

5

Die akute Phase – Lagerung und Bewegung im Bett und im Rollstuhl

- 5.1 Gestaltung des Raums 130
- 5.2 Lagerung des Patienten im Bett 132
- 5.3 Sitzen auf einem Stuhl oder im Rollstuhl 140
- 5.4 Selbständige Mobilisation der oberen Extremität 147
- 5.5 Lagewechsel im Bett 151
- 5.6 Transfer vom Bett auf einen Stuhl oder Rollstuhl und wieder zurück 158
- 5.7 Inkontinenz 162
- 5.8 Verstopfung 163
- 5.9 Überlegungen 164

Der **Erfolg einer Rehabilitation** hängt nicht nur von den verschiedenen Therapiestunden ab, sondern auch sehr stark davon, **was mit dem Patienten während der übrigen Stunden tagsüber und nachts geschieht**. Selbst seine Schlafposition kann das Endergebnis deutlich beeinflussen. Die Therapie mag noch so gut sein – wenn sich der Patient während der übrigen Zeit mit Anstrengung in abnormalen Mustern bewegt, nimmt die Spastizität zu, und funktionelle Fortschritte, die während der Therapie erreicht wurden, gehen wieder verloren und werden nicht in den Alltag übertragen. Und auch wenn der Patient über längere Zeit in einer stark abnormalen Position sitzt oder liegt, erhöht sich sein Tonus, und es ist davon auszugehen, dass sich auch sein Bewegungsausmaß verringert. Rehabilitation sollte daher bei jedem Patienten als **Aufgabe rund um die Uhr** oder als **Lebensweise** aufgefasst werden.

Es ist für alle Beteiligten einfacher und zufrieden stellender, wenn **von Anfang an**, also unmittelbar nach dem Schlaganfall, nach einem solchen Konzept vorgegangen wird. Aber die Prinzipien gelten auch bei einem späteren Einstieg, z. B. wenn ein Patient erst einige Monate nach dem Schlaganfall zur Behandlung kommt. In einem solchen Fall muss dem Patienten geholfen werden, das zu erreichen, was er versäumt hat. Das braucht dann sicher viel mehr Zeit, denn der Patient hat bereits bestimmte Gewohnheiten angenommen, von denen er einige nur mit Mühe wieder ändern kann.

Im Folgenden geht es um Lagerung und um die Art und Weise, wie der Patient bewegt werden kann oder wie ihm geholfen werden kann, sich zu bewegen. Die Empfehlungen gelten unabhängig davon, ob der Patient auf der Intensivstation, einer Allgemeinstation, in einem Rehabilitationszentrum oder zu Hause gepflegt wird.

5.1 Gestaltung des Raums

Insbesondere im frühen Stadium, wenn die Fähigkeit des Patienten, sich selbständig zu bewegen, noch eingeschränkt ist, kann es eine wichtige Rolle spielen, wie sein Bett und sein Stuhl im Zimmer platziert sind. Wenn die Anordnung der Möbel und Gegenstände im Zimmer nicht ideal ist, lohnt es sich durchaus, sie zu verändern, auch wenn es aufwendig ist. Wegen seiner Läsion dreht sich der Kopf des Patienten von der betroffenen Seite weg, und der Patient neigt dazu, nicht nur diese Hälfte seines Körpers zu vernachlässigen, sondern auch den Raum auf dieser Seite. Oft sind Spüren, Hören und Sehen auf der paretischen Seite beeinträchtigt. Um einer daraus resultierenden **sensorischen Verarmung** entgegenzuwirken, ist eine intensive Stimulation nötig. Der Raum muss so eingerichtet werden, dass die betroffene Seite tagsüber automatisch **so viel Stimulation wie möglich** erfährt.

Steht das **Bett** so, dass die betroffene Seite des Patienten zur Wand hin zeigt oder zu einer Seite, wo wenig Aktivitäten stattfinden, dann verstärkt das die sensorische Verarmung, weil alle Pflegemaßnahmen von der nicht betroffenen Seite her ausge-

führt werden und Ärzte und Besucher sich ebenfalls von dieser Seite nähern. Beginnt der Patient, außerhalb des Bettes zu sitzen, dann macht er alle Transfers zur gesunden Seite, schaut zu dieser Seite und vernachlässigt seine betroffene Seite noch mehr.

