

„Letztendlich ist alles Übung“

Interview mit Susanna Freivogel Susanna Freivogel kämpft seit über 30 Jahren für eine moderne evidenzbasierte motorische Neurorehabilitation. Dabei scheute sie nie davor zurück, unbequeme Wahrheiten auszusprechen. Im Interview erzählt sie, wie es dazu kam, dass sie sich schon lange vor der Akademisierung der Physiotherapie in Deutschland mit der Evidenz therapeutischer Maßnahmen auseinandergesetzt hat.

Susanna Freivogel ist Physiotherapeutin und hat über 20 Jahre die Abteilung Physiotherapie im Hegau-Jugendwerk in Gailingen geleitet. Seit 2009 übt sie eine selbstständige Beratungstätigkeit auf dem Gebiet der Neurorehabilitation aus und unterrichtet in einem Bachelor- und Masterstudiengang für Neurorehabilitation. Gemeinsam mit Prof. Dr. Wolfgang Fries und Prof. Dr. Jan Mehrholz hat sie vor zehn Jahren die Thieme Zeitschrift *neuroreha* gegründet, in der Therapeuten aktuelle internationale wissenschaftliche Erkenntnisse in deutscher Sprache lesen und daraus praktische Handlungsanleitungen ableiten können.

Abb.: S. Freivogel

➔ **Susanna, du bist seit mehr als 30 Jahren in der Neurorehabilitation tätig und giltst als Pionierin der modernen evidenzbasierten Neuroreha. Was treibt dich bis heute an?**

Mich hat vor allem geprägt, dass ich mir von Anfang an die Frage gestellt habe, ob es wirklich das Bestmögliche ist, was wir mit unseren Patienten machen. Ich wollte wissen, wie unser Handeln wirkt, und ich war unzufrieden mit der Auseinandersetzung, die wir damals in therapeutischen Kreisen geführt haben. Es wurden sich nur Schlagwörter zugeworfen, aber das eigene therapeutische Vorgehen hinterfragt hat man nicht.

Eine Sternstunde war für mich eine Tagung 1991, zu der mich Helga Hirschfeld vom Karolinska-Institut in Stockholm eingeladen hat. Sie hatte zusammen mit Hans Forssberg sowohl Vertreter von überwiegend im Bereich von Patienten mit infantilen Zerebralpareesen eingesetzten Methoden (Bobath-, Vojta-Therapie, Therapie nach Jean Ayres) eingeladen als auch namhafte Wissenschaftler aus dem Gebiet der Motorikforschung, die sich schon damals mit der Evidenz therapeutischer Interventionen befassten. Es zeigte sich, dass die Forschungsergebnisse hinsichtlich der theoretischen Rahmenkonzeptionen und des Wirkungsnachweises deutlich von den Aussagen der Methodenvertreter abwichen. Daraufhin folgten sehr offene, engagierte Diskussionsrunden. In der Schlussrunde sagten dann alle Methodenvertreter, dass sie heimgehen und ihre Ansätze überdenken müssen. Dar- aus ist dann leider nicht sehr viel geworden. Mich aber hat es bestärkt! Denn ich sah, dass es auf der Welt noch andere gibt, die denken, dass sich etwas verändern muss.

Damit hast du dich ja schon lange vor der Akademisierung mit der Evidenz unserer Maßnahmen beschäftigt.

Ja, ich habe versucht, englischsprachige Publikationen zu lesen, und mit dem schon 1936 im Handbuch der Neurologie publizierten Text von Otfried Foerster gab es ja auch sehr lesenswerte Beiträge zum therapeutischen Vorgehen auf Deutsch.

An Studien heranzukommen war damals sicher schwieriger als heute? Stimmt. Habe ich damals etwas gefunden, habe ich oft gedacht: Das ist es! Und dann habe ich versucht, das Thema durch die im Literaturverzeichnis aufgeführten Studien zu vertiefen, und fragte herum, ob jemand die Studien hat. Das war deutlich mühsamer als heute.

