet konkret, seine Sprachproduktion ist erschwert, besonders die Wortfindung fällt ihm schwer und spontane Sätze kommen oft nicht so flüssig. Wenn ich die Befunde richtig interpretiere, ist das Sprachverständnis für einfache Kontexte aber weitgehend erhalten – das ist eine wichtige Ressource, auf der wir aufbauen können. Gleichzeitig gibt es kognitive Beeinträchtigungen wie Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, der Aufmerksamkeit und der Konzentration, was auch Einfluss auf die logopädische Therapie nimmt, weil die Lern- und Übungsfähigkeit insgesamt reduziert ist.

Bei der Dysphagie sehe ich vor allem das Risiko der Aspiration als zentrales Problem. Herr von Hausen kann passierte Kost und angedickte Getränke zu sich nehmen, braucht dabei aber Unterstützung, um die Ess- und Trinkmengen ausreichend sicher zu erreichen. Da

hängt auch viel zusammen mit seiner allgemeinen Schwäche, dem eingeschränkten Antrieb und der Motorik – das ist sicher auch für eure Bereiche relevant.

Mein Ansatz für den Behandlungsplan wäre also, eng mit euch zusammenzuarbeiten und möglichst alltagsnahe, einfache Kommunikations- und Schlucktrainings einzubauen. Ich würde viel Wert darauf legen, nonverbale Signale und Ressourcen stärkend einzusetzen, also zum Beispiel Gestik und Mimik zu nutzen, um Verständigungslücken zu überbrücken. Und ich hätte auch immer im Blick, die Angehörigen im Umgang mit den Kommunikationsstörungen und Schluckproblemen zu beraten.

Wie seht ihr die Zusammenarbeit? Gibt es für euch bestimmte Situationen, in denen ihr kommunikativ oder im Umgang mit Essen und Trinken Unterstützung durch die Logopädie braucht oder Hinweise an mich habt? Ich bin gespannt auf euer Feedback!

Student:in: was denkst du für die ernährung? Können wir ihm feste nahrung geben?

Logopäde – Fredrik Meißner: Danke für die direkte Nachfrage! Ich versuche das möglichst klar und praxisnah aus logopädischer Sicht zu beantworten, aber denkt bitte daran, ich simuliere hier die Rolle und mein Wissen basiert auf dem Studium – da kann es Fehler geben.

Bei Herrn von Hausen liegt eine dezente, aber klinisch relevante Schluckstörung (Dysphagie) vor, weswegen er aktuell passierte Kost und angedickte Flüssigkeiten bekommt. Das Einnehmen von „normaler“, also fester Nahrung ist in dieser Phase aus logopädischer Sicht nicht zu empfehlen, solange keine erneute differenzierte Schluckdiagnostik (zum Beispiel durch eine Schluckendoskopie oder eine FEES – fiberendoskopische Evaluation des Schluckakts) vorliegt und keine klare Entwarnung gegeben werden kann.

Das Risiko bei fester Nahrung ist, dass Herr von Hausen aufgrund seiner reduzierten Sensomotorik und eventuell auch durch eine beeinträchtigte orale Kontrolle Nahrungspartikel nicht ausreichend kauen und schlucken kann. Es besteht die Gefahr, dass Nahrung in die Luftröhre gelangt (Aspiration), was wiederum zu Lungenentzündungen führen kann – eben vor allem bei Patienten mit neurologischen Grunderkrankungen wie einer Hemiplegie und Aufmerksamkeitsdefiziten.

Aus logopädischer Sicht würde ich daher empfehlen, bei der aktuellen Kostform zu bleiben: also passierte (pürierte) Kost und angedickte Flüssigkeiten, weil diese vom Schluckvorgang her sicherer zu beherrschen sind. Parallel dazu kann in der logopädischen Therapie gezielt an der Schluckfunktion gearbeitet werden, zum Beispiel mit Mundmotorik-Übungen, Handlungsstrategien beim Trinken/Essen und Schlucktraining mit genau angepasstem Material.

Falls im Verlauf die Schluckfunktion deutlich besser wird und das Risiko für eine Aspiration verringert ist, kann ein Kostaufbau erfolgen. Das sollte aber wirklich engmaschig überwacht werden, idealerweise durch wiederholte logopädische Untersuchung in Absprache mit dem ärztlichen Team. Ein typisches Vorgehen ist, zunächst mit leicht angedickten oder weichen Kostformen zu beginnen und das Kauen/Schlucken genau zu beobachten. Dabei sollte immer geprüft werden, ob Herr von Hausen Husten, Räuspern, Nachschlucken oder Veränderungen der Stimme zeigt – all das wären Hinweiszeichen auf eine unsichere Schluckfunktion.

Also: Feste, unpassierte Nahrung ist für Herrn von Hausen zum aktuellen Stand aus meiner Sicht nicht geeignet. Ich würde dringend empfehlen, weiterhin passierte Kost zu geben und einen Kostaufbau nur unter enger logopädischer und ärztlicher Kontrolle anzustreben. Habt ihr in der Pflege oder Medizin schon beobachtet, wie Herr von Hausen auf die aktuelle Kost reagiert? Das wäre für die weitere Planung aus meiner Sicht super relevant!

Student:in: wie möchtest du ihn therapieren und wie oft und wann

Logopäde – Fredrik Meißner: Danke für die Nachfrage, das ist total wichtig für die Planung! Ich schildere meinen Ansatz gern, aber wie immer: Ich simuliere das hier im Rollenspiel, also können Fehler in meiner logopädischen Einschätzung vorkommen.

