



PRESSE-SERVICE

Physikalische Medizin und Rehabilitation

Schleudertrauma: Halskrause ist überflüssig

DGPMR: Viele Patienten werden falsch behandelt – Nicht ruhig stellen, sondern frühzeitig aktivieren

Zur Behandlung eines Schleudertraumas ist eine Halskrause oft überflüssig. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) hin. Noch bekommen aber zwei Drittel

der Patienten eine solche Stütze verordnet. Statt einer Ruhigstellung, die die Beschwerden oft noch verschlimmert, empfiehlt die DGPMR eine frühzeitige Aktivierung der Nackenmuskulatur.

Nach Ansicht der DGPMR werden die meisten Schleudertrauma-Patienten immer noch falsch behandelt. Denn nur in den seltensten Fällen erleiden Autofahrer bei Auffahrunfällen strukturelle Verletzungen wie Risse und Brüche an Wirbeln, Bändern oder Sehnen. In aller Regel werden die Halsmuskeln überdehnt. „Dies führt vor allem bei schon vorher bestehenden Haltungsschäden mit gestörter Muskelfunktion zu Schmerzen im oberen Nackenbereich“, erläutert Dr. Uwe Moorahrend von der DGPMR. „Das Schlimmste, was man diesen funktionsgestörten Muskeln antun kann, ist, sie mit einer Halskrause ruhig zu stellen.“ Dann entstehe der so genannte Immobilisationsschmerz, der zu weiteren Bewegungseinschränkungen führe und das Leiden oftmals chronisch werden lasse.

Bei einem Auffahrunfall wirken gewaltige Kräfte auf die Halswirbelsäule ein



Foto: Conntech

weiter auf Seite 2

Nach Hüft-OP: Laufband-Training macht Patienten schneller fit

DGPMR: Neue Therapie hilft, frühzeitig wieder gehen zu lernen

Rund 180.000 Deutsche erhalten pro Jahr ein künstliches Hüftgelenk. Nach der Operation müssen die Patienten das Gehen erst wieder lernen. Mit einer neuen Therapie können sie jetzt schneller wieder fit werden, stellt die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) fest: Die Laufbandtherapie mit Gewichtsentlastung trainiert Muskulatur und Gelenkfunktionen intensiver und erfolgreicher.

„Bei dem Geh-Training auf dem Laufband wird der Patient von Fallschirmgurten gesichert, die an einem Flaschenzug befestigt sind“, erklärt Priv.-Doz. Dr. Stefan Hesse von der DGPMR. „Der Vorteil dieser Methode

besteht darin, dass die frisch operierten Patienten bereits zu einem Zeitpunkt mit dem Geh-Training beginnen können, an dem sie ansonsten noch gar nicht in der Lage wären, selbstständig zu gehen. Die Gurte tragen einen Teil des Körpergewichts, der Patient wird dadurch also entlastet.“ Das Laufband ist stufenlos verstellbar; die Geschwindigkeit passt sich dem körperlichen Zustand des frisch Operierten an. Bei den ersten Schritten wird er von Therapeuten geführt, damit er kein falsches Gangmuster erlernt.

Um später beschwerde- und hinkfrei zu gehen, ist es von größter Wichtigkeit, mit dem Gangtraining möglichst bald nach der Operation zu beginnen. Dr. Hesse: „Die Bewegung

muss so häufig wie möglich wiederholt werden. Wer gehen lernen will, muss gehen.“ Dagegen werden bei der herkömmlichen Krankengymnastik die Bewegungen anfangs im Liegen, später mit ersten wenigen Schritten durchgeführt. Auf dem Laufband bringen die Patienten es während einer Sitzung auf 1.000 Schritte, bei der normalen Krankengymnastik werden nur 50 bis 100 erreicht. „Erste Voruntersuchungen haben gezeigt, dass Patienten auf dem Laufband hinkfrei gegangen sind und ihre Muskulatur sehr gut anspannten“, so der DGPMR-Experte.

An einer ersten Vergleichsstudie nahmen nach Angaben der DGPMR 80 frisch operierte Patienten teil, die

weiter auf Seite 2



Fortsetzung von Seite 1

Schleudertrauma ...