Nur durch einen Standortwechsel des Bettes, sodass alle Aktivitäten und interessanten Ereignisse auf der **betroffenen Seite** des Patienten stattfinden, lässt sich die Situation grundlegend verändern. Die Pflegerin nähert sich dem Patienten dann von dieser Seite, um ihn z. B. zu waschen, ihm beim Zähneputzen zu helfen oder ihm seine Mahlzeiten zu bringen und ihn beim Essen zu unterstützen. Auch der Arzt hört ihm von der paretischen Seite aus die Brust ab, misst ihm den Blutdruck usw. Hat der Patient anfangs Mühe, den Kopf zur betroffenen Seite zu drehen, dann kann ihm jede Person, die mit ihm zu tun hat, dabei helfen, indem sie eine flache Hand auf die andere Seite seines Gesichts legt und dann den Kopf in der korrigierten Stellung hält, bis sie spürt, dass der Widerstand nachlässt.

Wird der Raum so gestaltet, ist der Patient dauernd angeregt, den Kopf zur betroffenen Seite zu drehen, um die ihn betreuenden Menschen anzuschauen. Somit ist die betroffene Seite gefordert, den ganzen Tag auf Stimuli zu reagieren und Eindrücke aufzunehmen.

Auch der **Nachttisch** sollte auf der betroffenen Seite stehen. Dann muss der Patient seinen Kopf drehen, um zu sehen, was auf dem Tisch steht, und er muss seinen Arm über die Körpermittellinie bewegen, um nach dem Gegenstand zu greifen, den er braucht. Wenn nötig, kann der Tisch zunächst unmittelbar vor ihm stehen und dann immer weiter zur betroffenen Seite hin verschoben werden, je mehr sich sein Zustand bessert und je besser er seinen Kopf drehen und zur Seite hinüberreichen kann. Auch bei jedem Transfer aus dem Bett in den **Rollstuhl** wird sich der Patient über die betroffene Seite bewegen, wenn das Bett auf die beschriebene Weise platziert wird.

Vielen Patienten macht es Freude fernzusehen, da das Lesen manchmal anfangs noch Schwierigkeiten bereitet. Auch der **Fernseher** sollte daher so positioniert sein, dass der Patient den Kopf zur betroffenen Seite drehen muss.

Verwandte und Freunde können eine große Hilfe sein, wenn sie informiert sind. Sie sollten sich auf der betroffenen Seite neben den Patienten setzen oder vor ihn. Der Patient wird den Kopf in ihre Richtung drehen, wenn sie mit ihm sprechen, und die Besucher können ihn dazu ermuntern, während des Gespräches Augenkontakt zu halten. Außerdem können vertraute Personen die betroffene Hand des Patienten halten, während sie mit ihm reden, und so eine weitere Stimulation bewirken (**Abb. 5.1**).

Normaler **Augenkontakt** mit anderen Menschen und das **Fixieren von Objekten** bleiben oft weiterhin schwierig, wenn solche Schritte unterlassen werden. Die Augen werden sonst durch die Hyperaktivität der ungehindert aktiven Muskeln der gesunden Seite dauernd zur gesunden Seite hin gezogen. Häufig ist ein vermeintlicher vi-

Abb. 5.1.

Der Patient wird durch lieben Besuch dazu angeregt, den Kopf zur paretischen Seite hin zu wenden (rechtsseitige Hemiplegie)



sueller Defekt in Wirklichkeit in der Unfähigkeit des Patienten begründet, den Kopf oder die Augen zur betroffenen Seite hin zu wenden. Eine sinnvolle Zimmergestaltung trägt nicht nur dazu bei, dass Hals und Kopf des Patienten beweglicher werden, sondern auch dazu, dass seine Augenmuskeln auf der betroffenen Seite aktiviert werden. Die Fähigkeit, den Kopf zu drehen, erleichtert es dem Patienten bei Hemianopsie, den Gesichtsfeldausfall zu kompensieren.

5.2 Lagerung des Patienten im Bett

Im Anfangsstadium verbringt der Patient die meiste Zeit im Bett; daher ist es von großer Bedeutung, wie er liegt. Sobald wie möglich sollte er **außerhalb des Bettes sitzen**; es gibt in der Tat auch nur sehr wenige Umstände, die es erforderlich machen, dass ein Patient nach Schlaganfall länger als ein paar Tage im Bett bleibt. Die Erfahrung zeigt: Je mehr Zeit der Patient liegend oder halb liegend im Bett verbringt, umso mehr nimmt die Spastizität zu und umso mehr Angst hat er vor Bewegungen in aufrechter Position, wenn er dann schließlich wieder beginnt, zu sitzen und zu stehen.

Bei lang anhaltender Immobilisierung im Bett kann es besonders bei älteren Patienten noch zu zusätzlichen Komplikationen kommen, z. B. zu Thrombosen, Druckstellen und hypostatischen Lungenentzündungen. Selbst Patienten, die tagsüber nicht im Bett liegen, verbringen nachts immer noch acht oder mehr Stunden im Bett. Auch dann müssen sie richtig gelagert werden, wenn sekundäre Komplikationen durch Hypertonus und ein eingeschränktes Bewegungsausmaß vermieden werden sollen.

