Zeitschrift: Fisio active

Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband

Band: 42 (2006)

Heft: 1

Artikel: Vorteile einer vernetzten Rehabilitation nach cerebrovaskulärem Insult beim betagten Patienten

Autor: Rentsch, Hans Peter

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929707

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

Vorteile einer vernetzten Rehabilitation nach cerebrovaskulärem Insult beim betagten Patienten

Hans Peter Rentsch, Chefarzt für Rehabilitation, Kantonsspital, 6000 Luzern 16, hanspeter.rentsch@ksl.ch

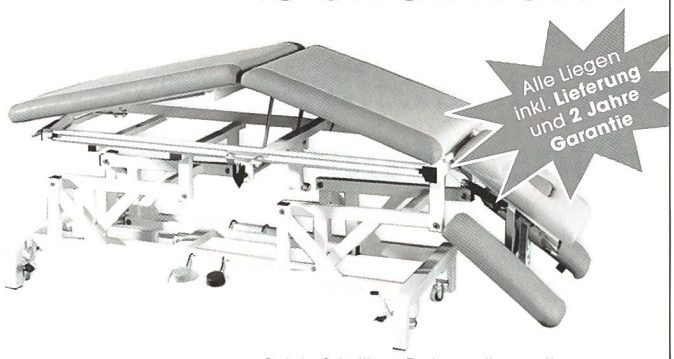
ABSTRACT

Symptoms and course of the disease following cerebrovascular accident differ from patient to patient. This concerns the type of functional manifestations as well as the contextual situation of the patients. Rehabilitation has to cover both above mentioned aspects. This paper deals with the different available rehabilitative procedures for a geriatric population. It shows therapeutic interventional possibilities of inpatient and outpatient rehabilitation services and the necessary networking to achieve an optimal outcome concerning functional recovery and social reintegration. This requires a goal oriented interdisciplinary approach. The network not only concerns the different involved special disciplines, but in addition the different steps of rehabilitation interventions such as choice of the appropriate inpatient and outpatient services. They include hospital treatment, coordinated interdisciplinary intervention on outpatient basis and domciliary rehabilitation procedures.

Schlüsselwörter:
Cerebrovaskulärer Insult, Rehabilitation, Rehabilitationskette, betagter Patient, ambulante Rehabilitation, Domizilrehabilitation

Symptomatik und Verlauf nach Schlaganfall unterscheiden sich von Patient zu Patient. Dies betrifft sowohl die Art und Manifestation der funktionalen Einschränkungen als auch den Lebenskontext der Betroffenen. Um erfolgreich zu sein, muss die Rehabilitationsbehandlung beide Aspekte beinhalten. Im vorliegenden Artikel wird für betagte Schlaganfallpatienten aufgezeigt, welche stationären und ambulanten Rehabilitationsmassnahmen grundsätzlich zur Verfügung stehen und wie ein optimales Resultat sowohl in Bezug auf das funktionale wie auch auf konkrete soziale Reintegration im späteren Lebensumfeld erreicht werden kann. Dazu ist eine interdisziplinäre, auf gemeinsame Ziele ausgerichtete Vernetzung Voraussetzung. Diese Vernetzung betrifft nicht nur die verschiedenen involvierten Rehabilitationsfachbereiche, sondern auch die verschiedenen Phasen im Ablauf der Rehabilitationskette, d.h. die Wahl der geeigneten stationären Rehabilitationsinstitution und der ambulanten Massnahmen in Form von koordiniertem interdiszplinärem Rehabilitationsmanagement, von fachtherapeutischen Monotherapien oder von domizilorientierter Rehabilitationsbehandlung.

Warum mehr bezahlen?



2- bis 8-teilige Behandlungsliegen
z.B. **elektr. Behandlungsliegen**

ab Fr. 2'040.-

Ein Vergleich lohnt sich! Verlangen Sie unsere ausführlichen Unterlagen, oder besuchen Sie uns auf unserer Homepage www.paramedi.ch

paramedi

Paramedi Schweiz
Saum 2195, CH-9100 Herisau
Tel. 071 352 17 20, Fax 071 352 19 12
info@paramedi.ch

Galileo

Das andere Vibrationstraining

(weltweites Patent)

Galileo arbeitet mit **seitenalternierenden** Vibrationen. Die Schwingungen übertragen sich über Muskelketten von den Beinen über das Becken auf den Oberkörper. Dadurch ist auch ein Trainingseffekt für den Stützapparat des Rumpfes gegeben.

