



Multidisziplinäre Arbeit und Kooperation von Logopädie, Physio- und Ergotherapie in der Behandlung neuromuskulärer Erkrankungen

M. Jung

Physiotherapie am Sozialpädiatrischen Zentrum Frankfurt-Mitte
(Ärztliche Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. H. Philippi)

Schlüsselwörter

Symptomatische Therapie, multidisziplinär, neuromuskuläre Erkrankung

Zusammenfassung

Symptomatische Therapien wie Logopädie, Physio- und Ergotherapie sind in der Behandlung muskelkranker Menschen fest etabliert. Über Möglichkeiten, die Kommunikation, die Nahrungsaufnahme, Aktivitäten des täglichen Lebens, eine Schmerzreduktion oder den Umgang mit Hilfsmitteln zu erleichtern bzw. zu erlernen wurde bereits viel publiziert.

Fragestellung: Welche Erwartungen sind aber realistisch an die jeweilige Therapie zu stellen? Was sollte vermittelt und was vermieden werden? Was ist bei speziellen Methoden zu beachten?

Methode: Obwohl alle Therapien eingangs einen exakten Befund erheben, aus welchem erreichbare Ziele hervorgehen sollen, werden die erhobenen Daten selten für quantitative Studien genutzt. Ein Großteil der Maßnahmen ist lediglich auf empirischer Basis über viele Jahre eruiert, sodass die Wahrheitskonzepte dieser Handlungswissenschaften zwischen Korrespondenz und Pragmatismus pendeln. Fazit: Auch wenn die Ziele mit dem Patienten, seinen Eltern und dem multidisziplinären Team besprochen wurden, sollte mit der Therapie erst begonnen werden, wenn eine Konsensfindung zwischen den verschiedenen Personen stattfand. So können Enttäuschungen und falsche Erwartungen vermieden werden. Da die Behandlungen oft über viele Jahre gehen, ist ein Nachjustieren von Zielen und Maßnahmen in regelmäßigen Abständen erforderlich.

Keywords

Symptomatic therapy, multidisciplinary, neuromuscular disease

Summary

Symptomatic therapies such as logopaedia, physiotherapy and occupational therapy are firmly established in the treatment of neuromuscular patients. Over possibilities to communicate, feeding patients, facilitate activities of daily life, pain reduction or handling with medical devices is already much published.

Objective: Which expectations are to be placed however realistically to each therapy? What should be mediated and what is to avoid? What is to be considered with special methods?

Method: Although all therapies raise initially accurate anamnesis, from which attainable goals are to come out, the raised data are rarely used for quantitative studies. A majority of the measures is investigated over many years only on an empirical basis. The concepts of these sciences are between correspondence and pragmatism.

Conclusion: Even if the goals were discussed with the patient if necessary his or her parents and the multidisciplinary team, should be begun with the therapy only if a consent identification between the different persons took place. So disappointments and wrong expectations can be avoided. Since the treatments often go over many years, a readjusting of goals and measures is necessary in regular intervals.

Multidisciplinary work and cooperation between language therapist, physiotherapist and occupational therapist in the treatment of neuromuscular diseases

Nervenheilkunde 2008; 27: 292–297

Um die Effektivität von Therapie darzustellen und zu belegen, steht der Patient mit der Besserung seiner Symptomatik im Vordergrund. Quantitative Studien zum Beleg sind Mangelware.

So existiert zur Wirksamkeit von Physiotherapie lediglich eine Studie von Weimann und Kollegen: Die Anwendung von Physiotherapie an fünf Tagen pro Woche über einen Zeitraum von sechs bis sieben Wochen

an Erwachsenen mit progressiven Dystrophien, spinale Muskelatrophie (SMA) und neuralen Muskelatrophien zeigt, dass Funktionsverbesserungen sowohl durch dynamisches als auch durch isometrisches Arbeiten erreicht werden können (7).

Der Therapieerfolg ist bei verschiedenen Krankheitsformen unterschiedlich, Dystrophiker profitieren scheinbar am meisten. Alle Patienten gaben jedoch an, Alltagsverrichtungen besser ausführen zu können, bzw. eine Verbesserung ihres Befindens zu bemerken. Dieser Gewinn an Lebensqualität ist ein Primärziel der Physiotherapie. Im Follow-up über drei Monate konnte diese Verbesserung immer noch bestätigt werden.