Die DGPMR empfiehlt statt dessen, den akuten Schmerz mit physikalischen Verfahren und gegebenenfalls Medikamenten konsequent zu behandeln, um frühzeitig mit einer aktiven Therapie unter fachkundiger Anleitung zu beginnen. Dabei wird die Nacken- und Schultermuskulatur stabilisiert und gestärkt. „Die Wiederherstellung des Normalzustandes ist beste Voraussetzung dafür, lang anhaltende Schmerzzustände und Bewegungseinschränkungen zu verhindern“, betont Dr. Moorahrend.

Jährlich passieren auf Deutschlands Straßen etwa 200.000 Auffahrunfälle mit oft schwer wiegenden Folgen für die Beteiligten: Wenn beim Aufprall der Kopf zunächst gegen die Nackenstütze gedrückt und anschließend nach vorne geschleudert wird, erleiden die Unfallopfer starke

Schmerzen und Einschränkungen der Beweglichkeit im Kopf-Hals-Bereich. Häufig treten Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen auf, manchmal sogar Ohrgeräusche und Schwindel. Bisher gibt es keine einheitlichen Richtlinien für die Diagnose und Therapie des Schleudertraumas, wie die DGPMR bemängelt. Allein 20 ver-

schiedene Definitionen, die den Schweregrad der Verletzung angeben, sind in Deutschland gängig. Die einzige Behandlungsgrundlage für das Verordnen einer Halskrause lautet oftmals: Ruhigstellung kann nicht schaden. Eine wissenschaftliche Begründung hierfür gebe es bis heute nicht, kritisiert die DGPMR.

Neu: Behandlung nach einheitlichen Kriterien

Gemeinsam mit anderen Fachärzten hat Dr. Uwe Moorahrend von der DGPMR einen „Verletzungsdokumentationsbogen“ entworfen, der künftig allen Ärzten in Deutschland in die Hand gegeben werden soll, die Schleudertrauma-Patienten behandeln. In standardisierter Form werden dabei Unfallhergang, Diagnostik, Befund und Behandlungsplan abgefragt. Der Erfassungsbogen wurde bereits an 296 Patienten getestet. Fast 80 Prozent von ihnen klagten

über Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen. Drei Viertel der Patienten erhielten Schmerzmittel verordnet, 66 Prozent eine Halskrause, und 40 Prozent waren wegen Nackenschmerzen vorübergehend arbeitsunfähig. Dr. Moorahrend: „Damit haben wir erstmals ein einheitliches Instrument zur Dokumentation von Diagnose und Therapie. Dies kann uns wichtige Hinweise für die Früherkennung und Prävention von Langzeitverläufen liefern.“

Fortsetzung von Seite 1

Laufband-Training ...

auf zwei Gruppen verteilt waren. 40 Patienten übten zehn Tage lang täglich auf dem Laufband, die anderen 40 absolvierten ein herkömmliches Krankengymnastik-Programm. Die Patienten der jeweiligen Gruppe waren hinsichtlich ihres Alters und ihrer gesundheitlichen Verfassung vergleichbar. Die Eindeutigkeit der Ergebnisse war überraschend. Dr. Hesse: „Die Patienten der Laufbandgruppe konnten schmerzfreier, besser und länger gehen als die Patienten der Vergleichsgruppe. Auch

die Beweglichkeit des operierten Gelenks und die Kraft der Hüftmuskulatur waren besser.“ Nachuntersuchungen nach drei und zwölf Monaten bestätigten diese Daten: Patienten, die nach der Operation auf dem Laufband trainierten, hatten unverändert ein besseres Gangbild und weniger Schmerzen.