- Entwickelt aufgrund langjähriger Studien
- Stufenlos einstellbare Amplitude der Vibration, d.h. der Trainingsintensität
- Auch im Oberkörper wirksam
- Wirksamkeit durch zahlreiche Studien belegt

Galileo – Für Training und Rehabilitation
Verkauf – Miete – Leasing

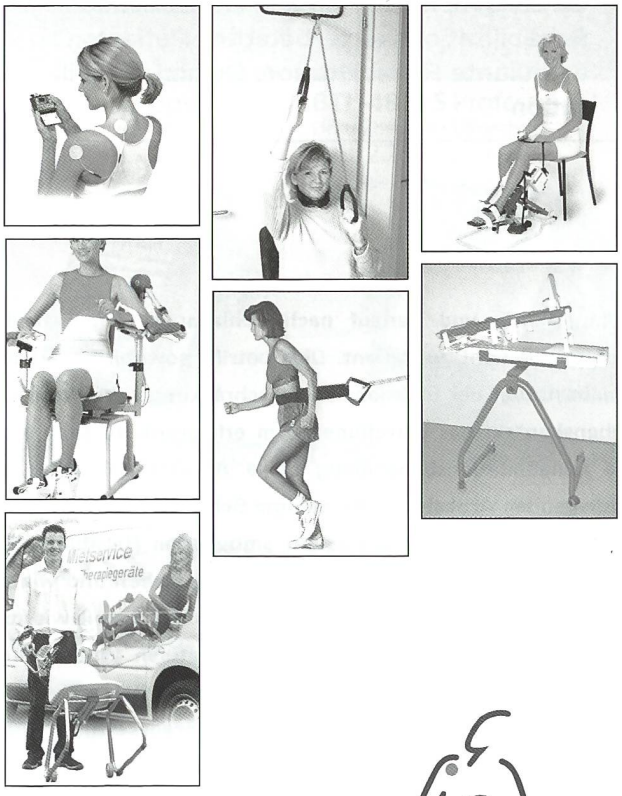
www.galileo-schweiz.ch

Verlangen Sie Unterlagen über Studien und Produkte

REMEDA GmbH
Brahmsstrasse 18
8003 Zürich
Telefon 044 491 30 27
info@remeda.ch
Fax 044 401 10 32

Bewegungsschienen

und mehr...



www.wintermed.ch **071 761 01 02**

winter
medizintechnik

EINFÜHRUNG

Die gut indizierte und richtig durchgeführte Rehabilitation nach Schlaganfall ist erfolgreich. Sie erfordert eine gute Behandlungsqualität, die richtige Wahl der Rehabilitationsinstitution und Beachtung der Wirtschaftlichkeit. Die Übernahme von Patienten in das für sie geeignete Therapieprogramm muss rasch erfolgen unter Umgehung von unnötig langen Hospitalisationen auf Akutkliniken. Eine unnötige, allenfalls beim Betagten sogar schädliche Übertherapierung soll vermieden werden. Leider fehlen heute noch weiträumig die Einrichtungen für eine Optimierung der Schlaganfallrehabilitation.

METHODE

Der cerebrovaskuläre Insult ist die häufigste Ursache, die zu bleibender Behinderung führt. Besonders betagte Menschen sind häufig betroffen. Die Rehabilitation soll den Patienten zu Selbständigkeit, Mobilität und Lebensqualität zurückführen. Meist besteht das Ziel in einer Reintegration in der vertrauten Wohnumgebung. Jeder Schlaganfallpatient hat funktionale Ressourcen, die mit aktiver Rehabilitation ausgeschöpft werden können und ein Lebensumfeld, in das er zurückkehren will. Auf diese beiden Faktoren muss sich das Behandlungsteam konzentrieren. Dabei müssen einige grundlegende Voraussetzungen beachtet werden:

1. Es braucht ein engagiertes interdisziplinär arbeitendes Rehabilitationsteam mit Erfahrung in Neurorehabilitation, um den Patienten zu einer optimalen funktionalen Selbständigkeit zu führen.
2. Das Umfeld (Kontext), in dem sich die Rehabilitation abspielt, ist für das Outcome wichtig [1].
3. Ganz besonders bei betagten Patienten bietet die Spitalumgebung als künstliches Umfeld suboptimale Behandlungsvoraussetzungen. Sie fördert Depression und führt zu gelernter Abhängigkeit (auch in einer auf Aktivierung ausgerichteten Rehabilitationseinrichtung) [2].
4. Domizilrehabilitation nutzt das vertraute Umfeld therapeutisch und richtet sich an konkreten patientendefinierten Zielen aus, die dem Schlaganfallpatienten Gewinne, Eigenständigkeit und Selbstbestimmung im eigenen Lebensraum bringen.
5. Adaptive Massnahmen zur Verminderung der funktionalen Behinderung (Hilfsmittel) und zur Optimierung des Lebensumfelds (Information und Schulung von Betreuenden, Umgebungsanpassungen in und um die Wohnung, soweit notwendig externe Hilfsdienste) sind letztlich oft mitentscheidend für das Erreichen des Rehabilitationsziels.

ANFORDERUNGEN AN EIN REHABILITATIONSPROGRAMM FÜR BETAGTE SCHLAGANFALLERKRANKTE

Die Rehabilitationsfachkräfte müssen fähig sein, sowohl den fragilen, nur sehr wenig belastbaren Schlaganfallpatienten, als auch den bis anhin gesunden, kräftigen Menschen rehabilitativ zu fördern. Ebenso denjenigen, der in ein tragfähiges und hilfsbereites familiäres Umfeld zurückkehren kann, wie auch denjenigen, der auf sich selber gestellt und in einer schwierigen Kontextsituation lebt. Diese unterschiedlichen Konstellationen lassen erahnen, dass der Weg zurück in den Alltag, das heisst der Rehabilitationsprozess jeweils situationsgerecht und nach sehr unterschiedlichem Muster ablaufen muss. Es leuchtet auch ein, dass die Rehabilitation normalerweise nach der stationären Behandlung noch nicht angeschlossen sein kann. Die Zeit der Reintegration unmittelbar nach dem Spitalaufenthalt gilt als die sensibelste Phase im Rehabilitationsprozess. Das Rehabilitationsresultat entscheidet sich oft in diesem kritischen Abschnitt, dem deshalb besondere Beachtung geschenkt werden muss.

Die Schlaganfallrehabilitation erfolgt stationär und ambulant, wohnortsnah und wohnortsfern, in einer fachspezifisch orientierten Neurorehabilitationsklinik oder in einer geriatrisch orientierten Rehabilitationsinstitution, die sich hauptsächlich mit Rehabilitation von polymorbiden Patienten abgibt. Sie ist ein länger dauernder Prozess, der koordiniert und vernetzt über verschiedene Stufen erfolgen soll [3]. Die Akutrehabilitation des cerebrovaskulären Insults dauert in der Regel vier bis zehn Wochen. Von «Slow Stream Rehabilitation» spricht man dann, wenn bei vorhandenem Rehabilitationspotenzial zur Rückgewinnung einer funktionalen Selbständigkeit eine länger dauernde, niederschwellige Rehabilitation und Betreuung not-

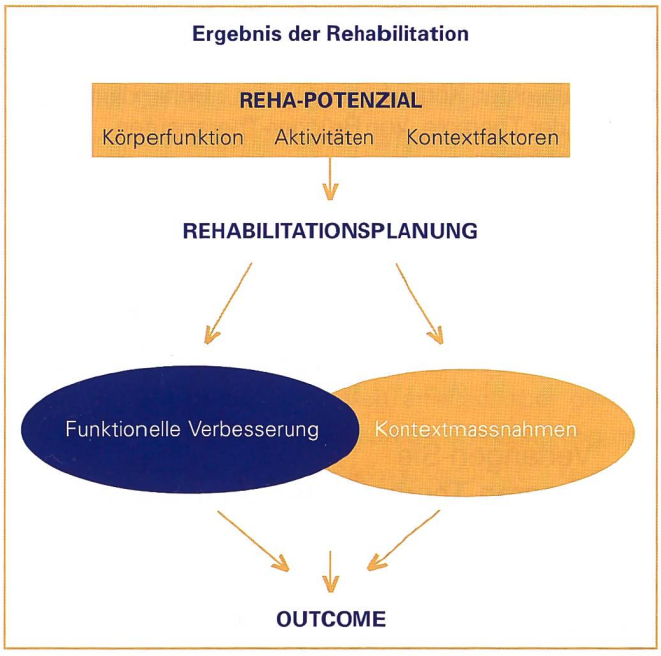


Abb. 1: Der Outcome wird bestimmt durch die kombinierte Wirkung der Funktionsverbesserung und der Anpassung am Kontext.