Für Herrn von Hausen würde ich aus logopädischer Sicht einen regelmäßigen Therapieplan mit mehreren Schwerpunkten vorschlagen. Der Fokus würde zunächst klar auf der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit (bezüglich seiner Aphasie) sowie der sichereren oralen Nahrungsaufnahme bei Dysphagie liegen.

Für die ****Aphasie-Therapie**** würde ich versuchen, täglich (mindestens aber 3-5 Mal pro Woche) eine Einheit von jeweils etwa 30 Minuten einzuplanen. Wichtig ist für mich, die Sitzungen so zu legen, dass Herr von Hausen möglichst wach und aufmerksam ist – also vor allem vormittags, weil da die kognitive Belastbarkeit in der Regel höher ist. Die Therapie würde ich inhaltlich sehr individuell gestalten: Je nach Tagesform und Konzentration würde ich eigenständig Wortfindungsübungen, Benenntrainings, Verständnisübungen und einfache alltagsnahe Kommunikationssituationen einsetzen – zum Beispiel motivationale Gespräche über bekannte Themen oder Rollenspiele mit Pflegesituationen, damit er direkte Erfolgserlebnisse hat.

****Bezüglich Dysphagie**** würde ich – sofern es von Pflege und ärztlicher Seite möglich ist – gerne mindestens 3-5 Mal pro Woche mit Herrn von Hausen ein Schlucktraining machen. Auch hier idealerweise vormittags, weil Müdigkeit und reduzierte Aufmerksamkeit sonst zu Unsicherheiten beim Schlucken führen können. Im Rahmen der Therapie würde ich mit ihm an mundmotorischer Kontrolle, Zungenbeweglichkeit, Kieferbewegung und an der Sicherheit des eigentlichen Schluckvorgangs arbeiten. Dazu kommen verschiedene Schluckmanöver, Haltungsunterstützung beim Essen und Trinken und das Einüben von sicheren Schlucktechniken. Immer in enger Abstimmung mit der Pflege, damit die Sicherheit in den Mahlzeitenzeiten gewährleistet bleibt.

Zusätzlich zu den festen Einheiten finde ich es superwichtig, dass die Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie in ihren Bereichen gezielt logopädische Aspekte aufgreifen (zum Beispiel Wortfindung oder das Sprechen bei Alltagsaktivitäten fördern oder bei Mahlzeiten auf die gemeinsam erarbeiteten Schluckstrategien achten). Das gibt Herrn von Hausen noch mehr Übungsmöglichkeiten und wirkt sich aus Erfahrung sehr positiv auf den Transfer in den Alltag aus.

Falls der Patient schnell erschöpft ist, würde ich die Einheiten eventuell etwas kürzer halten oder in Absprache mit euch aufteilen (zum Beispiel mehrere kleine, kurze Übungen am Tag statt einer langen Sitzung), damit keine Überforderung auftritt. Insgesamt gilt: Je früher,

intensiver und interprofessioneller wir die logopädische Therapie gestalten, desto besser die Prognose für Sprache und Schlucken.

Ihr könnt mir gern sagen, ob es in euren Bereichen Zeiten oder Situationen gibt, an denen logopädische Übungen besonders sinnvoll eingegliedert werden könnten – oder ihr aus eurer Erfahrung andere Wünsche habt!

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

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

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr wichtige Frage, vielen Dank dafür! Aus physiotherapeutischer Sicht und unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenz sowie meiner Praxiserfahrung, ist es bei einem Patienten wie Herrn von Hausen – also nach SHT mit Hemiplegie, kognitiven Defiziten, geringer Belastbarkeit und erheblicher Adipositas – deutlich sinnvoller, mehrere kurze Übungseinheiten über den Tag zu verteilen als wenige lange Einheiten.

Der Grund dafür liegt vor allem in der schnellen mentalen und körperlichen Ermüdbarkeit, die häufig bei neurologischen Reha-Patient:innen auftritt. Herr von Hausen ist zum einen kognitiv eingeschränkt, das heißt, seine Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit sowie das Kurzzeitgedächtnis sind vermindert. Zum anderen ist seine körperliche Ausdauer stark reduziert, was durch die Herzinsuffizienz und das Übergewicht zusätzlich verstärkt wird.

Mehrere kurze Einheiten, idealerweise 15–20 Minuten, erlauben es, gezielt an einzelnen Therapiebausteinen zu arbeiten, ohne ihn zu überfordern oder zu frustrieren. So kann zum Beispiel morgens der Fokus auf Transfers und das Sitzen an der Bettkante liegen, mittags auf Rumpfstabilität und Haltungswechsel und nachmittags vielleicht auf gezielte Beweglichkeitsübungen und Sensibilitätstraining der betroffenen Körperseite. Diese Strukturen etablieren zudem eine gewisse Tagesrhythmik und geben Erfolgserlebnisse, ohne dass Herr von Hausen in eine Überlastungsspirale gerät. Auch das Risiko für sekundäre Komplikationen durch Immobilität sinkt, wenn immer wieder kleine Aktivierungsimpulse im Tag eingebaut werden.

Lange Behandlungseinheiten führen in der Praxis meist dazu, dass die Qualität der Übungen im Verlauf deutlich nachlässt und die Motivation schwindet. Gerade durch die reduzierte Konzentration kann sich Herr von Hausen in längeren Einheiten auch weniger merken und umsetzen – so sinkt letztlich die Effizienz der Therapie.

