

Fallbeispiel: Behandlungseffekt der Ueda-Methode am Beispiel eines Parkinson-Patienten

M. Meske¹

Zusammenfassung

1988 entwickelte Dr. Ueda, ein japanischer Kinderorthopäde, die UEDA-Methode. Ursprünglich für infantile Zerebralparese entwickelt, wird sie inzwischen auch mit Erfolg für neurologische Erkrankungen bei Erwachsenen angewandt. Die UEDA-Methode zielt mit ihren Rumpf- und Extremitäten-Techniken darauf ab, den muskulären Hypertonus (Spastik) abzubauen. Mit Hilfe dieser leicht zu erlernenden Techniken kann innerhalb einer Behandlung das passive und aktive Bewegungsausmaß deutlich vergrößert werden. Durch das neugewonnene Bewegungsausmaß ergeben sich für den Patienten neue physiologische Bewegungsmuster. Diese können sofort in den erweiterten Alltag integriert und mit anderen Therapien kombiniert werden.

Der Parkinson-Patient in diesem Fallbeispiel musste aufgrund von Wirbelkörperfrakturen für mehrere Wochen immobilisiert und stationär versorgt werden. Als er nach Hause entlassen wurde, war er nicht in der Lage, sich trotz guter medikamentöser Einstellung selbstständig zu bewegen. Er war ein bettlägeriger Pflegefall und wurde vollständig von seiner Familie und dem Pflegedienst versorgt.

In diesem Fallbeispiel wurde die Nackentechnik der Ueda-Methode angewandt. Die Behandlungszeit erstreckte sich über einen Zeitraum von acht Wochen, mit jeweils drei Therapieeinheiten pro Woche.

Der zuvor passive und fast bewegungslose Patient begann sich nach der ersten Behandlung nach Ueda selbstständig zu drehen. Am Ende der Behandlungszeit war der Patient wieder selbstständig mit Rollator gehfähig und konnte Treppen steigen. Der muskuläre Hypertonus war einem altersgerechten Tonus gewichen. Die Körperpflege konnte im Bad mit seiner Hilfe durchgeführt werden. Der Patient aß selbstständig, nahm wieder an einem Seniorennachmittag der Gemeinde teil und beteiligt sich aktiv am Familienleben. Innerhalb dieser Behandlungszeit gelang es, den Patienten fast vollständig zu rehabilitieren.

Schlüsselwörter: Physiotherapie, Neurologie, Spastik, Infantile Zerebralparese, Japan, Ueda

¹Praxis für Physiotherapie Andreas Fuchs, Schwabach

Die Therapie nach Ueda

1988 entwickelte Dr. Ueda, ein japanischer Kinderorthopäde, die UEDA-Methode. Diese Therapieform zielt darauf ab, den muskulären Hypertonus abzubauen und primitive Reflexe wie ATNR auszuschalten. Ursprünglich für Kinder mit infantiler Zerebralparese entwickelt, wird sie inzwischen auch mit Erfolg bei der Behandlung adulter neurologischer Erkrankungen angewandt. Mit Hilfe dieser leicht zu erlernenden Rumpf- und Extremitäten-Techniken kann innerhalb einer Behandlung das passive und aktive Bewegungsausmaß deutlich vergrößert werden. Bei der Durchführung dieser Techniken werden für den Patienten mögliche schmerzfreie Endstellungen eingenommen und für 3–5 Minuten gehalten. Dieses Prinzip der gehaltenen Endstellung gilt für alle Rumpf- und Extremitätentechniken.

Durch das vergrößerte Bewegungsausmaß ergeben sich für den Patienten neue physiologische Bewegungs-

muster und Bewegungsmöglichkeiten, die sofort in einen erweiterten Alltag integriert werden oder mit anderen Therapieformen kombiniert werden können. Asymmetrien können ausgeglichen werden und neue Ausgangsstellungen für Gleichgewichtsübungen und andere Therapien werden möglich.

Anamnese

Im Jahre 2003 wurde bei Herrn V., 77 Jahre alt, Morbus Parkinson diagnostiziert. Medikamentös wurde Herr V. im weiteren Behandlungsverlauf gut eingestellt.

