

Damit Leitlinien keine Leidlinien werden

Leitlinie Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS) Seit 2015 gibt es die S2e-Leitlinie ReMoS zur Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall. Bis heute gelingt die Implementierung in die klinische Praxis nur schleppend. Für Praktiker scheint es schwierig, den über 250 Empfehlungen die für sie relevanten Infos zu entnehmen. Jakob Tiebel und Claudia Pott zeigen die für Therapeuten wichtigen Aspekte in übersichtlichen Tabellen.

Die S2e-Leitlinie zur Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall, kurz ReMoS, gibt es seit knapp vier Jahren. Wie jeder Leitlinie liegen ihr viel Arbeit und ein großes Engagement der Autoren zugrunde. Es existiert eine 144-seitige Lang- und eine sechsseitige Kurzfassung, die die wichtigsten Empfehlungen in übersichtlicher Tabellenform zusammenfasst (INTERNET). Leider sind beide Versionen unter Therapeuten bis heute kaum bekannt. Das ist möglicherweise dem Verbreitungsweg von Leitlinien, ihrem Umfang und den knappen Ressourcen der Therapeuten geschuldet. Haben sie sich jedoch einmal damit befasst, hilft ihnen ReMoS, jeden Patienten nach Schlaganfall evidenzbasiert zu behandeln.

Setting kann über Wahl der Intervention entscheiden → Bei der Leitlinienerstellung orientierten sich die Autoren Christian Dohle, Reina Tholen, Heike Wittenberg, Susanne Saal, Jochen Quintern und Klaus Martin Stephan an wichtigen Zielkriterien für die Mobilität. Sie stellten sich zum Beispiel die Frage: „Wenn ich bei einem Patienten die Gehfähigkeit erreichen will, welche Intervention muss ich dann anwenden?“ Um schnell zur richtigen Empfehlung zu finden, ermöglicht die Leitlinie zwei Herangehensweisen: Entweder der Leser sucht für ein bestimmtes Zielkriterium (z. B. Verbesserung der Gehgeschwindigkeit) die dafür empfohlenen Therapieformen, oder er sucht nach Empfehlungen für eine bestimmte Intervention (z. B. intensives aerobes Ausdauertraining).

Wir haben in unseren Tabellen ebenfalls beide Varianten berücksichtigt, weil wir von vielen Therapeuten die Rückmeldung bekamen, dass beide Vorgehensweisen in ihren Clinical-Reasoning-Prozessen vorkommen (VON REMOS EMPFOHLEN INTERVENTIONEN S. 32–34). Therapeutin Eva* arbeitet beispielsweise in einer modern ausgestatteten Rehaklinik. Sie hat die ReMoS-Leitlinie schon vor einiger Zeit für sich entdeckt. Als sie Frau Dehner* zugewiesen bekommt, deren Schlaganfall fünf Wochen zurückliegt und die noch im Rollstuhl sitzt, zieht Eva die Leitlinie zurate. Frau Dehner befindet sich in der subakuten Phase. Ihr primäres Ziel ist es, wieder gehen zu können. Eva schaut auf die Tabellen und sieht, dass für initial nicht gehfähige Patienten ein intensives Gangtraining gemacht werden sollte, empfohlen mit Endeffektorgerät (VON REMOS EMPFOHLENE INTERVENTIONEN >„Verbesserung der Gehfähigkeit“, S. 34). Eva hat Glück, die Einrichtung hat kürzlich ein solches Gerät angeschafft. Ihre Freundin Lisa* arbeitet dagegen in einer Reha ohne Endeffektorgerät. Aber auch sie kann Patienten wie Frau Dehner leitliniengerecht behandeln. Die Freundinnen lesen in der Leitlinie, dass das Endeffektortraining einem konventionellen aufgabenorientierten Training nicht unbedingt überlegen sein muss. Entscheidend ist vor allem, dass Patienten in der Frühphase intensiv üben. Mit 500–800 Schritten pro Tag soll das Gehen geübt werden, sagt die Leitlinie. Zudem stellen die Therapeutinnen fest, dass Elemente der Bewegungsvorstellung die Therapie zusätzlich unterstützen können. Sie überlegen, wie sie das noch in ihre Behandlung integrieren.

