

# Komplexe Therapie der Multiplen Sklerose

Klaus Gusowski

## Die Herausforderung für die

Ein neurologisches Rehabilitationszentrum, das neben anderen neurologischen Krankheitsbildern als Schwerpunkt die Multiple Sklerose (MS) behandelt, sieht sich einigen besonderen Herausforderungen gegenüber. Die Multiple Sklerose ist die häufigste entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS) und zugleich die häufigste ZNS-Erkrankung im jungen Erwachsenenalter. Die Diagnose Multiple Sklerose wird überwiegend zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr gestellt. Oft treten die Symptome bereits vor dem 20. Lebensjahr und auch im Kindesalter auf und beschreiben die Erstmanifestation der Erkrankung. Fragestellungen zur Lebensplanung, Arbeitsfähigkeit in sensomotorischer wie auch kognitiver Hinsicht, Freizeitgestaltung und der Kinderwunsch sind nur einige der Probleme, die die Zielstellung der Rehabilitation beeinflussen und gestalten.

Die Zahl der in Deutschland an MS Erkrankten wurde bisher auf ca. 100.000 bis 130.000 Personen geschätzt. Petersen et al. [13] analysierten die Daten der GKV-Versicherten des Jahres 2010 und kommen auf eine Prävalenz von bis zu 200.000 Personen mit der Diagnose Multiple Sklerose, also erheblich mehr als die Schätzungen bisher.

Kennzeichnend für die MS sind die Unregelmäßigkeit der Lokalisation der Entmarkungsherde und die individuell sehr unterschiedliche Progredienz. Die Symptome sind sensomotorischer, kognitiver und vegetativer Natur und umfassen Bewegungsbehinderungen, Störungen z. B. der Aufmerksamkeitsleistung und Reizverarbeitung wie auch der vitalen Funktion der Atmung sowie die Blasen- und Mastdarmsteuerung. Dabei treten typischerweise die unterschiedlichsten Symptome nebeneinander auf. Verstärkt werden die Symptome unter Umständen durch das Uhthoff-Phänomen (Reizleitungsverschlechterung und Akzentuierung der Symptome bei Erhöhung der Körpertemperatur) wie auch durch die häufig anzutreffende Erschöpfbarkeit der MS-Patienten (Fatigue). Hierin liegt auch die Schwierigkeit begründet, die Physiotherapeuten mit der Befunderhebung und Behandlung der Patienten mit MS haben: Sie müssen in einem umfassenden Befund alle Symptome erfassen, bewerten und für die Behandlung in Bezug zu dem Ziel des Patienten bringen. Außerdem muss in der Behandlung dem Uhthoff-Phänomen und der Fatigue Rechnung getragen werden.

Die Rehabilitation der Patienten mit MS geschieht selbstverständlich nach den neuesten Erkenntnissen. Das gilt sowohl für die in einer enormen Dynamik befindlichen medikamentösen Therapien wie auch

für die mit immer neuen wissenschaftlichen Publikationen beleuchtete symptomatische Therapie, zu der auch die Physiotherapie gehört. Dabei ist die wissenschaftliche Bewertung der Physiotherapie und Rehabilitation nicht einheitlich. So fanden Storr et al. [19] keinerlei Effekt einer Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zu einer nicht therapierten Gruppe, während eine große Zahl von Publikationen zum gegenteiligen Ergebnis kommt [3, 8, 9, 10, 12, 14]. Eigene Beobachtungen stützen diese gegensätzlichen Erfahrungen (siehe Beispiel: Laufbandtherapie S. 28) und mahnen zum bewussten aber auch kritischen Einsatz aller therapeutischen Vorgehensweisen.

Ein Behandlungskonzept ist erforderlich, das die Menschen mit MS ganzheitlich erfasst und behandelt. Der Therapeut muss mit seinem gesamten Ausbildungs-, Erfahrungs-, Fort- und Weiterbildungswissen unter Einbezug der wissenschaftlichen Erkenntnisse die für den Patienten adäquaten therapeutischen Schritte (best practice) auswählen. Dieses Konzept muss offen und ressourcenorientiert den Patienten betrachten und die Erkennung und Gewichtung seiner vielseitigen Symptome sowie eine zielgerichtete Behandlung gewährleisten. Zudem sollte es alle Ebenen der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) abbilden [17].

