

Intensiv interdisziplinär

Wolfgang Best: *Die Fahne der interdisziplinären Zusammenarbeit wird meist in der Diabetesversorgung hoch gehalten. Doch längst hat man sich auch in anderen Bereichen vom Prinzip "Der Arzt verschreibt, der OSM fertigt" verabschiedet und die enge Kooperation zwischen Medizin und Handwerk verwirklicht. So steht die Versorgung von Kindern mit Fußdeformitäten und mit infantiler Zerebralparese im Mittelpunkt der Zusammenarbeit von OSM Lothar Jahrling mit dem Zentrum für Kinderorthopädie des Orthozentrums München.*

Die Sprechstunde findet in zwei Sprechzimmern statt, die mit einer Tür verbunden sind. In jedem sitzt eine Ärztin oder ein Arzt. Und zwischen beiden Zimmern pendelt der Orthopädienschuhmacher hin und her, um den Part der Einlagenversorgung gemeinsam mit den Ärzten und den Eltern zu besprechen. Sprechstunden im Zentrum für Kinderorthopädie in München sind für Lothar Jahrling Intensivverfahren.

25 Patienten mit ihren Eltern an einem Nachmittag - das sind nicht nur 25 Einlagen, die angemessen oder kontrolliert werden wollen, sondern 25 Kinder mit einem ganz individuellen Problem, zu dem er mit seinen sensomotorischen Einlagen eine individuelle Lösung beisteuert. Vom habituellen Zehenspitzgänger über operierte Klump- und Plattfüße bis zu Patienten mit einer Tetraspastik reichen die Fälle in der Sprechstunde.

Es sind vor allem Kinder, bei denen die Erstversorgung kontrolliert wird,

bei denen eine Einlage verändert oder nach einem Wachstumsschub neu angemessen werden muss. Da ist nicht nur handwerkliche Begabung gefragt, sondern immer wieder das Eingehen auf das einzelne Kind.

Rein und schnell wieder raus ist bei dieser Sprechstunde nicht angesagt. Die allermeisten Eltern kennen das Krankheitsbild ihrer Kinder genau. Und an ihren Fragen merkt man, dass sie sich intensiv damit auseinandergesetzt haben. Die Ärztinnen und Ärzte nehmen sich die Zeit, alle Fragen zu beantworten, schließlich spielen die Eltern eine wichtige Rolle bei der Therapie.

Sie müssen sich zu Hause - und das ist nicht selten weit weg von der Klinik - darum kümmern, dass ihr Kind die richtige Therapie erhält und auch das Hilfsmittel korrekt verwendet. Lothar Jahrling hat nicht den Anspruch, alle Folgeversorgungen zu machen. Die Versorgung vor Ort erfolgt häufig durch Kollegen, die in dieser Versor-



2-5 Die Zuwendung zum Patienten von Art und Handwerker und der direkte Austausch über die Einlagenversorgung machen die besondere Qualität der interdisziplinären Sprechstunde aus.

gungstechnik kompetent sind. Zum Teil, berichtet Lothar Jahrling, waren Kollegen auch schon mit in der Klinik, um sich vor Ort ein Bild über die Versorgungsphilosophie machen zu können.

Seit vier Jahren arbeiten Lothar Jahrling und das Ärzteteam um Dr. Peter Bernius, den Chefarzt des Zentrums für Kinderorthopädie in München, zusammen. Die Zusammenarbeit begann mit der sensomotorischen Einlagenversorgung von Kindern mit tonischem Spitzfuß oder leichtem Knickfuß. Ermutigt durch die Erfolge bei diesen Fehlhaltungen wagten sich Bernius und Jahrling auch an die Versorgung von Füßen mit schwereren Instabilitäten, und begannen, postoperativ sensomotorische Einlagen bei Kindern mit infantiler Zerebralparese einzusetzen.

Operation liefert die Grundlage zur Therapie

War früher eine längere Immobilisation nach Operationen üblich, steht auch bei der infantilen Zerebralparese heute die frühfunktionelle Behandlung nach Operationen im Vordergrund. Etwas anderes würde auch nicht zur von



