

Therapeutische Möglichkeiten in der Akutsituation und Frührehabilitation

**Donauspital, Wien
17. Oktober 2014**

Florence Kraus-Irsigler, Bobath-Senior-Instruktorin – IBITA, Wien

Daniel Preiser, MSc, Stellv. Leitung Therapie, Therapeutische Leitung ANR,
Haus der Barmherzigkeit

Bild des Patienten / Symptome

- Bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Patienten, **nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit**
- **Symptome des UMNS**, motorische und sensorische Defizite unterschiedlich schwer, hinsichtlich Ausprägung und Verteilung, jedenfalls **keine funktionellen Bewegungen... vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig**
 - **Phänomene** z.B.: Parese, Plegie
Inaktivität → Kaum / nicht mit aktiver Mithilfe des Patienten zu rechnen → hohe Anforderungen an das Handling
 - + **Phänomene** z.B.: Spastizität / Hypertonus, übertriebene Kokontraktion, Massensynergien, Hyperreflexie mit Irradiation, Klonus

Bild des Patienten / Symptome

- **Vegetativ labil**
- **Pathologische Reflexe**, Automatismen
- Reaktionen müssen interpretiert werden: **Zustimmung >< Abwehr**
- Wenig normaler sensorischer Input → **Hypersensibilität** speziell im Facio-Oralen Bereich (Gähnen, Schmatzen, Beißen, Speicheln...)
- **Sondenernährung** erforderlich
- Ev. **beatmungspflichtig**
- Absaugpflichtiges **Tracheostoma** → Kanülenmanagement
- Möglicherweise **lebensbedrohliche Situation**
- Häufig weitere Grund-/ Begleiterkrankungen oder Verletzungen, erhöhter Hirndruck → **Multimorbidität**

Ziele der Therapie: Prophylaxe von Sekundärschädigungen

Verminderung und Verhinderung von Früh- und Spätkomplikationen:

- Kontraktur-Prophylaxe → Biomechanische Veränderungen in Muskel-, Binde- und Nervengewebe → Verlust der seriellen Sarkomerzahl, vermehrte Kollagenbildung, höhere Muskelsteifigkeit, Veränderungen der Faszien
- Atrophien
- Dekubitus-Prophylaxe
- Pneumonie-Prophylaxe
- Thrombose-Prophylaxe

Ziele der Therapie: Prophylaxe von Sekundärschädigungen

Verminderung und Verhinderung von Früh- und Spätkomplikationen:

- Pathologische / primitive Reflexe / Reaktionen abbauen, desensibilisieren
- Vermeidung von Überstimulierung
- Maßnahmen, z.B. Vertikalisierung nicht um jeden Preis durchführen, Reaktionen beachten!

Ziele der Therapie: Was fördern?

- **Management** von nötigen **Alltags-Aktivitäten**
- Therapie zur **Erleichterung** des **alltäglichen Umgangs**, (Handlings, ADL)
- Unterstützung und **Förderung** der **spontanen Genese**
- **Spezifische Behandlung** der **Körperfunktionen** und **Körperstrukturen**
- **Mobilisation**, → Lösen der „Cross Bridges“ zwischen Aktin- und Myosinfilamenten → Verminderung der Empfindlichkeit der Muskelspindel auf Dehnung
- **Spezifische Behandlung** im Dienste **unterschiedlicher Aktivitäten** z.B. → **Vertikalisierung, Aktivierung**, → Posturale Kontrolle spez. des Kopfes, Schlucken...

Ziele der Therapie: Was fördern?

- **Sensorischer Input** in allen Modalitäten. z.B. propriozeptive Bewegungserfahrung, taktile, visuelle, akustische Informationen
- **Vegetative Verbesserung** / Stabilisierung
- **FOTT – Management von Trachealkanülen**
- Beeinflussung des **Wachheitsgrades**, der **Bewusstheit**
- Ev. **Kommunikationsaufbau**
- Förderung der **Wahrnehmung**, speziell Körperwahrnehmung
- Einbindung, Beratung und **Begleitung** der **Angehörigen**
- Optimale **Versorgung** mit **Hilfsmitteln**

Ziele der Therapie zusammenfassend:

- **Bessere Lebensqualität** im Sinne der bestmöglichen Partizipation für Betroffene und Angehörige (z.B. Schnellstmöglichste Wiedereingliederung zumindest in das **gesellschaftliche Leben**).

Zeitpunkt des Therapiebeginns?

