

# med QN news

Neuigkeiten aus den Fachgebieten

Ärztebrief 05

## ➤ „Burnout“ – nicht nur eine Angelegenheit bei Patienten



rapie deutlich besser qualifiziert: Ihre Expertise, manifeste Syndrome und Erkrankungen wie Burnout, Angst, Depression und Sucht als Folge von Stress am Arbeitsplatz schnell und effektiv zu erkennen und zu behandeln, ist deutlich höher.

Neben der Arbeitslosigkeit, vor allem der Langzeitarbeitslosigkeit, wirken insbesondere viele arbeitsplatzbezogene Belastungsmomente und -situationen als dysfunktionale Stressfaktoren und können damit psychische Störungen aller Art hervorzurufen. Sicherlich ist Stress ein notwendiges Phänomen, um

Burnout und seine Symptome finden sich in allen Bevölkerungsgruppen, aber insbesondere auch in helfenden und sozialen Berufen. Ärzte wie Allgemeinmediziner, Internisten, Chirurgen, Anästhesisten und viele mehr sind davon betroffen, da oft der Zeitdruck sehr zugenommen hat und die Zeit für die eigene „Psychohygiene“ und Entspannung immer weniger wird. Gegenmaßnahmen zu einem Burnout sind insbesondere vor verhaltenstherapeutischem Hintergrund gut möglich. Genau hier liegt der Fokus der Bemühungen des Fachgebiets „Psychiatrie und Psychotherapie“. Das, was oft weniger qualifizierte Personen im Beratungs- oder Coachinggewerbe anbieten, dafür sind Fachärzte für Psychiatrie und Psychothe-

eine Leistungssteigerung herbeizuführen. Dabei wird Stress als ein zunehmendes Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen und den eigenen Ressourcen verstanden. In der Folge kann es zu einem Burnout, zu Mobbing und zum Beispiel auch zu Workaholismus kommen. Dysfunktionale Stressfaktoren sind (in absteigender Folge der Wichtigkeit) z.B. hohe Verantwortung, häufige Störungen, Zeitdruck, mangelnde Information, unklare Anforderungen, Arbeitsbedingungen (z. B. Lärm, Hitze), Arbeitszeiten (z. B. Schicht), persönliche Spannungen, geistige Anstrengung, Konflikte mit Vorgesetzten, körperliche Anstrengungen, gesundheitliche Probleme, langweilige Aufgaben, ethische Konflikte, Konkurrenz mit Kollegen.

➤ „Burnout“ – nicht nur eine Angelegenheit bei Patienten ..... 1

➤ Differentialdiagnose kurzer paroxysmaler Bewusstseinsstörung ..... 3

➤ Naturheilkundliche Praxis: Grenzen und Möglichkeiten: Schläffe Paresen ..... 6

### Burnout auch bei Ärzten !?

Als Burnout gilt die akute oder chronifizierte Anpassungsreaktion als Folge von kurzzeitigem oder lang anhaltendem Stress in äußeren und inneren Lebensbedingungen. Dementsprechend ist ein Burnout multifaktoriell bedingt und tritt auf, wenn die Belastung allzu hoch, dauerhaft oder unausweichlich erlebt wird und weder durch eine Bewältigung noch durch Erholungszeiten hinreichend gemildert oder ausgeglichen werden kann. Ein Burnout entwickelt sich in mehreren Stufen. Zu Beginn besteht der Zwang, sich zu beweisen und über die eigenen Leistungsgrenzen hinwegzuschreiten. Dann kommen Vernachlässigung eigener Bedürfnisse und Phasen von Energiemangel und Erschöpfung, gefolgt von zunehmendem sozialen Rückzug, Zynismus und körperlichen Symptomen. Und diese Entwicklung endet bei zahlreichen psychischen Veränderungen im Sinne von Depressionen, Angst und Sucht bis hin zu zunehmender Suizidalität und völliger geistiger, körperlicher und emotionaler Erschöpfung.