Ist eine **Infusion** nötig, so steht das einem Umdrehen des Patienten im Bett und einer korrekten Lagerung im Bett oder im Rollstuhl nicht im Wege.

Der Patient muss regelmäßig umgelagert werden, besonders während der akuten Phase. Die Gründe sind die gleichen wie bei der Pflege aller gelähmten oder bewusstlosen Patienten. Anfangs sollte **alle zwei bis drei Stunden umgelagert** werden. Später, wenn sich der Patient alleine im Bett umdrehen und bewegen kann, können die Abstände länger werden, bis er wieder die normale Gewohnheit annimmt, seine Position selbst zu verändern, wenn er aufwacht und sich unbequem fühlt.

5.2.1 Liegen auf der paretischen Seite

Die Lagerung auf der betroffenen Seite ist die wichtigste aller Positionen und sollte von Anfang an eingesetzt werden. Der Hypertonus verringert sich; gleichzeitig wird die bewusste Wahrnehmung der betroffenen Seite gefördert, weil das Gewicht des Patienten die Seite fest gegen die Unterlage drückt. In der Tat bevorzugen die meisten Patienten diese Stellung, vielleicht weil die Seite oben liegt, die normal spürt. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die geschicktere Hand des Patienten frei ist, etwas zu tun, z. B. die Bettdecke hochzuziehen, das Kopfkissen zu richten oder den Telefonhörer zu halten.

Die ideale Stellung (Abb. 5.2)

- ▶ Der **Kopf** muss gut gestützt werden, liegt also etwas höher als der Brustkorb. Wenn der Kopf bequem liegt, kann der Patient beim Schlafen mit viel größerer Wahrscheinlichkeit in dieser Stellung bleiben. Die HWS sollte in der oberen Zervikalregion flektiert sein und der Kopf dort nicht nach hinten in Extension drücken.
- ▶ Der **Rumpf** ist leicht nach hinten gedreht und durch ein Kissen, das fest hinter den Rücken des Patienten gesteckt wird, abgestützt.

Abb. 5.2.

Korrekte Lagerung auf der paretischen Seite. Die Tropfinfusion hindert den Patienten nicht daran, auf dieser Seite zu liegen (rechtsseitige Hemiplegie)



- ▶ Der **paretische Arm** wird vorsichtig nach vorn gebracht, bis er mit dem Körper einen Winkel von mindestens 90 Grad bildet. Das Schultergelenk ist außenrotiert, der Ellbogen gestreckt, der Unterarm supiniert, und das Handgelenk befindet sich in passiver Dorsalflexion. Die Hilfsperson legt, von vorn kommend, eine Hand unter Schulter und Schulterblatt des Patienten und bringt das Schulterblatt in Protraktion. Durch das Gewicht des Patienten wird die Protraktion beibehalten, und bei protrahiertem Schulterblatt verringert sich die Flexorspastizität im ganzen Arm und in der Hand, wodurch die korrekte Stellung bewahrt werden kann. Die Hilfsperson muss mit ihrer Hand die Protraktion des Schulterblattes kontrollieren. Ist der Patient richtig gelagert, dann steht der mediale Rand des Schulterblattes nicht vor, sondern liegt flach am Brustkorb an. Bei zu geringer Protraktion klagt der Patient oft nach kurzer Zeit über Schulterschmerzen oder Unbehagen, weil er auf der Spitze seiner Schulter liegt.
- ▶ Der **gesunde Arm** des Patienten ruht auf seinem Körper oder auf dem Kissen hinter ihm. Liegt der Arm vor dem Patienten, wird dadurch der ganze Rumpf nach vorn geholt, und es kommt automatisch zu einem Zurückziehen des paretischen Schulterblattes.
- ▶ Die **Beine** liegen in Schrittstellung, das gesunde Bein ist in Hüfte und Knie gebeugt und durch ein Kissen unterstützt. Sowohl Hüfte als auch Knie sollten nicht ganz gebeugt sein, sondern bequem liegen, mit einem Beugungswinkel von nicht mehr als 80 Grad. Das große Kissen unter dem Bein hilft auch, die Stellung des paretischen Beins zu erhalten, das in der Hüfte gestreckt und im Knie leicht gebeugt ist.

5.2.2 Liegen auf der nicht betroffenen Seite

Es mag gewisse Schwierigkeiten bereiten, auf der gesunden Seite eine bequeme Position zu finden, denn wenn die betroffene Seite oben liegt, fühlt sich der Patient hilfloser, weil seine aktive Hand in der Bewegung eingeschränkt ist. Sein schlaffer Arm muss besonders gut unterstützt werden, damit er die Stellung beibehalten kann, ohne dass die Schulter zu schmerzen beginnt. Der Patient muss jedoch regelmäßig umgelagert werden, denn die Rückenlage hat viele Nachteile (siehe Abschn. 5.2.3); deshalb ist es wesentlich, dass ihm ermöglicht wird, auch auf der gesunden Seite therapeutisch und bequem zu liegen.