Shark Fitness AG · Landstrasse 129 · CH-5430 Wettingen · Tel. 056 427 43 43

Trainingsgeräte und -zubehör

The Shark Fitness Company

www.sharkfitness.ch

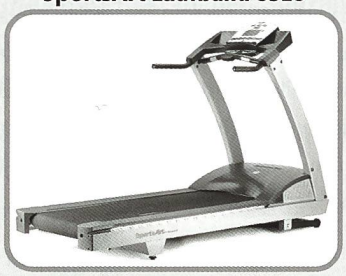
SportsArt Crosstrainer XT-20

Liegeergometer mit Oberkörpertraining

SportsArt Elliptical E8300

Elliptical mit verstellbarer Schrittlänge

SportsArt Laufband 6320



Laufband mit Reversefunktion

SportsArt 53U

SportsArt 53R

HBP Avantgarde

Body Solid

Trainingszubehör

Ergometer • Liegebikes • Laufbänder • Crosstrainer • Rudergeräte • Kraftgeräte

www.spiraldynamik.com

Spiraldynamik

intelligent movement

Dr. Brügger Therapie und Training

www.bruegger.ch

Viele nützliche Tipps, sowie interessante Hilfsmittel zur Unterstützung der dynamischen, aufrechten Körperhaltung und zur Behandlung in der Therapie. Von Brügger-Therapeuten empfohlen.

Gesunde Haltung und Bewegung im Alltag

Dr. med. Alois Brügger

Verlangen Sie unseren Therapiehilfsmittel-Katalog !

Dr. Brügger-Therapiehilfsmittelvertrieb GmbH

Mythenstrasse 9 - CH-5430 Wettingen
Tel. 056 426 2964 - Fax 056 426 2966
Email: vertrieb@bruegger.ch
Online-Shop: www.bruegger.ch

MS-EDV

Beratung & Software

Abrechnungs-Software

für Physiotherapien

Komplett-Lösung mit vielen Optionen zu einem **günstigen Preis.**
Versionen: Deutsch, Italienisch
Französisch auf Nachfrage

Gerne unterbreiten wir Ihnen eine Offerte oder senden wir Ihnen eine Dokumentation zu.
Telefon: **091 840 20 13**
E-Mail: **m.schaerer@msedvsoft.ch**
Mehr Infos unter **www.msedvsoft.ch**