Welche Physiotherapie?

Komplexere Funktionsabläufe der Arme und Beine profitieren eher von dynamischem Üben. Auch wenn kein Methoden-zwang oder -ausschluss von der Arbeitsgemeinschaft Physiotherapie der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM) besteht, sollte erwähnt werden, dass Übungen aus dem propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) über eine verbesserte neuromuskuläre Koordination die Aktivitäten des täglichen Lebens erleichtern (4). Dies kann auch gerätegestützt (Zugapparat) durchgeführt werden, wobei hier nicht im Sinne eines Muskelzuwachses gearbeitet wird. Die aufgelegten Gewichte sollten als „Führungswiderstand“ dienen.

Dort wo Rumpfkontrolle bei Bewegungsübergängen gefragt ist, kann das Bewegungsbad vorteilhaft sein. Frühe Wassergewöhnung und Schwimmen ist sehr gut für Kinder. Schwimmen, auch im Baby- und



Säuglingsalter, wird als Präventivmaßnahme für Wirbelsäulenschäden empfohlen. Erwachsene registrieren neben dem Vorteil der Rumpfkontrolle und Gewichtsabnahme im Wasser bei bestehender Schmerzsymptomatik eine Reduzierung derselben in höheren Wassertemperaturen. Gelenke werden entlastet, Verspannungen der Muskulatur lassen etwas nach.

Was muss während der Therapie beachtet werden?

Wollen gehfähige muskelkranke Teenager vom Beckenrand springen, muss beachtet werden, dass der Abdruck häufig schwach ist und der Hinterkopf am Beckenrand anstoßen kann! Die Dauer der Therapie im Bewegungsbad sollte so bemessen sein, dass der Muskelkranke (ohne Lifter) wieder über die Treppe aussteigen kann. Bewegungsbäder mit erhöhter Wassertemperatur ermüden die Patienten stärker, was den Gang zur Umkleidekabine (nass, rutschig) oder das Abtrocknen und Anziehen erschweren kann.

Verwendete Auftriebskörper sollten nicht als Schwimmringe oder -gurt um die Hüfte getragen werden, da diese das Gesäß erhöhen und das Herausheben des Kopfes aus dem Wasser erschwert (Abb. 1). Patienten mit Obstipation seien gewarnt, dass gerade die Stimulation des warmen Wassers an insuffizienter Bauchmuskulatur zu einer Darmentleerung führen kann. Vorsichtshalber sind Badewindeln zu tragen, da der Weg zur nächsten Toilette weit und rutschig sein kann. Nach dem Bewegungsbad darf keine Elektrotherapie durchgeführt werden, da die Haut durch den Aufenthalt im Wasser anders leitet.

Behandlung der assoziierten Problematik Obstipation

Bei Obstipation durch Darmträgheit und inaktive Bauchmuskeln können eine heiße Rolle, Bindegewebsmassagen im Segment, Fußreflexzonenmassagen oder Akupressur Erleichterung verschaffen. Sensibilitätsstörungen mahnen grundsätzlich zu gesteigerter Vorsicht bei Wärmeanwendungen.

Bei Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung eine Schmerzsymptomatik aufweisen, können Maßnahmen der physikalischen Therapie zur Anwendung kommen. Bäder, Wickel, Massagen und Elektrotherapie können hier Linderung verschaffen. Es sollten auch Übungen zur Schmerzlinderung und Entspannung für zuhause gezeigt werden. Dies gibt dem Patient Sicherheit im Umgang mit der Problematik und überbrückt die Tage vom Auftreten des Schmerzes bis zum nächsten Therapietermin.