Die ideale Stellung (Abb. 5.3)

- ▶ Der **Kopf** ist wieder gut mit einem Kopfkissen abgestützt, um sicherzustellen, dass der Patient sich bequem fühlt, und auch, um die Lateralflexion der Halswirbelsäule zu erreichen.
- ▶ Der **Rumpf** liegt im rechten Winkel zur Unterlage, der Patient wird also nicht in eine halbe Bauchlage gerollt.

Abb. 5.3.

Liegen auf der nicht betroffenen Seite. Der paretische Arm ist durch das Kissen gut unterstützt (rechtsseitige Hemiplegie)



- ▶ Der **paretische Arm** liegt auf einem Kissen vor dem Patienten, mit einem Flexionswinkel im Schultergelenk von 90 Grad; das Schulterblatt ist voll protrahiert. Um eine bequeme Lage zu gewährleisten, ist darauf zu achten, dass der Schultergürtel nicht in Elevation fällt, was häufig ein Problem im schlaffen Stadium ist, wobei die Spitze der Schulter beinahe das Ohr des Patienten berührt. Ein großes Stützkissen muss gut gegen den Brustkorb des Patienten platziert werden, dass der Arm in seiner ganzen Länge bis unter die Achsel unterstützt ist. Rotiert die Schulter nach innen und proniert der Unterarm, sollte der Ellbogen in leichter Beugung gelagert werden, um dies zu verhindern.
- ▶ Der **gesunde Arm** liegt an einer beliebigen, für den Patienten möglichst bequemen Stelle. Manchmal ist er flektiert, mit der Hand unter dem Kopfkissen, oder er liegt quer über Brustkorb oder Bauch. Manche Patienten haben es am liebsten, wenn er am Körper liegt.
- ▶ Das **paretische Bein** wird nach vorn gebracht und vollständig durch ein Kissen abgestützt; Hüft- und Kniegelenk sind leicht gebeugt. Das Bein wird sorgfältig gelagert, um sicherzustellen, dass nicht der Fuß in Supination über den Kissenrand hängt.
- ▶ Das **gesunde Bein** bleibt flach auf dem Bett, die Hüfte ist leicht gestreckt das Knie leicht gebeugt. Das große Kissen verhindert, dass das Bein nach vorn gezogen wird, was im frühen Stadium häufig der Fall ist.

5.2.3 Rückenlage

Die Rückenlage sollte so selten wie möglich eingenommen werden, denn in dieser Position ist abnormale Reflexaktivität aufgrund der tonischen Nacken- und Labyrinthreflexe am höchsten. Für Patienten mit Hemiparese birgt sie außerdem das hohe Risiko, dass sich Druckstellen am Kreuzbein und – noch häufiger – an der Außenseite der Ferse und am lateralen Malleolus entwickeln. Das Becken ist auf der paretischen Seite nach hinten rotiert und zieht das paretische Bein mit sich in Außenrotation, was Druck auf die beiden genannten Stellen hervorruft.

Lagerung auf dem Rücken mag jedoch nötig sein als Alternative während einzelner Pflegemaßnahmen oder bei Patienten, die sehr lange nur auf dem Rücken liegend gepflegt wurden und die anfangs das Liegen auf der Seite nicht gut tolerieren. Muss der Patient auf dem Rücken gelagert werden, dann nur so kurz wie möglich, bevor er wieder auf die Seite gedreht wird.

Die ideale Stellung (Abb. 5.4)

- ▶ Der **Kopf** ist gut auf Kissen abgestützt, und die obere Halswirbelsäule ist gebeugt. Es ist sorgfältig darauf zu achten, dass sich nicht auch die Brustwirbelsäule beugt.
- ▶ Das **Becken** auf der paretischen Seite wird durch ein Kissen unter Gesäßhälfte und Oberschenkel nach vorn gebracht, um zu verhindern, dass das Bein in Außenrotation fällt oder zieht. Das Bein darf nicht mechanisch durch Sandsäcke oder andere harte Gegenstände gegen den Unterschenkel gehalten werden, denn die Fehlstellung des Beines ist eine Folge der Rotation des Beckens auf dieser Seite nach hinten. Wird also Beckenstellung nicht korrigiert, drückt das Bein weiterhin gegen jede Form der Fixierung, wodurch es leicht zu Druckstellen oder Nervenschädigungen in diesem Bereich kommen kann.
- ▶ Der **Arm** liegt leicht angehoben auf einem langen Kissen, das die Protraktion des Schulterblattes, die Streckung des Ellbogens und die Pronation des Unterarmes unterstützt. Das Handgelenk wird in leichter Dorsalflexion, die Finger werden in Streckung unterlagert.
- ▶ Die **Beine** liegen ausgestreckt. Stützende Kissen unter Knie oder Wade sollten vermieden werden. Beim Knie kommt es sonst tendenziell zu einer zu starken Flexion; wird die Wade gestützt, wird eventuell das Knie zu stark überstreckt,

