

Was ist Evidence goes Practice?

Mit dieser Reihe möchte Physio Deutschland evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen aus medizinischen Leitlinien in umsetzbare Behandlungsempfehlungen in der Physiotherapie vorstellen. Physio Deutschland war in den vergangenen fünfzehn Jahren an der Erarbeitung von über 50 medizinischen Leitlinien beteiligt. Die darin enthaltenen Empfehlungen zur Physiotherapie basieren überwiegend auf systematischen Datenbankrecherchen, die die aktuelle Studienlage zum jeweiligen Thema abbilden und auf der praktischen Expertise von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten basieren. Um diese Erkenntnisse an die praktisch tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten in die Patient*innenversorgung weiterzugeben und anschaulich zu machen, wurde Evidence goes Practice entwickelt. Ziel mit Evidence goes Practice ist es, zu konkretisieren, was mit einer Empfehlung zur Behandlung bei einem Krankheitsbild gemeint ist und wie somit der Patient bzw. die Patientin auf der Basis der Leitlinie behandelt werden kann.

Je nach Stärke der Evidenz fällt die Graduierung der Empfehlungsstärke aus, diese kann als Text oder Symbol in (S3) Leitlinien dargestellt werden.

In einer konsensbasierten Leitlinie (S2k) erfolgt die Erstellung der Empfehlungen und deren Stärke in einem formalen Konsensusverfahren. Die Empfehlungsstärke wird in diesen Leitlinien rein sprachlich beschrieben und kann durch eine Konsensusstärke ergänzt werden.

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	Starke Positiv-Empfehlung	soll	↑↑
B	Abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	↑
O	Offene Empfehlung	kann	↔
B	Abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	↓
A	Starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	↓↓

Quelle: AWMF-Regelwerk Leitlinien www.physio-deutschland.de

Physiotherapeutische **Behandlungsempfehlungen** aus der DEGAM-Leitlinie Schlaganfall:

Sensibilitätsstörungen

Bei Sensibilitätsstörungen sind in der Regel die Körperwahrnehmung und -empfindung eingeschränkt, was zu einer Beeinflussung von Haltung und Bewegung führen kann.

- ↑ Patient*innen sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Sensibilität erhalten (z. B. sensorische Stimulation, sensomotorisches Training, Bobath-Therapie, Spiegeltherapie, thermale Stimulation).

Schmerzen

Die Ursachen für auftretende Schmerzen nach einem Schlaganfall können vielfältig sein, beispielsweise neuropathische oder muskuloskeletale Ursachen, Spastik, Folge von Immobilität, Lähmungen und abnormale Haltungen.

- ↑↑ Patient*innen, die unter Schmerzen leiden, sollen physiotherapeutische Maßnahmen zur Schmerzreduktion angeboten werden.
- ↔ Bei Betroffenen mit leichter bis mäßiger Schwäche eines Armes oder einer Hand, komplexem regionalem Schmerzsyndrom und / oder Vernachlässigung einer Körperseite kann die Spiegeltherapie als Ergänzung zur Routinebehandlung zur Verbesserung der Armfunktion nach einem Schlaganfall eingesetzt werden.
- ↑ Um eine Schmerzreduktion zu erzielen, sollten Schlaganfallpatient*innen zu Bewegung, Haltungsveränderungen und optimierten Bewegungs- und Lagerungspositionen angeleitet werden.

Behandlungsroutinen

In der motorischen Rehabilitation werden auf Basis der funktionellen Defizite alltags- und / oder berufsrelevante Therapieziele vereinbart. Im Verlauf der Therapie müssen Therapieerfolge bzw. deren Ausbleiben immer wieder erfasst und wenn erforderlich, modifiziert oder neu formuliert werden. Bei der Auswahl von geeigneten therapeutischen Methoden steht eine breite Palette von Interventionen zur Verfügung. Wichtig dabei ist, den jeweiligen Stand der funktionellen

Schulterschmerzen nach Schlaganfall

Viele Patient*innen nach Schlaganfall klagen über Schulterschmerzen (ca. 24 % nach 6 Monaten), die entsprechend behandelt werden müssen.