Prä- und postoperatives Prozedere

Muskelkontrakturen werden durch sekundär entstehende Gelenkkontrakturen beschleunigt, wobei der Spitzfuß Initiator für die Knie- und Hüftbeugekontraktur, letztlich zur Gehunfähigkeit und Rollstuhlabhängigkeit führt. Veränderungen der Muskelelastizität und Gelenkbeweglichkeit veranlassen eine Vorstellung beim Orthopäden. Hier müssen Physio- und Ergotherapeut rechtzeitig den günstigsten Zeitpunkt für eine Vorstellung erkennen, damit der Patient nach Weichteil- oder Wirbelsäulenoperationen postoperativ die gewünschten Ergebnisse erreichen kann. Eine enge Kooperation des Therapeutenteams ist wichtig!

Aktives Stehen und Gehen, sowie therapeutische Ausgangsstellungen sind passivem Dehnen vorzuziehen. Stehfähige Pa-

tienten sollten über den Tag verteilt bis zu drei Stunden stehen. Hausaufgaben machen, Fernsehen, Spielen oder Küchenarbeit sind im Stehen gut möglich. Die Ziele lauten, die Kontraktur- und Skolioseentwicklung aufzuschieben, eine Osteoporose- und Dekubitusprophylaxe zu betreiben und der Atemsituation eine veränderte Ausgangsstellung zu bieten.

Die Schwerkraft übt einen Reiz auf Blase, Darm und die kardiovaskuläre Situation aus. Den Betroffenen und den Therapeuten muss klar sein, dass Kontrakturen und Skoliose nicht verhindert, sondern nur aufgeschoben werden können. Die Verklebungen von Muskelgewebe bei kurzzeitiger Ruhigstellung sind nicht vergleichbar mit dem teilweise bindegewebigen Umbau bei Muskelkranken, das heißt, der Muskel reagiert anders auf Manipulation (Manuelle Therapie). Eine Inaktivitätsatrophie ist also anders zu behandeln, als eine pathologische Atrophie.

Manuelles Dehnen durch Therapeuten und Angehörige ist dann angezeigt, wenn es sich um eine langsam fortschreitende Erkrankung handelt (SMA Typ 2). Hier ist aktives und passives Dehnen Erfolg versprechend. Es werden in der Regel seltener Weichteiloperationen durchgeführt. Passives Dehnen ist bei Knaben mit Duchenne Muskeldystrophie präoperativ nicht sinnvoll, da man hier den Zeitpunkt für eine Operation in ein ungünstiges Alter verschiebt. Lediglich zur Reduzierung schmerzhafter Kontrakturen ist eine solche



Abb. 1
DMD mit Auftriebskörper
und Flossen
im Bewegungsbad



Behandlung indiziert. Die rechtzeitige Zuweisung zum Operateur ist wichtig. Dies kann auch mit der Zuweisung zur Lungenfunktionsprüfung koordiniert werden. Nach einer Wirbelsäulenoperation ist es wichtig, dem Patienten propriozeptiv ein Gefühl für den geraden Thorax zu vermitteln, den gewonnenen Raum für die Atmung zu nutzen, die Muskulatur an die neue Haltung anzupassen. Für im Lendenwirbelsäulenbereich fixierte Stäbe ist bei Transfers darauf zu achten, dass die Hüftflexion nicht mehr als 90° beträgt, sonst entstehen ungünstige Hebelverhältnisse an den Schrauben.

Bei Sehnenverlängerungen sollten die Narben früh mobilisiert werden, damit keine Verklebungen entstehen. Der Patient soll, unter Umständen mit Hilfsmitteln (Stehgerät, Swivel Walker) vertikalisiert werden. Nach der Operation ist es im normalen Umfang angezeigt zu dehnen, wobei das operativ erreichte Bewegungsausmaß so lange wie möglich erhalten werden soll. Wichtig ist, nach einer Dehnung der Flexoren, immer eine Aktivierung der Extensoren durchzuführen. Operativ verlängerte Muskulatur darf postoperativ gedehnt werden und der „Range of Motion“ sollte aktiv ausgeschöpft werden. Ein propriozeptives Gefühl für die „neuen Möglichkeiten im Gelenkspiel“ muss vermittelt werden.

Extremdehnstellungen und abruptes, ruckartiges Üben müssen bei Muskelkranken vermieden werden, da es zu Mikrotraumen im Muskel kommen kann. Beim PNF beispielsweise können die Reize in angemessener Vordehnung zeitlich und örtlich summiert werden und ohne Initialstretch das Pattern begonnen werden (Abb. 2).