Auch Physiotherapeut Christian* nutzt die ReMoS-Leitlinie, um Frau Eisenkraut* bestmöglich zu behandeln. Die alte Dame hatte vor acht Monaten einen Schlaganfall. Von Beginn an erhielt sie evi-

*Name von der Redaktion geändert

denzbasierte Physiotherapie und ist mittlerweile ohne therapeutische Hilfe mit Rollator gehfähig. Im Gespräch erzählt sie Christian, es sei ihr nicht so wichtig, ohne Rollator zu gehen. Sie möchte schneller und länger gehen können, um ihrem Ziel „alleine einkaufen“ näher zu kommen. Christian fragt sich, welche Maßnahmen er zusätzlich zum intensiven progressiven Gangtraining auf dem Laufband noch in seine Einzeltherapie und/oder als Hausaufgabenprogramm integrieren könnte. Nach dem Blick in die Tabelle (☞ VON REMOS EMPFOHLENE INTERVENTIONEN > „Konventionelles Gehtraining“, S. 32) beschließt er, zusätzlich mentales Training als Eigentaining anzuleiten und mit Frau Eisenkraut das Rückwärtsgehen in der Einzeltherapie zu erarbeiten.

Damit jeder Therapeut in seinem Setting die für seine Patienten bestmöglichen Therapien schnell findet, haben wir aus der ReMoS-Leitlinie Tabellen extrahiert. Sie zeigen übersichtlich, welche Interventionen, abhängig von Schweregrad, Rehabilitationsphase, Zielkriterium und Geräteausstattung für verschiedene Einrichtungen empfohlen werden.

1. Schritt: in Rehapphase einteilen




Zu Beginn muss der Therapeut überlegen, ob sich sein Patient in der subakuten oder chronischen Phase nach dem Schlaganfall befindet. Abhängig davon unterscheiden sich die Empfehlungen teilweise.

In der Leitlinie weisen die Autoren auf die Problematik der Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation hin, die international und selbst national nicht einheitlich definiert sind. Für die Leitlinie haben sie sich dann wie folgt festgelegt:

- subakute Phase = das Schlaganfallereignis liegt weniger als 26 Wochen zurück (< 6 Monate)
- chronische Phase = das Schlaganfallereignis liegt mehr als 26 Wochen zurück (> 6 Monate)

2. Schritt: Mobilitätsgrad bestimmen

Im nächsten Schritt ordnet der Therapeut die Gehfähigkeit seines Patienten einer von drei Kategorien zu:

-  initial nicht gehfähig
-  mit (manueller) Hilfe (nur) wenige Schritte gehfähig
-  ohne (manuelle) Hilfe gehfähig

3. Schritt: Zielkriterien gewichten

Der Therapeut gewichtet gemeinsam mit seinem Patienten die Ziele und notiert diese. Dabei berücksichtigt er folgende vier Zielkriterien:

-  Gehfähigkeit
-  Gehstrecke
-  Gehgeschwindigkeit
-  Balance

4. Schritt: Empfehlungsstärke in Tabelle suchen

Die Empfehlungsstärke geben die Autoren in der Leitlinie mit A (soll), B (sollte) oder 0 (kann) durchgeführt werden an. Daran kann sich der Therapeut gut orientieren. In unserer Tabelle arbeiten wir diesbezüglich mit den Symbolen ☺☺☺, ☺☺ und ☺.

Der Übersichtlichkeit halber enthalten unsere Tabellen keine Hinweise, was nicht gemacht werden sollte. Hier empfehlen wir Therapeuten, in der Langfassung nachzulesen, was sie zugunsten empfohlener Interventionen aus ihrem therapeutischen Werkzeugkoffer herausnehmen sollten. Beispielsweise steht dort: „Es kann keine Empfehlung gegeben werden, Bobath gegenüber einer spezifischen Therapie bei chronischen Patienten vorzuziehen, um die Gehgeschwindigkeit zu verbessern“, und „Es kann keine Empfehlung gegeben werden, Bobath zur Verbesserung der Gehfähigkeit gegenüber einer spezifischen Therapie bei subakuten Patienten vorzuziehen“.