**„Ich war noch nie zu früh dran, zu spät
leider schon oft!“**

*„Frührehabilitation ist integrierte, den
Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende
interdisziplinäre Therapie mit wechselnden
Schwerpunkten.“*

(Kuratorium ZNS 1993)

- **Wie bewegen ist entscheidend und stellt die Weichen für später!**
(negativ z.B. Motorschienen, Fixierungen, Ossifikationen)
- Vermeidung negativer Plastizität →

Auf Grund der Neuroplastizität bewirken sämtliche Aktivitäten Veränderungen im ZNS, aber nicht immer zum Vorteil des Patienten!

Aktivität



Bewirkt **Neuroplastizität**

zum **Vorteil**



des Patienten

Inaktivität
unökonomische Aktivität
gestörte Aktivität



Bewirkt **Neuroplastizität**

zum **Nachteil**



Neuroplastizität

- Die Herausforderung an das Rehabilitationsteam ist, **Plastizität** so zu **lenken**, dass **sinnvolle** und **effiziente sensorische Verbesserung** stattfinden kann, dass zukünftige Möglichkeiten nicht „verbaut“ werden!
- Entscheidend für eine positive Neuroplastizität ist daher nicht nur das **WANN?** bzw. das **WAS?**, sondern vor allem auch das **WIE?**

Signale beobachten lernen!

- **Für positive / negative Reaktionen** (z.B.: Töne, Mimik, Blick, Atmung, vegetative Symptome, Unruhe, Bewegung, patholog. Reflexe / Reaktionen)
- **Für Wachheitsgrad – Bewusstsein** (z.B.: gerichteter Blick, Speichelkontrolle)
- **Für Aktivitätsgrad** z.B.: (Kopfkontrolle, Bewegungen)
- **Für die Tonussituation** (z.B.; Körperachse, Arme, Füße)



F. Kraus-Irsigler, Daniel Preiser
Wien, Okt. 2014

Paul, ein Beispiel für negative Plastizität durch ausschließliche Rückenlage



Beginnende Vertikalisierung mit Anpassung der Umwelt



FOTT in Co-Therapie



F. Kraus-Irsigler, Daniel Preiser
Wien, Okt. 2014

Alternativen zur Lagerung im Rollstuhl



Partizipation



F. Kraus-Irsigler, Daniel Preiser
Wien, Okt. 2014

Was ist der Effekt früher therapeutischer Behandlung?

- **Senkung** der Rate von primär immobilisationsbedingten **Komplikationen** (Thrombose, Pneumonie, Infektionen)
- **Geringere Blutdruckschwankungen**
- **Positive psychische Auswirkungen** (weniger Depression, Ängstlichkeit)
- **Verbesserung** der **ADL's** und der motorischen Funktionen
- **Verbesserung** der **Lebensqualität**
- **Früheres eigenständiges Gehen**
- **Frühere Entlassung** nach **Hause**

Literaturanalyse:

1999-2012 C. Ketterer, S. Kreißig. Frühmobilisation bei Schlaganfallpatienten

Welche Parameter sind u. a. wichtig für eine erfolgreiche Frühmobilisation?

- **Geschultes Personal** /Monitoring
- Gegenseitige **Information**
- Gemeinsames **Handling**, an einem Strang
- **Fachübergreifendes Arbeiten** im Team
- **Sorgfältige Dokumentation** / Assessments (EFA)

Unterschied:

Technik des „passiven Durchbewegens“

- Die Extremitäten des Patienten werden gegen den stillgelegten Rumpf bewegt, die Gürtel können gegen die Schwerkraft nicht (genügend) mitbewegen.

Patienten im Rahmen physiologischer Bewegungsübergänge fasilitieren / bewegen

- **Der Bewegungsansatz erfolgt vom Rumpf aus**, die Extremitäten werden, in Folge dessen, in die Bewegung integriert.

Unterschied:

Technik des „passiven Durchbewegens“

- Die Absicht dabei sind reinachsige, endgradige Bewegungen.
- Das Bewegungstempo ist rascher als beim ganzheitlichen Fazilitieren.
- Es werden ungünstige Auswirkungen auf die Extremitätengelenke und die Förderung von periartikulären Ossifikationen durch das passive Durchbewegen diskutiert.

Patienten im Rahmen physiologischer Bewegungsübergänge fazilitieren / bewegen

- Die **Extremitäten** werden in den **Kombinationen** und in dem **Ausmaß** bewegt, das in dem Zusammenhang **physiologisch** ist.
- Das **Tempo** ist an die ganzheitliche Reaktion **angepasst**.

Unterschied:

Technik des „passiven Durchbewegens“

- Diese abstrakten Bewegungen sind nicht funktionell, können nicht mit sinnvollen, alltagsrelevanten Bewegungen assoziiert werden.
- Nicht selten verstärkt sich der Widerstand dagegen, der Tonus erhöht sich spürbar. Möglicherweise sind sie im Unterbewusstsein bedrohlich.