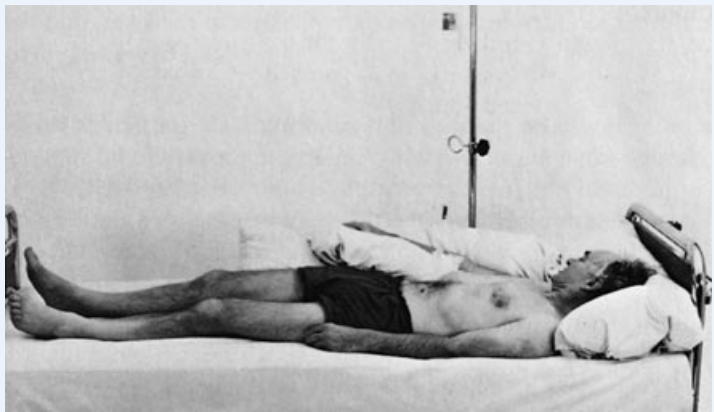


Abb. 5.4.

Liegen auf dem Rücken. Die Kissen unter dem Becken und dem paretischen Schulterblatt halten die ganze betroffene Seite vorn und korrigieren die Stellung der Extremitäten. Der Kopf ist zur paretischen Seite hin gewandt (rechtsseitige Hemiplegie)

oder es entsteht ein unerwünschter Druck auf die empfindlichen Venen des Unterschenkels. Der Fuß fällt stärker in Plantarflexion.

5.2.4 Allgemeine Hinweise zur Lagerung

- ▶ Das Bett sollte ganz flach, also das Kopfende überhaupt nicht erhöht sein. Die halb aufrechte Position ist grundsätzlich zu vermeiden, denn sie verstärkt die unerwünschte Flexion des Rumpfes bei gestreckten Beinen (Abb. 5.5). Außerdem kann der erhöhte Druck auf Kreuzbein und Steißbein leicht zur Entwicklung von Dekubitus über den knöchernen Flächen oder in diesem Bereich führen. In den günstigeren Seitenlagen rutscht der Patient bei erhöhtem Kopfteil leicht im Bett nach unten.
- ▶ Dem Patienten sollte kein Gegenstand in die Hand gegeben werden, der evtl. dazu gedacht ist, einer Flexorspastizität entgegenzuwirken. Dadurch wird nämlich gerade das Gegenteil bewirkt: Durch den Einfluss des Greifreflexes schließt sich die Hand um den Gegenstand.

Mathiowetz et al. (1983) führten elektromyographische Messungen (EMG) der Aktivität der Fingerflexoren der paretischen Hand durch, um zu beurteilen, wie sich das Tragen einer Volarschiene oder eines Schaumgummi-Fingerspreizers im Vergleich zum Verzicht auf jegliche Hilfsmittel auswirkt. Sie kamen zum Ergebnis, dass auf die Dauer ohne Schiene die geringste EMG-Aktivität zu verzeichnen war. Tatsächlich provoziert die Volarschiene sogar eine erhöhte EMG-Aktivität, und zwar in den Momenten, wenn sie angelegt wird, und dann, wenn der Patient mit seiner gesunden Hand etwas festhält. Bei proximal korrekter

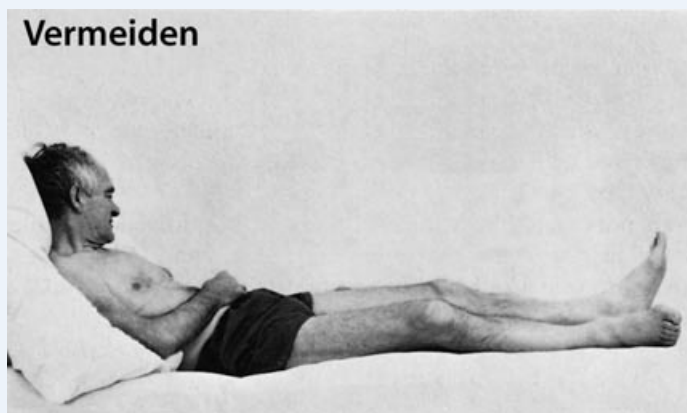


Abb. 5.5.