Diverse personenbezogene, situative Größen und Faktoren der Organisation begünstigen dieses Geschehen. Da sind z.B. als personenbezogene Faktoren zu nennen:

1) Die Unfähigkeit, Erwartungen und Ansprüche den tatsächlichen Möglichkeiten anzupassen, indem eigene Belastungsgrenzen ignoriert werden, was mit erheblichen Enttäuschungen einhergeht.  
2) Das Zurückstellen persönlicher Bedürfnisse und Interessen für das vermeintliche Hauptziel (berufliche Karriere, Praxis muss laufen, Verantwortung für viele Patienten, etc.).

Situative Risikofaktoren sind u.a. Aufgabenmerkmale (dauerhafte Arbeitsüberbelastung, mangelnde Autonomie, mangelnde positive Rückmeldung), Organisationsmerkmale (Rollenkonflikte

und Rollenunklarheiten, zu viele bürokratische Tätigkeiten, Arbeitsplatzunsicherheit) oder Sozialmerkmale (fehlende Unterstützung von Vorgesetzten, Kollegen, Freunden oder Lebenspartnern).

All dies trifft auch auf Ärzte in ihren unterschiedlichen beruflichen Gegebenheiten, so auch in der Niederlassung als Haus- oder Facharzt zu.

Es gibt mittlerweile einige vor allem angloamerikanische Studien, die das chronische Erschöpfungssyndrom, sprich Burnout bei Ärzten, näher untersuchen. Neben der Tatsache, dass dieses wie in der Allgemeinbevölkerung zunimmt, wird deutlich, dass dauerhaftes Unwohlsein von Ärzten zu Qualitätseinbußen im Gesundheitssystem, also in der Versorgung von Patienten führt: Chirurgen machen OP-Fehler, Anästhesisten missbrauchen Substanzen, Ärzte insbesondere Anästhesisten und Psychiater suizidieren sich. So titelte das Deutsche Ärzteblatt vor 3 Jahren schon: „Arbeitszufriedenheit von Klinikärzten - Wege aus dem Jammertal“. In diesem Artikel wurde über massive Unzufriedenheit durch zunehmende Bürokratisierung, hohen Kostendruck und häufig sich ändernde Rahmenbedingungen geklagt,

alles Symptome, die der Düsseldorfer Medizin-soziologe Siegrist für eine „Gratifikationskrise“ als typisch ansieht.

Wichtig ist dabei, sich klarzumachen, was man auf der individuellen und auf der Ebene der Organisation verändern kann. Zunächst gilt es natürlich, das Problem, beispielsweise eine zu hohe Arbeitsbelastung, zu erkennen. Dann ist es wichtig, Prioritäten zu setzen, die Kontrolle zurückzugewinnen, Arbeitsaufgaben auch einmal nicht zu übernehmen und Pausen zu machen. Dies sind bereits sehr verhaltenstherapeutisch geprägte Empfehlungen, weshalb sie auch der Einsatzort des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie sein sollten.

Bzgl. ärztlicher Kollegen gilt es zu erkennen, dass wir nicht die immer starken, ständig leistungsbereiten „Götter in Weiß“ sind, dass wir auch unsere Pausen benötigen etc. Es gilt die Arbeitszufriedenheit im Klinik- und Praxisalltag zu verbessern; Optimierungsspielräume von Arbeits- und Organisationsstrukturen von Kliniken und Praxis können und sollten verbessert werden. Mäulen hat dies 2010 in zwei Tabellen wunderbar zusammengefasst:

## Infobox 1

### Hilfen für kranke oder gefährdete Ärzte

[www.aerztegesundheit.de](http://www.aerztegesundheit.de)

Webseite mit vielen Fachartikeln über Ärztegesundheit, Fortbildungstermine mit Konzepten für Ärzte, hilfreiche „Links“

[www.agus-selbsthilfe.de](http://www.agus-selbsthilfe.de)

Selbsthilfegruppe für *AnGehörige Um Suizid* (AGUS) – für alle, die durch den Suizid eines nahe stehenden Menschen betroffen sind, Treffen in überregionalen Gruppen