- ↑ Bei Schulterschmerzen nach Schlaganfall oder regionalen Schmerzsyndromen sollte eine Tape-Behandlung angeboten werden.
- ↑↑ Bei Schulterschmerzen nach Schlaganfall oder regionalen Schmerzsyndromen soll eine elektrische Stimulationsbehandlung des M. deltoideus und der Schulter umgebenden Muskulatur angeboten werden.

Harninkontinenz

Sollte eine Harninkontinenz in Form von Drang- und / oder Stressinkontinenz auftreten, bieten sich verschiedene physiotherapeutische Behandlungsformen an.

- ↑↑ Patient*innen mit Dranginkontinenz soll Blasen- und Beckenbodentraining angeboten werden.
- ↑ Patient*innen mit Belastungs- und/oder gemischter Inkontinenz sollte Beckenbodentraining empfohlen werden.

Teil 2

Fähigkeiten mit standardisierten klinischen Bewertungsmethoden (Skalen) zu erfassen, um somit die Therapieziele und therapeutischen Maßnahmen entsprechend anpassen zu können. Eine strukturierte Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen sorgt dafür, dass möglichst viel Training innerhalb der ersten 6 Monate nach Schlaganfall untergebracht werden kann. Dabei sollten Patient*innen mindestens drei Stunden täglich trainieren.

Informationen

Weiterführende Informationen einschließlich Literatur zu diesen und weiteren Leitlinien finden Sie unter:

S3 Leitlinie Schlaganfall der DEGAM
www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-011.html
 S2e Leitlinie Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall
www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/080-004.html
 auf Smartphones abrufbar als interaktive Fassung
<https://remos.dgmr.de/leitlinie.php>
 Leitlinie Motorische Therapien für die obere Extremität zur Behandlung des Schlaganfalls
www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/080-001.html
 S2k Leitlinie Therapie des spastischen Syndroms
www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-078.html

www.physio-deutschland.de
www.dgptw.org/

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)



Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.
 Deutzer Freiheit 72-74
 50679 Köln
 ☎ 0221 / 981027-0
 ✉ info@physio-deutschland.de
 🌐 physio-deutschland.de
 📘 facebook.com/PhysioDeutschland
 🌐 linkedin.com/company/physiodeutschland
 📷 instagram.com/physiodeutschland

Stand: September 2024



Evidence goes Practice
Schlaganfall



Evidenzbasierte Behandlung von Patient*innen nach Schlaganfall

Ein Schlaganfall (Apoplex, engl. stroke) ist eine plötzlich auftretende Funktionsstörung des Gehirns. Ursachen sind zu 80 Prozent eine Mangeldurchblutung des Gehirns (Hirnembolie, Hirninfarkt) und zu 20 Prozent eine Hirnblutung. Dabei ist die Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen eingeschränkt oder abgeschnitten. Schlaganfälle führen bei circa 70 Prozent der Betroffenen zu Folgeschäden und sind nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen die dritthäufigste Todesursache. Häufig kommt es zu Sprachstörungen, einseitigen Lähmungen, Gangstörungen, depressiven Verstimmungen und Gedächtnisstörungen.

Die Leitlinie Schlaganfall der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) hat in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe mit einer Vielzahl an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen die aktuelle Evidenz zur Prävention und Therapie des Schlaganfalls zusammengetragen. Bei der angesprochenen Zielgruppe handelt es sich um Patient*innen in der hausärztlichen Betreuung, die entweder ein hohes Schlaganfallrisiko haben oder aber bereits einen Schlaganfall hatten. Die Empfehlungen, die die Physiotherapie betreffen, werden in diesem Flyer zusammengetragen.

Ziele und Maßnahmen der Therapie

Die Arbeit der Physiotherapie mit Patient*innen nach Schlaganfall beginnt in der Regel bereits in der (Hyper) / Akutphase (0 – 24 Stunden). Die Mobilisation und Rehabilitation so früh wie möglich zu beginnen, steht hier im Fokus. Die frühe Rehabilitationsphase (24 Stunden – 3 Monate) ist geprägt durch die Wiedererlangung von Funktionen bzw. – falls das nicht möglich ist – das Erlernen von Kompensationsstrategien. In der späten Rehabilitationsphase (3 – 6 Monate) wird die Arbeit der frühen Rehabilitationsphase weitergeführt mit der Betonung auf die Reduzierung von Einschränkungen in der Aktivität und der Partizipation (Teilhabe). Im Rahmen der chronischen Phase (länger als 6 Monate) liegt der Fokus auf Unterstützung und Beratung mit dem Ziel, die Patient*innen bei der Anpassung und Optimierung ihres sozialen, beruflichen Alltags bzw. in anderen wichtigen Funktionsbereichen zu begleiten.