Der Physiotherapie stehen dafür eine Fülle von Behandlungskonzepten und -techniken zur Verfügung (siehe Abb. 1). Das Bobath-Konzept bildet wie kein anderes die geforderte Vielfalt ab und soll in diesem Artikel im Schwerpunkt betrachtet werden. Der Bobath-Therapeut scheut sich

# apie klerose

## Physiotherapie

nicht, auf der Ebene der Technik auch andere Behandlungstechniken zu sehen und gegebenenfalls in die Behandlung einzubinden. In der Dualität von traditioneller und neuerer Therapie können wir dem Patienten eine Vielzahl von therapeutischen Möglichkeiten eröffnen.

### ■ Das Bobath-Konzept

Bereits 1984 formulierte das Ehepaar Bobath, dass das von ihnen begründete Konzept so offen sei, dass es den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Veränderungen der Krankheitsbilder folgen kann. Um diesem Anspruch auf Dauer zu genügen, wurde zu Lebzeiten der Bobaths die „International Bobath Instructor Training Association (IBITA)“ gegründet. Diese trägt die Verantwortung dafür, dass die belastbaren Pfeiler des Bobath-Konzepts gepflegt werden, aber auch die verfügbare Evidenz in das Konzept eingewoben wird. Hier hat sich insbesondere die internationale Aufstellung der IBITA mit ihren wissenschaftlichen Gremien bewährt.

In den letzten Jahren entstand in der deutschen Vereinigung der Bobath-InstruktorInnen (VeBID) das folgende Strukturmodell, modifiziert nach Ritter und Welling 2008 sowie Viebrock, Grafmüller-Hell und Eckhardt 2013 [5, 6, 7]. Es bildet die unterschiedlichen Ebenen und Bezüge im Konzept ab (Abb. 2).

Dem Bobath-Therapeuten stehen viele Techniken zur Verfügung. Die bekannteste Technik wird als Fazilitation bezeichnet (engl.: facilitation = Erleichterung). Damit werden Bewegungserfahrungen vermittelt, die Bewegung gelehrt und geschult. Die Intensität der Einflussnahme des Therapeuten richtet sich nach den Bedürfnissen des Patienten, „hands on“ und „hands off“ wechseln sich ab. Des Weiteren werden die Patienten über die Aufgaben- wie auch Umfeldgestaltung zum Erlernen der Bewegung und Handlung animiert. Vielfach geschehen die Behandlungen nonverbal, um Ablenkungen zu vermeiden und den Patienten das Fühlen der Bewegung und deren Veränderung zu ermöglichen. Der Therapeut nimmt mit den Händen oder mit dem Körper Informationen des Patienten auf, die die Bewegungsfähigkeit betreffen, und wartet die Bewegungsinitiative ab. Er gibt Informationen und biomechanische und schafft neuromuskuläre Voraussetzungen, die die Arbeitsbereitschaft verstärken. Diese Behandlungstechniken werden systematisch angewendet, angepasst an das Potenzial des Patienten und dessen Ziele. Die Kontextfaktoren (ICF), wie das persönliche Umfeld, sowohl in Form des Hausbesuchs als auch in der Einbindung der Angehörigen, können in die Therapie einbezogen sein.