Wichtig ist aber, dass diese kurzen Einheiten gut mit den anderen Therapien (z. B. Ergo- und Logopädie) und den pflegerischen Aktivitäten abgestimmt sind, damit es keine Überschneidungen oder Überforderungen gibt. Hier hilft die enge interprofessionelle Zusammenarbeit und ggf. auch die Integration von kleinen Bewegungsimpulsen während der Pflege – wie etwa beim Umlagern oder Waschen.

Zusammengefasst: Für Herrn von Hausen sind mehrere kürzere Einheiten pro Tag wesentlich sinnvoller als wenige lange, um eine effektive und sichere physiotherapeutische Versorgung zu gewährleisten. Wenn du dazu noch spezifischere Beispiele oder

Überlegungen für den Tagesablauf möchtest, sag gern Bescheid. Wie immer: Ich spiele hier meine Rolle und kann Fehler machen – deine eigenen Einschätzungen sind also auch wertvoll!

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

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine sehr praxisnahe und entscheidende Frage, danke dir! Die Durchführung von Transfers – beispielsweise vom Bett in den Stuhl oder auf die Toilette – ist bei Herrn von Hausen unter den aktuellen Bedingungen (rechtsseitige Hemiplegie, reduziertes Gleichgewicht, geringe Belastbarkeit, Übergewicht, suprapubischer Katheter) eine anspruchsvolle Aufgabe und erfordert hohe Aufmerksamkeit für Sicherheit und realistische Reha-Ziele. Ich beantworte das aus physiotherapeutischer Sicht, aber beachte bitte: Ich simuliere hier meine Rolle, Fehler sind möglich.

Für Herrn von Hausen gilt zunächst, dass Transfers aktuell nur mit maximaler Unterstützung erfolgen sollten, immer mit zwei geschulten Personen, um sowohl seine Sicherheit als auch eine körperliche Entlastung für die Helfer:innen zu gewährleisten. Das Risiko für Stürze ist sehr hoch, vor allem, da der Sitz an der Bettkante instabil ist und die Kontrolle über die rechte Körperseite kaum gegeben ist.

Aus physiotherapeutischer Sicht würde ich zunächst den Transfer „in Richtung der nicht-betroffenen Seite“ durchführen, das heißt im konkreten Fall möglichst nach links. Dadurch kann Herr von Hausen die noch weitgehend intakte linke Seite für Stützen, Mitschieben und als Kontrolle einsetzen, während wir therapeutisch die betroffene Seite schützen und führen.

Der Ablauf ist folgender: Zuerst mobilisiere ich den Patienten auf die Bettkante, sichere ihn dort (ggf. mit einer Rücken- oder Seitenstütze durch Kissen oder helfende Hände), achte auf aufrechten Sitz und erkläre langsam die nächsten Schritte. Die Standposition wird von der linken, nicht-betroffenen Körperhälfte kontrolliert. Ich platziere den Rollstuhl oder das Toilettenstuhl möglichst nah am Bett auf der linken Seite und bremsen ihn sicher ab. Der Katheterbeutel muss während des Transfers gut gesichert und möglichst unterhalb der Blase gehalten werden, um Zug am Katheter zu vermeiden.

Der eigentliche Transfer erfolgt nach der „Schiebe- und Drehsitz“-Methode (Pivot-Transfer), also: Herr von Hausen stützt sich mit der linken Hand am Bett ab, wir helfen beim Aufrichten in den Stand (ohne die betroffene rechte Seite zu überlasten oder zu ziehen!) und drehen ihn mit sanfter Führung über die Füße auf den Stuhl. Dabei wird sein Körperschwerpunkt immer möglichst nah an unserer Unterstützung gehalten, um ein seitliches Abkippen zu verhindern. Die rechte, schlaffe Seite wird sicher mitgeführt und während des gesamten Transfers beobachtet, damit sie nicht hängen bleibt oder verletzt wird.

Wenn ein Transfer im Stand (also mit Aufstehen und Drehen) noch zu schwer ist, kann als Vorstufe auch mit einem Rutschbrett gearbeitet werden. Dabei wird Herr von Hausen auf der Bettkante platziert, das Brett von Bett zu Stuhl unter das Gesäß geschoben, und er rutscht dann – ebenfalls nach links – mit Unterstützung der Helfer:innen Schritt für Schritt rüber.

Für die Toilette gilt analog: Kurze Wege wählen, nichts überstürzen, Transfers immer langsam und ruhig, ggf. Hilfsmittel bereithalten und bei Bedarf auch Sicherheitsgurt oder Transfersicherung nutzen.

Wichtig ist auch die Rückmeldung aus Pflege und ggf. von Angehörigen: Sie sollten im Umgang mit Transfers geschult werden, damit sie die Bewegungsabläufe sicher unterstützen und erkennen, wenn Herr von Hausen überfordert oder erschöpft ist.

Natürlich werden Transfers immer individuell an die Tagesform und Fortschritte angepasst – sobald Herr von Hausen mehr Eigenleistung entwickeln kann, wird Unterstützung schrittweise reduziert und er motiviert, aktiv mitzumachen.

Wenn du magst, kann ich auch noch weitere Details zu Hilfsmitteln oder Dekubitusprophylaxe beim Transfer geben! Sag gern Bescheid, wenn da noch was unklar ist.