[www.idaa.org](http://www.idaa.org)

Internationaler Verband der Ärzte bei den Anonymen Alkoholikern

[www.be-yourself-beziehungstherapie.com](http://www.be-yourself-beziehungstherapie.com)

Kurse für Burnout-gefährdete Kollegen, Kollegen mit Partnerschaftsproblemen und ihre Partner

[www.aagbi.org/members-wellbeing.htm](http://www.aagbi.org/members-wellbeing.htm)

Webseite der Association of Anaesthetists in Great Britain and Northern Ireland für die englischen und irischen Anästhesisten mit vielen Hinweisen auf Krisenintervention, Hintergrundmaterial für Ärzte, Krisenbewätigung etc.

## Infobox 2

### 10 Empfehlungen für den Arztpatienten (Aus[17])

1. Suche Dir rechtzeitig Hilfe, warte nicht zu lange.
2. Konsultiere einen anderen Arzt außer Dir selbst.
3. Bitte den Kollegen, Dich so zu behandeln, wie jeden anderen Patienten.
4. Vergewissere Dich, dass der Arzt ein Krankenblatt anlegt und dokumentiert, wie sonst auch.
5. Bitte den Arzt, Dir alle Informationen und Empfehlungen zu geben, die er einem anderen Patienten mit derselben Krankheit normalerweise gibt.
6. Keine Abkürzungen! Falls Du stationär behandelt wirst, bitte darum, dass der normale Ablauf und die Untersuchungsroutine eingehalten werden.
7. Gib Dein Bestes, um den Empfehlungen des Arztes bezüglich Krankschreibung, Diät, Medikation etc. zu folgen. Falls Du keine bekommst, sei mutig und frage ausdrücklich danach.
8. Informiere Deine Familie und Freunde, wie es Dir geht. (Meistens fühlen sie ja sowieso, dass etwas nicht stimmt.)
9. Informiere auch Deine Kollegen, selbst wenn Du nicht fehlst oder ausfällst. (Hilf mit, den Mythos zu brechen, dass Ärzte nicht krank werden.)
10. Frage Dich ernsthaft, was Dich krank gemacht hat. Gibt es etwas an Deinem Arbeits- und Lebensstil, das geändert werden könnte oder sollte.

### Expertise von Psychiatern mit Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten bündeln

Psychiater sind von ihrer Ausbildung her ausgesprochen kompetent, manifeste psychische Symptome und Erkrankungen schnell und effektiv zu erkennen und zu behandeln. Sie können bei anfänglichen psychischen Problemen und Unwohlsein beraten und Empfehlungen geben.

Darüber hinaus sind und sollten sie Experten für die Prophylaxe und die Prävention solcher Symptome sein. Denn lange bevor beispielsweise medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden müssen, helfen einfache, vor allem verhaltenstherapeutische Methoden den Betroffenen dabei, ihre psychische und dann meist auch ihre körperliche Gesundheit am Arbeitsplatz erfolgreich wiederzugewinnen und zu erhalten.

Es wäre für dieses Fachgebiet ausgesprochen wichtig, wenn in allen großen Städten in Verbindung mit Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten von großen Einrichtungen wie Krankenhäuser, Behörden und Industrieunternehmen Spezialsprechstunden für arbeitsplatzbezogene Störungen – zum Beispiel „Stress am Arbeitsplatz“ – gegründet würden. Hier Screeningprogramme an-

zubinden, diagnostische Einschätzungen bei Arbeitnehmern durchzuführen, diese mental zu coachen und primärpräventive Maßnahmen im Sinne eines psychischen Wohlbefindens (Wellness) durchzuführen. Psychiatrisch-psychotherapeutische Profis sind dazu viel besser in der Lage als viele Personen, die sich mit einer zweifelhaften Ausbildung und Kompetenz in diesem Berufsfeld tummeln.