Mit Kurzversionen schneller handlungsfähig → Es ist schwierig, Leitlinien bekannt, zugänglich und nutzbar zu machen. Damit Therapeuten Leitlinien leichter nutzen können, sollten die Empfehlungen künftig in kondensierter und überschaubarer Kurzversion für Therapeuten z. B. in „Kitteltaschenversionen“ zugänglich gemacht werden. Eine andere Möglichkeit bietet eine App-basierte Version. Erste Bemühungen gehen bereits in diese Richtung.

Aus unserer Sicht scheint es sinnvoll, Übersichten immer an Zielkriterien und nach Rehapphase und Mobilitätsgrad auszurichten. Denn dies entspricht einem am Patientenziel orientierten Ansatz und adressiert nicht primär das Portfolio der zur Verfügung stehenden Techniken und Methoden. *Claudia Pott und Jakob Tiebel*

Internet

ReMoS-Leitlinie zum Download

Langfassung: www.dgmr.de/leitlinien
Kurzfassung: bit.ly/Kurzfassung_ReMoS














Autoren

















Claudia Pott, BA, arbeitet seit 1993 als Physiotherapeutin in der Neuroreha und ist seit 2015 Mitherausgeberin der Zeitschrift „physioscience“. Als Dozentin der Weiterbildung „Neurophysiotherapie“ gibt sie ihr Wissen über nachhaltig wirksame Therapieansätze weiter.








Jakob Tiebel ist Ergotherapeut und leitender Produktmanager bei THERA-Trainer. Er hat langjährige Erfahrung in der neurologischen Frührehabilitation gesammelt, sich auf die Implementierung gerätegestützter Therapiekonzepte in die klinische Praxis spezialisiert und eine Initiative gegründet, Leitlinien zukünftig auch als App anzubieten.

Von ReMoS empfohlene Interventionen (nach Maßnahmen sortiert)





Ziel	Empf.	Intervention	Mob. Phase
Konventionelles Gehtraining			
	☺☺	intensives Gehtraining (Laufband/Boden) mit kontinuierlicher Steigerung des Schwierigkeitsgrades	 subakut
	☺	intensives aufgabenbezogenes Gehtraining, ergänzend: Bewegungsvorstellung	 subakut
	☺☺	Training mit Elementen Kräftigung, Balance und Ausdauer, wichtig: individuelle Progression	 subakut
	☺	intensives aufgabenbezogenes Training, ergänzend: Bewegungsvorstellung	k. A. subakut
	☺	aufgabenbezogenes Training, zusätzlich Erarbeiten des Rückwärtsgehens	 chron.
	☺☺	Gehtraining (Laufband/Boden) mit kontinuierlicher Steigerung des Schwierigkeitsgrades	 subakut
	☺	aufgabenbezogenes Training, ergänzend: Bewegungsvorstellung	k. A. subakut / chron.
	☺☺	Training mit Elementen Kräftigung, Beweglichkeit, Balance und Ausdauer; wichtig: individuelle Progression Gehen sowohl auf dem Laufband als auch auf dem Boden geeignet	 subakut
	☺	aufgabenbezogenes Training	k. A. subakut
Laufbandtraining			
	☺☺	intensives Gehtraining unter Einschluss vom Laufband	 subakut
	☺	intensives spezifisches Gehtraining mit/ohne Laufband; alternativ: mehrwöchiges Heimtraining mit gleicher Intensität (Laufband mindert Belastung der Therapeuten, ermöglicht intensives Gehtraining)	 subakut

	☺☺☺	(insbesondere bei) mit Hilfe gehfähigen Patienten: intensiviertes aerobes Gehtraining, z. B. aerobes Laufbandtraining (Cave: kardiopulmonal und orthopädisch)	 subakut
	☺	intensives Gehtraining mit oder ohne Laufbandtraining (mit partieller Gewichtsentslastung)	 subakut
	☺	progressives aerobes Laufbandtraining kombiniert mit Gehtraining auf dem Boden	k. A. chron.
	☺☺	intensiviertes Gehtraining, z. B. aerobes Laufbandtraining (Cave: kardiopulmonal und orthopädisch)	 subakut
	☺☺	progressives aerobes Laufbandtraining	k. A. chron.
	☺	Kombination aus Gehtraining Laufband und Boden, im Verlauf mit individueller Progression	k. A. subakut/ chron.
	☺☺	zur Sturzprophylaxe: Gehtraining mit Laufbandeinsatz nicht ohne intensives Balancetraining	k. A. subakut
	☺	Gehtraining Boden o. Laufband (ggf. mit partieller Gewichtsentslastung), Balance-Heimtrainingsprogramm	k. A. subakut
Endeffektor-basiertes Gangtraining			
	☺☺	Endeffektor-basierter Geräteeinsatz	 subakut
	☺	Gehtraining mit Endeffektor-basiertem Gerät	 subakut/ chron.
	☺	Gehtraining mit Endeffektor-basiertem Gerät	 subakut/ chron.
	☺	Gehtraining mit Endeffektor-basiertem Gerät	 subakut
	☺	stärkere Verbesserung kann mit Endeffektor im Vergleich zu Gangtraining auf dem Boden nicht erwartet werden	k. A. chron.