Rechtzeitige Prophylaxe von Sekundärproblemen

Mögliche Überbeweglichkeit an Gelenken kann zu Schmerzen und zur Strukturzerstörung der betroffenen Gelenke führen. In den logopädischen, physio- und ergotherapeutischen Therapiesitzungen ist ebenso wie im Alltag darauf zu achten, dass der Patient sich nicht in für ihn einfachen, aber auf lange Sicht schädigenden Positionen und Haltungen befindet. Als Beispiele seien hier der



Abb. 2 SMA Typ II mit Orthese im Stehgerät übt PNF

Zwischenfersensitz bei Kindern, das Stehen in Knieüberstreckung und der Stütz auf überstreckten Ellenbogen bei Erwachsenen genannt. Unterstützende Maßnahmen sind orthetische Versorgungen, wie Gelenkbandagen oder Kunststoffschienen. Einige Ergo- und Physiotherapeuten stellen diese Schienen selbst her.

Bei drohendem Dekubitus steht zur Prophylaxe diverses Lagerungsmaterial zur Verfügung. Erlaubt es das Krankheitsbild, sollte die Sitzhaltung im Rollstuhl im Verlauf des Tages gewechselt werden. Das Erarbeiten von Positionswechseln und Gewichtsverlagerung sind Inhalt physio- und ergotherapeutischer Übungen. Neben der Auswahl geeigneter Hilfsmittel sollte in diesen Therapiestunden unter anderem selbstständiges An- und Ausziehen des Hilfsmittels sowie das Ein- und Aussteigen aus dem Rollstuhl geübt werden. Lässt die Schwere der Erkrankung es zu, sollten die Patienten so viele Transfers wie möglich alleine durchführen. Selbstständigkeit ist ein Primärziel der Physiotherapie. Bei immobilen, bettlägerigen Patienten sollten das Pflegepersonal und die Angehörigen für mehrmalige tägliche Lagewechsel sorgen. Dies hat einen positiven Einfluss auf die Veränderung des Belüftungs- und Durchblutungsverhältnisses der Lunge und dient der Pneumonieprophylaxe.

Manualtherapeutisch soll keine Brustkorbmobilisation durchgeführt werden, da

ein instabiler Brustkorb von hypotoner Muskulatur schwer für Atemwegsexkursionen zu bewegen ist.

Sekretmobilisation und -eliminierung sollen auch im Rahmen einer Pneumonieprophylaxe durchgeführt werden. Hier kann die Anwendung des Flutter eine Methode sein. Sollte die Metallkugel zu schwer sein, kann zum Erzeugen des Oszillierens auch eine Murmel verwendet werden. Üblicherweise kommen in der Atemtherapie manuelle Techniken zur Anwendung. Einige Patienten erlernen vor einer Atembeeinträchtigung die Autogene Drainage und sind dann später in der Lage, Sekret selbständig abzugeben.

Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten sollen rechtzeitig mit Patient, Arzt und Orthopädietechniker eine adäquate Hilfsmittelversorgung anstreben. Ob zur unterstützenden Kommunikation, Nahrungsaufnahme, den Aktivitäten des täglichen Lebens oder der Mobilität, das interdisziplinäre Team muss mit Patient und Angehörigen einen Konsens finden, der im Alltag des Betroffenen realisierbar und akzeptabel ist.

Nach Wohnungsbegehungen der Therapeuten können ein Stehgerät, Gehorthesen, Faltrölli, E-Rollstuhl, Badewannen- oder allgemein Patienten-Lifter, Orthesen, Korsett, Nachtlagerungsschienen, Toiletterhöhung und vieles mehr verordnet werden.

Eine kardiovaskuläre Beeinträchtigung ist bei Erwachsenen eher ein Problem, bei Kindern meist erst in der Spätphase der Erkrankung. Hier sollte durch wohlndosiertes Training ein angemessener Belastungsreiz gesetzt werden, im Sinne von Fordern – aber nicht Überfordern.