Infolge einer leichten Gangunsicherheit wurde Herr V. mit einem Gehstock versorgt, mit dem er sich an guten Tagen im Haus und in seiner näheren Umgebung unabhängig bewegen konnte. An seinen schlechten Tagen benutzte Herr V. einen Rollator. Er war im Alltag fast selbstständig und benötigte nur beim Waschen und Anziehen Unterstützung.

Case report – treatment effects of the Ueda method in one patient with Parkinson's disease

M. Meske

Abstract

The presented case report shows the application of the Ueda method to one patient with Parkinson's disease.

In cause of multiple vertebral fractures the patient in this case study had to be immobilized and hospitalized for four weeks. When he left the clinic, he was not able to move independently, despite good medical setting. He was bedridden and completely cared for by his family and the nursing service.

In this case, the neck technique of the Ueda method was applied. The treatment period extended for eight weeks, with three therapy sessions per week.

The Ueda method was developed in 1988 by Dr. Ueda, a Japanese children's orthopedist. Originally intended for the treatment of infantile cerebral palsy, the method is now successfully applied to adult neurological diseases. The Ueda method aims to reduce the muscle hypertonia (spasticity). With these techniques it is possible to increase the passive and active range of motion within a treatment significantly. Due to the newfound mobility the patient obtains new physiological motion patterns. These new patterns can be immediately integrated into daily life or can be combined with other therapies.

After the first treatment according to Ueda the passive and almost motionless patient began to turn around independently.

At the end of the treatment period, the patient was able to walk independently with his rollator and was able to climb stairs. The muscular hypertonia had changed into an age-appropriate muscle tone.

The personal care could be done in the bathroom with his help. The patient ate without help. He took part in a senior afternoon of the community and he was actively involved in daily family life.

Within this time the author successfully rehabilitated the patient almost completely.

Key words: physiotherapy, neurology, spasticity, infantile cerebral palsy, Japan, Ueda

NeuroGeriatric 2011; 8 (3/4): 117 – 120
© Hippocampus Verlag 2011

Gemeinsam mit seiner Frau lebt er in einem barrierefreien Haus. Die fünf Stufen in den Garten konnte er selbstständig mit Hilfe des Geländers überwinden. Sein Sohn lebt mit seiner Familie im Haus nebenan, sodass eine familiäre Betreuung gewährleistet ist.

Im Februar 2011 stürzte Herr V. in seinem Garten und wurde erst nach einer Stunde aufgefunden. Er wurde mit Hypothermie und mehrfachen Frakturen der Wirbelkörper LWK 4 und 5 in das örtliche Krankenhaus eingeliefert. Während der folgenden vier Wochen stationärer Versorgung wurde er immobilisiert und mit einem LWS-Korsett versorgt. Nach dieser Zeit wurde Herr V. nach Hause entlassen. Um die Pflegesituation zuhause zu erleichtern, wurde ihm ein Pflegebett zur Verfügung gestellt. Einmal pro Tag kam der Pflegedienst und wusch ihn im Bett. Den Rest des Tages wurde Herr V. von seiner Frau und seiner Familie versorgt.



Abb. 1 – 2: Status zu Beginn der Behandlung

Status zu Beginn der Behandlung

Der Patient befand sich in einem stark reduzierten Allgemeinzustand. Bei einer Größe von 1,73 m betrug sein Gewicht 51 kg. Die Parkinson-Medikation wurde stationär und nach Entlassung gemäß der Verordnung seines Hausarztes weitergeführt.

Der Patient war nicht in der Lage, sich zudrehen oder seiner Frau bei Aktivitäten des täglichen Lebens zu helfen. Bei Mobilisation in eine höhere Ausgangsstellung war Herr V. nicht in der Lage, sich zu stabilisieren und das Gleichgewicht zu halten. Er war von seinem gesamten Muskeltonus passiv-hyperton. Er zeigte wenig Initiative zu Eigenbewegungen. Da Herr V. nicht selbstständig essen und trinken konnte, wurde er komplett im Bett versorgt. Er sprach nicht.

Herr V. war ein vollständig bettlägeriger Pflegefall. Tagsüber schlief er mehrere Stunden, während er nachts häufig wach wurde und über einen längeren Zeitraum wach blieb. Diese Situation war für seine Frau, die ihn nachts versorgte, eine sehr große Belastung.