Die Ergebnisse der Vergleichsstudie, so Dr. Hesse von der DGPMR, sprechen für einen breiten Einsatz der Laufbandtherapie in der Rehabilitation nach Hüftgelenkersatz. „Wir wollen die Wirksamkeit der viel versprechenden neuen Technik jetzt mit einer groß angelegten Studie belegen.“



Hüftpatienten profitieren vom Reha-Training auf dem Laufband

Künstliche Hüfte: Schwimmen und Radfahren ideal

Der Hüftgelenkersatz gehört nach Angaben des Berufsverbandes der Reha-Fachärzte zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen in Deutschland. Die Frührehabilitation beginnt oftmals noch am OP-Tag mit ersten Stehversuchen am sowie Bewegungsübungen im Bett. Die meisten Patienten können bereits ein bis zwei Tage nach der Operation das neue Gelenk teilbelasten. Nach einem etwa zehntägigen Klinikaufenthalt geht es für weitere zwei bis drei Wochen in eine Rehaklinik. Das

Trainingsprogramm kann – je nach Wohnort und Gesundheitszustand – ambulant, stationär oder in tagesklinischer Betreuung absolviert werden. In aller Regel kann ein Außenstehender nach dieser Zeit am Gangbild nicht mehr erkennen, dass der Patient ein künstliches Gelenk trägt. Bis er aber wieder alltagstauglich belastbar ist, vergehen noch Wochen oder gar Monate. Denn bei einem Gelenkersatz handelt es sich trotz immer schonenderer OP-Verfahren nicht um einen Eingriff, den man „im

Vorübergehen“ machen lässt. Geduld und Ausdauer sowie viel Energie und Training sind erforderlich, bis der Patient wieder vollends hergestellt ist, teilt der Berufsverband der Reha-Fachärzte mit. Gelingt dies, sind der „neuen Beweglichkeit“ kaum Grenzen gesetzt: Selbst Golfspielen, Skilaufen oder Joggen sind – nach Absprache mit dem Arzt – erlaubt. Ideal: Schwimmen und Radfahren. Hier werden die Gelenke entlastet, Muskeln, Herz und Kreislauf dagegen ausdauernd trainiert.



Schluckstörungen – die große Gefahr nach Schlaganfall

Bis zu 20 Prozent der Patienten sterben, weil sie nicht mehr schlucken können

Der Patient hat den Schlaganfall überstanden – doch kurze Zeit darauf stirbt er an einer Lungenentzündung. Die Ursache sind Schluckstörungen. Sie kommen bei fast allen Schlaganfallpatienten vor, und bis zu 20 Prozent von ihnen sterben daran. Eine vermeidbare Todesursache, teilt der Berufsverband der Reha-Fachärzte mit. Sie könnte verhindert werden, wenn nach einem Schlaganfall immer auch die Schluckfunktionen überwacht würden.

Neuste Untersuchungen zeigen nach Angaben des Berufsverbandes, dass etwa jeder zweite Bewohner eines Pflegeheims und jeder fünfte Krankenhauspatient Schluckstörungen hat. Besonders häufig sind Schlaganfallpatienten betroffen: Pro Jahr erleiden etwa 250.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall, 80 Prozent von ihnen kämpfen nach dem überstandenen Hirninfarkt mit Schwierigkeiten beim Schlucken. „Bei den meisten lassen die Beschwerden innerhalb von zwei Wochen nach“, erläutert Dr. Joachim Beyer vom Berufsverband der Reha-Fachärzte. „Doch 20 Prozent haben bleibende Einschränkungen und benötigen therapeutische Hilfe.“

Infolge eines Schlaganfalls kann das empfindliche Schlucksystem durch Lähmungserscheinungen deutlich beeinträchtigt sein: Nahrung wird viel langsamer zerkleinert und in den



Nach einem Schlaganfall ist es lebenswichtig, die Schluckfunktionen zu überwachen

Rachen transportiert, der Schluckreflex ist verzögert. Häufig ist die Speiseröhre nur unvollständig geöffnet. Dr. Beyer: „Dann dringen Speichel, Flüssigkeit und Nahrung in die Luftröhre ein. Treten dabei keine natürlichen Schutzreflexe wie Räuspern oder Husten auf, ist es nur eine Frage der Zeit, bis diese Patienten eine Lungenentzündung entwickeln.“ Solche Aspirationspneumonien sind die gefährlichste Folge von Schluckstörungen, da sie zum Tode führen können. Ein anderes Risiko ist Mangelernährung, wenn Patienten nur wenig oder einseitige Nahrung zu sich nehmen können.