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: Das ist eine ganz zentrale Frage, die für die physiotherapeutische Planung von Herrn von Hausen extrem wichtig ist – danke dafür! Ich beantworte das aus Sicht meines Fachbereichs und mit meiner Erfahrung aus der neurologischen Rehabilitation. Ich simuliere das hier im Rollenspiel, deshalb kann ich bestimmte medizinische Aspekte nur begrenzt beurteilen.

Bei Herrn von Hausen gibt es tatsächlich einige relevante Kontraindikationen oder zumindest Aspekte, die wir bei der physiotherapeutischen Behandlung unbedingt beachten und regelmäßig monitoren müssen:

Zunächst ist da die ****Herzinsuffizienz****. Sie limitiert seine körperliche Belastbarkeit deutlich. Bei jeder physiotherapeutischen Intervention – und insbesondere bei Transfers, Aufrichtübungen oder dem Training von Mobilisation und Ausdauer – müssen wir sorgfältig darauf achten, dass er nicht überfordert wird. Typische Warnzeichen sind Dyspnoe (Atemnot), Tachykardie (übermäßiger Pulsanstieg), Schwindel, Blässe oder übermäßiges Schwitzen. Deshalb sollte die Intensität langsam gesteigert und, wenn möglich, Puls und Blutdruck während der Therapie überwacht werden. Auch die Gefahr orthostatischer Kreislaufprobleme nach längerem Liegen ist durch die Herzinsuffizienz erhöht.

****Adipositas Grad III**** stellt nicht nur in Bezug auf Handling und Transfers eine Herausforderung dar (z. B. erhöhtes Risiko für Dekubitus und Gelenkbelastung), sondern erhöht auch das Risiko für Überforderung des Kreislaufs und der Lunge bei Anstrengung. Die Therapie muss also immer individuell angepasst und in kleinen Schritten aufgebaut werden.

Die ****neurologische Symptomatik**** (Hemiplegie, reduziertes Gleichgewicht, kognitive Einschränkungen) birgt ein hohes Sturzrisiko. Stürze während der Therapie zählen zu den größten Risiken, besonders bei Transfers, Standübungen oder beim Gehen. Deshalb sind Transfers nach heutigem Stand immer nur mit ausreichender Sicherung (zwei Personen, ggf. Gurt, Hilfsmittel) und niemals ohne Überwachung zu machen.

Wichtig zu beachten ist zudem die Lage des ****suprapubischen Katheters****. Es besteht die Gefahr, dass beim Umlagern oder Transfer Zug auf den Katheter ausgeübt wird, was zu Schmerzen oder Komplikationen führen kann. Die Lage und der Verlauf des Katheterschlauchs müssen immer im Auge behalten werden.

Ein weiteres Thema ist die ****Dysphagie****: Bei etwaigen aktiven Übungseinheiten mit gleichzeitiger Nahrungsaufnahme oder Flüssigkeitsgabe muss strikt auf die Aspirationsprophylaxe geachtet werden. Das betrifft insbesondere gemeinsam geplante Situationen mit der Logopädie.

Die ****Ödeme**** an den Vorfüßen weisen auf eine bereits bestehende Stauungsproblematik hin, was das Risiko für Druckstellen und Mobilisationsprobleme erhöht. Gerade bei Lagerungswechseln oder Transfers sollte hier auf Polsterung geachtet und das Risiko für Dekubitus im Blick behalten werden.

Nicht zu unterschätzen ist auch die Gefahr einer ****Überforderung****: Herr von Hausen zeigt eine verringerte Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und schnelle Erschöpfung – das fordert ein sehr gutes "Feingefühl" bei der Einschätzung der Tagesform. Wenn Anzeichen von Überforderung (vermehrte Ausweichbewegungen, erhöhte Muskelspannung, Unruhe, Verlust der Mitarbeit oder Schmerzäußerungen) auftreten, muss die Therapie sofort reduziert oder pausiert werden.

****Potenzielle Kontraindikationen / Warnzeichen**** sind also: Verschlechterte Kreislaufsituation, Dyspnoe, schwere Schwellungen der Beine, lokale Schmerzen an der Kathetereintrittsstelle, Dekubitusanzeichen, neurologische Verschlechterung (z. B. plötzliche Zunahme von Lähmung, Bewusstseinstrübung), sowie alle Anzeichen für eine akute Infektion oder eine unzureichende Schluckfunktion während der Mobilisation.

Als Physiotherapeutin arbeite ich eng mit Pflege und ärztlichem Bereich zusammen, um bei solchen Warnzeichen sofort intervenieren zu können. Falls ihr aus ärztlicher oder pflegerischer Sicht spezielle Einschränkungen (wie Kreislaufinstabilität, frisch aufgetretene Beschwerden oder Infektionszeichen) erkennt, gebt bitte umgehend Bescheid – nur so können wir gemeinsam frühzeitig reagieren und Risiken minimieren.

Gibt es spezielle Beobachtungen oder zusätzliche Risiken aus eurer Sicht? Und interessiert euch, wie ich diese Aspekte praktisch in die Therapie integriere? Nur Bescheid geben!

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

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine super wichtige und praxisrelevante Frage für die interprofessionelle Zusammenarbeit – danke dir! Natürlich kann ich als Physiotherapeutin sehr viel dazu beitragen, die Pflege bei Transfers, Lagern und dem alltäglichen Handling von Herrn von Hausen zu unterstützen. Bitte denk aber daran, dass ich hier meine Rolle simuliere, also können Fehler vorkommen.