Behandlung

Während der ersten Woche erhielt Herr V. Physiotherapie mit Wahrnehmungsschulung und Mobilisation bis zum Sitz an die Bettkante. Im Rahmen der Therapie wurden die Angehörigen in Handling und Mobilisationstechniken angeleitet.

In der ersten Woche zeigte der Patient kaum Eigenaktivität. Die Mobilisierung geschah nahezu passiv. Im Sitz zeigte Herr V. keinerlei Stabilisationstendenz.

Zu Beginn der zweiten Woche erhielt Herr V. die physiotherapeutische Behandlung nach Ueda. Aufgrund der lumbalen Wirbelfrakturen konnten keine Beckentechniken angewandt werden. Ueda bietet jedoch ein breites Spektrum an Techniken. Für Herrn V. bot sich die Nackenmethode mit korrekt gehaltener axialer Rotation für fünf Minuten an.



Abb. 3 – 5: Behandlung mit Nackentechnik (links). Neue Bewegungsmöglichkeiten werden in den Alltag integriert (Mitte). Status am Ende der Behandlung (rechts)

Bereits nach der ersten Behandlung begann Herr V. sich selbstständig zu bewegen. Er leitete das Drehen von der Rückenlage in die Seitlage mit dem Schultergürtel selbstständig ein. Zur Ausführung des vollständigen Bewegungsablaufs benötigte er jedoch noch Unterstützung.

Ende der ersten Woche der Behandlung nach Ueda konnte sich Herr V. auf Aufforderung selbstständig drehen, was für seine Frau und den Pflegedienst eine große Erleichterung war. Da er selbstständig Stützaktivität entwickelte, konnte seine Frau ihn auch außerhalb der Therapie bis an die Bettkante mobilisieren. Er gewann an Eigenaktivität und konnte im Rahmen der Therapie bis zum Sofa mobilisiert werden.

Ende der zweiten Woche der Behandlung nach Ueda hatte Herr V. einen guten, stabilisierenden Muskeltonus entwickelt und konnte frei sitzen. Mit Hilfe zweier Personen war er in der Lage, einige Schritte zu gehen. Er begann zu sprechen. Sein Appetit vergrößerte sich und er nahm zu.

Ende der dritten Woche konnte sich Herr V. bereits selbstständig drehen und sich ohne Hilfe an die Bettkante setzen. Um in den Stand zu gelangen benötigte er noch etwas Unterstützung. Mit seinem Rollator bewältigte er innerhalb des Wohnzimmers eine Gehstrecke von 10 m. Das Essen nahm er gemeinsam mit seiner Frau am Esstisch ein. Zum Fernsehen saß er in seinem Sessel.

Ende der vierten Woche ging er mit seinem Rollator im Haus und auf der Terrasse kürzere Strecken. Er bewältigte dabei eine Distanz von 40 m. Um sich hinzustellen benötigte er weiterhin Unterstützung.

Ende der fünften Woche konnte Herr V. mit therapeutischer Hilfe die Treppen zum Garten überwinden. Im Garten legte Herr V. mit seinem Rollator eine Gehstrecke von 100 m zurück. Nachmittags ging er die gleiche Strecke noch einmal mit seiner Frau. Der Pflegedienst kam weiterhin, konnte die Körperpflege aber mit aktiver Teilnahme von Herrn V. im Bad durchführen.

In den folgenden drei Wochen verbesserten sich seine Ausdauer und Kraft deutlich. Im Rahmen der Therapie erweiterten sich seine Aktivitäten des täglichen Lebens (Körperpflege, ins Auto einsteigen u. a.). Herr V. nahm wieder regelmäßig an einem Seniorennachmittag der Gemeinde teil.

Der Patient wurde dreimal pro Woche über einen Zeitraum von acht Wochen jeweils 45 Minuten behandelt. Zu Beginn jeder Behandlung erhielt Herr V. die oben genannte Therapie nach Ueda. Im Anschluss an diese Therapie erhielt Herr V. alltagsorientierte Therapie, in deren Rahmen die Beweglichkeit, die Ausdauer, die Kraft und die Anpassung seines Umfeldes an die wiedergewonnen Funktionen im Vordergrund standen.

