

Die physiotherapeutische Behandlung bei Säuglingen mit globalen Hypotonien

Viele Säuglinge zeigen Hypotonie und Schwäche, die durch deren Bewegungsarmut und abnorme Bewegungsanstrengungen zu erkennen ist. Die genaue Häufigkeit von Hypotonie ist schwer zu bestimmen, da es sich nicht um eine Krankheit selbst, sondern um ein charakteristisches Merkmal verschiedener Krankheiten handelt. Es gibt zahlreiche Ätiologien für eine Hypotonie bei einem Säugling, doch die physiotherapeutischen Maßnahmen werden an das Krankheitsbild/Phänotyp angepasst und nicht an der Ätiologie selbst. Die Physiotherapeutische Behandlung ist eine der wichtigsten Grundsäulen in der Behandlung, Trotzdem gibt es dafür noch keine konkreten Empfehlungen/Leitlinien, die sich auf das Alter der Kinder sowie auf deren Krankheitsbild/Phänotyp beziehen.

Auch die konkreten Ziele der Physiotherapie sind nur allgemein beschrieben: *“Ziel ist es, dem Patienten unter Einsatz von Hilfsmitteln eine möglichst altersentsprechende Position und eine größtmögliche Teilhabe am Alltag zu ermöglichen”*, ohne zu erläutern, welche häufigen Barrieren bewältigt werden müssen, um eine aktive Partizipation zu ermöglichen.

Manche Babys und Kleinkinder zeigen eine suboptimale motorische Entwicklung, Mangel an aktiver willkürlicher, selbstindizierter Bewegung. Sie verbleiben dauerhaft in statischen Lagerungspositionen mit geringer Bewegung, und begrenzten Möglichkeiten von Fortbewegung. So beginnt ein Teufelskreis, wodurch die Teilhabe beeinträchtigt wird, was in der Folge zu vielen sekundären Schäden führen kann (Kontrakturen oder Deformitäten, z.B. Kyphose, Skoliose, Schiefhals, Hüftluxationen, HüftInstabilität, Verklebungen und Verkürzungen von Hüfte-, Knie-, Sprunggelenk- und Fußmuskulatur usw.). Derzeit wird nur eine Sekundäre Prophylaxe empfohlen, d.h. Maßnahmen werden erst ergriffen, wenn die Schäden schon entstanden sind.

Gemäß unserem Ansatz empfehlen wir **ein primär prophylaktisches Vorgehen**, um den zu erwartenden Deformitäten vorzubeugen. Durch unsere kontinuierlich durchgeführten Video-Analysen konnten wir erkennen, dass die Schäden, u.a. durch dauerhafte **Hüft-Froschposition** (in Rückenlage, Bauchlage und im Sitzen), Langsitz- bzw. U-Sitz-Position, oder zu frühe Aufrichtung beim Tragen oder auf dem Schoß der Eltern entstehen. Auch falsche Hilfsmittel können diese verschlimmern, z.B. durch Sitzschale mit Hüfte-Spreizung, oder Schiefsitzposition im Therapiestuhl.

Erstellung eines Physiotherapie-Plans

Ein **individueller Physiotherapie-plan** muss **den individuellen Zielen** sowie **den relevanten Maßnahmen und Übungen** entsprechen. Dieser sollte im Alltag implementiert werden, sowohl innerhalb des Therapieraumes als auch im Umfeld des Kindes (zuhause oder in der Kita). Die Behandlung muss sich stets am aktuellen physiotherapeutischen **funktionellen Befund** orientieren. Die derzeit empfohlenen Untersuchungsverfahren für Säuglinge mit Hypotonien stellen zwar den Stand der Motorik, Tonus und Kraft des Kindes dar, doch sie helfen dem Physiotherapeuten überhaupt nicht, einen **Therapieplan** zu erstellen.

Da es derzeit noch keine konkreten Leitlinien für die Physiotherapie und die Hilfsmittelversorgung für Säuglinge mit globalen Hypotonien gibt, haben wir während der letzten drei Jahre einen **Early Intervention Plan** entwickelt. Wir haben die Videodokumentationen unserer Patienten analysiert, um deren typische motorische und partizipatorische Abläufe zu identifizieren. Dadurch entstand eine **neue physiotherapeutische Diagnostik und ein therapeutischer Ansatz für die Säuglinge und Kleinkinder mit globalen Hypotonien**, die wir zum Wohl der hypoton Säuglinge etablieren möchten.