Arzt und Therapeut waren aber damals noch weiter entfernt davon, auf „Augenhöhe“ zu agieren, als heute, oder?

Ja, aber damals haben Physiotherapeuten auch oft gedacht, die Ärzte wären zu blöd, um zu verstehen, was wir machen. Und sie agierten mit einer ziemlich abwehrenden Haltung auf Gesprächsangebote von Ärzten. Ich bin den umgekehrten Weg gegangen und habe versucht, mir die Sprache der Mediziner anzueignen und unser Handeln in deren Sprache zu verdeutlichen. Zurück kam Dankbarkeit. Es ist elementar, dass wir die gleiche Terminologie verwenden – da kann es keine methodenspezifische Therapeutesprache geben.

Du forderst immer wieder die ideologiefreie Diskussion. Wie gelingt sie? Indem wir eben nicht mehr festgefahrene therapeutische Glaubenssätze haben, sondern von den Erkenntnissen und Begrifflichkeiten der Neurophysiologie ausgehen und sagen: Okay, was hat der Patient für ein Defizit, was sehe ich? Lasst uns dieses ansehen und über die sinnvollen therapeutischen Maßnahmen in einer gemeinsamen Sprache diskutieren. Damit meine ich eine allgemeingültige Neuro-Terminologie, an die wir uns halten müssen. Wir sehen beispielsweise eine Parese, eine Aktivierung in Massensynergie oder Defizite in der posturalen Kontrolle. Essenziell ist, dass wir die Definitionen der Begriffe kennen und dass sie von allen Beteiligten gleich verwendet werden.

Was macht für dich moderne Neuroreha aus?

Wir müssen klare Definitionen und klare Zielvorgaben haben. Der Patient soll ein autonomes Leben mit seinen Einschränkungen führen können. Aufgabe der Rehabilitation ist es, den Patienten dazu zu befähigen. Dafür müssen wir wissen, ob eine Funktionsverbesserung für ein bestimmtes Ziel etwas bringt, wann und wie es zu einer Aktivitätsverbesserung kommt und welche Voraussetzungen vorhanden sein müssen, damit der Patient in seinem Alltag partizipiert. Eine ganz wichtige Frage ist natürlich auch: Welche Hilfsmittel können und sollen wir einsetzen und für den Alltag empfehlen?

”

Wir brauchen eine allgemeingültige Neuro-Terminologie.

Welches sind die Kernelemente, um diese Ziele zu erreichen?

Letztendlich ist alles Übung. Das zu verinnerlichen ist fundamental – für uns und den Patienten. Wir können Spiegeltherapie einsetzen, mental trainieren, mit rhythmisch akustischer Stimulation, Elektrostimulation, mit Biofeedback und unter Zuhilfenahme von Neuromodulation. Wie wir dieses Üben gestalten, das entscheiden wir im Zuge unseres Clinical-Reasoning-Prozesses und aufgrund der Fortschritte, die wir sehen. Die Frage ist, wie wir üben, was wir üben und unter welchen Bedingungen wir üben.

Gibt es darauf klare Antworten?

Nein, wenn wir eine Funktion üben, dann wissen wir, dass sich die Funktion verbessert. Wir wissen aber nicht, ob sich dadurch auch die Aktivität verbessert. Und wenn wir eine Aktivität üben, verbessert sich die Aktivität, die wir geübt haben. Aber wir können nicht davon ausgehen, dass sich damit auch andere Aktivitäten verbessern. Das zeigen die aktuellen Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Physiotherapie. Belegt ist mit überzeugender Evidenz ein hoch repetitives aufgabenorientiertes und aufgabenspezifisches Üben in allen Phasen nach Schlaganfall. Verbessert werden jedoch nur tatsächlich geübte Funktionen und Aktivitäten.

Therapeuten müssen also ganz spezifische Aktivitäten üben?