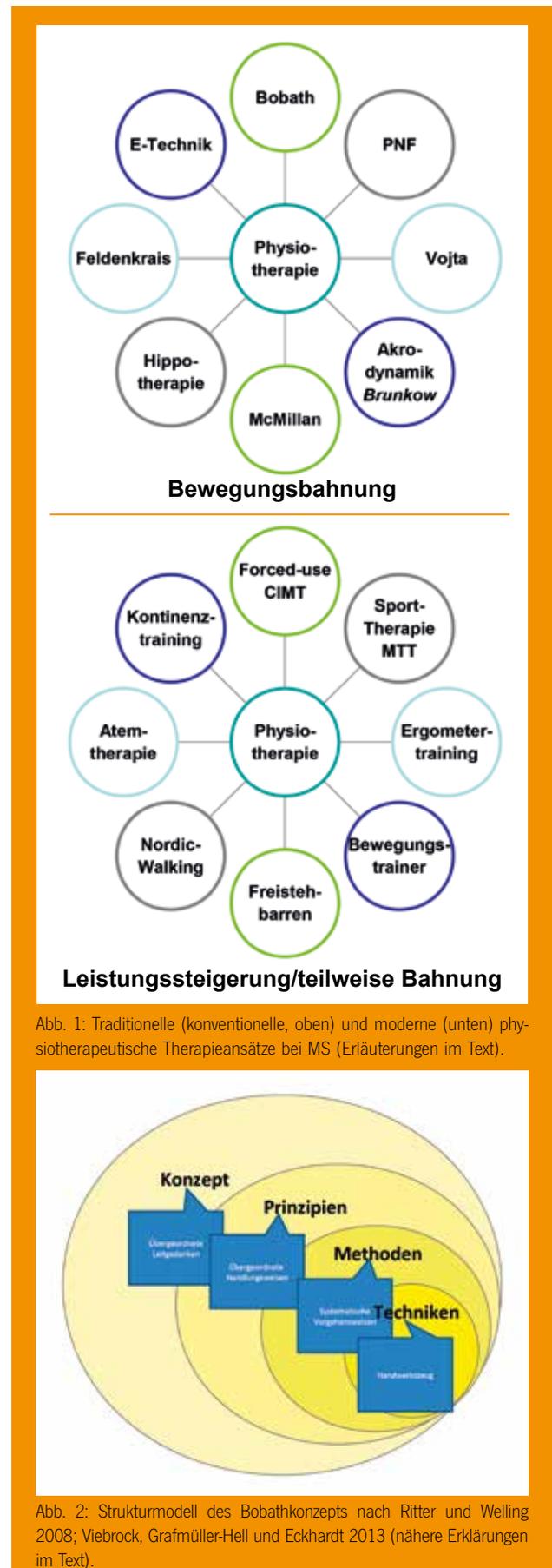


Abb. 1: Traditionelle (konventionelle, oben) und moderne (unten) physiotherapeutische Therapieansätze bei MS (Erläuterungen im Text).

Abb. 2: Strukturmodell des Bobathkonzepts nach Ritter und Welling 2008; Viebrock, Grafmüller-Hell und Eckhardt 2013 (nähere Erklärungen im Text).

Der Bobath-Therapeut sieht den Patienten in einem Prozess des motorischen Lernens. Dies orientiert sich an der Leistungsgrenze des Patienten, da nach den Erkenntnissen der Neurowissenschaften dort der größte Zugewinn zu verzeichnen ist.

Methodisch bezieht es alle Ebenen der ICF ein: die Körperfunktionen und -strukturen, die Handlungsebene (Aktivitäten) und die Ebene der Teilhabe (Partizipation). So kann die Behandlung nach eingehendem Befund die Körperfunktionen, wie Muskelansteuerung, Tonusgestaltung, Gelenkbeweglichkeit, Bewegungsplanung usw., in unterschiedlichem Maße beinhalten, angepasst an die Notwendigkeiten, aber auch Möglichkeiten des Patienten. Angestrebt wird eine Verhaltensänderung des Patienten zur Nutzung der erlernten Bewegungsmuster und zu deren Integration in den Alltag. Der Bobath-Therapeut aktiviert den Patienten, die Haltung und Bewegung wird erleichtert und ermöglicht und muss gegebenenfalls aber auch herausgefordert werden. Die Behandlungsvorschläge sind an der fortschreitenden Veränderung der Leistung adaptiert und darauf aufbauend (Shaping). Eine Vielzahl von Wiederholungen der Bewegungsabläufe mit unterschiedlichen Bausteinen und Betonungen von Details (Wiederholung, ohne zu wiederholen!) führt zu deren erneuter Verankerung im motorischen System des ZNS. Das therapeutische Vorgehen des Bobath-Therapeuten passt sich aber auch an einen Leistungsrückgang an, hervorgerufen z. B. durch die Progression der MS, durch Schubaktivität, durch die Tagesschwankungen des Patienten oder anderer beeinflussender Faktoren, wie das Uhthoff-Phänomen oder der Fatigue.

Zu den Prinzipien des Bobath-Konzepts gehört, wie oben bereits erwähnt, die alltags-, aber auch handlungsorientierte Arbeitsweise. Im Vordergrund stehen die Wiedererlangung von Alltagskompetenzen und die Fähigkeiten, Handlungen zu planen und durchzuführen. Im Dialog zwischen Patient und Therapeut werden die Probleme erfasst und der gemeinsamen Zielbestimmung zugeführt (partizipative Entscheidungsfindung). Dabei werden die Ressourcen der Patienten in den Vordergrund gestellt und in der Therapie aufgebaut. Der dialogische Umgang miteinander lässt Veränderungen in der Leistungsfähigkeit in positiver wie auch negativer Richtung erkennen und die sich daraus ergebenden Probleme lösen. Alle mit der Multiplen Sklerose vertrauten Therapeuten kennen den Wechsel der Belastbarkeit ihrer Patienten sowohl im Tagesverlauf als auch an unterschiedlichen Tagen. Die damit verbundene Anpassung des therapeutischen Handelns wird durch den kontinuierlichen Wechsel zwischen Befund und Therapie möglich.

