

Der »Co-Therapeut«

Die Elternrolle im Rahmen der Kinderphysiotherapie Tobias Bergerhoff

AUF EINEN BLICK

Die in der Physiotherapie gängigen Therapiemethoden, die sich mit der Behandlung bewegungsauffälliger Säuglinge und Kinder auseinandersetzen, beschäftigen sich unterschiedlich mit der Rolle der Eltern und interpretieren deren Mitwirken nicht einheitlich. Um Eltern sinnvoll in die erfolgreiche Therapieplanung mit einzubeziehen, bedarf es einer klaren Definition ihrer Rolle. In diesem Beitrag diskutiert der Autor den Begriff »Co-Therapeut« im Zusammenhang mit dem »Shared Decision Making« (SDM) und stellt die Sichtweise des behinderten Kindes in den Mittelpunkt.

Das »Co« vor Therapeut

Eingrenzung des Begriffs

Die Suche nach einer Definition des Begriffs »Co-Therapeut« ist nicht wirklich von Erfolg gekrönt. Recherchiert man in gängigen Nachschlagewerken, so findet man ihn dort genauso wenig wie in den Weiten des Internets (Abb. 1). Ersetzt man das »C« durch das deutsche »K«, wird man ebenfalls nur bedingt fündig.

Teilt man den Begriff jedoch in seine Bestandteile auf, so verweisen diverse Lexika bei der Bedeutung des »Co-« sowie des »Ko-« auf ein verkürztes Präfix der Silbe »con-«, das aus dem Lateinischen mit »zusammen« oder »mit« übersetzt wird. Nachschlagewerke offenbaren hierfür weiterhin folgende Bedeutungen: »Räumlich oder zeitlich zu-

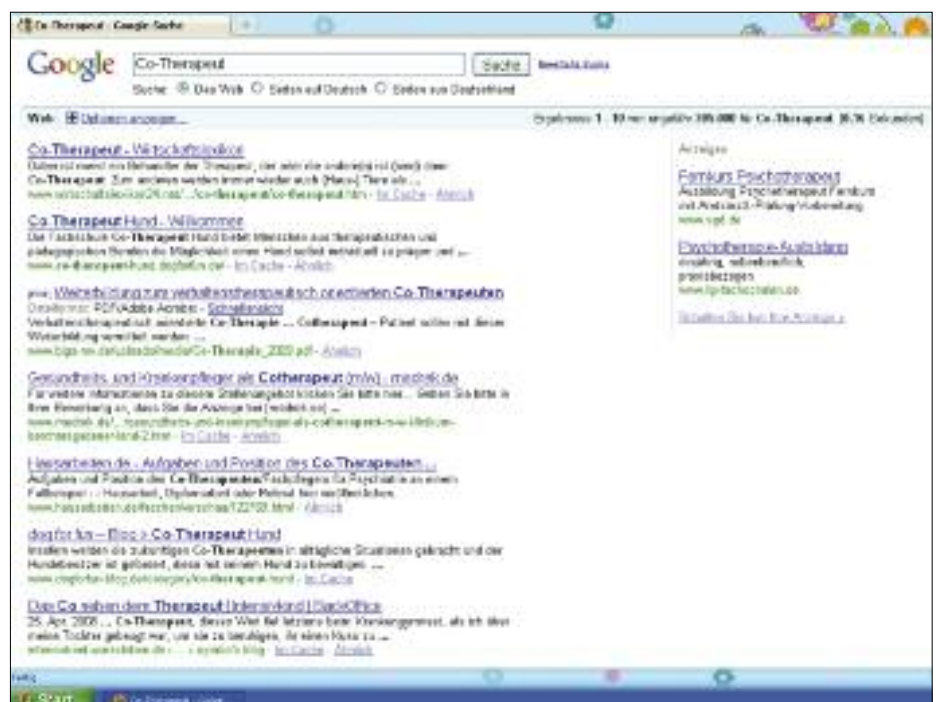


Abb. 1_Die Internetrecherche zum Begriff »Co-Therapeut« erbringt ein Sammelsurium an verschiedenen Treffern

sammenhängend, verbindend, verbunden, gemeinsam, in Beziehung zueinander stehend, eine Annäherung oder Vereinbarung ausdrückend.«

Eine Webseite (1) weist unter dem Synonym »Kotherapeut« darauf hin, dass »mehrere Therapeuten eine Behandlung durchführen«, wobei ein Behandler der (Haupt-)Therapeut ist, der oder die andere(n) der oder die zusätzliche(n) »Co«-(Mit-)Therapeut(en).