Exoskelett-gestütztes Gangtraining

	☺	Exoskelett-gestütztes Training (nur in den ersten Wochen)	 subakut
	☺☺	kein isoliertes Exoskelett-gestütztes Training (sondern progressives Geschwindigkeitstraining und die anderen oben aufgeführten Maßnahmen)	 subakut/ chron.
	☺	Exoskelett-gestütztes Training (nur in den ersten Wochen)	 subakut
	☺	Exoskelett-gestütztes Training (besonders bei schwer betroffenen Patienten)	 subakut




Ausdauertraining

	☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining, besonders mit Laufband geeignet	k. A. subakut
	☺☺☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining, Laufband- oder progressives aufgabenbezogenes Zirkeltraining	k. A. subakut
	☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining, Laufband- oder progressives aufgabenbezogenes Zirkeltraining	k. A. chron.
	☺☺☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining, Laufband- oder progressives aufgabenbezogenes Zirkeltraining	k. A. subakut
	☺☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining, Laufband- oder progressives aufgabenbezogenes Zirkeltraining	k. A. chron.
	☺	Ausdauertraining (ohne direkten Aufgabenbezug)	k. A. chron.




Krafttraining

	☺	Kraft-, isokinetisches Gerätetraining oder konventionelle Physiotherapie	k. A. subakut
	☺	aufgabenbezogenes Krafttraining	k. A. chron.
	☺	aufgabenbezogenes Krafttraining	k. A. chron.
	☺	aufgabenbezogenes Krafttraining	k. A. chron.



Kraftausdauertraining








	☺	Kraftausdauertraining	k. A. subakut
	☺	Kraftausdauertraining	k. A. subakut/ chron.
	☺	Kraftausdauertraining	k. A. subakut
	☺	keine Empfehlung	k. A. chron.

Ergometertraining

	☺☺	Widerstandstraining am Ergometer sollte spezifischer Therapie (Laufbandtraining) nicht vorgezogen werden	k. A. chron.
	☺	Ergometertraining oder Laufbandtherapie	k. A. chron.
	☺	Ergometertraining	k. A. subakut

Spezifisches Balancetraining

	☺	progressives aufgabenorientiertes Training	k. A. chron.
	☺	Rumpfraining auf instab. Unterstützungsfläche/Therapie zur Verbesserung von Rumpfkaktivitäten	k. A. subakut
	☺	systematische Verringerung der Unterstützungsfl. kombiniert mit Perturbationen; Üben auf instab. Unterstützungsfl.; individualisiertes Programm mit Balance im Stehen, Gewichtsverlagerungen und Koordination der vier Extremitäten; Ai Chi (Tai Chi im Wasser)	k. A. chron.

Zielkriterien gewichten:	Mobilitätsgrad:	Empfehlungsstärke:
 Gehfähigkeit	 initial nicht gehfähig	☺☺☺ Intervention soll eingesetzt werden (A)
 Gehstrecke	 mit (manueller) Hilfe wenige Schritte gehfähig	☺☺ Intervention sollte eingesetzt werden (B)
 Gehgeschwindigkeit	 ohne (manuelle) Hilfe gehfähig	☺ Intervention kann eingesetzt werden (0)
 Balance		

Von ReMoS empfohlene Interventionen (nach Zielkriterien sortiert)