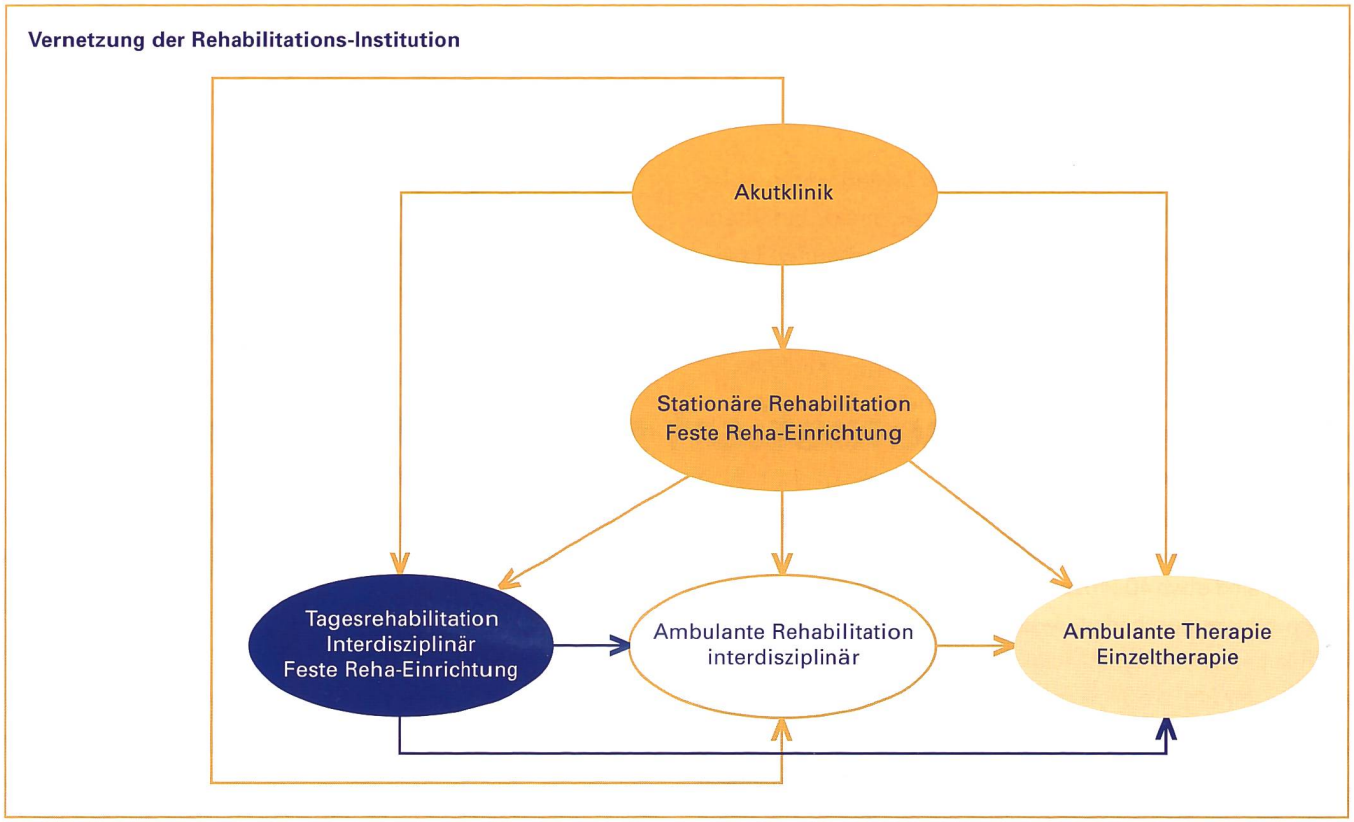


Abb. 2: Die Zuweisung zum richtigen Rehabilitationssetting ist wichtig für eine qualitativ gute und kosteneffiziente Rehabilitation. Die ambulantes Settings sind erst in Ansätzen vorhanden.

wendig ist. Man geht hier von Aufenthaltsdauern bis zu 20 Wochen aus. Zugrunde liegen hier meist komplexe Schädigungen, Multimorbidität und reduzierte Belastbarkeit. Diese Patienten sind anfänglich meist ausgeprägt pflegebedürftig und reduziert belastbar. Sie können von einem langsam aufbauenden Therapieprogramm profitieren, sie tolerieren jedoch intensive und ausgedehnte Therapieblöcke nicht, wie sie in den Spezialkliniken für Neurorehabilitation angeboten werden.

Bei jedem Schlaganfallerkrankten muss evaluiert werden, in welche Behandlungsstelle er zur Rehabilitation gewiesen werden soll. Körperlich und mental belastbare Patienten können stationär in einer Neurorehabilitationsklinik oder, sofern zugänglich, auch in einer geriatrischen Akutrehabilitation behandelt werden. Bei stabilem und tragfähigem Kontext und geeigneten Wohnverhältnissen liegt das Schwergewicht der Behandlung auf funktionellen Massnahmen. Da die Bedeutung des Kontexts für den Outcome nicht bestimmend ist, kann die Behandlung wohnortsnah oder wohnortsfern erfolgen. Bei schwieriger Kontextsituation ist eine wohnortsnahe stationäre Rehabilitation vorzuziehen *(Abb. 1)*. Domizilorientierte Interventionen erhalten hier einen sehr hohen Stellenwert. Sie bilden eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Reintegration ins vertraute Alltagsmilieu. Schlecht belastbare, multimorbide Patienten mit Rehabilitationspotenzial profitieren am besten von der Behandlung in einer geriatrischen Rehabilitationsinstitution mit dem notwendigen spezialisierten, fachspezifischen Wissen im Umgang mit polymorbiden und betagten Patienten.