Unbedingt! Und zwar genau das, was der Patient können will. Wir dürfen nicht mehr mit festgefahrenen Vorstellungen kommen und dem Patienten sagen, was für ihn wichtig ist. Wir müssen den Patienten fragen, was sein Ziel ist.

Sind die Körperfunktions- und die Strukturebene unwichtiger geworden?

Dies ist für mich noch ein Stück weit offen. Wenn es nur darum geht, Gelenkbeweglichkeit zu erhalten, sind Maßnahmen auf der Funktions- und Strukturebene eindeutig nötig. Wenn der Patient jedoch eine Aktivität erlernen soll, muss man eben genau diese üben. Mit nicht bewusstseinsklaren Patienten auf der Frührehabilitation können wir natürlich nicht aufgabenorientiert üben. Da müssen wir uns auf die Impairment-Ebene beschränken. Wenn wir eine Extremität passiv bewegen, versuchen wir die Gelenkbeweglichkeit zu erhalten und den Muskeltonus zu beeinflussen. Wir bahnen aber damit sicher nicht das Gehen oder eine andere Aktivität an.

Wie stehst du zu der Kritik, dass Patienten zu viel kompensieren, wenn man sie einfach alle Aktivitäten nach bestem Können ausführen lässt?

Wenn einem Patienten eine Aktivität aufgrund der Plastizität der neuronalen Netzwerke wieder möglich wird, darf ich das doch nicht als Kompensation mit einer negativen Konnotation bewerten – auch wenn der Patient bei der Durchführung der Aktivität andere Funktionen und Bewegungen benützt als vor der Hirnschädigung. Stattdessen bewerte ich es positiv, dass der Patient wieder über die Aktivität verfügt. Da ist die Argumentation des amerikanischen Neurowissenschaftlers John Krakauer in meinen Augen etwas schief. Er bezeichnet wiedererlernte Aktivitäten als Kompensationen, solange einzelne Funktionen nicht komplett wiederhergestellt sind. Ich würde es als geglückte Rehabilitation bewerten, wenn der Patient Aktivitäten wieder selbstständig ausführen kann. Und zwar unabhängig davon, wie er die Aktivität durchführt. Ich denke immer, dass der Patient ein autonomes Subjekt in

seinem Alltag werden soll. Wenn er mithilfe der nicht betroffenen Seite völlig selbstständig wird, ist das auch ein toller Erfolg.

Womit sollten wir uns also in Zukunft vor allem befassen?

Ich denke, dass wir uns weiter mit den Erkenntnissen aus dem motorischen Lernen befassen müssen. Dass wir das, was uns Gabriele Wulf so schön vermittelt hat, ernst nehmen und wir uns auch um die allgemeinen Wirkfaktoren kümmern: Wir müssen die Bedürfnisse des Patienten und seine soziale Eingebundenheit berücksichtigen und beachten, dass beim Lernen das Belohnungssystem und richtiges Feedback eine wichtige Rolle spielen. Der Patient wird zum einen durch den Bewegungserfolg belohnt, aber auch, wenn ihm sein soziales Umfeld entsprechendes Feedback gibt. Wir müssen zudem vermehrt unser persönliches Verhalten reflektieren. In Untersuchungen zeigte sich, dass es zum Teil ganz banale Sachen sind, die positiven Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Zum Beispiel, dass der Therapeut pünktlich zur Therapie kommt und sich die ganze Zeit über mit dem Patienten befasst und nicht abgelenkt ist.

Du plädiert immer wieder für eine Stärkung der ambulanten Nachsorge.

Ja, ich denke, wir müssen uns mehr um die Versorgung im häuslichen Umfeld, also im Alltag des Patienten, kümmern. Und insgesamt muss die wohnortnahe und aufsuchende Rehabilitation gefördert werden.

Was würde diesen Prozess fördern?

Da gibt es viele Stellschrauben. Die Strukturen des Gesundheitswesens und die Tarifgestaltung der Krankenkassen gilt es anzupassen.