Im übertragenen Sinn versteht man unter dem Begriff die aktive Mitwirkung des Patienten an den Entscheidungen beziehungsweise deren Prozesse im Zuge einer Behandlung. Schlagwörter wie »Patientenselbstbestimmung«, »Patientensouveränität« oder »Patientenautonomie« bereiten der Definition eine Basis.

Shared Decision Making

Auf dieser Definition aufbauend erhebt sich auch aus physiotherapeutischer Sicht die Forderung nach einer Beteiligung des Patienten als Co-Therapeuten oder Co-Produzenten seiner eigenen Gesundheit. Dies beinhaltet auch den Patientenwunsch nach verstärkter Aufklärung durch gezielte Informationsbeschaffung. Der Patient soll sich einen möglichst objektiven Überblick verschaffen, welche medizinischen Maßnahmen zu einer erfolgreichen Therapie seiner Krankheitssituation indiziert sind und ob ihm hierfür gegebenenfalls alternative Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen.

In diesem Zusammenhang erscheint der Begriff »Shared Decision Making« (SDM (siehe Glossar)). SDM stellt ein Modell dar, das in seinem Ursprung die partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung verkörpert, die durch einen gemeinsamen und gleichberechtigten Entscheidungsprozess gekennzeichnet ist.

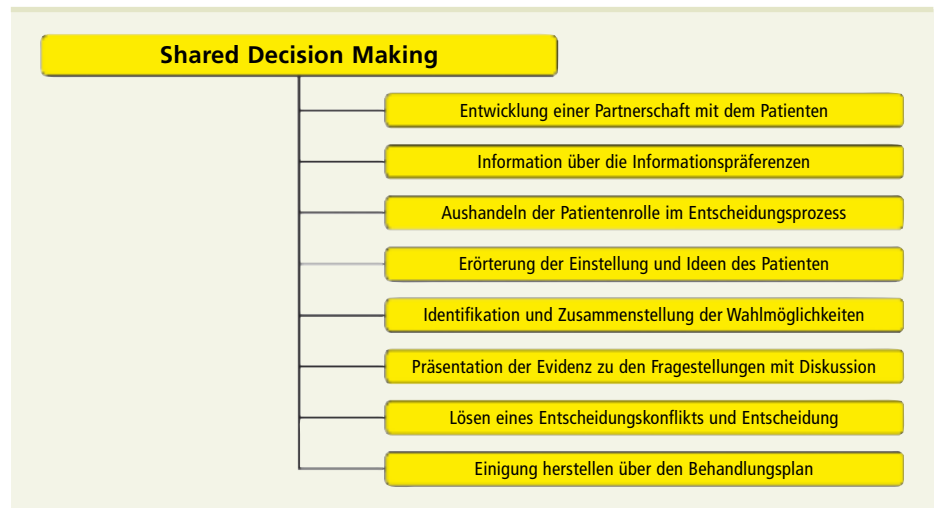


Abb. 2_Entscheidungskette nach Towle & Godolphin (3)

Scheibler & Pfaff (2) definieren SDM als eine »spezifische Form der Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patient, welcher auf geteilter Information und gleichberechtigter Entscheidungsfindung bezüglich Diagnose und Therapie basiert«. Nach Towle & Godolphin (3) kann dieser Prozess als eine Art Entscheidungskette dargestellt werden (Abb. 2).

Kinderphysiotherapie in Erklärungsnot

Doch ist der Entscheidungsspielraum für die Physiotherapeuten relativ klein, da vor der Festlegung wichtiger Behandlungsparameter durch den Arzt kein Informationsaustausch stattfindet (4).

Dadurch stellen sich dem SDM ökonomische Ansätze in den Weg, die in der heutigen Zeit gerade aufseiten der Heilmittlerbringer von großer Bedeutung sind. Als »Erfüllungsgehilfe« des Arztes, der die Diagnose stellt und den Weg zur Therapie vorbereitet und quasi festlegt, muss der Physiotherapeut den Nutzwert seiner angebotenen Leistung darstellen können.

Hier sieht sich vor allem die Kinderphysiotherapie in großen Erklärungsnot

ten, da im Zeitalter von evidence based medicine keine ausreichenden Nachweise für die einzelnen Therapiekonzepte existieren.

