Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1980)

Heft: 6

Artikel: Schlaganfall : so vermeiden Sie den Pflegefall

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930595

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schlaganfall

So vermeiden Sie den Pflegefall

Davos — Die wirksame Rehabilitation des Schlaganfall-Patienten beginnt unmittelbar nach der Erkennung der Apoplexie — je früher, desto besser das «Rehabilitationspotential».

Was Sie vermeiden müssen:
- *Falsche Lagerung gelähmter Extremitäten;*
- *schematische Anwendung des Dauerkatheters;*
- *übertriebene «Fremdhilfe»;*
- *prognostische Überbewertung der motorischen und sprachlichen Ausfälle.*

Was Sie tun sollten:
- *Möglichst bald mit einer Levodopa-Beserazid-Kombination behandeln;*
- *frühzeitig einen Therapieplan aufstellen;*
- *unmittelbar nach Überwindung der Akutphase mit der Muskelreedukation beginnen.*

Die Halbseitenlähmung nach einem apoplektischen Insult ist keine typische Altserkrankung mehr — das Erkrankungsmaximum liegt bei uns bereits unter dem 60. Lebensjahr. In der Todesursachenstatistik nimmt der Apoplex nach den Tumoren und den kardiovaskulären Leiden den dritten Platz ein. Die Mortalität ist bei Herz- und Hirninfarkt etwa gleich, die humanitären und sozialen Probleme des Hemiplegikers sind jedoch ungleich grösser und seine Rehabilitationsmöglichkeiten sind im Vergleich zu denen, die dem Herzkranken zur Verfügung stehen, praktisch Null. Im allgemeinen wird der Halbseitengelähmte als Pflegefall nach Hause geschickt oder in einem Pflegeheim seinem Schicksal überlassen, dabei wäre die intensivste Rehabilitation immer noch billiger und vor allem für die Erhaltung der Persönlichkeit des Patienten weitaus besser als die ständige Pflege in irgendeinem Heim. Was man alles für den Apoplektiker tun kann, erläuterte Dr. Kurt Braun, München, früher Südwestdeutsches Rehabilitationskrankenhaus, Karlsbad, auf dem 27. Internationalen Fortbildungskongress der Deutschen Bundesärztekammer und der österreichischen Ärztekammer.

Sträfliche Fehler

Um einen «Schlaganfall-Patienten» rehabilitieren zu können, muss er rehabilitierbar sein. Leider wird aber oft das zu Beginn der Erkrankung noch vorhandene Rehabilitationspotential im physischen wie im psychischen Bereich zunichte gemacht und Pflegefälle durch fehlerhaftes Verhalten überhaupt erst geschaffen. So kann eine unsachgemässe oder vernachlässigte Lagerung der gelähmten Extremitäten vor allem bei alten Patienten zu irreparablen Schäden führen.

Der «prophylaktische» Dauerkatheter wiederum führt neben den lokalen Schäden und Infektionen nicht selten zum Verlust des Blasengefühls und zur totalen Katheterabhängigkeit. Genügen würde aber bei einer Inkontinenz beim Mann ein URI-TIP, bei Frauen könnte der Dauerkatheterismus durch regelmässiges Topfen (etwa alle 2 Stunden), Verwendung von Vorlagen aus aufsaugendem Material und durch eine gesteuerte Flüssigkeitszufuhr (keine Getränke nach 18 Uhr) umgangen werden. Übersehen wird häufig, dass der Dauerkatheter für die geistig klaren Patienten eine erhebliche psychische Belastung darstellt, die das seelische Rehabilitationspotential nicht gerade steigert, meinte Dr. Braun. Ausserdem bessert sich die neurogene Urininkontinenz häufig von selbst, wenn der Patient mobilisiert wird. Prognostisch weit ungünstiger ist die Stuhlinkontinenz, die fast immer ein Ausdruck psychointellektueller Regressionsvorgänge ist. Eine Stuhlinkontinenz kann bedeuten, dass der Patient nicht motiviert und den schweren Aufgaben einer intensiven Rehabilitation nicht gewachsen ist.

Ein Zauberschlüssel

Vor allem kurz nach dem Insult ist der Patient psycho-intellektuell verlangsamt, er neigt zu Passivität und lässt oft akinetisch-parkinsonoide Symptome erkennen, wobei aber Rigor und Tremor fehlen. Diesen Symptomen, der psychomotorischen Akinesie und dem Salben- und Maskengesicht, kommt deshalb eine grosse Bedeutung zu, weil sie durch die Levodopa-Benserazid-Kombination behoben werden können und somit oft der Schlüssel für das ganze Rehabilitationprogramm sind. Nach Ausschalten der psychointellektuellen Akinesie wird der Patient aktiv, motiviert und kooperativ.