Und die Therapeuten müssen befähigt werden, die verfügbare Therapiezeit optimal zu nutzen.

Was müsste man dafür in Deutschland ändern?

Allen voran das Setting. Derzeit ist es einfacher und lukrativer, wenn ein Therapeut den Patienten in seiner Praxis auf die Bank legt und die Extremitäten passiv bewegt, als wenn er zu ihm nach Hause geht und vor Ort konkret etwas übt, was der Patient für seine Selbstständigkeit im Alltag braucht.

Spielt die Akademisierung dabei eine Rolle?

Die Akademisierung spielt für mich insofern eine Rolle, als dass die Studierenden dazu befähigt werden, zu analysieren und zu operationalisieren, was sie machen, und sie lernen, jederzeit ihr Tun zu hinterfragen. Das ist sicher auch ohne Akademisierung möglich. Aber ich denke, dass der internationale Austausch heutzutage auf einer Ebene stattfindet, die eine Akademisierung voraussetzt.

Kannst du den Begriff des Operationalisierens genauer erläutern?

Damit ist gemeint, dass ich die einzelnen Schritte, die zu einem Handlungsziel führen, hypothesengeleitet

*Man verbessert nur tatsächlich
beübte Funktionen und Aktivitäten.*

© Elsevier GmbH. Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Abb.: S. Fretvogel



definiere und ordne. Wenn das Handlungsziel „freies Stehen“ ist, kann im ersten Schritt die Wadenmuskulatur passiv gedehnt werden, im weiteren Stehen zuerst passiv stabilisiert und dann aktiv und mit steigenden posturalen Anforderungen geübt werden. Wenn wir einem Kind mit einer ICP ein Spielzeug hinlegen und es interessiert sich dafür und greift danach, dann ist zunächst zu fragen, welches das Therapieziel ist. Soll das Kind eine vernachlässigte Hand vermehrt einsetzen, kann das Spielzeug so platziert werden, dass es mit der betroffenen Hand leichter zu greifen ist, die nicht betroffene Hand kann immobilisiert werden, oder ich biete ein Spielzeug an, das nur bilateral gegriffen und manipuliert werden kann.

Hast du ein weiteres Beispiel?

Ja, wenn ich mit einem Patienten aufgabenorientiert Sitzen übe, kann ich ihm nur ein individualisiertes Feedback geben, wenn ich auf biomechanischer Ebene analysiere, dass er umkippt, weil er beispielsweise seinen Massenmittelpunkt zu weit nach hinten verschiebt. In diesem Falle lasse ich den Patienten zuerst auf einer höheren Unterstützungsfläche und mit Abduktion im Hüftgelenk sitzen und übe in dieser Position die Gewichtsverlagerung nach vorne. Die Sitzhöhe wird dann bis zur normalen Sitzhöhe sukzessive reduziert. Dieses Vorgehen setzt Kenntnisse des Zusammenhangs zwischen Massenmittelpunkt und Unterstützungsfläche und über die Biomechanik des Hüftgelenks voraus.

Ein komplexer Auftrag an uns Therapeuten.

Ja, natürlich! Viele denken, aufgabenorientiertes Üben sei banal und das könne ja jede Hausfrau. Und da sage ich „Nein!“. In der Durchführung muss es differenziert sein, um erfolgreich zu sein. Und das ist eine große Kunst, die viel Wissen und auch klinische Erfahrung voraussetzt.