* Rehabilitation in der hyperakuten/akuten Phase

In der Rehabilitation geht es im Bereich der unteren Extremitäten vor allem um Mobilität, also die Verbesserungen von Gehfähigkeit, Gehgeschwindigkeit, Gehstrecke, Balance und Treppen steigen. Empfohlene Interventionen zur Verbesserung der Mobilität sind vor allem intensives Gehtraining mit oder ohne Laufband, progressives aufgabenbezogenes Ausdauertraining mit dem Laufband oder als Zirkeltraining, intensive progressive Heimübungsprogramme.

Quelle: S2e-Leitlinie Rehabilitation und Mobilität nach Schlaganfall ReMoS

Bei Patient*innen mit Paresen werden spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Muskelkraft wie aktive Übungen mit Progression gegen einen Widerstand sowie zum Erhalt der Bein- und Armaktivität empfohlen. Die empfohlenen Maßnahmen für die oberen Extremitäten stellen ein weites Spektrum an Interventionen dar (bilaterales Training, schädigungsorientiertes (impairment oriented) Training, Zirkeltraining, Constraint-Induced-Movement Therapie (CIMT oder ‚forced use‘), Spiegeltherapie, Elektrostimulation).
Quelle: S2e Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation Motorische Therapien für die obere Extremität zur Behandlung des Schlaganfalls

Darüber hinaus sind das Erlernen von Coping Strategien (Bewältigung) bei bestimmten Einschränkungen sowie die Bewahrung bzw. Verbesserung der körperlichen Fitness und der Lebensqualität fester Bestandteil der Therapie.

Therapieplanung und Zielsetzung

Entscheidend für den Therapieerfolg sind der frühzeitige Beginn und eine kontinuierliche, intensive Therapie. Die Therapiemaßnahmen sollten möglichst wohnortnah erfolgen, um Angehörige miteinzubeziehen und den Transfer des Erlernten ins häusliche Umfeld zu erleichtern. Dabei bilden Zielsetzungen in Form von Zielvereinbarungen mit den Patient*innen die Basis der Therapie. Patient*innen sollten unterstützt werden, ihre persönlichen Therapieziele zu definieren. Hierbei handelt es sich um eine konsensbasierte Empfehlung. Dies bedeutet, dass es für diese Empfehlung zwar keine Evidenz aus der Studienlage gibt, aber aus der praktischen Erfahrung heraus sehr sinnvoll ist und deshalb von der Leitliniengruppe konsentiert wurde.

Physiotherapeutische Behandlungsempfehlungen aus der DEGAM-Leitlinie Schlaganfall:

Arm- und Beinparese

Bei der Therapie von Paresen wird den Patient*innen vorrangig Krafttraining angeboten, um die Arm- und Beinaktivität und somit die Mobilität zu verbessern.

- ↑ ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Paresen sollen spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Muskelkraft sowie der Bein- und Armaktivität erhalten.
- ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Paresen sollten zusätzlich elektrische Muskelstimulationsverfahren zur Behandlung erhalten.
- ↑ ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Geh- und Gangstörungen sollen Gehtraining erhalten.

Orofaziale Paresen

Kommt es zu Kau-, Sprech- oder Schluckstörungen oder zu Gesichtsasymmetrien, durch die Beteiligung des Nervus facialis, kann ein 4-wöchiges orofaziales Rehabilitationstraining hilfreich sein.

- ↑ Schlaganfallpatient*innen mit einer orofazialen Beeinträchtigung sollten Maßnahmen zur Verbesserung der motorischen Funktion der mimischen Muskulatur angeboten werden.