Der Berufsverband der Reha-Fachärzte fordert daher, die Schluckvorgänge bei Schlaganfallpatienten immer klinisch zu beobachten und bei geringsten Auffälligkeiten eine Schluckdiagnostik einzuleiten. Zur Diagnosestellung ist eine endoskopische oder

radiologische Untersuchung notwendig. Wenn Störungen festgestellt werden, muss umgehend mit einer Therapie begonnen werden. Entsprechend geschulte Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden spielen eine entscheidende Rolle, denn Schluck- und Atemübungen sind

über einen längeren Zeitraum wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Bei der logopädischen Schlucktherapie geht es neben einer Kräftigung der Muskulatur auch um eine gezielte Veränderung der Abläufe, etwa durch Erlernen neuer Schlucktechniken, und um vielfältige Schutzmaßnahmen.

Schlucken – ein lebenswichtiger Vorgang

Schlucken zählt zu den am häufigsten in unserem Körper stattfindenden Vorgängen. Es ist ein komplexes und störanfälliges Ereignis, bei dem die Abstimmung von etwa 40 Muskelpaaren notwendig ist. Nach Angaben des Berufsverbandes der Reha-Fachärzte schluckt der Mensch zwischen 600 und 2.000 Mal pro Tag. In der Mundhöhle wird die Nahrung zerkleinert und mit Speichel gleitfähig gemacht. Über die Zunge wird sie in den Rachen befördert. Bis hierhin kann der Schluckvorgang willentlich unterbrochen werden. Die Berührung mit den Gaumenbögen löst hingegen den Schluckreflex aus. Hauptvoraussetzung für einen ungestörten Ablauf ist, dass die Atemwege, die sich mit den Speisewegen im Rachen kreuzen, verschlossen sind. Das Gaumensegel schließt den Nasenraum von hinten und der Kehlkopfdeckel die Luftröhre.

So lässt sich Verschlucken vermeiden

Der Berufsverband der Reha-Fachärzte empfiehlt eine physiologisch optimale Essensposition: Die Haltung während der Mahlzeit sollte aufrecht und sitzend sein, eher ein wenig nach vorn gebeugt, als rückwärts lehrend oder gar liegend. Nur so kann vermieden werden, dass Speisereste in die Luftröhre gelangen. Verschwinden die Schluckbeschwerden nach einem Schlaganfall nicht rasch wieder, ist außerdem besondere

Sorgfalt bei der Nahrungszubereitung gefragt. Feste Nahrung muss oftmals passiert, flüssige Nahrung dagegen eingedickt werden. Bevor die Patienten wieder selbstständig essen, müssen Husten- und Schluckreflex funktionieren. Bei länger anhaltenden Beschwerden ist meist eine Magensonde zur künstlichen Ernährung notwendig, um Mangelernährung und der Gefahr einer Lungenentzündung durch Verschlucken vorzubeugen.



Beauty-Gift Botulinumtoxin: Große Hoffnungen bei Muskellähmung

DGPMR: Neues, viel versprechendes Einsatzgebiet in der Rehabilitationsmedizin

Mit Botulinumtoxin Falten einfach wegspritzen – in der ästhetischen Dermatologie gehört das Supergift längst zum Alltag. Aber auch für „ernsthafte“ Krankheitsbilder hat sich Botulinumtoxin bereits bewährt und wird erfolgreich angewandt: Bei Kindern mit spastischen Muskelverkrampfungen oder bei Schlaganfallpatienten löst es selbst schwerste Muskelblockaden, meldet die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR).

„Früher mussten wir in vielen Fällen operieren – heute nehmen wir Botulinumtoxin“, erläutert Prof. Tatjana Paternostro-Sluga von der Universitätsklinik Wien die gängige Praxis in Österreich. Nach nur einer Injektion mit dem krampflösenden Gift können Patienten, die zuvor kaum ihre Hand benutzen konnten, wieder greifen und selbstständig Sachen festhalten. Dazu Prof. Christoph Gutenbrunner, Sprecher der DGPMR: „In Deutschland sind wir auf diesem Gebiet noch zurückhaltend. Aber ganz offensichtlich hat sich Botulinumtoxin in der rehabilitativen Medizin in kurzer Zeit zu

einem wichtigen Therapiebaustein entwickelt.“

Als Medikament ist Botulinumtoxin für die Behandlung von verschiedenen Muskelverkrampfungen zugelassen. Dazu gehören auch muskulär bedingte Augenleiden wie zum Beispiel Schielen und Lidkrampf oder Fehlstellungen von Beinen, Füßen, Armen, Händen und Fingern. Die Betroffenen, darunter auch viele Schlaganfallpatienten, leiden wegen der