Die halb liegende Stellung sollte immer vermieden werden. Sie verstärkt die spastischen Muster (rechtsseitige Hemiplegie)

Lagerung dagegen kann die Hand offen bleiben, zumal sich der Körper in Ruhestellung befindet und nicht gegen die Schwerkraft arbeiten muss.

- ▶ Viele Patienten haben Schwierigkeiten, ihren Körper im Verhältnis zu anderen Objekten in ihrer Nähe auszurichten. Es ist daher hilfreich für den Patienten, ihn im Bett so zu lagern, dass er parallel zur Bettkante liegt und nicht diagonal, wie es häufig vorkommt, wenn er auf sich selbst angewiesen ist.
- ▶ Kissen unterscheiden sich je nach Land beträchtlich in Größe und Füllung. Idealerweise sollten sie groß sein und gut gefüllt mit einem weichen Material (z. B. mit Federn), das sich der Form eines Körperteils anpassen, ihn stützen und in der gewünschten Stellung halten kann. Für die meisten Lagerungen sind drei bis vier Kissen von der auf dem europäischen Kontinent üblichen Größe erforderlich bzw. fünf bis sechs Kissen vom englisch/amerikanischen Typ. Für verschiedene Körperteile Kissen unterschiedlicher Größe und Form benutzen zu müssen, ist für das Personal und auch für den Patienten und seine Angehörigen verwirrend.
- ▶ Nie sollte etwas gegen den Fuß geschoben werden in der Absicht, eine plantar-flektierte Fehlstellung zu vermeiden, denn ein fester Druck gegen den Fußballen verstärkt die unerwünschte Reflexaktivität im Extensionsmuster. Der Patient wird ohnehin von der Unterstützung wegdrücken und wegrücken. Schwere oder fest eingesteckte Deckbetten sind zu vermeiden, und wenn nötig sollte ihr Gewicht von einem Gestell unter der Decke abgenommen werden.

5.2.5 Sitzen im Bett

Es ist für den Patienten schwierig, in einer guten, aufrechten Haltung im Bett sitzen zu bleiben. Daher sollte ein **Sitzen im Bett so weit wie möglich vermieden** werden. Es fördert eine Flexion des Rumpfes, und die Hüften bleiben bis zu einem gewissen Grad in Extension. Ein längeres Verweilen in einer solchen sitzenden – oder eher halb liegenden – Stellung verursacht meist ein Druckgeschwür zwischen den Gesäßhälften, direkt über dem Steißbein, und ein Dekubitus an dieser Stelle verheilt oft nur schwer. Doch ist es für das Pflegepersonal in der akuten Phase oft schwierig, den Patienten so häufig, wie es eigentlich nötig wäre, auf einen aufrechten Stuhl zu transferieren. Der Patient sollte aber jedes Mal, wenn er isst oder trinkt (siehe Kapitel 13), also mindestens fünf Mal am Tag zum Sitzen kommen. Er sollte unbedingt sitzen, wenn er seine Zähne putzt oder wenn er Blase oder Darm entleert. Lässt sich aber ein Sitzen im Bett nicht vermeiden, dann muss die Stützhaltung optimal eingerichtet sein.

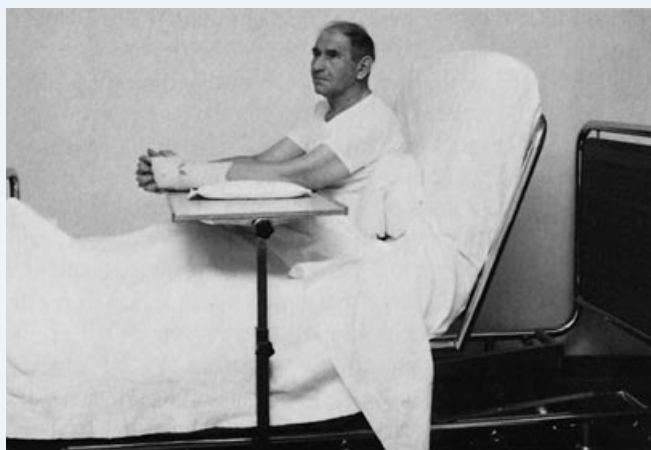
Die ideale Stellung

- ▶ Die **Hüfte** sollte möglichst im rechten Winkel flektiert und der **Rücken** extendiert sein. Kissen im Rücken in ausreichender Zahl helfen dem Patienten, aufrecht zu sitzen.