Das Verbessern der Haut- und Muskeldurchblutung kann durch Massage, Wärme- und Kälteanwendungen, Bäder und Packungen schon früh unterstützend bewirkt werden. Bei Patienten mit Sensibilitätsstörungen ist jedoch darauf zu achten, dass keine Gewebsschäden gesetzt werden. Dies gilt ebenso für Anwendungen der Elektrotherapie.

Für die meisten Muskelerkrankungen, vor allem für Kinder, sind Bewegungserlebnisse (Körper im Raum wahrnehmen) sehr wichtig (Abb. 3). Der Therapeut soll zusammen mit dem Patienten die Bewegungs-



armut abbauen, Ängstlichkeit und Fallangst reduzieren und Bewegungsfreude wecken. Bewegungserlebnisse im Raum können auch Erlebnisse im Bewegungsbad sein oder über Therapiehilfen (Schaukel, Hängematte, Rollbrett) vermittelt werden.

Der ergotherapeutische Anteil am multidisziplinären Team

Ergotherapeutische Maßnahmen für Muskelkranke können stadienbezogen durchgeführt werden, beispielsweise bei Duchenne Muskeldystrophie unterteilt in drei Phasen. In jedem Fall ist das ressourcenorientierte Arbeiten von großer Wichtigkeit. Dies kann in der Form geschehen, dass die Patienten angeleitet werden, ihre Aufgaben so über den Tag zu verteilen, dass sie mit ihrer Energie gut „haushalten“ lernen.

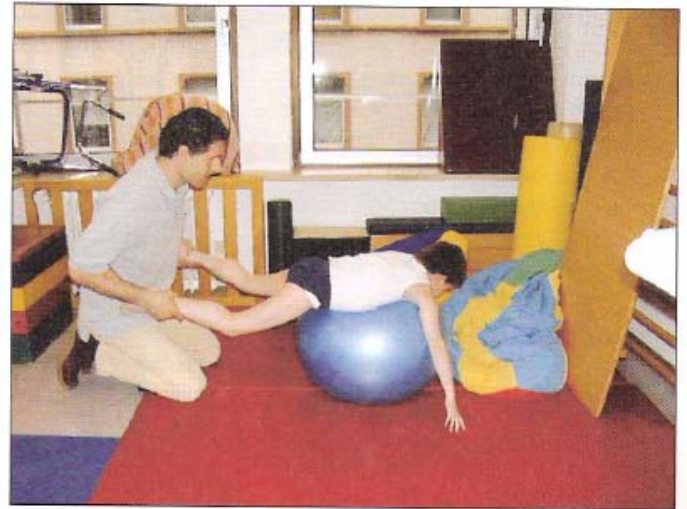
Moderne Ergotherapie orientiert sich an ICF-Kriterien

Die Partizipation am gesellschaftlichen Leben und das Ausführen von bedeutungsvollen Aktivitäten sind Hauptziele der Ergotherapie.

In der Therapieplanung wird gefragt, wie die Umwelt und das Umfeld des Patienten verändert werden können oder welche Funktionen und Aktivitäten mit ihm geübt werden müssen, um die Ziele zu erreichen. Wie kann das Kind in Kindergarten oder Schule am besten integriert werden? Wie kann der Erwachsene seinen Hobbys nachgehen und welche Arbeitsplatzgestaltung ist sinnvoll? Ergotherapie besteht hier unter anderem zu einem Großteil aus Beratung.

Therapeutisch wird sehr viel Wert auf den Wahrnehmungsbereich gelegt. Im Sensibilitäts- und Wahrnehmungstraining (z. B. Affolter/St. Gallener Modell, Perfetti, Sensorische Integrationstherapie) in der Pädiatrie lässt man die Kinder entwicklungstypische Wahrnehmungen und Erfahrungen machen, die sie aufgrund der Erkrankung nicht selbstständig machen können. Erwachsenen mit Sensibilitätsstörungen können bekannte Stimuli wieder bewusst gemacht werden. Patienten erfahren innerhalb

Abb. 3
Gleichgewichtsbewahrung auf dem Gymnastikball



der Therapiesituationen Dimensionen wie Höhe/Tiefe, schnell/langsam, hart/weich. Vestibuläre, proprio- und exterozeptive Reize sind sehr wichtig für Ausbildung und Erhalt des Körperschemas. Oft können betroffene Kinder diese Erfahrungen nur mit Hilfe machen (Abb. 4).