Patienten im Rahmen physiologischer Bewegungsübergänge **fazilitieren / bewegen**

- Möglicherweise nimmt der Patient im Unterbewusstsein die alteingesessenen, **gespeicherten** und **lebenslänglich benützten Bewegungsprogramme** wahr.
- Der **Tonus nimmt** bei adäquater Fazilitation **nicht / kaum zu!**

Unterschied:

Technik des „passiven Durchbewegens“

- Der sensorische Input ist auf die Extremitäten begrenzt.
- Ganzheitliche Aspekte wie Pneumonieprophylaxe, Vegetative Anregung, Kreislaufaktivierung werden nicht berücksichtigt.

Patienten im Rahmen physiologischer Bewegungsübergänge fasilitieren / bewegen

- Es findet eine umfassende **Anregung** des gesamten **Sensoriums** statt, inklusive der vestibulären, propriozeptiven und optischen Aktivierung statt.
- **Bewusstseitsgrad, Wachheitsgrad, Kreislauf, Körperwahrnehmung, Atmung, Vegetativum**, ev. **Blickkontakt, Stimme** und **Schlucken** werden **positiv** beeinflusst!

Unterschied:

Technik des „passiven Durchbewegens“

- Aus der RL wird die Umwelt in einem ungünstigen Blickwinkel gesehen, die Wahrnehmung erschwert!

- Patienten im Rahmen physiologischer Bewegungsübergänge **fazilitieren / bewegen**
- Der Patient ist in den **vertikalen Positionen** eher mit dem Therapeuten in **günstiger Augenhöhe**
- Förderung der **posturalen Kontrolle!**

Wichtigste therapeutische Grundgedanken:

- Globale **Bewegungsübergänge** sind leichter abrufbar (sind altbekannte Programme) daher mehr Chancen für Aktivierung des Patienten; möglichst bekannte Bewegungsprogramme benutzen → **Alltagsrelevanz** (Biographie!) → je nach Toleranz **spezifischer werden!**
- Oft darf man **Stellungen nicht zu lange ruhig halten**, die Aktivität der Pat. kann **kollabieren** oder/und es werden ungünstige **Fixationsstrategien** verstärkt. Daher können **kleine, rhythmische, schüttelnde Bewegungen** sensorisch „reizender“, Tonus regulierend, aktivierend sein. Reaktionen des Pat. beobachten, es darf nicht irritierend bzw. „erschreckend“ sein!
- **Jede sinnvolle Aktivität nützen**, Reaktionen beobachten.

Wichtigste therapeutische Grundgedanken

- Das **Tempo individuell anpassen** → Gratwanderung, weil der Patient einerseits genügend Zeit braucht „anzukommen“, zu adaptieren, spüren, andererseits nicht zu lange verharren kann.
- **Wege in Etappen exakt erarbeiten!** Gesamtziel meist besser gar nicht vorher erwähnen.
- **Raumbezüge**, anfangs eher **körperbezogene Orientierungen** geben.
- „**Wegekissen**“ geben Stabilität, sind „Druckverteiler“, „Armunterstützer“ und vieles mehr.
- **Nahen Körperkontakt** geben ohne einzuengen,
- **Sehr flächig arbeiten**, Löcher stopfen, aber **nicht Patienten fixieren**.

Wichtigste therapeutische Grundgedanken

- **Sensorische Infos** geben, sichere, eindeutige, angemessen kräftige Griffe.
- Durch **Aktivierung** auch besseres **Spüren, Integrieren** und **Aufmerksamkeit**.
- Patienten immer wieder **ansprechen**, aber nicht monoton, möglichst **natürlichen Tonfall!**
- Maßnahmen generell ankündigen, aber nicht zu viel, **mehr emotional** als **kognitiv** sein.
- **Lob, Verstärkungen**, auch von kleinsten Aktivitäten, oft kontinuierliche Rückmeldung nötig.

Beispiele für die Therapie am Boden



Zusammenfassung

- *„Ein Koma kann ein Stadium im Sterbeprozess sein, aber auch Ausgangspunkt eines neuen, anderen Lebens, der Wiedergewinnung von Autonomie und neuer Identität“.* (Zieger 1993)
- Unsere Aufgabe als Therapeut/innen ist, durch unsere **spezifische Arbeit** die Entwicklung des Patienten und seines Umfelds bestmöglich zu beeinflussen. Wenn dies gelingt, können wir mit dem Therapieergebnis die **Weichen zu optimaler Lebensqualität** stellen.



F. Kraus-Irsigler, Daniel Preiser
Wien, Okt. 2014