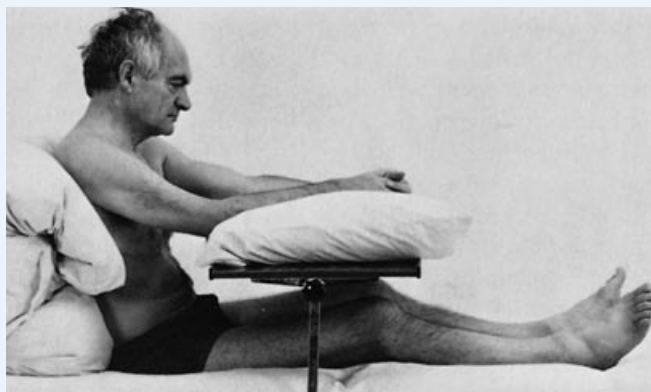
- Der **Kopf** sollte nicht gestützt werden, damit der Patient beginnt, ihn aktiv frei zu halten.
- Unter die **Arme** des Patienten wird eine verstellbare Tischfläche quer über das Bett geschoben, um dem Zug in eine Rumpfflexion entgegenzuwirken. Ist der Druck nach unten stark, sollte ein Kissen unter die Ellbogen gelegt werden, um Druck das empfindliche Gewebe in diesem Bereich zu schützen.
- Der **Rumpf** kann die empfohlene aufrechte Sitzhaltung einnehmen durch das Kopfteil, das bei modernen Krankenhausbetten fast bis zur Vertikalen verstellt werden kann. Ein Kissen im Rücken des Patienten unterstützt die Aufrichtung (**Abb. 5.6 a**). Lässt sich das Kopfteil nur ein Stück weit nach oben verstellen, dann bleibt es besser flach, und der Patient wird so weit zum Kopfende bewegt, dass er sich dort mit genügend Kissen im Rücken anlehnen kann (**Abb. 5.6 b**). Die schädliche halb liegende Stellung lässt sich auf beide Arten vermeiden. Doch das Sitzen im Bett sollte immer nur kurz sein, da der Patient schon bald im Bett nach unten rutscht und Haltungen einnimmt, die sehr ungünstig sind.

Abb. 5.6 a, b.

Aufrecht im Bett sitzen (rechtsseitige Hemiplegie). **a** Leicht realisierbar in einem modernen Krankenhausbett mit komplett verstellbarer Rückenlehne. **b** Lässt sich das Kopfende nicht hoch genug stellen, bleibt das Bett flach, und der Patient wird an das obere Ende des Bettes gezogen und durch Kissen gestützt



a



b

5.3 Sitzen auf einem Stuhl oder im Rollstuhl

Auf einem geeigneten Stuhl lässt sich eine viel aufrechtere Haltung einnehmen und beibehalten als im Bett. Daher ist es ratsam, den Patienten aus dem Bett auf einen Stuhl wechseln zu lassen, sobald es sein allgemeiner Zustand erlaubt. Kann der Patient ohne Hilfe überhaupt nicht stehen und gehen, ist ein Rollstuhl die beste Lösung. Er kann dann leicht zur Therapie, zum Röntgen oder zu anderen Untersuchungen