Jedoch kann die spezifische Form der Arzt-Patienten-Interaktion, wie sie im SDM-Modell beschrieben wird, nur bedingt mit den Berufsbereichen der Heilmittlerbringer verglichen werden, da es sich zwischen Physiotherapeut und Patienten oftmals um eine viel intensivere Beziehung handelt.

Aktive Partnerschaft

Doch welche Schlussfolgerung lässt sich daraus ziehen? Menschen, die sich aktiv an den Entscheidungen über ihre Betreuung beteiligen, erzielen entschieden bessere gesundheitliche Resultate. Somit bietet SDM eine Methode für die Lenkungsphase der Beratung – mit dem Ziel, eine aktive Partnerschaft von Patient und Professionellem zu erreichen (5). Somit muss aus heutiger Sicht die Rolle des Professionellen neu definiert werden, da die Patienten kritisch hinterfragen und sich mittels elektronischer Medien ihren Problemen widmen.

Der Physiotherapeut hat sich den Anforderungen anzupassen, die >>>

ihm der Patient beziehungsweise die Eltern stellen. Zudem muss er seine Rolle in der Entscheidungsfindung suchen, die sich irgendwo zwischen der Abgabe, dem gemeinsamen Teilen oder gar der kompletten Übernahme von Verantwortung befindet. Liegt diese bei den Eltern, so ist es erforderlich, Nutzen und Risiken gegeneinander abzuwägen.

Das erscheint jedoch schwer umsetzbar, da sich die Eltern betroffener Kinder permanent zwischen Therapeut und dem eigenen Kind bewegen. Sie müssen lernen, Entscheidungen für ihr Kind und damit auch für sich selbst zu treffen.

Gemeinsame Verantwortung

Der Begriff des Co-Therapeuten findet im Zusammenhang mit dem SDM seine Bedeutung auch in der gemeinsam verantworteten Verantwortung für den therapeutischen Weg. Durch gezielten Informationsaustausch und der bestmöglichen therapeutischen Anleitung zur Selbsthilfe wird der Weg für eine erfolgreiche Zusammenarbeit aller am Therapieprozess Beteiligten geebnet. Wie aber kann die Elternrolle im Rahmen der »Co-Therapeuten-Frage« beschrieben werden? In dieser und in einer der nächsten Ausgaben soll aus den unterschiedlichen Sichtweisen eine Definition hergeleitet werden.

Sichtweise des Kindes

»Aktiv handelndes Subjekt«

Das behinderte Kind steht als Patient im Mittelpunkt der Therapie (Abb. 3). Es ist als menschliches Individuum umworben von verschiedenen Bezugspersonen: den Eltern, den Ärzten, den Therapeuten und allen am Therapieprozess beteiligten Berufsgruppen. Sofort nach seiner Geburt durchläuft es eine Vielzahl von

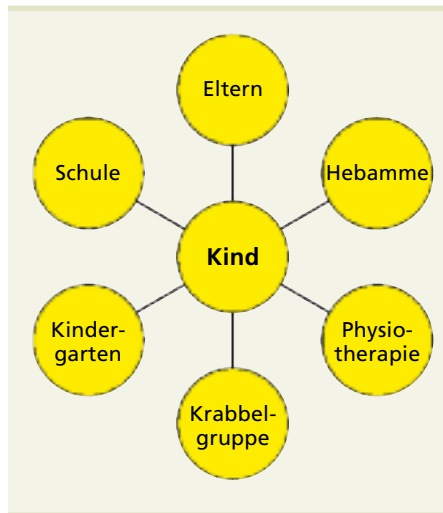


Abb. 3_Viele Bezugspersonen kümmern sich um ein behindertes Kind

Untersuchungen, die alle darauf zielen, die Gesundheit zu bescheinigen oder »die Abweichungen von der Norm« zu detektieren.

Wurde dem Kind unter Freud noch der Status eines »passiven Reflexbündels« attestiert, so erklärt die aktuelle Wissenschaft das Kind zum »aktiv handelnden Subjekt«. Insbesondere die Plastizität des ZNS stellt das Neugeborene als hoch entwickeltes Lebewesen dar, dessen Reaktionen auf die Umwelt gesteuert sind von der aktiven Teilnahme am Entwicklungsprozess seiner selbst. Phylogenetische und nachfolgend ontogenetische Entwicklungsprogramme verhelfen dem Kind zu einer sensorischen Autonomie, die es fortlaufend zu einem kompetenten Individuum reifen lässt.