Muskelverkrampfungen oft unter starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, bei vielen sind in der Folge die Gelenke stark geschädigt.

Botulinumtoxin wirkt muskelkrampflösend, indem es die Freisetzung eines bestimmten Botenstoffs, Acetylcholin, hemmt. Mit einer hauchdünnen Spritze wird das Gift direkt in den verkrampften Muskel injiziert. „Durchschnittlich dauert es fünf bis zehn Tage, bis der Patient eine Linderung der Beschwerden verspürt“, erläutert Prof. Paternostro-Sluga. Etwa vier Wochen nach der Injektion erreicht das Medikament seine maximale Wirkung, der Behandlungseffekt hält drei bis neun Monate an, und die Therapie kann anschließend mit gleicher Wirksamkeit beliebig oft wiederholt werden. Lediglich bei etwa fünf Prozent der Patienten bilden sich Antikörper gegen die Substanz und heben deren Wirkung auf. Neueren Studien zufolge sind die Nebenwirkungen bei qualifizierter Anwendung sehr gering. Dennoch gehört die Behandlung unbedingt in die Obhut eines Reha-Facharztes, erklärt die DGPMR.

Das Arzneimittel sollte nach Empfehlung der Gesellschaft jedoch nicht als alleinige Therapie, sondern immer in Kombination mit physikalisch-rehabilitativen Verfahren angewandt werden. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist der frühzeitige Beginn nicht-medikamentöser Maßnahmen wie Krankengymnastik, Ergotherapie und Schienenversorgung. Botulinumtoxin



Botulinumtoxin-Behandlung bei einer Patientin mit Krampfleiden

erweitert die Behandlungsmöglichkeiten, so die DGPMR, ist doch mit der gelockerten Muskulatur eine intensivere und erfolgreichere Physiotherapie möglich. „Insgesamt verbessert es die Lebensqualität der Patienten und stärkt ihre Eigenaktivität beträchtlich“, resümiert Prof. Paternostro-Sluga.

Weiterer positiver Effekt: Ersten Untersuchungen zufolge führt die teure Behandlung mit Botulinumtoxin nicht zu einer Kostensteigerung. Im Gegenteil: Kinder mit spastischen Lähmungserscheinungen an Füßen und Beinen müssen nur noch halb so oft operiert werden und benötigen wesentlich weniger andere Medikamente. Insgesamt sinken ihre Behandlungskosten um ein Drittel.

Das stärkste Gift

Botulinumtoxin wird von einem Bakterium (*Clostridium botulinum*) gebildet und stellt das stärkste natürlich vorkommende Gift dar. Es entwickelt sich in nicht ausreichend konservierten Wurstwaren, insbesondere in Blutwurst, und verursacht schon in sehr niedrigen Dosen eine Lebensmittelvergiftung. In schweren Fällen führt das Krankheitsbild des Botulismus auf Grund von Muskelschwäche, Schluck- und Atemlähmungen zum Tod, teilt die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) mit.

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)

Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte e.V.

Gemeinsame Geschäftsstelle:
Prof. Dr. med. Lothar Beyer
Westbahnhofstraße 2, 07743 Jena
Tel./Fax: 0 36 41 / 62 21 78

Internet: www.dgpmr.de
www.bvprm.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner (DGPMR)
Dr. med. Jean-Jacques Glaesener (Berufsverband)

Konzept und Produktion:

impressum Publikation und PR, Hamburg

Abdruck der Texte honorarfrei bei Angabe der Quelle DGPMR.

Der Presse-Service steht zum Download im Internet:

www.dgpmr.de / www.bvprm.de