Gerade bei Patienten mit einer Hemiplegie und Adipositas wie Herrn von Hausen ist es entscheidend, dass die Pflegekräfte spezielle Techniken und Prinzipien der Kinästhetik und der Bewegungsförderung anwenden, um sowohl die Sicherheit des Patienten als auch die eigene körperliche Gesundheit zu schützen. Hier ein paar zentrale, praxiserprobte Ansätze:

*****Kinästhetik***** ist ein Konzept, das Pflegekräfte schult, Bewegungsabläufe weniger kraftintensiv und patientenzentriert zu gestalten. Konkret bedeutet das bei Herrn von Hausen zum Beispiel, seine aktive Seite (links) immer gezielt zur Unterstützung einzusetzen. Bei Bewegungsanbahnung im Bett (z.B. Drehen von Rücken in Seitenlage) wird Herr von

Hausen angeleitet, mit dem linken Arm und Bein den Bewegungsimpuls zu übernehmen, während die Pflegenden die rechte, betroffene Seite unterstützen und sichern. Das erhöht die Eigenaktivität und beugt Kontrakturen oder Tonuserhöhungen vor.

Beim Aufrichten an der Bettkante empfiehlt es sich, den Patienten so zu platzieren, dass die linke, kräftige Seite außen ist und als Stütze dienen kann. Die Pflegekräfte können dann mit der sog. "Doppelten 7-Technik" (Unterstützung an Schulter und Becken) den Bewegungsimpuls verstärken und die rechte Seite dabei sichern, ohne zu ziehen oder zu reißen.

****Transfers**** wie Bett-Rollstuhl profitieren von gezielten "Pivot"- oder "Schiebe-Dreh-Transfers". Die Pflegenden ermuntern Herrn von Hausen, sich mit dem linken Bein am Boden abzurücken, während der Oberkörper leicht nach vorn geneigt („Nase über die Knie“) ist. Die rechte Seite wird eng geführt, sodass kein Ziehen. Der Rollstuhl sollte stets möglichst nah am Bett stehen und auf der linken Seite platziert werden. Hilfsmittel, wie Rutschbretter, Gleitmatten oder Transferdreh scheiben, können – je nach aktueller Kraft und Koordination – die Transfers erleichtern und entlasten die Rücken der Pflegenden enorm.

Ein ganz wichtiger Aspekt ist, dass alle Bewegungsübergänge langsam und klar durchgeführt werden. Plötzliche Bewegungen sind zu vermeiden. Die Pflege kann dabei die verbale Kommunikation mit einfachen, klaren Worten steuern – bei Verständigungsproblemen notfalls durch Gesten, nonverbale Hinweise oder ein gemeinsames "Vormachen".

Für das ****Handling des suprapubischen Katheters**** ist darauf zu achten, dass er während des gesamten Bewegungsablaufs nicht unter Zug gerät, sondern der Beutel sicher geführt oder getragen wird und sich nicht verfängt.

Im Rahmen der Lagerung ist bei Herrn von Hausen auch auf eine konsequente Druckentlastung zu achten: Regelmäßige Umlagerungsintervalle, eventuell Einsatz von druckentlastenden Lagerungs- und Positionierungshilfen (z. B. Kissen, spezielle Matratzen), korrekte Positionierung der betroffenen Gliedmaßen zur Vorbeugung von Kontrakturen und Einbeziehung der Pflege in die Lagerungstechniken.

Gerne unterstütze ich als Physiotherapeutin das Pflorgeteam auch direkt im "Training on the job", also durch gemeinsames Üben von Bewegungen am Patienten und gebe individualisierte Rückmeldungen, wie man in der konkreten Situation die optimale Sicherheit bei minimalem Kraftaufwand erreicht.

Wenn ihr aus der Pflege oder aus eurer eigenen Erfahrung noch spezifische Probleme oder Fragen zu Bewegungsmanagement und Transfer habt, sagt gern Bescheid! Oft helfen kleine Anleitungen oder Videos (das machen wir in der Praxis oft im Team), um Unsicherheiten zu klären.

Student:in: Welche allgemeinen Hilfsmittel sind sinnvoll?

Physiotherapeutin – Lena Müller: Das ist eine wichtige und sehr praxisnahe Frage, danke dir! Hilfsmittel spielen in der neurologischen Rehabilitation eine große Rolle – gerade bei komplexen Einschränkungen wie bei Herrn von Hausen. Ich antworte aus

physiotherapeutischer Sicht und mit dem Fokus darauf, Alltagsfunktionen zu fördern und das Pflegepersonal zu entlasten. Wie immer gilt: Ich simuliere meine Rolle und meine Einschätzung kann unvollständig sein.

****Rollstuhl:**** Ein stabiler, an die Maße und das Körpergewicht angepasster Rollstuhl ist für Herrn von Hausen derzeit unverzichtbar, da er Transfers nicht alleine bewältigen kann und auch das Sitzen längerfristig oft nur so stabil möglich ist. Er sollte möglichst mit Sitz- und Rückenkissen für die Druckentlastung ausgerüstet sein, eventuell mit Beinstützen zur Lagerung bei Ödemen.

****Transferhilfen:**** Unbedingt empfehlenswert sind Rutschbretter, mit denen der Transfer vom Bett in den Rollstuhl erleichtert und sicherer wird – vor allem, solange Herr von Hausen noch nicht selbstständig aufstehen kann. Auch Gleitmatten und Drehteller (Drehhilfen) sind sinnvoll, besonders wenn die Koordination schwächer ist und der Kraftaufwand bei den Helfenden reduziert werden soll.