FÜR JEDEN PATIENTEN EIN ANGEPASSTES REHABILITATIONSPROGRAMM

Der Schlaganfallpatient ist in seinen körperlichen und mentalen Funktionen beeinträchtigt. Die resultierende Behinderung variiert stark in Abhängigkeit von der anatomischen Lokalisation und Ausdehnung der Hirnschädigung sowie vom vorbestehenden Gesundheitszustand. Die Rehabilitation muss auf die Art und das Ausmass der Behinderung und die relevanten Gesundheitsprobleme der Patienten abgestimmt werden. Als Ziel steht beim betagten Menschen eine gute soziale Eingliederung mit hohem Selbständigkeits- und Mobilitätsgrad im Vordergrund. Betroffene müssen wieder in ein aktives Leben zurückgeführt werden können, am besten im angestammten Lebensumfeld. Jeder Patient bringt dafür andere Voraussetzungen mit. Der allein stehende Mensch, ohne Angehörige und Freunde, in einer engen Altwohnung lebend, die nur über Treppen erreichbar ist, braucht andere Rehabilitationsmassnahmen als der in seiner Familie wohl versorgte Patient mit geräumiger, gut zugänglicher Wohnung.

WEGE DER REHABILITATION

Ambulante Rehabilitation ist sinnvoll für leicht betroffene Menschen. Ist die Selbständigkeit erhalten, aber gewisse Funktionen eingeschränkt (z.B. isolierte Sprachstörung oder lokalisierte Einschränkung der Bewegungsfunktion) kann eine funktionsbezogene Einzeltherapie als weiterführende Behandlung genügen. Ist der Patient aber in mehreren Funktionen und in seiner Selbständigkeit insgesamt beeinträchtigt, ist eine koordinierte interdisziplinäre Rehabilitation indiziert. Darunter versteht man die Durchführung von Rehabilitationstherapien durch zwei oder mehr Fachdisziplinen, die unter gemeinsamer

Absprache mit dem Patienten koordiniert an definierten Zielen arbeiten. Obwohl praktizierende Therapeutinnen und Therapeuten aus den verschiedenen Rehabilitationsberufen in vielen Wohnregionen verfügbar sind, ist es leider noch Realität, dass im praktischen Alltag ambulante koordinierte, interdisziplinäre Rehabilitation nur ausnahmsweise durchgeführt werden kann. Wegen fehlenden geeigneten Rehabilitationssettings müssen solche Patienten zurzeit weiterhin stationär rehabilitiert werden.

Während knapp ein Drittel der Patienten unmittelbar nach dem Aufenthalt im Akutspital ambulant weiterbehandelt werden können, sind etwa 40 Prozent bei gutem Rehabilitationspotenzial so schwer geschädigt, dass ohne stationäre Rehabilitation mit bleibender Unselbständigkeit und Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist [4]. Die Indikation für eine anfänglich stationäre Rehabilitationsbehandlung ist bei dieser Patientengruppe mit zu erwartenden bleibenden Schädigungen und eindeutigen Funktionseinbussen gegeben. Hier kann meist von einem guten Rehabilitationspotenzial ausgegangen werden. Nur mit Hilfe intensiver Rehabilitationsbemühungen wird der Patient wieder selbständig in den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens. Gut 20 Prozent aller CVI-Patienten haben so ausgedehnte Hirnschäden, dass trotz intensiver Rehabilitation mit bleibender schwerer Pflegebedürftigkeit gerechnet werden muss [4]. Hier ist der Verlauf langwierig und meist eine Einweisung ins Pflegeheim nicht zu vermeiden. Es wäre wünschbar, dass diese Schlaganfallkranken mit einer niederschwelligen Rehabilitation (Slow Stream Rehabilitation) sukzessive aufgebaut werden, mit dem Ziel Teilselbständigkeiten zu erreichen und die Lebensqualität zu verbessern.