Das Bobath-Konzept richtet sich an alle Professionen im therapeutischen Team und stärkt den interprofessionellen Dialog. Das ermöglichte nicht zuletzt die Gründung der „Bobath-Initiative der Kranken- und Altenpflege

(BIKA)“, deren Instruktoren in ihren Kursen die aktivierende Pflege nach dem Bobath-Konzept unterrichten. Dieses therapeutisch pflegende Vorgehen wird von den Patienten hoch geschätzt, werden doch die Effekte der Therapiestunden durch die Umsetzung der erarbeiteten Inhalte seitens der Pflegekräfte innerhalb von Alltagsfunktionen (Activity of Daily Living (ADL)) genutzt und gestärkt.

Eine weitere Zielgruppe außerhalb der in der Rehabilitation tätigen Professionen sind die pflegenden Angehörigen. In einem hohen Prozentsatz werden auch schwer betroffene MS-Patienten von ihren Angehörigen versorgt und mitunter durch ambulante Pflege unterstützt. Hier ist gerade in letzter Zeit in der Zusammenarbeit mit dem IFK eine Bobath-Fortbildung entstanden, die Physiotherapeuten für eine Angehörigenanleitung vorbereiten. Näheres ist auf der Website des IFK ersichtlich.

Dieses therapeutische Vorgehen wird von den Konzeptgedanken umrahmt und getragen. Die aktuellen neurobiologischen Erkenntnisse sind die Basis der übergeordneten Leitgedanken des Bobath-Konzepts. Es öffnet sich der evidenzbasierten Medizin (EbM) und Therapie (EbP) und wurde von der IBITA in ihren theoretischen Grundannahmen (theoretical assumptions) schriftlich niedergelegt [20].

Das Bobath-Konzept betrachtet den Patienten ganzheitlich. Dies stellt angesichts der komplexen Symptomgestaltung und der Lebensumstände unserer MS-Patienten einen unverzichtbaren Fakt dar. Die Orientierung am ICF-Modell ist selbstverständliche Grundlage in Befund und Behandlung. Das Konzept arbeitet ressourcenorientiert und ist mehr am Potenzial des Patienten als an seinen Unzulänglichkeiten interessiert. Jeder Patient wird individuell betrachtet und wertgeschätzt. Ganz im ursprünglichen Sinne der EbM/EbP wird Erfahrungswissen ebenso wie die evidenzbasierte Therapie genutzt. Dieses weite und offene Konzept hilft dem Bobath-Therapeuten, sowohl seine Methodik und Techniken sinnvoll am MS-Patienten zur Anwendung zu bringen als auch andere neurophysiologische physiotherapeutische Techniken sowie moderne Verfahren, wie Laufbandtraining, CIMT oder „Forced use“, Trainingstherapie etc., je nach Bedarf sinnvoll einzubinden.

Eine umfassende Schulung der Mitarbeiter ist allerdings notwendig, um genügend Flexibilität am Patienten sicherzustellen. Die regelmäßige Überprüfung des umfassenden Therapiekonzepts in seinen Ergebnissen ist zu seiner weiteren Gestaltung nötig. Mit der Einführung standardisierter Messungen wurde unser neurologisches Rehabilitationszentrum in die Lage versetzt, sowohl die Therapieansätze zu überprüfen als auch retro- und prospektive Studien zur Analyse und letztlich auch das Behandlungskonzept zu untermauern.