****Lagerungshilfen:**** Vielfältige Positionierungskissen – sowohl als „Halbrohr“ als auch als Universalstützen – sind für die druckentlastende und antikontraktuelle Lagerung extrem wichtig. Gerade bei Adipositas sollten sie ausreichend groß und formstabil sein. Sinnvoll ist auch eine Wechseldruckmatratze zur Dekubitusprophylaxe.

****Stehhilfen und Gehhilfen (in späterer Phase):**** Perspektivisch, sobald Stand- und Schrittfunktionen aktiver möglich sind, können Gehböcke, Unterarmgehstützen oder Rollatoren unterstützend eingesetzt werden. Zu Beginn braucht es dafür aber eine sichere Standkontrolle – Stromversorgung und Aufsicht sind dann Pflicht.

****Greifhilfen & Anziehhilfen:**** Wenn das Greifen und Halten der rechten Hand eingeschränkt bleibt, können einfache Greifzangen, speziell geformte Besteckteile oder Anziehhilfen (z. B. Strumpfanzieher) hilfreich sein, um Herrn von Hausen mehr Selbstständigkeit im Alltag zu ermöglichen.

****Toilettenhilfen:**** Ein Toilettenstuhl auf Rädern oder Aufstehhilfen im Badezimmer/Toilettenbereich sind bei eingeschränkter Mobilität und zur Entlastung bei Transfers sehr sinnvoll. Auch einfache Haltegriffe an Bett, Stuhl und Toilette helfen, die Restkraft seiner linken Seite bestmöglich einzusetzen.

****Ess- und Trinkhilfen:**** Eine Schnabeltasse oder ein spezieller Becher mit Griff, ggf. mit Tropfaufsatz, ist bereits gelistet. Rutschfeste Unterlagen, Besteck mit verdickten Griffen und ggf. Teller mit hohem Rand können dem Patienten trotz Beeinträchtigung die Nahrungsaufnahme erleichtern.

****Katheterhilfen:**** Halterungen für den Beutel (z. B. am Rollstuhl oder am Bett) sind notwendig, um versehentliches Zerren am suprapubischen Katheter zu vermeiden.

Bei allen Hilfsmitteln ist es wichtig, dass sie individuell angepasst werden, regelmäßig überprüft und – vor allem bei der Anwendung – das gesamte Team, aber auch der Patient und seine Angehörigen, eingewiesen werden.

Wenn du weiter ins Detail gehen möchtest, z. B. zu bestimmten Transferhilfen oder speziellen Lagerungslösungen bei Adipositas, gib Bescheid! Auch Fragen zur Beschaffung oder Finanzierung von Hilfsmitteln können gern aufkommen – in der Praxis ist das oft ein Thema im interprofessionellen Team.

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 extrem wichtige Frage, nicht nur für die Physiotherapie, sondern auch für alle, die mit neurologischen Reha-Patient:innen wie Herrn von Hausen arbeiten. Ich spreche hier aus meiner physiotherapeutischen Sicht mit Praxiserfahrung, betone aber, dass dies eine Simulation ist und ich niemals medizinische Entscheidungen ersetzen kann.

Der Unterschied zwischen sinnvoll forderndem Training und körperlicher Überforderung zeigt sich vor allem im genauen Beobachten des Patienten während und nach der Therapie. Herausforderung bedeutet, dass wir Herrn von Hausen aus seiner Komfortzone holen, um Fortschritte zu ermöglichen – aber immer nur so weit, wie es sein aktueller Zustand sicher zulässt.

Im physiotherapeutischen Alltag achte ich besonders auf diese ****Signale für drohende Überforderung****:

- Deutliche Veränderung der Atmung: Herr von Hausen beginnt, viel schneller zu atmen (Tachypnoe), bekommt Atemnot, muss viel pausieren oder wird blass.
- Vermehrter oder plötzlicher Schweißausbruch, untypisch für die eigentliche Trainingsintensität.
- Schwindel, Unsicherheit im Stand oder Sitzen, veränderte Blickrichtung („Wegdriften“), plötzliches Absinken oder Verlust der Körperspannung.
- Verstärkte Ausweichbewegungen: Er greift beim Heben oder Stützen plötzlich immer wieder zur nicht-betroffenen Seite, der ganze Oberkörper zieht mit, er kann Bewegungen nicht mehr gezielt anleiten.
- Schmerzäußerungen: Stöhnen, bewegungsuntypische Gesichtsausdrücke, vermehrte Mimik oder sogar verbaler Ausdruck von Unlust oder Schmerzen (sofern sprachlich möglich).
- Nachlassende Motivation: Plötzlicher Abbruch, Weigerung, Bewegungen weiter mitzumachen oder deutliche Reduktion der Mitarbeit.
- Veränderte Muskelspannung: Er wird „zitterig“, einzelne Körperteile zucken, oder die betroffene Seite wird plötzlich steif/spastisch.
- Kognitive Erschöpfung: Er wirkt verwirrt, beantwortet keine Fragen mehr, reagiert verlangsamt oder ist unaufmerksam.