1 Vor der Sprechstunde: Besprechung eines Röntgenbildes. V.l.: Dr. Andreas Riehmer, Lothar Jahrling, Dr. Peter Bernius.

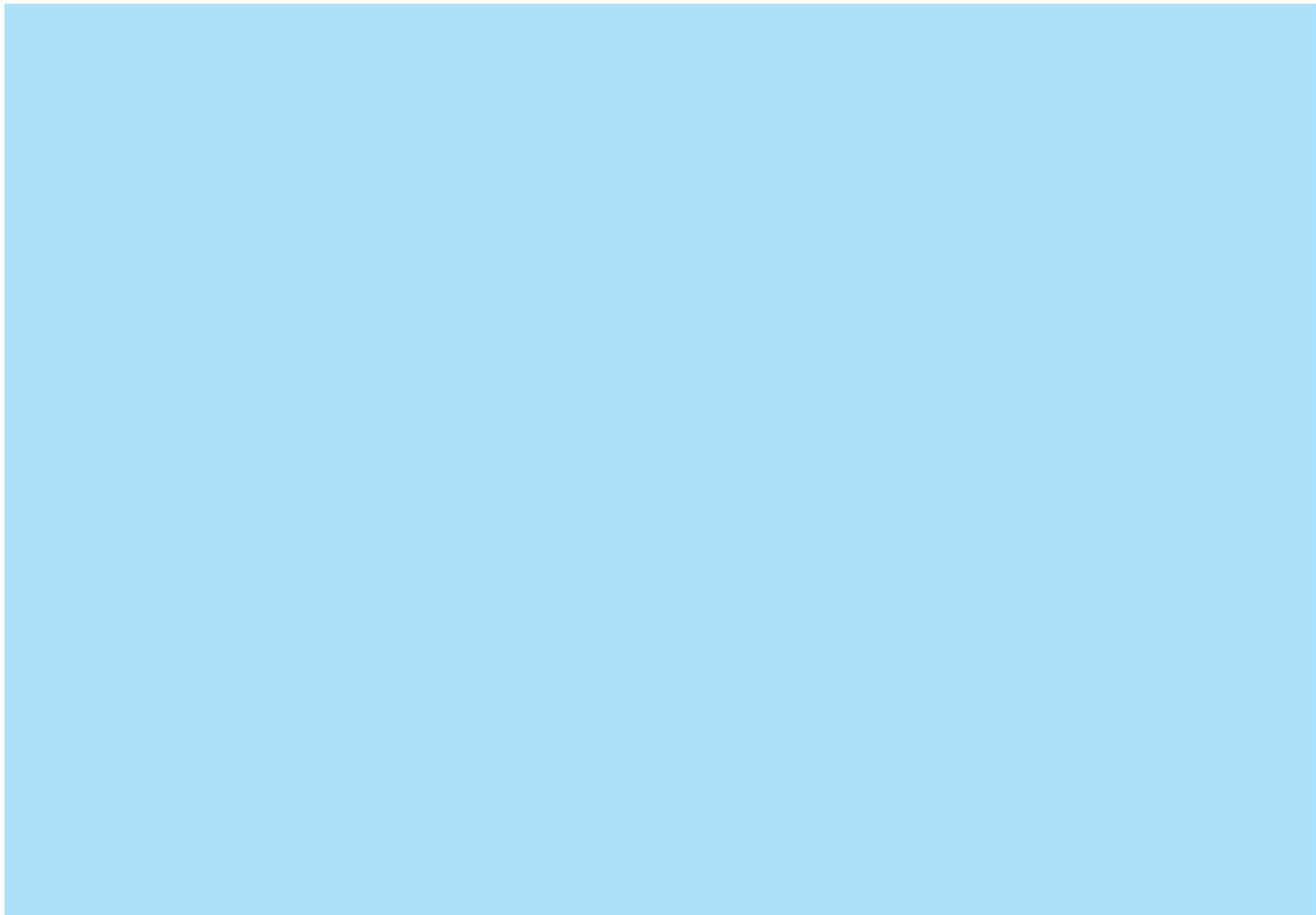
Dr. Bernius angewandten Operationstechnik passen. Im Zentrum für Kinderorthopädie in München werden bei Kindern mit ICP bevorzugt Weichteiloperationen eingesetzt. Dahinter steht die Erkenntnis, dass bei der infantilen Zerebralparese primär nicht die Statik gestört ist, sondern die Muskelfunktion.

Während des Wachstums entwickeln sich bei diesen Kindern Muskelungleichgewichte, die Muskelkontraktu-

ren begünstigen und langfristig auch das Skelett deformieren können.

Das Ziel der Operation besteht darin, die betroffenen, zur Verkürzung neigenden Muskeln gezielt zu verlängern, um schon bestehende Fehlstellungen zu korrigieren und künftige Muskelungleichgewichte zu verhindern. Dadurch kann wieder eine volle Beuge- und Streckfähigkeit in den entsprechenden Gelenken erreicht werden.

Der verkürzte Muskel wird durch Einritzen am Muskel-Sehnen-Übergang ziehharmonikartig verlängert und kann dadurch wieder seine richtige Länge im Verhältnis zum Knochen erreichen. Dies funktioniert sowohl im Bereich der Wadenmuskulatur als auch im Bereich der Kniebeugemuskulatur oder auch der Hüftbeuger. Manchmal ist es auch erforderlich, den Ansatz der Muskulatur am Skelett operativ zu verlegen, um die Fehlstellung durch einen





6 Der wichtigste Handgriff: Wie beweglich sind die Gelenke? Dr. Bettina Röhm, Lothar Jahrling und Dr. Andrea Riehmer (v.l.) in der Sprechstunde.

veränderten Zug der Muskulatur zu korrigieren.

Operativ wird bei ICP-Patienten praktisch nie nur am Fuß korrigiert. Wenn Kontrakturen an Knie und Hüfte und die Achsenstellungen der Beine nicht mit korrigiert werden, so Dr. Bernius, führt die Operation nicht zum Erfolg.