## ■ Patientenbeispiele und deren Behandlungsergebnisse

### Beispiel 1

#### Anwendung des Bobath-Konzepts innerhalb einer multidisziplinären Behandlung bei chronisch progredienter MS

Trotz der Fortschritte in der medikamentösen Therapie der MS bleibt die Behandlung der chronisch progredienten Verlaufsform eine Herausforderung, insbesondere im fortgeschrittenen Stadium, wenn keine Spontanremissionen zu erwarten sind. Hier nimmt die Physiotherapie im Rahmen der symptomatischen Therapie eine wichtige Rolle ein, ihre Effektivität wird jedoch diskutiert. Auf der Grundlage regelmäßiger standardisierter Messungen entsteht die Möglichkeit von retrospektiven Analysen unserer Behandlungsergebnisse. Gusowski et al. [8] analysierten die Behandlungsergebnisse einer konventionellen Physiotherapie nach dem Bobath-Konzept auf das Sturzrisiko und die Gangparameter an 44 Patienten. Sie konnten in allen gemessenen Parametern hoch signifikante Veränderungen feststellen. Das Sturzrisiko, das im fortgeschrittenen Krankheitsstadium eine immer wichtigere Rolle einnimmt, wurde mit dem Tinetti-Test (Performance Orientated Mobility Measure (POMA)) gemessen. Von den zu erreichenden 28 Punkten erzielte die untersuchte Gruppe bei Aufnahme 16 Punkte und wies damit ein großes Sturzrisiko und eine erhebliche Einschränkung der Mobilität auf. Sie verbesserte sich um durchschnittlich vier Punkte und konnte damit in die nächst bessere Sturzrisikogruppe therapiert werden (Abb. 3). Der 2-Minuten-Gehtest stellt sich in der großangelegten europäischen multizentrischen Studie von Baert et al. als ein aussagekräftiger und verlässlicher Test für die Mobilität der MS-Patienten dar [1]. Am Beispiel dieses 2-Minuten-Gehtests werden die Ergebnisse dargestellt, die sich in vergleichbarer Weise auch bei den anderen Messungen (10-m-Gehtest, Timed-Get-Up-And-Go, Barthel-Index) zeigten. Die Patienten erweiterten ihre Gehstrecke im 2-Minuten-Gehtest von 80 m auf 91 m mit hoher Signifikanz. Grundlage dieser Behandlungseffekte war eine symptom- und leistungsorientierte multidisziplinäre Therapie ohne technische Hilfsmittel wie das Laufband oder andere Trainingsgeräte.

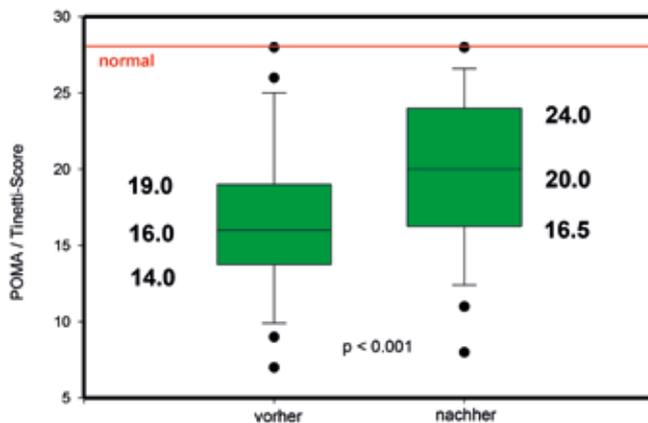


Abb. 3: Veränderungen des Sturzrisikos im POMA-Score (Tinetti) bei 44 MS-Patienten vor und nach einer 3-5-wöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme [9]. Bei einem POMA-Score von 0 - 13 Punkten besteht ein massiv erhöhtes Sturzrisiko, von 14 - 19 Punkten ein deutliches, von 20 - 23 Punkten ein mittleres, von 24 - 27 Punkten ein geringes Sturzrisiko und bei 28 Punkten kein Sturzrisiko.

Beispiel 2

**Laufbandtraining**

Die Therapie mit dem Laufband, auch in Kombination mit robot-assistierten Geräten ist für Patienten mit MS in der Wissenschaft umstritten. Schwartz et al. fanden in ihrer Studie keinen Vorteil des robot-assistierten Laufbandtrainings gegenüber einem konventionellen Gehtraining bei MS-Patienten [18]. Ruiz et al. gaben in ihrer Pilotstudie einen Hinweis darauf, dass die Kombination von robot-assistiertem Laufbandtraining und konventionellem Laufbandtraining mit Teilgewichtsentlastung einen deutlich positiven Einfluss auf die Gehausdauer und die Gleichgewichtsfunktion haben [15]. Die Zugewinne entsprachen hochgerechnet den Zugewinnen an Wegstrecke im 2-Minuten-Gehtest wie in der von uns vorgelegten Studie [8]. Gerade diese Hinweise aus der Wissenschaft machen es zur Pflicht des Therapeuten, eine bewusste, patientenorientierte Entscheidung zum Einsatz der Geräte zu treffen oder die konventionelle Therapie dem Laufband vorzuziehen. Letztere ist natürlich allein in der Lage, verschiedene Situationen des Alltags in Bezug auf das Gehen, wie dem Ausweichen von Hindernissen, Reaktionen auf Umweltreize, Wegeplanung usw., zu erproben und zu erarbeiten. Am Beispiel von zwei Patienten wird die Notwendigkeit dieser Entscheidung verdeutlicht:

Patientenbeispiel 1

Im ersten Beispiel betrachten wir die Laufbandleistung des Patienten 1 (Abb. 4). Zusätzlich zur dreimal wöchentlich stattfindenden konventionellen Physiotherapie wurde zweimal pro Woche eine Laufbandtherapie mit dynamischer Teilgewichtsentlastung durchgeführt. Sämtliche erhobenen Parameter verbesserten sich über die gesamte Zeit der stationären Rehabilitation. Die Gehstrecke auf dem Laufband erweiterte sich von anfänglich 50 m auf 300 m, das Gehtempo von 1km/h auf 2km/h am Ende der stationären Rehabilitation. Die Gehleistung am Rollator verbesserte sich im gleichen Zeitraum von 7 m auf 50 m. Laufbandtherapie und konventionelle Physiotherapie ergänzten sich zum Vorteil des Patienten.

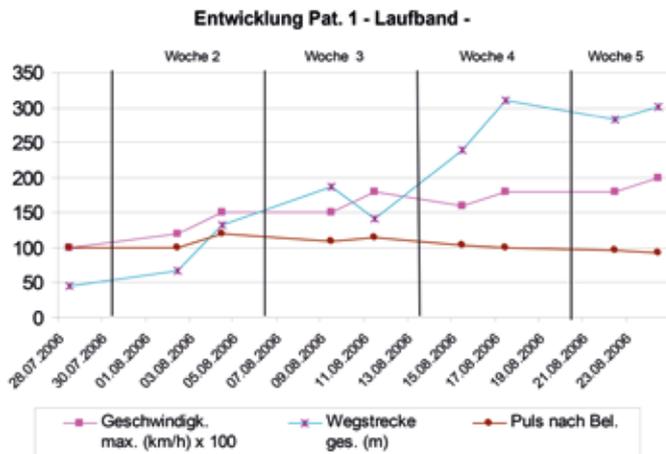


Abb. 4: Entwicklung von Patient 1 auf dem Laufband: Gleichmäßiger Anstieg sämtlicher Parameter im Verlauf von 5 Wochen stationärer Rehabilitation.

Patientenbeispiel 2

Das zweite Beispiel zeigt einen Patienten, dessen Probleme sich im Gehen auf dem Laufband verstärkten (Abb. 5). Ursache war eine Zunahme der spastischen Beinführung mit stetiger Abnahme der Knie- und Hüftflexion in der initialen und mittleren Schwungphase. Der Patient war dadurch zunehmend belastet, was ihn in die Fatigue führte. Die Entscheidung des Therapeuten, nach mehrfachen Versuchen mit veränderten Parametern die Laufbandtherapie nicht weiterzuführen und stattdessen die Anzahl der konventionellen Therapieeinheiten zu erhöhen und darin die in der Ganganalyse auffälligen Bewegungssequenzen zu erarbeiten, führte zu einer deutlichen Leistungssteigerung des Patienten im 2-Minuten-Gehtest wie auch zu einer Verbesserung der Gangparameter im 10 m-Gehtest (zu Beginn nur 7 m möglich), die Schrittgröße, Kadenz und Gehgeschwindigkeit betreffend (Tab. 1). Im POMA-Score erhöhte sich seine Punktzahl im gleichen Zeitraum von 5/28 auf 14/28 Punkte.

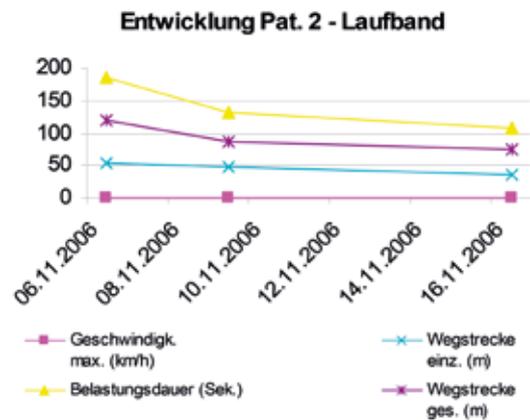


Abb. 5: Entwicklung von Patient 2 auf dem Laufband: Deutliche Leistungs-minderung innerhalb von 10 Tagen führte zum Abbruch der Laufbandtherapie bei Fortführung der konventionellen Therapie.