### Expertise „vor Ort“ – den Betroffenen da abholen, wo die Erkrankung entsteht

Wichtig ist, diese Expertise für die Betroffenen direkt vor Ort einzubringen. Dann würde die Psychiatrie die Menschen wahrlich an den Entstehungsorten ihrer psychischen Erkrankungen abholen. Zudem könnten Psychiater viel stärker in großen Unternehmen, aber auch in kleineren Praxen sowie im öffentlichen Dienst dazu beitragen, nachhaltige Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen in Richtung Burnout und Mobbing zu implementieren. Neben der Durchführung von Antistressstraining und Entspannungsverfahren wäre es sicherlich sehr gut, aus dem Blickwinkel der Experten für psychische Gesund-

heit, auch Arbeitsorganisationen und Prozessabläufe zu überprüfen, sowie vor allem die Verfahren der Personalauswahl und der Personalentwicklung genau zu betrachten, aber auch für eine permanente Führungskräftebildung sowie eine offene und transparente Kommunikationskultur zu sorgen.

Die Mitarbeit an Arbeitszirkeln zur psychischen Gesundheit könnte daher ebenfalls ein wichtiges Einsatzgebiet sein. Und was hindert uns bei strenger Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, kollegiale Hilfe für betroffene ärztliche Kollegen anzubieten, eventuell auch systematisch zusammen mit Ärztekammer oder KV einen speziellen Krisendienst hierfür.

Und darüber hinaus gibt es viele weitere medizinische Berufsgruppen in den Kliniken und Praxen wie Pflegenden, Arzthelferinnen, TAs, Physiotherapeuten etc., die ebenfalls vom Burnout mal betroffen sein können und dann auch direkter und schneller Hilfe bedürfen.

*Prof. Dr. med. Georg Juckel  
Ärztlicher Direktor des  
LWL-Universitätsklinikums Bochum  
der Ruhr-Universität Bochum  
Direktor der Klinik  
für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Präventivmedizin*

## ➤ Differentialdiagnose kurzer paroxysmaler Bewusstseinsstörungen – eine interdisziplinäre Herausforderung

Paroxysmal auftretende Zustände mit kurzer (< 5 Minuten) Bewusstseinsminderung stellen eine besondere Herausforderung für behandelnde Ärzte dar. Sie müssen Symptome ätiologisch zuordnen und behandeln, die sie nur in Ausnahmefällen selber beobachten können. Eigenanamnesen sind oft unergiebig, Zeugenaussagen bezüglich des Vorkommens, der Sequenz und Dauer einzelner semiologischer Komponenten häufig vage bis falsch. Biomarker (z.B. Laborwerte), die eine retrospektive Diagnose mit hoher Spezifität und Sensitivität ermöglichen würden, stehen nicht zur Verfügung.



Das Spektrum kurzer paroxysmaler Bewusstseinsminderungen mit oder ohne Sturz oder motorischen Entäußerungen umfasst im Wesentlichen epileptische Anfälle, (konvulsive) Synkopen unterschiedlicher Genese, psychogene nicht-epileptische Anfälle und Dyssomnien (**Abbildung rechts**).

Eine Vielzahl weiterer Erkrankungen kann bei längerdauernden Bewusstseinsminderungen mit subakutem Ende einhergehen (z.B. metabolische Störungen, Intoxikationen) die aufgrund unvollständiger Fremdbeobachtung fälschlicherweise für kurze Ereignisse gehalten werden. Klar abzugrenzen sind hiervon Erkrankungen mit protrahierten Bewusstseinsstörungen, die durch den Arzt selber beobachtet und diagnostiziert werden können (z.B. metabolische Störungen und Encephalopathien, intrakranielle Blutungen, Raumforderungen oder Ischämien, neurodegenerative Erkrankungen, non-convulsive Status epileptici, Exsikkose bei älteren Patienten, dissoziativer Stupor, Katatonie).

Ziel der Differentialdiagnostik sollte sein, die Diagnose positiv zu stellen und nicht bloß eine Ausschlussdiagnostik zu betreiben. In der Tat weisen viele Episoden mit kurzer Bewusstlosigkeit Charakteristika auf, die bei Zeugen oder den Betroffenen aktiv erfragt werden können und eine relativ sichere Diagnosestellung erlauben. Eine Zusammenstellung einiger diagnostisch wegweisender Symptome ist in **Tabelle 1 (siehe nächste Seite)** aufgeführt.