Evidenzbasierte Empfehlungen lauten:

- B ↑ Rehabilitationsziele sollten gemeinsam vom Patienten oder von der Patientin und Therapeuten oder Therapeutin genau, d.h. evaluierbar, zeitlich bestimmt und schriftlich festgelegt werden.
- B ↑ Die Patient*innen, ihr soziales Umfeld und das Rehabilitationsteam sollten fortlaufende Kenntnis der festgelegten Rehabilitationsziele haben.
- B ↑ Die Rehabilitationsziele sollten regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

Spastik

Bei einer Spastik nach Schlaganfall besteht die Therapie im besten Fall aus einer Kombination aus Kraft- und Koordinationstraining.

- ↑ Physiotherapie sollte bei allen Formen der Spastik angeboten werden.
- ↑ Krafttraining sollte bei Spastik nach Schlaganfall angeboten werden.
- ↑ Patient*innen nach Schlaganfall und mit gesteigertem Dehnungswiderstand in der Muskulatur sollten Maßnahmen zur Förderung der motorischen Funktion, zur Kräftigung und Tonusregulation angeboten werden.
- ↔ Die elektrische Stimulationstherapie der paretischen Muskulatur bei spastischer Fehlhaltung kann nach Schlaganfall eingesetzt werden.

Störungen der posturalen Kontrolle

Patient*innen mit Störungen der posturalen Kontrolle haben in der Regel Schwierigkeiten beim aufrecht Sitzen oder Stehen bzw. eine gestörte Gleichgewichtsstabilität.

- ↑ ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Störungen der posturalen Kontrolle oder des Gleichgewichts sollen Maßnahmen zur Verbesserung des Gleichgewichts, der Ausdauer und der Muskelkraft angeboten werden.

Empfehlungen aus dem Leitlinienprogramm Schlaganfall (Beispiele):

Arm- und Beinparese

- A ↑ ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Paresen sollen spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Muskelkraft sowie der Bein- und Armaktivität erhalten.
- B ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Paresen sollten zusätzlich elektrische Muskelstimulationsverfahren zur Behandlung erhalten.
- A ↑ ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Geh- und Gangstörungen sollen Gehtraining erhalten.

Spastik

- B ↑ Physiotherapie sollte bei allen Formen der Spastik angeboten werden.
- B ↑ Krafttraining sollte bei Spastik nach Schlaganfall angeboten werden.
- B ↑ Patient*innen nach Schlaganfall und mit gesteigertem Dehnungswiderstand in der Muskulatur, sollten Maßnahmen zur Förderung der motorischen Funktion, zur Kräftigung und Tonusregulation angeboten werden.

Störungen der posturalen Kontrolle

- A ↑ ↑ Schlaganfallpatient*innen mit Störungen der posturalen Kontrolle oder des Gleichgewichts sollen Maßnahmen zur Verbesserung des Gleichgewichts, der Ausdauer und der Muskelkraft angeboten werden.

Sensibilitätsstörungen

- B ↑ Patient*innen sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Sensibilität erhalten (z. B. sensorische Stimulation, sensomotorisches Training, Bobath-Therapie, Spiegeltherapie, thermale Stimulation).

Schmerzen

- A ↑ ↑ Schlaganfallpatient*innen, die unter Schmerzen leiden, sollen physiotherapeutische Maßnahmen zur Schmerzreduktion angeboten werden.
- B ↑ Um eine Schmerzreduktion zu erzielen, sollten Schlaganfallpatient*innen zu Bewegung, Haltungsveränderungen und optimierten Bewegungs- und Lagerungspositionen angeleitet werden.

Schulterschmerzen nach Schlaganfall

- B ↑ Bei Schulterschmerzen nach Schlaganfall oder regionalen Schmerzsyndromen sollte eine Tape-Behandlung angeboten werden.
- A ↑ ↑ Bei Schulterschmerzen nach Schlaganfall oder regionalen Schmerzsyndromen soll eine elektrische Stimulationsbehandlung des M. deltoideus und der Schulter umgebenden Muskulatur angeboten werden.

Harninkontinenz

- A ↑ ↑ Patient*innen mit Dranginkontinenz soll Blasen- und Beckenbodentraining angeboten werden.
- B ↑ Patient*innen mit Belastungs- und/oder gemischter Inkontinenz sollte Beckenbodentraining empfohlen werden.