Empf.	Intervention	Mob.	Phase
Verbesserung der Gehfähigkeit			
☺☺	intensives Gangtraining, empfohlen mit Endeffektorgerät		subakut
☺☺	Training unter Einschluss des Laufbands empfohlen		subakut
☺☺	kontinuierliche Steigerung des Schwierigkeitsgrads bzw. ein intensives Gehtraining (Laufband/Boden)		subakut
☺	Elemente der Bewegungsvorstellung können das aufgabenbezogene Training sinnvoll ergänzen		k. A. subakut
☺	mehrwöchiges Heimtraining mit gleicher/intensiver Intensität		k. A. subakut
☺	Exoskelett-gestütztes Gerätetraining (nur in den ersten Wochen)		subakut
☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining, Laufbandtraining		k. A. subakut
Verbesserung der Gehgeschwindigkeit			
☺☺	intensives Gehtraining		subakut/ chron.
☺☺	kein isoliertes Trainingsprogramm mit einem Exoskelett-gestützten Gerät		subakut/ chron.
☺☺☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining (z. B. Laufbandtraining) u./o. progressives aufgabenbezogenes Zirkeltraining		subakut
☺☺☺	intensiviertes aerobes Gehtraining, z. B. ein aerobes Laufbandtraining (Cave: kardiopulmonal und orthopädisch)		subakut
☺☺	Elemente der Kräftigung, Balance- und Ausdauerschulung unter Berücksichtigung individueller Progression		subakut
☺☺	Widerstandstraining am Ergometer der nichtspezifischen Therapie (Laufbandtraining) vorziehen		chron.
☺	Kraftausdauertraining, isokinetisches Gerätetraining oder konventionelle Physiotherapie zur Verbess. der Gehgeschwindigkeit		k. A. subakut
☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining zur Verbesserung der Gehgeschwindigkeit, Laufbandtraining und ein progressives aufgabenbezogenes Zirkeltraining geeignet		k. A. chron.
☺	aufgabenbezogenes Krafttraining zur Verbesserung der Gehgeschwindigkeit		k. A. chron.

Verbesserung der Gehstrecke			
☺☺	intensives Gehtraining		subakut/ chron.
☺☺	möglichst intensiv, z. B. als zusätz. intens. Gehtraining o. aerobes Laufbandtraining		subakut/ chron.
☺☺☺	aufgabenbezogenes Ausdauertraining (z. B. Laufbandtraining) u./o. progressives aufgabenbezogenes Zirkeltraining		subakut
☺☺	wichtig: individuelle Progression		k. A. subakut
☺☺	progressives aerobes Laufbandtraining		chron.
☺	(zusätzliches) Kraftausdauertraining		k. A. subakut/ chron.
☺	Ergometertraining o. Laufbandtherapie		k. A. chron.
☺	progressives aufgabenor. Balancetraining u./o. aufgabenbezogenes Krafttraining		k. A. chron.
Verbesserung der Balance (Gehsicherheit)			
☺☺	Training mit Elementen Kräftigung, Beweglichkeit, Balance- und Ausdauertraining unter Berücksichtigung individueller Progression (auf dem Laufband/Boden)		subakut
☺☺	zur Sturzprophylaxe: Gehtraining mit Laufbandeinsatz nicht ohne intensives Balancetraining		subakut
☺	Gehtraining mit/ohne Einsatz eines Endeffektor-basierten/ Exoskelett-basierten Gerätes		subakut
☺	Rumpftaining (ggf. auf einer instabilen Unterstützungsfläche) sowie Kraftausdauertraining		k. A. subakut
☺	Heimtrainingsprogramm mit spezifischem Element zum Balancetraining o. Laufbandtraining		subakut
☺	progressives Laufbandtraining zur Verbesserung der Balance		k. A. chron.
☺	individualisiertes Übungsprogramm mit Balance im Stehen, Gewichtsverlagerungen und Koordination der vier Extremitäten		k. A. chron.
☺	systematische Verringerung der Unterstützungsfläche kombiniert mit Perturbationen		k. A. chron.
☺	aufgabenbezogenes Krafttraining, Ausdauertraining (ohne direkten Aufgabenbezug), Kraftausdauertraining kann nicht empfohlen werden		k. A. chron.
☺	Ai Chi (Tai Chi im Wasser)		k. A. chron.