Dagegen gehören ****herausfordernde, aber gesunde Übungen**** dazu, dass Herr von Hausen leicht ins Schwitzen kommt, moderate (!) Kurzatmigkeit zeigt und auch mal an seine Grenze geführt wird – zum Beispiel kurz vor Muskelzittern oder kurzem Nachlassen der Körperspannung – ohne dass obige Warnzeichen massiv auftreten. Ziel ist eine allmähliche, geplante Steigerung, bei der Herr von Hausen aber immer handlungsfähig und orientiert bleibt und die Bewegungen kontrolliert beenden kann.

****Antizipation**** bedeutet für mich als Therapeutin, nicht erst auf massive Warnsignale zu warten, sondern die Therapie ständig flexibel anzupassen. Das heißt konkret: Während jeder Einheit beobachte ich Mimik, Körperspannung, Atmung, Motivation und Bewegungsausführung sehr genau. Kleine Pausen nach einzelnen Übungen helfen, erste Erschöpfungszeichen festzustellen. Einen „Stresstest“ provoziere ich nie ohne Rückversicherung. Auch frage ich (ggf. auch nonverbal!), wie sich Herr von Hausen fühlt: Kopfnicken, Lächeln, Zeichen für „okay“ werden regelmäßig abgefragt, weil er sich ja sprachlich noch schwer tut.

Bei Patient:innen wie Herrn von Hausen arbeite ich lieber mit ****mehreren kurzen Einheiten**** pro Tag und steigere die Intensität sehr langsam, immer gemeinsam mit dem Team und in enger Rückkopplung mit Pflege/Ärzt:innen. Sollte irgendetwas auffällig erscheinen – plötzliche Unruhe, Kreislaufprobleme, Schmerzen oder Verschlechterung der kognitiven Leistung – breche ich die Einheit sofort ab und mache eine Nachbeurteilung.

Das ist aus meiner Praxiserfahrung eines der wichtigsten Prinzipien beim physiotherapeutischen Training in der neurologischen Reha: Reize setzen, aber nie „mit Gewalt“ Steigerungen erzwingen, und immer individuell auf die kleineren Signale der Belastungsgrenze eingehen.

Wenn du magst, kann ich gern auch typische Handgriffe oder Beobachtungsparameter beschreiben, die ich in den ersten Minuten jeder Einheit nutze, um sicherzustellen, dass ein guter Belastungsgrad eingehalten wird. Sag einfach Bescheid!

Student:in: Bitte lass ab jetzt die ****** und Stichpunkte. Schreib in ganzen Sätzen.

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

Physiotherapeutin – Lena Müller: Natürlich, vielen Dank für den Hinweis. Ich beantworte das gern in zusammenhängenden Sätzen.

Bei Herrn von Hausen sollten im pflegerischen Alltag einige wichtige Einschränkungen berücksichtigt werden. Die rechtsseitige Hemiplegie bewirkt, dass er seine rechte Körperseite kaum oder gar nicht kontrollieren kann. Deshalb ist besondere Aufmerksamkeit bei allen Transfers, beim Umlagern und bei der Körperpflege notwendig, damit es nicht zu Verletzungen, zum Beispiel durch unbemerktes „Einklemmen“ des Arms oder der Hand, kommt. Die nicht betroffene linke Seite sollte stets gezielt angesprochen und in sämtliche Aktivitäten einbezogen werden, zum Beispiel indem Herr von Hausen motiviert wird, sich mit der linken Hand abzustützen oder aktiv bei Bewegungsübergängen mitzuarbeiten.

Wegen seiner kognitiven und sprachlichen Einschränkungen muss die Pflege sehr klar, strukturiert und einfach kommunizieren. Es kann sinnvoll sein, Bewegungsanweisungen vorzumachen oder nonverbale Kommunikationsformen wie zeigen, nicken oder freundlich anleiten zu nutzen, da komplexe verbale Anweisungen ihn überfordern könnten. Geduld und wiederholte Erklärungen sind hierbei wichtig, damit Herr von Hausen die Abläufe nachvollziehen und sich möglichst orientieren kann.

Außerdem sollte immer auf die Herzinsuffizienz und seine insgesamt eingeschränkte Belastbarkeit geachtet werden. Das bedeutet, dass pflegerische Tätigkeiten wie Waschen,

Ankleiden oder Transfers in kleinen Schritten mit vielen Pausen geplant werden sollten. Herr von Hausen sollte nicht überfordert werden, und bei Anzeichen von Atemnot, Erschöpfung, übermäßigem Schwitzen oder Kreislaufproblemen müssen die Maßnahmen sofort angepasst oder unterbrochen werden.

Besonders vorsichtig muss immer beim Umgang mit dem suprapubischen Katheter gehandelt werden. Vor jeder Bewegung muss geprüft werden, dass kein Zug auf dem Katheter ist und der Urinbeutel richtig positioniert ist. Das schützt sowohl die Blase als auch die Katheterstelle vor Verletzungen.

Seine erhöhte Sturzgefahr ist sowohl bei Transfers als auch beim Sitzen oder Positionswechseln zu beachten. Es ist immer auf eine sichere Umgebung zu achten, und bei sämtlichen Aktivitäten sollte er niemals unbeaufsichtigt bleiben, solange noch keine ausreichende Eigenbalance besteht.

Zusammenfassend sollte die pflegerische Begleitung bei Herrn von Hausen sehr vorausschauend, geduldig und klar strukturiert ablaufen, um Sicherheit, Würde und größtmögliche Autonomie zu fördern und Risiken zu minimieren. Bei Unsicherheiten oder auffälligen Situationen ist der Austausch mit den Kollegen aus den anderen Fachbereichen besonders wichtig.