Gestörter Entwicklungsprozess

Bei einem behinderten Kind jedoch ist diese Kompetenz bedroht und die Qualität des Entwicklungsprozesses nachhaltig gestört. Sobald diese »Abweichung von der Norm« bekannt wird, setzen verschiedenste Förderprogramme ein. Das Kind wird von verschiedenen

Berufsgruppen »versorgt«, die alle nur ein Ziel verfolgen: das Kind und seine Entwicklung zu fördern. Doch wie sieht die Autonomie des Kindes aus und welche Bedürfnisse hat es im entwicklungsbeziehungsweise Therapieprozess?

Weg zur größtmöglichen Selbstständigkeit

Das Kind ist postpartal auf dem Weg sich und seinen Körper kennenzulernen und sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Auch bei einer gestörten Entwicklung beginnt vom Tag der Geburt an derselbe Reifungsprozess wie bei einem gesunden Kind, jedoch mit einer grundlegenden Ausnahme: der einsetzenden Kompensation dieser gestörten Entwicklung! Die hierfür benötigten Mechanismen hängen im Wesentlichen von der Bereitstellung therapeutischen Know-hows und der intensiven Aufklärung der engsten Bezugspersonen – also der Eltern – ab.

Je mehr kognitive Reifung im kindlichen Nervensystem abrufbar ist, umso mehr steigt dessen Fähigkeit zu einer aktiven Mitbeteiligung am Therapieprozess. Dadurch erreicht das Kind die nötige Autonomie auf dem Weg zur größtmöglichen Selbstständigkeit. Doch ist die Entwicklung des betroffenen Kindes nicht von außen planbar, das heißt, sie ist je nach Ausprägung der Schädigung genetisch determiniert und abhängig vom Willen des Kindes auf Selbst- oder Mitbestimmung. Hierbei darf nicht vergessen werden, dass das Kind ohne eine angemessene, therapeutische Intervention keine adäquate Förderung und damit auch Weiter-Entwicklung erlebt.

Kinder sind keine passiven Empfänger

Dies widerspricht dem Ansatz Emmi Piklers (6), die stimulierende Maßnah-

men ablehnt, da diese den individuellen Entwicklungsverlauf stören könnten – eine fragwürdige Ansicht. Das therapeutische Wissen um die ideale Entwicklung stellt keineswegs eine Einschränkung der sensomotorischen Kompetenz des Kindes dar. Vielmehr hilft es dem Therapeuten und dadurch auch den Eltern eine Einstufung zu gewährleisten, anhand dessen sich die Wünsche und Ziele aller Beteiligten definieren und festlegen lassen.

Dies scheint umso wichtiger, da die Kinder nicht passive Empfänger von Übungen standardisierter Programme sein sollen, sondern vielmehr aktive Partner in einem Therapieprozess, zu dem sowohl Übungen als auch stimulierende Entwicklungsimpulse gehören, die das Kind zu einer kompetenten Persönlichkeit heranreifen lassen.

All dies sind therapeutische Grundlagen, die den Eltern unbedingt vermittelt werden sollten, um eine möglichst hohe Compliance in der Behandlung zu erreichen.

Ausblick

Da der Status des Co-Therapeuten einen rein therapeutischen Begriff darstellt, gilt es diesen im Rahmen der Compliance zu definieren. Aufgrund verschiedener Betrachtungsweisen einzelner Therapiekonzepte muss eine Definitionslücke geschlossen werden, um dem Begriff Co-Therapeut eine neue Bedeutung zu geben. Im zweiten Teil wird daher die Sichtweise der Eltern und der Therapeuten diskutiert. ■

ABBILDUNGEN

Alle Abbildungen dieses Beitrags von Tobias Bergerhoff



TOBIAS BERGERHOFF

seit 1995 Physiotherapeut, Manual-Therapeut (mit dem Schwerpunkt Manuelle Therapie für Kinder), SI-Therapeut, Kinder-Bobath-Therapeut sowie Kinder-Vojta-Therapeut; seit 2001 selbstständig in eigener Praxis in Hamburg-Bergedorf mit Schwerpunkt Pädiatrie; Gründungsmitglied sowie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Kinderphysiotherapeuten in Hamburg. **Kontakt:** kontakt@therapiefuerkinder.de



LITERATUR

Quellen (1) bis (4) sowie weiterführende Literatur unter:

www.physiotherapeuten.de
Webcode: 105



LESER FEEDBACK

Über Kritik und Anregungen würden wir uns sehr freuen:

pt.redaktion@pflaum.de