Test	10 m-Test Beginn	10 m-Test Entlassung
Meter	7	10
Schrittzahl	38	28
Seit (sek)	106,70	72,00
Schritte/Minute (Kadenz)	21	23
Stridlength	0,37	0,71
Geschwindigkeit (m/min)	3,94	8,33
Geschwindigkeit (km/h)	0,24	0,50

Tab. 1: Entwicklung der Gangparameter von Patient 2 im 10 m-Gehtest.

## Beispiel 3

**Die Forced-Use-Therapy (FUT) oder Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT). Vergleich der Effekte zwischen Patienten mit MS und Schlaganfall.**

Die „Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT)“ wird in den Leitlinien der Fachgesellschaften DGN und DGNKN für die physio- und ergotherapeutische Behandlung der Hand nach Schlaganfall [11] empfohlen. Sie ist die am besten untersuchte Behandlungsoption für die betroffene Hand des Schlaganfallpatienten. Dahingegen kommt der systematische Review mit Metaanalyse von Corbetta et al. [2] zu dem Ergebnis, dass unter Einbezug von vier weiteren RCTs in den vorherigen Cochrane-Reviews die Evidenzlage für die Effekte von CIMT bei Schlaganfallpatienten gegen Null geht. Für die MS liegt nur wenig Evidenz mit geringerer methodologischer Qualität vor.

In einer retrospektiven Studie analysierten wir die Behandlungsergebnisse von 39 Patienten mit MS (n = 18) und Schlaganfall (n = 21), die zur stationären Rehabilitation aufgenommen wurden und eine moderate Parese der oberen Extremität aufwiesen [8]. Eine der Herausforderungen in unserem Rehabilitationszentrum war es, eine genügende Therapiedichte zu erzeugen. Daher wurde an fünf Tagen in der Woche eine einstündige Gruppentherapie durchgeführt. Diese Gruppentherapie wurde gemeinsam von Physio- und Ergotherapeuten geleitet. Zusätzlich kamen Behandlungen in der Kunsttherapie sowie Einzelbehandlungen in der Physiotherapie und Ergotherapie hinzu. Dadurch erfolgten ca. 2 Stunden aktive Handtherapie pro Tag. Grundsätzlich war ausschließlich der Gebrauch der paretischen Hand erlaubt. Für die MS-Patienten waren jedoch Anpassungen nötig, die auf die spezifischen Probleme dieser Erkrankung in Bezug auf die Fatigue aber auch auf die zum Teil beidseitig auftretenden Störungen der Handmotorik Rücksicht nahmen. Standardisierte Messungen wurden mit dem Action Research Arm Test (ARAT) und dem Barthel-Index (BI) zu Beginn und am Ende des vier- bis fünfwöchigen Rehabilitationsprogramms erhoben.

Der ARAT verbesserte sich bei den Schlaganfallpatienten im Median signifikant von 38 auf 50 Punkte ( $p = 0,014$ ) (Abb. 6). Für die MS-Patienten mussten folgende Anpassungen vorgenommen werden:

- Keine Immobilisation der weniger betroffenen Hand außerhalb der Therapiezeiten (auch für die Schlaganfallpatienten so gehandhabt)
- Sitzende Position, wenn erforderlich
- Bimanuelles Arbeiten, wenn beide Hände betroffen waren
- Rechtzeitiges Einlegen genügender Pausen oder Verkürzung der Behandlungszeit in der Gruppe bei Auftreten des Fatigue-Symptoms

Mit diesem Regime verbesserten sich die MS-Patienten hoch signifikant ( $p < 0,001$ ) im Median von 43 auf 54 Punkte (Abb. 6). Dabei zeigte sich kein wesentlicher Unterschied in der Entwicklung der Patienten mit einer chronisch progredienten Verlaufsform gegenüber denen mit einem schubförmigen Verlauf. Der Barthel-Index veränderte sich nicht signifikant, wenngleich geringfügige Verbesserungen in beiden Gruppen zu verzeichnen waren.