Status am Ende der Behandlung

Nach acht Wochen war Herr V. in der Lage, sich im Bett selbstständig zu drehen und sich an die Bettkante zu setzen. Weiterhin benötigte er noch Hilfe, um in den Stand zu gelangen. Begleitet von seiner Frau ging er mit seinem Rollator im Garten spazieren. An guten Tagen konnte er im Haus seinen Gehstock benutzen. Mit geringer Unterstützung konnte er Treppe steigen.

Bei der Körperpflege war Herr V. in der Lage, seiner Frau und dem Pflegedienst zu helfen. Er unterhielt sich und beteiligte sich aktiv am Familienleben, einmal wöchentlich nahm er an einem Seniorennachmittag in der Gemeinde teil. Herr V. schlief nachts und war bis auf einen Nachmittagsschlaf den ganzen Tag wach. Sein Appetit normalisierte sich, und er nahm über 5 kg zu.

Schlussfolgerung

Durch den abgebauten Hypertonus war Herr V. wieder in der Lage, sich physiologisch zu bewegen. Durch das erweiterte Bewegungsausmaß ergaben sich für den Patienten physiologische Bewegungsmuster und neue

Bewegungsmöglichkeiten. Diese konnten erfolgreich in den Alltag integriert werden, der schrittweise den Verbesserungen des Patienten angepasst wurde.

Interessenvermerk:


Es besteht kein Interessenkonflikt.

Danksagung:

Vielen Dank an Katsuyoshi Shionoya und sein Team, die mir aufgrund ihres neurophysiologischen Modells und ihrer Therapiemethode sehr viel Wissen und neue Therapieansätze für meine Behandlungen gaben.

Korrespondenzadresse:

Michaela Meske
Praxis für Physiotherapie Andreas Fuchs
Rennmühlweg 148
91126 Schwabach
E-Mail: michaela.meske@web.de



Ch. Dettmers, K. M. Stephan

Motorische Therapie nach Schlaganfall

Von der Physiologie bis zu den Leitlinien

Von der Physiologie bis zu den Leitlinien

Hippocampus Verlag,
Bad Honnef 2011
broschiert, 322 S., zahlr. Abb.
€ 49,00; ISBN 978-3-936817-70-6

Die Physiotherapie befindet sich derzeit im Aufbruch. Im Zuge der Akademisierung werden die klassischen Schulen hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch überprüft; durch die funktionelle Bildgebung wächst seit etwa 15 Jahren das Interesse an Phänomenen der Plastizität und Reorganisation, wie sie in der Rehabilitation täglich zu beobachten sind. Ferner geben benachbarte Disziplinen wie Psychologie, Sportwissenschaften und Neurowissenschaften höchst interessante Impulse, die neue Möglichkeiten in der Neurorehabilitation schaffen. Diese aktuellen Forschungsansätze in einer stimulierenden Übersicht für das motorisch interessierte Reha-Team darzustellen, war Ziel der Herausgeber des vorliegenden Buches. Neben grundlegenden Erkenntnissen zum motorischen Lernen werden neue Behandlungsansätze mittels sensorischer und zentraler Stimulation sowie gerätegestützte Methoden vorgestellt. Im Hinblick auf eine längerfristige neurobiologische Perspektive werden die vorgestellten Behandlungsmethoden zu strategischen, leitliniengestützten Behandlungskonzepten zusammengestellt.

Inhalte:

- Funktionelle Grundlagen des sensomotorischen Systems
- Behandlungsansätze:
 - Videotherapie
 - Transkranielle Gleichstromstimulation
 - kardiovaskuläres Training
 - roboterunterstützte Therapie
 - Training mittels virtueller Realität
 - pharmakologisches Enhancement
 - repetitive transkranielle Gleichstromstimulation
 - Bewegungsvorstellungstraining
 - Spiegeltherapie
 - Physiotherapie
 - rhythmisch-akustische Stimulation
- Behandlungsziele und neuro-bio-soziale Perspektiven

Für Neurologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sporttherapeuten

Bestellungen unter:
Hippocampus Verlag
Bismarckstraße 8
53604 Bad Honnef
Tel.: 022 24.91 94 80
Fax: 022 24.91 94 82
www.hippocampus.de
verlag@hippocampus.de