Voraussetzung für die Differentialdiagnostik ist folglich eine gründliche, aktive Anamneseeerhebung bzgl. typischer Symptome bei epileptischen Anfällen, Synkopen, dissoziativen Anfällen bzw. Dyssomnien. Gerade bei Epilepsien gibt es zahlreiche Anfallsformen, die von Patienten und Angehörigen gar nicht als solche erkannt und deshalb nicht spontan berichtet werden. Beispiele sind epigastische Auren (DD „Sodbrennen“), morgendliche Myoklonien („Schusseligkeit“) oder komplex-partielle Schläfenlappen-Anfälle (er oder sie „träumt“ manchmal vor sich hin). Wenn eine zur Vorstellung führende kurze Bewusstlosigkeit im Zusammenhang mit anderen paroxysmalen Ereignissen ge-

### Differentialdiagnose für Ereignisse mit kurzer Bewusstseinsstörung (Auswahl)

Zeitspanne	Arzt -	Arzt +
Bis Sekunden	Epileptische Absence, Synkope, Hirnstamm-TIA, Mikro-Schlaf-Episoden bei Narkolepsie, psychogener Anfall	
½ Minute	Synkope, epileptischer Anfall, psychogener Anfall, höhergradige Herzrhythmusstörungen, nächtliche Apnoe-Phasen mit motorischen Entäußerungen, Tag-Kurzschlaf bei Narkolepsie/SAS	
1 Minute	Epileptischer Anfall, rhythmogene Synkopen z.B. Asystolien, Brugada-Syndrom, psychogener Anfall, Tag-Kurzschlaf bei Narkolepsie/SAS	
3-5 Minuten	Epileptischer Anfall (iktual und postiktual), psychogener Anfall, Tag-Schlaf bei Narkolepsie oder SAS	

deutet werden kann, ist eine klare diagnostische Zuordnung ggf. auch ohne aufwändige Zusatzdiagnostik möglich. Ebenfalls wegweisend kann die Berücksichtigung von nicht-paroxysmalen Begleitbeschwerden sein. Eine Kombination von neu manifestierter mnestischer Störung + emotionaler Instabilität/Depression + kurzen Bewusstseinsstörungen verweist auf ein limbisches Syndrom und eine mögliche Temporallappen-epilepsie bei limbischer Encephalitis. Im Rahmen akinetisch rigider Syndrome (z.B. M. Parkinson, Multisystematrophie) treten häufig Synkopen auf. Zum Komplex der Narkolepsie gehören Symptome ohne Bewusstseinsverlust wie kataplektische Stürze auf emotionale Reize oder hypnagoge oder hypnopompe Halluzinationen.

Bleibt die aktive Anamneseeerhebung unergiebig und gelingt es nicht, Video-Aufzeichnungen (z.B. mittels Handy) von den Ereignissen zu bekommen, muss eine ambulante apparative Zusatzdiagnostik erfolgen. Diese umfasst ein EEG (idealer Weise mit kurzer Schlafphase), kardiologisch-rhythmologische Untersuchungen sowie Kipptisch

oder Schellong-Test. Bei provozierbaren Ereignissen sollten die Provokationsbedingungen nachgestellt werden. Die Reihenfolge der Untersuchungen richtet sich nach der vorrangigen Differentialdiagnose.

Letztlich bleibt die stationäre Differentialdiagnostik in einem Epilepsiezentrum und/oder Schlaflabor. Deren spezielle Expertise in Bezug auf paroxysmale Störungen mit und ohne Bewusstseinsverlust sowie die Möglichkeit der Durchführung von Video-EEG-Monitoring und Polysomnographien erlauben in vielen Fällen eine abschließende ätiologische Zuordnung und Empfehlung einer adäquaten Therapie. Auch Patienten mit vermeintlich pharmakoresistenten Episoden mit Bewusstseinsstörung sollten hier vorgestellt werden, um die Korrektheit der bisherigen ätiologischen Hypothese zu überprüfen.

