

Erfolgreiche Zusammenarbeit von Ergo- und Physiotherapeuten in der Handtherapie – Erfahrungen aus dem Inselspital, Universitätsspital Bern

Véronique van der Zypen

Vor Jahren wurde in der Handchirurgischen Klinik am Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz, ein mutiger Entscheid gefasst: Die beiden Berufsgruppen Ergotherapie und Physiotherapie sollen ein Team bilden und zur Handtherapie zusammengefasst werden.

Die Idee war, dass eine breite und umfassende Behandlung von einem einzigen Team angeboten werden kann, um dadurch sowohl das Angebot zu verbreitern als auch die Kommunikation zu vereinfachen.

Die Handtherapie umfasst sehr viele verschiedene Behandlungsarten: von Mobilisationen, Narbenbehandlungen, Kräftigung, Schmerzbehandlungen, Sensibilitätstraining über Schienen- und Hilfsmittelversorgung bis hin zu Arbeitsplatzabklärungen und Reintegrationstraining.

Wir erleben die Zusammenarbeit der Ergo- und Physiotherapie als sehr bereichernd und motivierend. Um einen besseren Einblick in die Handtherapie zu geben, die Behandlungstechniken beider Berufsgruppen zusammenfasst, werden hier drei verschiedene Patientenbeispiele vorgestellt. Es kommen darin sowohl physiotherapeutische (zum Beispiel Mobilisationstechniken, Elektrotherapie, Nervenmobilisation, Kräftigung etc.) als auch ergotherapeutische (Schienenbau, Training der Sensibilität und der Feinmotorik etc.) Behandlungsarten vor.

1. Patientenbeispiel I

Frau S., 42-jährig, hat sich, als beim Abwaschen ein Glas zerbrochen ist, eine Schnittwunde auf dem Handrücken zugezogen. Verletzt sind die

Strecksehnen des Mittel- und Ringfingers (Extensor digitorum communis III und IV) in Zone 6.

Drei Tage nach der operativen Versorgung kommt Frau S. zum ersten Mal in die Therapie. Strecksehnenverletzungen in dieser Zone werden bei uns nach dem Controlled active motion-Prinzip nachbehandelt. Es wird also eine sogenannte Jochschiene angepasst: Das Handgelenk wird mit einer Cock-up-Schiene ruhig gestellt, Digits III und IV werden mit einem Joch in den Metacarpophalangealgelenken (MP) leicht mehr extendiert als Digits II und V. Durch den Zug über die Connexi intertendinei werden die Sehnennähte entlastet; so kann eine kontrollierte belastungsfreie Mobilisation durchgeführt werden.

In der ersten Sitzung, in der die Schiene angepasst wurde, ist die Hand noch recht geschwollen. Neben dem Verband wird ein Lymptape (Abb. 1) angelegt, um die Lymphgefäße anzuregen. Wenn sich die Schwellung zurück bildet, wird die Schiene sicherlich wieder neu angepasst werden müssen. Die Patientin wird instruiert, was sie selber schon machen kann: Mit der Schiene darf sie bereits leichte Tätigkeiten ausführen, zum Beispiel essen oder schreiben. Sie darf aber keinen Widerstand auf die Extensoren geben. In den darauf folgenden Therapiesitzungen geht es einerseits darum zu kontrollieren, dass die Schiene einwandfrei passt, andererseits darum, dass die Patientin im erlaubten Ausmaß eine volle Beweglichkeit erreicht. Frau S. klagt verstärkt über Schmerzen und die Schwellung ist kaum rückläufig.



Abb. 1: Lymptape

fig. Da wir schon bei kleinen Anzeichen einer möglichen Dystrophie reagieren, versucht die Therapeutin über Mobilisation der oberen BWS und der Rippen via Grenzstrang Einfluss auf das vegetative Nervensystem zu nehmen. Falls keine Besserung eintritt, werden die Handchirurgen informiert und gegebenenfalls Redoxon (Vitamin C), entsprechende Schmerzmedikationen und Dimethylsulfoxid-Salbe verordnet (DMSO).