Hilft nur, wenn der Patient selbst nicht kann

Um dem drohenden geistigen Verfall des

Apoplektikers entgegenzutreten, muss von Anfang an alles getan werden, was die Aktivität des Patienten fördert. Er darf nicht in einem Einzelzimmer liegen, Bilder der nächsten Angehörigen, eine Uhr usw. werden in seinem Gesichtsfeld aufgestellt. Sobald wie möglich soll der Patient angewiesen werden, sich selbst zu helfen, sei es beim Essen oder beim Waschen. Hilfe erhält er nur dann, wenn er allein nicht zurechtkommt, damit erst gar kein Abhängigkeitsverhältnis entsteht.

In der zweiten bis dritten Woche nach dem Insult sollten nach Möglichkeit Sitzübungen mit dem Patienten durchgeführt werden. Das gibt ihm psychischen Auftrieb, fördert den Wiedergewinn von Körpergefühl und Gleichgewicht und ist gerade bei älteren Menschen eine wichtige Prophylaxe von Herzkreislaufkomplikationen.

Was meist verkannt wird

Erfahrungsgemäss wird der Hemiplegiker nur nach dem Ausmass der motorischen Ausfälle und der Sprach- und Kommunikationstörung sowie nach dem kalendarischen Alter beurteilt. Diese Gesichtspunkte sind aber oft nur von sekundärer Bedeutung, wichtiger für die Rehabilitation ist die Intaktheit wesentlicher sensomotorischer und sogenannter höherer psychischer Funktionen, die keineswegs immer lokalisatorisch fassbar sind.

Gibt's überall Beschäftigungstherapeuten?

Nach Abklingen der Akutphase, wenn das Sensorium ausreichend klar und der Patient kooperationsfähig ist, muss eine sorgfältige Untersuchung in Gegenwart des Beschäftigungstherapeuten durchgeführt werden, um das vorhandene Rehabilitationspotential zu bestimmen. Erst dann kann ein Therapieplan aufgestellt werden, der sinnlose Massnahmen, die jenseits der Möglichkeiten des Patienten liegen, ausschliesst. Von Anfang an muss der Patient möglichst aktiv, andernfalls passiv durchbewegt werden, und zwar auf beiden Körperseiten.

Gehwagen völlig ungeeignet

Kann der Patient ausserhalb des Bettes behandelt werden, ist die Muskelkräftigung und -schulung vorrangig. Wenn er nicht alleine stehen kann, empfehlen sich Kräftigungsübungen am Schlingentisch gegen Widerstand. Ein Gehwagen ist völlig ungeeignet, da der Patient in ihm nicht geht, sondern geschleppt wird. Das aktive Gehtraining beginnt mit Stehen und dann mit Gehen im Gehbarren vor einem grossen Spiegel, in dem sich der Patient selbst kontrollieren kann. Reicht die Kraft im Kniegelenk noch nicht aus, kann es durch eine angewinkelte Plastikschiene gestützt werden, ein Hängefuss wird durch Hochbinden kompensiert. Sobald eine genügende Sicherheit besteht, werden die Übungen mit Hilfe einer Vier-Punkte-Gehhilfe oder mit einem Handstock fortgesetzt.

Unterarmkrücke: taugt nichts

Dr. Braun rät besonders von der Unterarmkrücke ab, einem in der Praxis scheinbar obligatorischen Hilfsmittel. Dieses verleitet die Patienten aber geradezu, das kranke Bein nicht zu belasten. Das Zirkumduzieren des gelähmten Beines, im allgemeinen als Hemiplegie nach Wernicke-Mann bezeichnet, ist in Wirklichkeit eine Komplikation, die meist verhindert werden kann.

Heidelberger Winkel völlig ungeeignet

Wird trotz intensiven Trainings keine hinreichende Stabilität erreicht, kann eine geeignete Schiene nicht nur die Gehleistung verbessern bzw. überhaupt erst ermöglichen, sondern auch die kardiale Belastung verringern. Leider wird zu häufig der Heidelberger Winkel benutzt, der völlig unflexibel ist und die noch funktionunfähige Muskulatur im Fussgelenk völlig ausschaltet. Ausserdem knickt der Patient leicht um, weil die Stütze an der Rückseite des Beines angebracht ist. Zweckmässiger ist eine Peronaeus-Schiene aus Duraluminium mit Federgelenk. Sie wird an der Aussenseite des Beines mit dem Gelenk in Höhe des äusseren Malleolus angebracht, und erlaubt dem Patienten, den Fuss beim Gehen abzurollen. Der Federmechanismus ermöglicht die Korrektur der Fussheberschwäche.