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

Physiotherapeutin – Lena Müller: Aus physiotherapeutischer Sicht gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie man die Ehefrau von Herrn von Hausen unterstützen kann. Das Ziel ist es, sie sicher und kompetent in die Betreuung ihres Mannes einzubinden, ohne sie dabei zu überfordern. Ich betone dabei, dass ich das als Studierende simuliere und nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebe.

Wichtig finde ich zunächst, dass seine Frau ausführlich informiert und praktisch angeleitet wird. Das bedeutet, sie sollte grundlegende Kenntnisse darüber bekommen, wie sie ihren Mann sicher unterstützen kann – zum Beispiel bei einfachen Umlagerungen im Bett, beim Helfen beim Aufrichten an der Bettkante oder beim Sichern während Transfers in den Rollstuhl. Ich würde ihr zeigen, wie sie dabei selbst rückschonend agiert, also wie sie ihre eigene Körperhaltung schützt und Hebehilfen einsetzt, damit sie sich nicht verletzt.

Dazu gehört auch das Erlernen von Techniken der Kinästhetik: Zum Beispiel kann ich ihr beibringen, wie sie Herrn von Hausen ermutigt, mit seiner linken, intakten Körperhälfte möglichst viel selbst zu machen. Durch kleine, leicht verständliche Bewegungsanleitungen und das aktive Einbeziehen des Patienten werden beide motiviert und erleben Erfolgserlebnisse. Das stärkt auch die Beziehung und das Gefühl der gemeinsamen Bewältigung.

Außerdem würde ich die Ehefrau ermutigen, an interprofessionellen Teamsitzungen oder Schulungen teilzunehmen. Dort kann sie Fragen stellen, Unsicherheiten ansprechen und lernt, auf Anzeichen von Überforderung oder Erschöpfung bei ihrem Mann zu achten. Wichtig ist, dass sie realistische Erwartungen an die Fortschritte der Rehabilitation bekommt und weiß, wann sie Hilfe holen sollte. Ich kann auch empfehlen, dass sie das Angebot für soziale oder psychologische Unterstützungsangebote nutzt, denn die Angehörigenrolle ist emotional und praktisch oft sehr belastend.

Falls Herr von Hausen im häuslichen Umfeld gepflegt werden soll, ist es aus physiotherapeutischer Sicht ratsam, die Räume so vorzubereiten, dass Transfers möglichst einfach ablaufen. Hier hilft es, gemeinsam mit der Ehefrau einen Blick auf notwendige Hilfsmittel zu werfen und sie in deren Benutzung einzuweisen.

Zusammengefasst kann die Unterstützung seiner Frau durch fachgerechte Anleitung, praktische Trainingseinheiten, Aufklärung über Risiken sowie den Einbezug in den gesamten Rehaprozess erheblich dazu beitragen, dass sie sicher, ruhig und mit mehr Selbstvertrauen ihren Mann begleiten kann. Nicht zuletzt sollte man sie auch darin bestärken, bei Unsicherheiten jederzeit Rückfrage zu halten oder Hilfe einzufordern – die Belastung für pflegende Angehörige ist nicht zu unterschätzen.

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

Physiotherapeutin – Lena Müller: Aus meiner Sicht als Physiotherapeutin kann ich die Frage zur ernährungswissenschaftlichen Unterstützung nur allgemein beantworten, da Ernährung nicht meine Kernkompetenz ist. Ich kann aber sagen, dass die Schulung und Aufklärung der Ehefrau gerade bei einem Patienten mit Dysphagie und Adipositas eine tragende Rolle spielt.

Wichtig wäre es, dass die Ehefrau eine gezielte Einweisung und Beratung durch eine Ernährungstherapeutin oder eine Logopädin bekommt. Aus physiotherapeutischer Sicht unterstütze ich, dass die Ehefrau bei Mahlzeiten auf die korrekte Lagerung ihres Mannes achtet, zum Beispiel auf aufrechte Sitzposition, sicheren Stand der Füße und ggf. leichte Anlehnung nach vorne, um das Risiko für Verschlucken zu senken. Sie sollte außerdem wissen, wie passierte Kost zubereitet wird und worauf sie achten muss, damit die Mahlzeiten sowohl sicher als auch ausgewogen und schmackhaft sind.

Eine weitere wichtige Aufgabe ist das Erkennen von Anzeichen einer Verschlechterung der Schluckfunktion, wie Husten, Räuspern während oder nach dem Essen, häufiges Verschlucken oder Zeichen einer Lungenentzündung. Hier kann ich als Physiotherapeutin raten, aufmerksam zu sein, und ermutigen, solche Beobachtungen sofort an das therapeutische oder ärztliche Team weiterzugeben.

Außerdem kann ich die Ehefrau dabei unterstützen, gemeinsam Tagesstrukturen für Mahlzeiten zu schaffen, in denen genügend Zeit, Ruhe und möglichst wenig Ablenkung herrschen. Das verbessert die Konzentration bei der Nahrungsaufnahme und reduziert Risiken.

Alles, was die Ernährung im engeren Sinn betrifft, wie Nährstoffzusammensetzung, Anpassung der Mahlzeiten an Vorerkrankungen oder die genaue Abstimmung der Kalorienzufuhr, sollte aber unbedingt eine Fachperson aus dem Bereich Ernährungstherapie übernehmen. Falls du noch genauere Informationen zu Bewegungsunterstützung während des Essens oder Lagerung wünschst, kann ich dazu gern mehr erläutern!