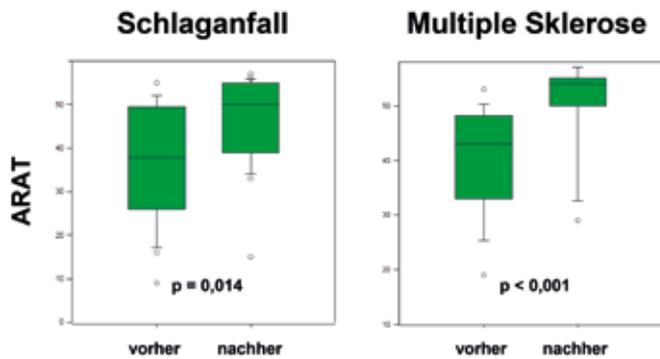


Abb. 6: Ergebnisse im Action Research Arm Test (ARAT) vor und nach einer 4-5-wöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Patienten mit Schlaganfall (n = 21, links) und MS (n = 18, rechts), die neben dem störungsspezifischen, individuellen Therapieprogramm 5 Stunden pro Woche mit CIMT („constraint-induced movement therapy“) behandelt wurden. In beiden Krankheitsgruppen war die Arm-/Handfunktion signifikant verbessert.

Die Gegenüberstellung der Daten belegt, dass MS-Patienten im Vergleich zu Schlaganfallpatienten in gleicher Weise von der CIMT-Behandlung statistisch und klinisch signifikant profitieren. Dies bestärkt uns, diese Behandlungsmethode sowohl für Schlaganfall- als auch für MS-Patienten zu nutzen und in das Gesamtangebot der Therapien einzubinden.

## Resümee

Patienten mit dem Krankheitsbild Multiple Sklerose stellen für den Physiotherapeuten eine große Herausforderung an sein Grundlagenwissen und die Techniken der Befunderhebung und Behandlung dar. Eine solide Ausbildung in den konventionellen Behandlungskonzepten, wie dem Bobath-Konzept mit seinem ganzheitlichen und ressourcenorientierten Ansatz, ist genauso unabdingbar wie das Wissen um die Inhalte und Ergebnisse wissenschaftlicher Studien. Alles zusammen versetzt uns in die Lage, die beste Therapie für die uns anvertrauten Patienten zur Anwendung zu bringen (best practice) und führt im reinen Sinne zur evidenzbasierten Medizin/Praxis (EBM/EbP). D. Sackett, der Mitbegründer der evidenzbasierten Medizin drückt es in seinem viel beachteten Artikel folgendermaßen aus [16]:

„EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.“

Der Therapeut mit seiner klinischen Expertise und dem wissenschaftlichen Hintergrund ist der Entscheidungsträger am Patienten. Leitlinien helfen ihm bei seinen Entscheidungen. Wie die Beispiele in der Laufbandtherapie zeigen, muss die Behandlung immer den Patienten im Zentrum der Betrachtung haben, Leitlinienempfehlungen können dann auch bewusst verlassen werden. Die große Fülle von therapeutischen Konzepten und Techniken, die vorhanden sind, versetzt den Therapeuten in die Lage, höchst individuell auf seinen Patienten einzugehen. Wir dürfen im Zuge der zunehmenden Evidenzdiskussion nicht zulassen, dass die reichhaltige Palette der physiotherapeutischen Interventionen verarmt, sondern dafür eintreten, dass sie eher gestärkt und erweitert wird. Umso mehr ist der Therapeut dann aber auch zu einem zielorientierten klinischen Denkprozess (clinical reasoning) und zur Überprüfung seines Handelns verpflichtet. Ergebnismessungen dienen nicht nur der Überprüfung einer Behandlungsserie (Rezept/Reha-Aufenthalt), sondern auch der Überprüfung der Behandlungshypothesen selbst innerhalb des clinical reasoning-Prozesses mit der Möglichkeit der Bestätigung der Hypothese oder deren Verwerfung. Konventionelle wie moderne Therapieverfahren haben ihre Stärken und ihre Grenzen. Ihr sinnvoller Einsatz bietet unseren Patienten den größtmöglichen Zugewinn an Lebensqualität und Leistungsfähigkeit in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), im Beruf und für die Teilhabe am sozialen Leben. Dazu bedarf es eines hohen Grads an Aus-, Fort- und Weiterbildung des Therapeuten.



**Klaus Gusowski**

ist Bobath-Instructor IBITA und leitender Physiotherapeut am Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof in Bad Wildbad.

Die Zahlen in den rechteckigen Klammern verweisen auf Literaturangaben. Eine Literaturliste ist in der IFK-Geschäftsstelle erhältlich.