Interdisziplinäre Hilfsmittelversorgung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln, z. B. Griffverdickungen unter anderem für Stifte, adaptiertes Essbesteck, angepasste Drei- oder Fahrräder, Duschstuhl, Badewannenlift, rutschfeste Unterlagen, Treppenlift, elektrischer Rollladen, Toilettenerhöhung, höhenverstellbares Waschbecken, wird von

Ergotherapeuten in die Therapie und darauffolgend in den Alltag integriert.

Die manuelle Koordination kann bei Kindern zuerst spielerisch geschult werden, bei Erwachsenen im Rahmen von (Haus-)Arbeit, Hobbys oder berufsbedingten Aufgaben.

Die notwendige Rollstuhlversorgung bei Verlust der Gehfähigkeit fällt gleichermaßen in das physio- wie ergotherapeutische Aufgabengebiet. Im frühen Stadium erfolgt die Versorgung mit einem leichten Aktivrollstuhl, ausreichende Armkraft vorausgesetzt, später mit einem Elektrorollstuhl (3). Spätestens dann muss auch die Anpassung des Wohnbereichs an die veränderte Situation passieren. Die eventuell auftretenden Probleme (Wohnungswechsel, neues Kfz) sollten rechtzeitig angesprochen werden, da sie

Abb. 4
Muskeldystrophie im Hufeisenkissen auf einem Schaukelbrett





mit weiteren finanziellen Belastungen der Familie verbunden sind und häufig viel Zeit und formellen Aufwand bedeuten.

Für Kinder kann in der Ergotherapie eine Spielberatung der Eltern stattfinden. Spielzeug, welches rollt oder besonders leicht ist, lässt sich leichter manipulieren. Eine weitere Beratung, auch im Rahmen eines Haus- oder Kindergartenbesuchs, kann die optimale Gestaltung der Umwelt einschließen. Die Erzieherinnen können Tipps bekommen, wie sie das Kind trotz seiner Erkrankung fördern können.

Umfeldgestaltung ist Therapie!

In der Schule ist es wichtig, wie der (Computer-)Arbeitsplatz auszusehen hat, dass der Tisch höhenverstellbar ist, die Bildschirmhöhe angepasst wird und dass beispielsweise (automatische) Türöffner vorhanden sind. Diese Anforderungen können für Erwachsene auf den Arbeitsplatz übertragen werden.

Für Schulkinder lohnt unter Umständen die Anschaffung eines Laptops, da dieser bequem von einem Raum in den nächsten transportiert werden kann. Allgemein sollten für muskelkranke Kinder so wenig Raumwechsel wie möglich im Stundenplan vorgesehen werden.

Für die Eltern ist es eine immense Erleichterung, wenn so viele Therapien wie möglich in der Schule erfolgen können, da dies Wege und Zeit am Nachmittag einspart. Die genannten Möglichkeiten innerhalb des Settings Schule setzen eine gute Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen, wie Schulleiter, Lehrer und des multidisziplinären Teams voraus.

Ein muskelkrankes Kind kann teilweise auch im Schulsport integriert werden, z. B. als Schiedsrichter (6).

Ergotherapie beinhaltet das Training von Aktivitäten des täglichen Lebens. Zur besseren Einteilung der Kraft wird z. B. das Sitzen bei der Küchenarbeit empfohlen, Hilfsmittel werden für die Arbeit (Griffverdickungen und -verlängerungen) ausgesucht und der Umgang damit wird geschult. Inhalt sollten auch immer Gelenkschutzmaßnahmen sein. Hilfen beim Schuhe binden und Ankleiden werden mit dem

Patienten erlernt. Dies kann auch entsprechende Kompensationsstrategien beinhalten. Insgesamt ist das Training immer auf das Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ausgerichtet, auch wenn häufig mit dem Patienten auf der Funktionsebene gearbeitet wird.

Bei älteren Patienten können kognitive Strategien und Stärken genutzt werden. Zur Haltungskorrektur und bei Übungen im Sitzen kann man mit dem Spiegel als optisches Feedback arbeiten, um Fehl- und Schonhaltungen in einem frühen Stadium zu vermeiden.