Zum Glück entwickelt sich kein CRPS bei Frau S. Hingegen müssen wir uns mehr und mehr um die Narbe kümmern. Sie erhält Silikon, das sie nachts mit Kompression appliziert; Narbenmobilisation wird ihr als Heimprogramm instruiert.

Die Mobilität hat sich erfreulich entwickelt. Nach Schema kann nach 7 Wochen die Schiene ganz weggelassen werden und der Kraftaufbau beginnt. Dabei entwickelt sie Triggerpunkte in den Extensoren, die mit manueller Triggerpunkttherapie und Dry needling angegangen werden. Nach 12 Wochen kann die Therapie mit einem guten Resultat abgeschlossen werden.

2. Patientenbeispiel II

Frau K., 52-jährig, Raumpflegerin zu 30%, hat eine Rheumatoide Arthritis. Sie hat schon mehrere Operationen über sich ergehen lassen müssen. Aktuell wurden an der rechten dominanten Hand am Zeigefinger eine Arthroplastik des MP-Gelenkes und eine Naht der Strecksehnen sowie am Mittelfinger eine Zentrierung der Strecksehne durchgeführt.

Zwei Tage postoperativ wird eine dynamische MP-Extensionsschiene mit leichtem Radialzug für die Digits II und III angepasst. Da sie sehr feine Haut hat, polstern wir die Schiene von vorn herein mit Silipospolster, das den Druck sehr gut verteilt. Die Mobilisation erfolgt mit aktiver entkorrelierter Flexion und assistiver Extension.



Abb. 2: Narbenbehandlung mit Hentschel-Narbenhölzern

Schon bald klagt die Patientin über vermehrte Rückenbeschwerden durch die fehlende Bewegung. In Absprache mit dem Operateur wird ihr ein sanftes Trainingsprogramm im spitalinternen Fitnesscenter zusammengestellt. Frau K. ist sehr motiviert und hat die Beschwerden schnell unter Kontrolle. Frau K. hat sehr viel Freude am Training, das sie selbstständig drei Mal pro Woche durchführt.

In der Handtherapie geht es derweil weiter um die sanfte Mobilisation und Schienenkontrolle sowie Narbentherapie mittels Silikon, Laser und Narbenmobilisationstechniken mit Hentschel-Narbenhölzern (Abb. 2).

Nach 6 Wochen beginnen wir schrittweise, die Schiene zu entwöhnen und gleichzeitig die Hand für leichte Tätigkeiten einzusetzen. Es fällt der Patientin leicht, die rechte Hand wieder zu integrieren, da sie froh ist, die linke Hand dadurch wieder entlasten zu können. Nach 8 Wochen starten wir ein sanftes Kräftigungstraining mit Schwämmchen und einer weichen Knetmasse. 12 Wochen postoperativ beginnt sie wieder als Raumpflegerin zu arbeiten. Dabei werden Beschwerden an der linken Hand störender; an

der rechten operierten Hand stören vor allem noch Krafteinschränkungen.

Bei einer Arbeitsplatzabklärung wird klar, dass Frau K. ihre Arbeitsabläufe schon sehr gut angepasst und sich gute Tricks angeeignet hat. Zum Beispiel hat sie einen Mob, der einen extra dicken Griff hat. Der einzige Tipp, den ich ihr noch mitgeben kann, ist, dass sie versucht, die linke und die rechte Hand bei verschiedenen Tätigkeiten abzuwechseln, damit die Belastungen möglichst gleichmäßig verteilt werden.

Da sie schon lange mit der Rheumatoiden Arthritis zu kämpfen hat, ist sie auch mit Hilfsmitteln schon sehr gut ausgerüstet. Zur Information bekommt sie aber noch die neueste Broschüre der Rheumaliga und wir passen ihr Handgelenkstützen an, die sie bei der Arbeit als Raumpflegerin tragen kann.

So kann die Therapie nach 14 Wochen mit einem zufriedenstellenden Resultat abgeschlossen werden.

3. Fallbeispiel III

Herr M., 22-jährig, ist Bauarbeiter. Beim Hantieren mit einem Teppich-