In Diskussionen geht es oft um die Frage: „Was mache ich wann?“

Ja, und dafür müssen wir uns zuerst einig werden, welche Aktivitäten wir unterscheiden. Prof. Wolfgang Fries und ich haben bereits 1999 im Buch „Neurorehabilitation“ von Peter Frommelt vorgeschlagen, dass wir eine sogenannte „Taxonomie der motorischen Aktivitäten“ benutzen sollten. Dafür haben wir zwischen posturaler Motorik, Lokomotion, Greifmotorik und Manipulation und emotionaler Motorik unterschieden und dies in der zweiten Auflage von 2002 um die Blickmotorik ergänzt. Diese Klassifizierung wird durch Studien gestützt, die zeigen, dass bei der Durchführung dieser verschiedenen Aktivitäten unterschiedliche neuronale Netzwerke aktiv sind. Dies ist deshalb so wichtig, weil damit völlig offensichtlich ist, dass wir nicht für die Greifmotorik die Rumpfkontrolle voraussetzen müssen. Die Rumpfkontrolle gehört in die Aktivität „Posturale Kontrolle“ und hat nichts mit der Fähigkeit des Greifens und der Manipulation von Objekten zu tun.

Diese Trennung gilt übrigens nicht für Lokomotion und posturale Kontrolle. Denn wir brauchen für die Fortbewegung im Raum die

posturale Kontrolle, weil der Massenmittelpunkt ständig über der neuen Unterstützungsfläche stabilisiert werden muss. Das Lokomotionsprogramm allerdings, mit Flexion auf der Spielbein- und Extension auf der Standbeinseite, hat nicht direkt mit der posturalen Fähigkeit zu tun. Zusammengefasst könnte man also sagen: Für das Gehen im Raum brauchen wir das Lokomotionsprogramm und die posturale Kontrolle. Aber für die Manipulation brauchen wir das nicht.

Sollte es Pflicht werden, Leitlinien zu nutzen, um alte Zöpfe abzuschneiden zu können?

Schön wäre, wenn man begründen müsste, wenn man etwas anderes in der Therapie macht als das, was in den Leitlinien steht.

Aber selbst wenn wir das Empfohlene tun, sind wir nicht immer erfolgreich. Wie siehst du die Entwicklungen zur prognosegestützten Therapie – beispielsweise den PREP-Algorithmus für die obere Extremität?

Sie sind vor allem hilfreich bei Patienten, bei denen man denkt, die haben alles bestmöglich gemacht und dennoch gibt es kaum Fortschritte. Zu wissen, dass die Prognose nicht vielversprechend ist,

kann durchaus eine Entlastung bei einem schleppenden Rehabilitationsverlauf bedeuten – birgt aber auch die Gefahr eines therapeutischen Nihilismus. Die Autoren, die den PREP entwickelt haben, haben jedoch selbst gezeigt, dass bei Patienten auch drei Jahre nach einer schlechten Prognose noch überraschende

Verbesserungen möglich sind – allerdings nur unter der Bedingung, dass der kortikospinale Trakt in Teilen intakt ist und motorisch evozierbare Potenziale, die MEPs, auslösbar sind. Daher ja, Algorithmen sind hilfreich, um fehlende Verbesserungen zu erklären, dürfen aber nicht zum Verzicht auf therapeutische Maßnahmen führen.

Wir behandeln also trotz schlechter Prognose weiter.

Ja, klar. Das sind dann die Patienten, bei denen wir auf Hilfsmittel setzen und uns auf Kompensation festlegen. Der Algorithmus unterstützt uns darin, bei Patienten mit schlaffen Paresen nach längerem erfolglosen funktionsorientierten Üben kompensatorische Strategien einzuüben.

Das Gespräch führte Themenscout Martin Huber.

„
Aufgabenorientiertes Üben ist nicht banal. Es muss in der Durchführung differenziert sein.“



Gewinnen

Jahresabo neuroreha

Um Forschung und Therapie besser zu verbinden, gründete Susanna Freivogel 2009 gemeinsam mit Prof. Wolfgang Fries und Prof. Jan Mehrholz die Zeitschrift neuroreha: bis heute eine viermal pro Jahr erscheinende Fundgrube für jeden Therapeuten. Wer ein Jahresabo gewinnen möchte, klickt bis zum 6.9.2019 unter www.thieme.de/physiopraxis > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort neuroreha.