Alle notwendigen chirurgischen Eingriffe werden möglichst in einer Operation durchgeführt, um den Kindern die Belastung durch eine mehrmalige Operation zu ersparen.

Natürlich sind dieser Operationstechnik Grenzen gesetzt, je nachdem wie ausgeprägt die Spastik ist oder wie weit die Deformierungen schon fortgeschritten sind. Nicht alle Kinder stehen danach auf ihren eigenen Beinen. Das Ziel ist aber immer eine möglichst weit reichende Verbesserung, was in manchen, schweren Fällen eine einfache Lagerung des Patienten, eine einfachere Orthesenversorgung oder eine

bessere Sitzhaltung im Rollstuhl bedeuten kann.

Erfreulicherweise gelingt es aber häufig, Kinder, die bislang nur im Rollstuhl saßen, zum Stehen zu bringen und Kindern, die bislang nur stehen konnten, das Gehen zu ermöglichen. Und jenen, die schon Gehen konnten, wird durch die Operation und die anschließende Therapie ein physiologischeres Gangbild ermöglicht.

Einlage soll erneute Fehlstellungen verhindern helfen

Die Operation korrigiert die Fehlstellungen, die durch das Wachstum der Kinder entstanden sind. Doch die Kinder wachsen weiter, und die Erfahrung lehrt, dass sich nach Korrekturen beim nächsten Wachstumsschub dieselben Muskelungleichgewichte und damit dieselben Fehlstellungen wieder einstellen. Hier setzt die sensomotorische Einlagenversorgung an. Bewegung zu-

lassen und die Möglichkeit schaffen, richtige, physiologische Bewegungsabläufe zu lernen und zu automatisieren, das ist die Grundphilosophie Lothar Jahrlings in der sensomotorischen Einlagenversorgung.

Grundüberlegung ist, dass die zentrale Steuerung der Muskulatur keine unveränderliche Größe ist, sondern beeinflusst werden kann. Durch die Physiotherapie und die sensomotorischen Einlagen sollen die Kinder lernen, die Beweglichkeit in den Gelenken - ihre neu gewonnene Freiheit -, die ihnen durch die Operation gegeben wird, auch zu nutzen. Dadurch sollen künftige Muskelungleichgewichte verhindert oder zumindest verzögert werden. Statt auf die erneute Fehlstellung zu warten, soll die Muskulatur aktiv trainiert werden.

Individuelle Versorgung wird im Team diskutiert

Dies erklärt auch, warum Lothar Jahrling im Abstand von einigen Wochen den Weg von Gießen nach München auf sich nimmt. Mit Blaupause und Trittschaum ist es bei dieser Art der Einlagenversorgung nicht getan. Sie lebt vom Austausch zwischen Arzt und Handwerker, die gemeinsam nach der optimalen Lösung suchen und die Versorgung immer wieder auf den Therapiefortschritt abstimmen. Es geht nicht nur um die richtige Passform, sondern um die Funktion der Einlage, ihre unmittelbare Auswirkung auf die Statik und den Bewegungsablauf.

Die Vorgaben für die Einlagen kommen von den Ärzten im Team. Sie sagen, welche Muskelgruppen durch die Einlage aktiviert und welche gehemmt



7 Die Einlagenversorgung wird direkt in der Sprechstunde festgelegt und den Eltern erläutert. Dr. Michael Poschmann diktiert währenddessen den Arztbericht.

werden sollen. Durch die jahrelange Zusammenarbeit wissen sie, was eine sensomotorische Einlage bewirken kann und wo ihre Grenzen liegen. Die praktische Umsetzung erfolgt jedoch im Dialog.

Arzt und Handwerker nehmen die Füße des Patienten in die Hand, fühlen wo Spannungen sind, testen die Beweglichkeit in den Gelenken, um sich

dann darüber auszutauschen, was mit der Einlage zu erreichen ist, und an welchen Stellen am Fuß mit den stimulierenden Elementen angesetzt werden soll. Auch die Wirkung am Patienten wird im Team besprochen.

Gemeinsam mit der Orthopädiwerkstatt der Klinik hat Lothar Jahrling in den letzten vier Jahren mehrere hundert Kinder mit seinen Einlagen

versorgt. Wenn die Einlagenversorgung gut funktioniert, kommen die Kinder erst nach einem Wachstumsschub wieder zu Kontrolle beziehungsweise zur Neuversorgung in die Klinik. Wenn es Probleme gibt natürlich früher.

Eine hundertprozentige Trefferquote hat man nie, sagt Lothar Jahrling. Für ihn sind die Einlagen, die nicht auf Anhieb funktionieren sogar am interessantesten. Wenn die Einlage nicht die erwartete Wirkung hat oder vom Kind abgelehnt wird, wird das im Team diskutiert. Was war die Ausgangssituation vor der Versorgung? Was hatten wir uns als Ziel gesetzt? Woran könnte es liegen, wenn es nicht geklappt hat? Eine bessere Weiterbildung könne es für ihn kaum geben.