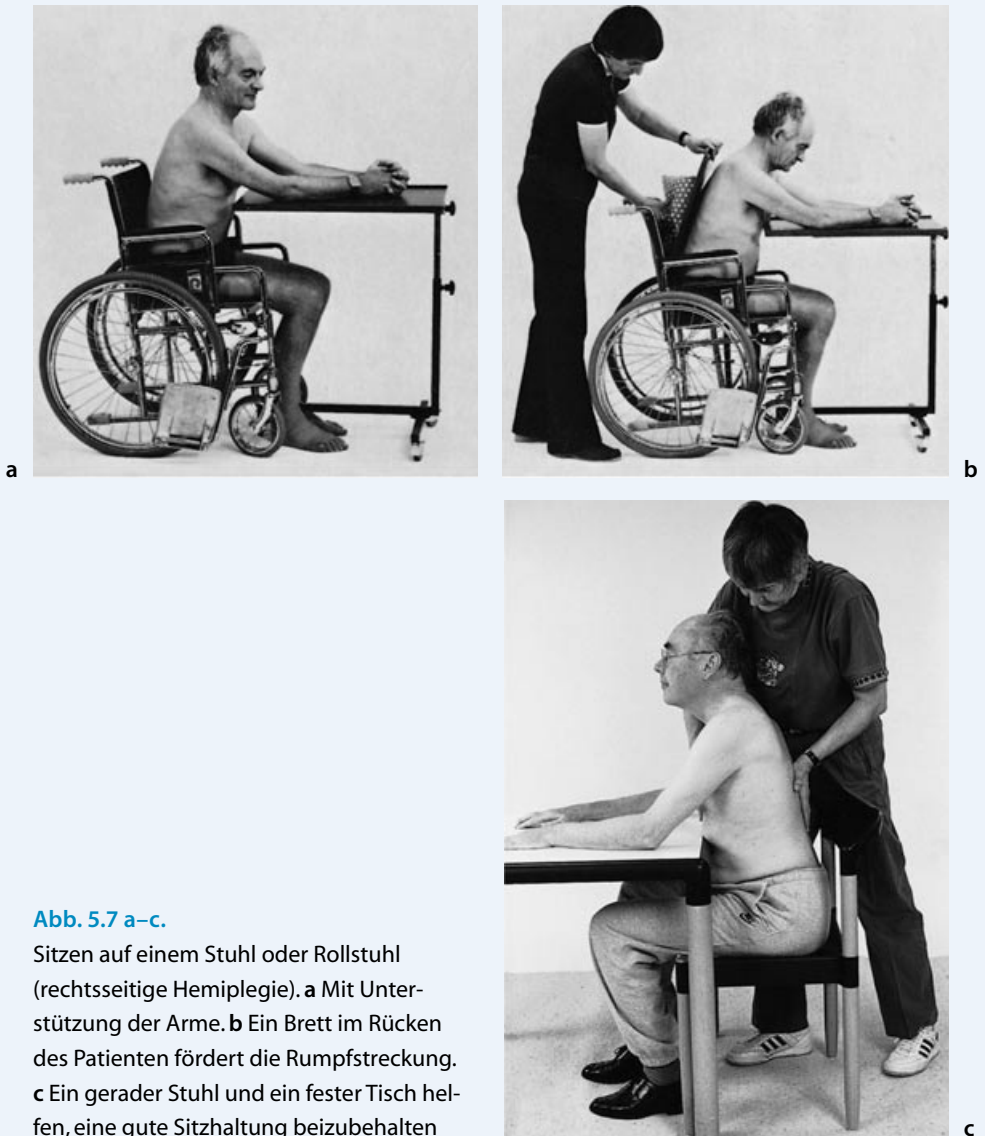


Abb. 5.7 a–c.

Sitzen auf einem Stuhl oder Rollstuhl (rechtsseitige Hemiplegie). **a** Mit Unterstützung der Arme. **b** Ein Brett im Rücken des Patienten fördert die Rumpfstreckung. **c** Ein gerader Stuhl und ein fester Tisch helfen, eine gute Sitzhaltung beizubehalten

gebracht werden und den »Szenenwechsel« auch genießen, vor allem, wenn er lernt, sich im Rollstuhl selbständig fortzubewegen. Verleitet die Rückenlehne des Rollstuhl zu einer zu starken Rumpfbeugung, sollte ein gepolstertes Brett eingeschoben werden, das dem Patienten hilft, die aufrechte Haltung beizubehalten. Das Brett sollte verstellbar sein, also leicht nach vorn gekippt werden können, wenn der Patient am Tisch sitzt.

Wenn er nicht umherfährt, sollte er an einen Tisch gesetzt werden und die Arme auf den Tisch legen, mit gestreckter Wirbelsäule und gebeugten Hüften (**Abb. 5.7 a, b**). Der Patient fühlt sich sicherer und kann leichter die korrekte Sitzhaltung einnehmen, wenn der Tisch stabil ist und keine Räder hat (**Abb. 5.7 c**).

Aus dieser Stellung neigt der Patient viel weniger dazu, mit seinem Gesäß nach vorn zu rutschen und halb auf seinem Stuhl zu liegen, was anfangs ein häufiges Problem ist (**Abb. 5.8**). In der korrigierten Stellung kann er viel länger aufrecht bleiben, kann fernsehen, mit Besuchern oder anderen Patienten reden oder sogar lesen und schreiben. Es muss aber klar sein, dass der Patient in den ersten Tagen nach einem Schlaganfall schnell ermüdet, besonders wenn er sich selbst überlassen ist, und dass es notwendig ist, ihn häufiger im Bett wieder ausruhen zu lassen. Es ist besser, ihn öfter nur für kurze Zeit aufzusetzen, als ihn unbequem im Rollstuhl schlafen zu lassen, in einer Stellung, die abnormalen Tonus und abnormale Haltung verstärkt.

Allmählich kann die Zeit, die der Patient außerhalb des Bettes verbringt, ausgedehnt werden, und je mehr Anregung er während dieser Zeit bekommt, umso länger



Abb. 5.8.

Typische unerwünschte Sitzhaltung. Ohne Tisch vor sich rutscht der Patient oft im Rollstuhl nach vorn und läuft Gefahr herauszufallen

Hemiplegie

Ein umfassendes Behandlungskonzept für Patienten
nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen

Davies, P.M.

2002, XXXVIII, 622 S. 401 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-540-41794-1