Mit der Tagesrehabilitation, als spezielle Form der ambulanten Rehabilitation, haben wir in Luzern ausgezeichnete Erfahrungen gemacht. Sie erlaubt frühere Entlassungen aus der stationären Rehabilitation unter Fortführung der noch indizierten intensiven interdisziplinären Behandlung *(Abb. 3)*. Immer häufiger werden auch Patienten direkt von den Akutkliniken zur Erstrehabilitation in die Tagesrehabilitation aufgenommen. Besonders beim Übergang von der stationären in die Tagesrehabilitationsbehandlung erleben wir bei unseren Patienten oft einen starken Motivationsschub und eine Beschleunigung der Fortschritte. Die Kombination des Lebens zu Hause mit intensiver Rehabilitation an 2 bis 3 Tagen pro Woche erfahren wir als besonders erfolgversprechend. Voraussetzung für diese Behandlungsform ist ein gewisser Grad an Selbständigkeit, Unterstützung zu Hause und ein gesicherter Transport zur Rehabilitationsstätte [5].

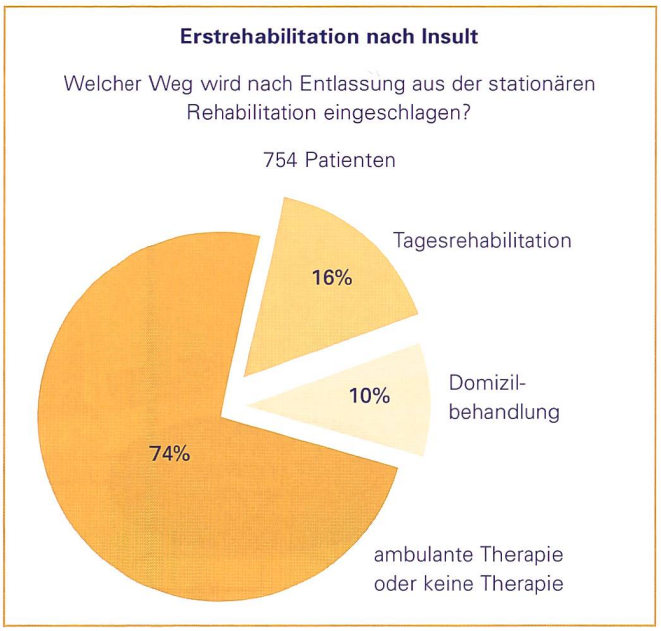


Abb. 3: Rehabilitationspfade der neurologischen Erstrehabilitationen am Kantonsspital Luzern. Etwa ein Viertel der entlassenen Patienten werden entweder über die Tagesrehabilitation oder Domizilrehabilitation weiter rehabilitiert. Domzilrehabilitationen werden in Delegation durch praktizierende Rehabilitationsfachpersonen im Sinne eines Netzverbundes durchgeführt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Domiziltherapie ist eine weitere Form der poststationären, weiterführenden Rehabilitation. Patienten mit schweren Aktivitätsstörungen und stark eingeschränkter Mobilität profitieren von Domizilbehandlungen mehr als in einer externen ambulanten Therapie oder in einer Tagesrehabilitation *(Abb. 3)*. Ihnen geht oft die Fähigkeit ab, Erlerntes zu generalisieren und bei wechselnden Umgebungsbedingungen anzuwenden. Verbesserungen der Selbständigkeit und Mobilität können aber durch therapeutische Ansätze mit Nutzung des eigenen engsten Lebensraumes am besten erzielt werden. Die Rehabilitationstherapien erarbeiten dabei lebenswichtige Fähigkeiten direkt im Alltag und geben den Betroffenen Sicherheit im unmittelbaren Umgang mit den einfachen Alltagsproblemen.

LITERATUR

1. *WHO* (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva.
2. *WRESSLE E, ÖBERG B, HENRIKSSON C* (1999/21). The rehabilitation process for the geriatric stroke patient – an exploratory study of goal setting and interventions. Disability and Rehabilitation: 80–87.
3. *RENTSCH HP* (2003). Das Shared-Care-Modell: am Beispiel der Neurorehabilitation Luzern. Managed Care: 34–36.
4. *GARRAWAY W M, AKHTAR A J, SMITH D L et al.* (1981/35). The triage of stroke rehabilitation. Journal of Epidemiology and Community Health: 39–44.
5. *RENTSCH HP* (2003). Rehabilitation: Ihre Stellung im gesundheitspolitischen Umfeld. Ars Medici: 119–124.