Wenn lange Schiene nicht hilft: Rollstuhl

Bleibt das ganze Bein schlaff gelähmt, hilft nur eine lange Schiene, die zwei Drittel des Oberschenkels abstützt. Bei guter Motivation und grossem persönlichen Einsatz des Patienten ermöglicht sie noch eine gewisse Mobilität. Lässt sich trotzdem die Gehfähigkeit nicht erreichen oder ist sie wegen einer Ataxie oder Herzinsuffizienz unzumutbar, bleibt immer noch die Rollstuhlrehabilitation; dafür stehen Rollstühle mit Einhandantrieb zur Verfügung.

Der Mensch braucht nicht nur körperliche Bewegung

Die gleichzeitige beschäftigungstherapeuti-

sche und Sprachbehandlung ist absolut gleichrangig. Durch gezielten Einsatz wird die Muskelkoordination und Feinmotorik geübt, um die Funktionen des täglichen Lebens wie An- und Ausziehen, Essen, die Benutzung der Toilette und den Gebrauch der zahlreichen, aber viel zu wenig genutzten Hilfsmittel für Körperbehinderte erlernen zu können. Gleich danach kommt die Förderung der gestörten psychointellektuellen sowie perzeptiven Fähigkeiten in Form von Sprachspielen, Buchstaben legen, Konzentrationsübungen, Kompensationstraining bei bestehender Hemianopsie und Schulung der visuellen Wahrnehmung.

Auch die Angehörigen müssen unterwiesen werden

Bei der Behandlung der Psyche des Patienten kann die oft vorhandene Depression durch Erfolgserlebnisse aufgehellt werden. Genauso wirken sich zwischenmenschliche Kontakte positiv aus. Schliesslich muss der Rehabilitand lernen, seine Situation zu akzeptieren und mit ihr sein Leben zu leben.

Der Sinn einer Rehabilitation ist in erster Linie, die Lebensfähigkeit des Patienten nach seiner Entlassung in seiner physiologischen Umwelt aufzubauen. Die Entlassungssplanung darf daher nicht erst bei der Festlegung des Termins beginnen. Gegebenenfalls ist die Wohnung den Bedürfnissen des Patienten entsprechend mit baulichen Veränderungen zu versehen, ausserdem müssen die notwendigen Hilfsmittel für ihn bereitgestellt werden.

Die Verwandten müssen sorgfältig über das Vermögen und Unvermögen des Hemiplegikers aufgeklärt werden, denn ohne ihre Mithilfe geht das während der Rehabilitationsbehandlung leistungsmässig Erreichte schnell wieder verloren. Die Umgebung muss wissen, was sie für den Patienten tun muss und wo sie ihm nicht helfen darf.

Es ist eben nicht der Bewegungsapparat

Leider kann man immer wieder beobachten, dass der Hemiplegiker in der postakuten Phase so behandelt wird, als litte er an einer Vielzahl voneinander unabhängigen Symptomen des Bewegungsapparates. Viel zuwenig wird beachtet, dass es sich in Wirklichkeit um ein Leiden auf allen Ebenen menschlichen Seins und Erlebens handelt mit zentralen Schäden, die sich scheinbar peripher auswirken, mit Krankheitserscheinungen, die der Gesunde nicht nacherleben kann, die aber das Menschsein selbst in Frage stellen. Diese Probleme sind für den Kranken oft wichtiger und schicksalsbestimmender als die Symptome von seiten des Bewegungsapparates.

Rehabilitative Massnahmen, die weniger Geld als Zeit und Bemühungen kosten, dienen durch die zu erreichende Selbständigkeit des Patienten zwar auch der Entlastung der Umwelt, vor allem aber helfen sie dem Apoplektiker, seine Persönlichkeit zu erhalten, schloss Dr. Braun.

aus: «Medical Tribune»

Mitteilung

Die Oktober-Nummer unserer Fachzeitung, in welcher vorwiegend Geriatrieprobleme besprochen wurden, hat in Kollegenkreisen ein positives Eche gefunden. Die Referate wurden uns von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, welche Ihren 66. Kongress im Oktober 1979 in Basel durchführte, zur Verfügung gestellt. Ich danke den Referenten herzlich für die Druchbewilligung.

Othmar Lenzi