Der Unterschied von Erwachsenen zu Kindern besteht darin, dass Erwachsene meist auf einen Erfahrungsschatz (Bewegungsrepertoire) zurückgreifen können, den muskelkranke Kinder vielleicht nie erleben. Erwachsenen fällt es meist leichter, mit ihren Ressourcen zu haushalten, als dies bei Kindern der Fall ist.

Eine weitere Aufgabe der Ergotherapie kann es sein, Freizeitgestaltung der Kinder mit zu fördern. Hier können therapeutische Elemente einfließen: Reiten vermittelt Balance, Körpergefühl, Wahrnehmungserfahrung der Dimensionen schnell/langsam, weich/hart usw. Angeln, Haustiere, Computer, Fotografieren und Musik sind weitere beliebte Hobbys.

Kommunikation – die Domäne der Logopädie

Die Hauptaufgabengebiete der Logopäden bei neuromuskulären Erkrankungen sind Sprech- und Schluckstörungen. Um den Patienten die Nahrungsaufnahme und Kommunikation weitestgehend selbstständig zu erhalten oder zu ermöglichen, kommen mehrere Therapiekonzepte zum Einsatz.

Die Auswahl des „richtigen“ Konzepts

Auch hier müssen bestimmte Gegebenheiten beachtet werden: Das Konzept von Padovan begleitet die Therapie zum Teil sprachlich und rhythmisch, ist jedoch für schwache muskelkranke Patienten genau zu dosieren. Hier wird

aktiv, teilweise „gerätegestützt“ (Kauschlüche, Spezialschnuller) gearbeitet, was durch die manchmal sehr anstrengenden Kaubewegungen ermüdend wirkt. Es sollte jedoch nie kräftezehrend gearbeitet werden!

Die Behandlungsmethode nach Kay Coombes (Facio-Orale Trakt Therapie) verwendet zur Stimulation wenige Hilfsmittel (z. B. Fingerlinge mit Bürste). Diese Therapieform verwendet, ebenso wie die Therapie nach Castillo Morales, überwiegend die Therapeutenfinger zur Stimulation (5). Das Konzept nach Castillo Morales (Orofaziale Regulationstherapie) ist der Ausschnitt aus dem Gesamtkonzept, der im Gesicht ansetzt. Parallel existiert ein Ganzkörperkonzept zur Entwicklungsförderung (Neuromotorische Entwicklungstherapie). In diesem Konzept wird Muskulatur durch genau definierte Stimuli (Vibrationen) angeregt oder harmonisiert (2). Ebenso wie in den anderen Therapien sollte der Therapeut jeweils dem Patient angemessen die Methode wählen, die er selbst am besten beherrscht.

Früherkennung und Prophylaxe

Eine wichtige Aufgabe der Logopäden ist es, Schluckstörungen frühzeitig zu erkennen, um einem Flüssigkeits- und Nahrungsmangel vorzubeugen und eine mögliche Aspirationspneumonie zu verhindern.

Da sich durch die schlechte Koordination und Schwäche meist zuerst die Dysarthrophonie zeigt (1), werden viele Atemübungen, Atemvertiefungen und Haltungsübungen und Sprechkoordinationsübungen durchgeführt. Atemtherapie kann interdisziplinär mit den Physio- und Ergotherapeuten auch prophylaktisch durchgeführt werden.

Später kommt die Dysphagie (mit Aspirationsgefahr) hinzu. Wenn Abläufe nicht mehr oder nicht mehr ausreichend stimulierbar sind, muss man kompensatorisch arbeiten und eventuell die Nahrung anpassen (diätetische Maßnahmen) oder Schluckmanöver einüben. Ein Kompensationsmuster kann darin bestehen, den Kopf (die obere Halswirbelsäule) beim Trinken zu flektieren (Inklination), damit die Flüssigkeit nicht zu schnell in die Speiseröhre fließt.



Die orofaciale Muskulatur sollte mit den genannten Therapiemethoden so lange wie möglich aktiviert werden.