Unsere Botschaft - Kurzgefasst

In unserem Therapieansatz stehen zwei Hauptziele im Vordergrund: **die Förderung der aktiven, altersentsprechenden Teilhabe** und **das Minimieren der sekundären orthopädischen Schäden**. Im Mittelpunkt unseres Ansatzes steht die **selbstindizierte Bewegung, die als altersentsprechendes Spielen geübt werden kann und zu Positions-Wechsel und Fortbewegung führt**. Dadurch könnten auch manchen Sekundären Schäden vorgebeugt werden.

Die Hauptprinzipien unseres Ansatzes sind:



Als Grundlage eines effektiven Therapieplans stehen eine **Anamnese** und eine **funktionelle physiotherapeutische Untersuchung**, demzufolge werden die individuellen Ziele festgelegt und die optimalen Maßnahmen ausgewählt. Im Rahmen dieses Referats können wir leider nicht die Untersuchung präsentieren, aber wir freuen uns auf andere Gelegenheiten diese vorstellen zu dürfen.



Das Niveau des Spielens muss der kognitiven-sozialen Stärke der Säuglinge und Kleinkinder entsprechen und nicht an ihre physischen Schwächen angepasst werden. Mit der Freude an **altersentsprechenden Spielen** könnte eine Spirale nach oben angekurbelt werden, Muskelkraft aufgebaut, motorische Fähigkeiten, sowie Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit gewonnen werden.



Unsere Video-Analyse hat uns gezeigt, dass die motorischen Fähigkeiten der Säuglinge und Kinder am besten sind, wenn sie im „**11-1 o'clock Zone**“ spielen und bewegen. Deswegen fangen wir zuerst, ohne seitlich oder rotatorische Bewegung an zu üben, damit die Kinder schnellstmöglich ihre ersten Bewegungen erwerben können.



Durch einen **Deloading-Ansatz** bieten wir den Kindern mehr Mobilität in allen Positionen an. Die Deloading-Apparate sind so angepasst, dass die Muskeln größtmögliche Kraft erzeugen können, und die Kinder altersentsprechend aktiv spielen können. Der Deloading-Ansatz erlernt den Kindern die Prinzipien der Bewegung und Balance, steigert ihr Spielverhalten und ermöglicht Ihnen motorisches Lernen.



Unsere Video-Analyse hat uns gezeigt, dass die motorischen Fähigkeiten der Säuglinge und Kinder am besten sind, wenn sie **im Lot** spielen. Dadurch wird nicht nur die Muskelfunktion vereinfacht, sondern dadurch sind auch ihre visuelle Fixation, Handfunktion und ihr Spielverhalten besser geworden. Suboptimale Vertikalisation könnten zu orthopädischen Schäden führen: Da **der Rücken dem Kopf folgt**, empfehlen wir bei der Vertikalisation eine optimale Positionierung des Stimulus sowie die prophylaktische Nutzung eines Korsetts bei unzureichender Rumpfkontrolle, zur Vermeidung von Vertikal-longitudinal-Kompression/Kyphose/Skoliose.



“Ohne Hände geht es nicht!”- Unsere Video-Analyse hat uns gezeigt, dass ohne einen effektiven “Push“ der Hände, können die Kinder sich selbstständig nur durch Schraubenrollen oder E-Stuhl bewegen. Wir fangen mit einem gezielten „**11-1 o'clock-Push-Programm**“ früh an. Über das “Reach“ der Hände gewinnen wir eine bessere Handmotorik sowie die Kraft sich abzustützen.



Gemäß der ICF-CY steht die **Partizipation/Teilhabe** des Kindes im Vordergrund, d.h. dass wir nicht nur die Aktivitäten des Kindes (die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung) fördern, sondern es in seine Lebenssituation miteinbeziehen, zuhause und in der Kita, denn die **Partizipation** findet im Umfeld des Kindes statt. Dafür reicht die in-der-Praxis-Elternanleitung nicht aus, sondern man muss auch Haus/Kitabesuche durchführen. Dieses kann auch per Tele-Health oder Anhand von Videos gemacht werden.