Fällt dem Patient das Sprechen schwer, ist eine normale Kommunikation erschwert. Häufiges Nachfragen der Gesprächspartner macht die Unterhaltung für den Patienten zu einer anstrengenden und unangenehmen Situation, auf die er vermeidend reagieren könnte. Die Problematik eines unbeweglichen Gesichtes macht es dem Gegenüber sehr schwer, Stimmungen von der Mimik abzulesen, was die nonverbale Kommunikation und Interaktion ebenfalls begrenzt. Logopäden arbeiten hierfür mit den Patienten im Bereich Haltung, Mimik, Stimmgebung und Sprechmotorik. Aber auch die intensive Beratung der Angehörigen zur Unterstützung des Patienten z. B. durch das Einweisen in verständnissichernde Strategien ist wichtig.

Unterstützende Kommunikation

Wenn die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt oder nicht mehr möglich ist, werden Logopäde und Patient nach alternativen Kommunikationsmitteln, wie z. B. Sprechcomputer oder Kommunikationstafeln Ausschau halten und diese testen. Dies ist wichtig, um den Patienten sozial nicht auszugrenzen. Hier können Physio- und Ergotherapeuten hinzugezogen werden, um die manuellen und motorischen Fähigkeiten des Patienten am entsprechenden Gerät zu beurteilen und zu üben.

Fazit für die Praxis

Logopädische, physio- und ergotherapeutische Maßnahmen sind für den Patienten mit neuromuskulärer Erkrankung teilweise essenzielle Bestandteile des täglichen Lebens.

Gerade im Bereich Wahrnehmung und Hilfsmittelversorgung kommt es zu Überschneidungen physio- und ergotherapeutischer Ziele und Behandlungsinhalte. Dies soll kein Konkurrenzdenken aufkommen lassen, sondern das multidisziplinäre Team stärken. Wiederholungen gleichen Inhalts führen zu Vertiefung und Festigung.

Konzepte wie Bobath oder Castillo Morales können von allen drei Berufsgruppen erlernt und ausgeübt werden. In einigen Fällen empfiehlt es sich auch, Behandlungen gemeinsam durchzuführen. Zur Nahrungsaufnahme und Stimulation der Gesichtsmuskulatur treffen sich die Ideen und Maßnahmen von Physiotherapeuten und Logopäden.

Die gemeinsame Absprache und Therapieplanung ist für das multidisziplinäre Team ein fundamentaler Pfeiler der Behandlung.

Interessenkonflikt:

Es bestehen keine finanziellen Beziehungen zu Dritten, deren Produkt in dem Artikel genannt sind oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt. Die Präsentation des Themas und die Darstellung der Inhalte sind vollkommen unabhängig.

Literatur

1. Böhme G. Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 1; Klinik. 4. Aufl. München: Urban & Fischer 2003.
2. Castillo Morales R, Brondo JJ, Haberstock B. Die Orofaciale Regulationstherapie. 2. Aufl. München: Pflaum 1998.
3. Harpin P. Wheelchairs for Children and Adults with Muscular Dystrophy and Allied Neuromuscular Conditions: Factsheet. London: Muscular Dystrophy Campaign 1999 (updated 2003, and now available as Chapter 8d of Adaptations Manual).
4. Korinthenberg R. Therapeutische Möglichkeiten bei neuromuskulären Erkrankungen. Monatsschr Kinderheilkd 1999; 3: 298–308.
5. Nusser-Müller-Busch R (Hrsg.). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. F.O.T.T. nach Kay Coombes. Berlin: Springer 2004.
6. Robinson T, Tuckett J, Harpin P. Occupational therapy and Duchenne muscular dystrophy. In: nn. Occupational Therapy in Childhood. London: Whurr Publishers 2002.
7. Weimann G, Arnold C, Kemper M. Neuromuskuläre Erkrankungen. München: Pflaum 1994.

Korrespondenzadresse:

Michael Jung
Dipl. Gesundheits- und Pflegewissenschaftler/Physiotherapeut
Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt-Mitte
Theobald-Christ-Str.16, 60316 Frankfurt am Main
Tel. 069/9434095-60; Fax -99
E-Mail: mjung@voe-ev.de