*Prof. Dr. Jörg Wellmer,  
Leiter der Ruhr-Epileptologie*

*Neurologische Klinik,  
Universitätsklinikum Knappschafts-  
krankenhaus Bochum*

# ➤ Differentialdiagnose von Ereignissen mit kurzer Bewusstlosigkeit

	Epileptische Anfälle	Dissoziative Anfälle	Synkopen	Dyssomnien (Narkolepsie, Schlaf-Apnoe-Syndrom)
<b>Symptomen-spektrum</b>	Sehr weit: komplex partielle Anfälle, Absencen, generalisierte Anfälle (tonisch, tonisch-klonisch, atonisch etc.)	Sehr weit: Symptome aus dem gesamten Spektrum motorischer und nicht-motorischer dissoziativer Störungen	Relativ eng: synkopale Bewusstseinsverluste mit oder ohne Sturz und motorische Entäußerungen.	Relativ eng: Imperative Schlafattacken; Zusatzsymptome ohne Bewusstseinsverlust häufig
<b>Motorische Entäußerungen</b>	Nicht immer vorhanden. Einfache oder komplexe Automatismen; Kloni von Rumpf oder Extremitäten; <b>tonische oder tonisch-klonische Entäußerungen mit „typisch epileptischer“ Dynamik; neuroanatomische Logik im Verlauf der Anfälle</b>	Nicht immer vorhanden. Häufig polymorphe, teils aber auch stereotype motorische Entäußerungen; <b>agonistisch-antagonistische Bewegungsmuster; Fluktuierender/undulierender Verlauf; Lange bewegungslose Episoden; bizarre Haltungsschablonen; zugekniffene Augen.</b>	Bei konvulsiven Synkopen <b>Tonierungen oder Kloni der Extremitäten, in der Regel &lt; 10 Sekunden</b> , Ausnahmen möglich	<b>In der Regel keine.</b> Kataplektische Stürze gehen meist ohne Bewusstseinsverlust einher
<b>Vorgefühl</b>	Möglich, z.B. im Sinne einer Aura/einfach-partiellen Vorlaufs	Wird teilweise berichtet, aber eher untypisch	Möglich, prodromale vegetative Symptome, Schwarzwerden vor Augen	<b>Nein</b>
<b>Abrupter Beginn</b>	Möglich, häufig aber langsamer Beginn	Relativ typisch	<b>Typisch</b>	<b>Typisch</b>
<b>Abruptes Ende mit rascher Reorientierung</b>	Nur in Ausnahmefällen (Frontallappenanfälle)	Eher untypisch, allerdings sehr variable Verläufe	<b>Sehr typisch. Patient ist rasch reorientiert, kann Aufforderungen (z.B. Zählen) prompt befolgen</b>	Möglich
<b>Provokationsfaktoren für Anfälle</b>	Selten	Möglich aber nicht zwingend. Auftreten in emotional belastenden und neutralen Situationen möglich. Nie aus dem Schlaf.	<b>Stehen, Schmerzreize, Miktion, emotionale Reize.</b>	<b>Reizarme Umgebung</b>
<b>Labor postparoxysmal</b>	<b>Prolaktin (&lt;1 Stunde) und CK können erhöht sein</b>	<b>Prolaktin und CK üblicherweise nicht erhöht</b>	Prolaktin kann erhöht sein, CK nur bei Sturz	Keine Besonderheiten

Fett gedruckt sind Merkmale mit besonderer diagnostischer Wertigkeit



Bei peripheren schlaffen Paresen handelt es sich um komplette oder inkomplette Paresen der Nerven, distal des ersten Motoneurons bzw. im Verlauf der Nerven.

Am Beispiel der Behandlung der Paresen wird besonders gut deutlich, dass die Naturheilverfahren auch heute fester Bestandteil der konventionell medizinischen Versorgung sind. In der Schulmedizin stellen die Hydro-/Thermo-Bewegungs- plus Elektrotherapie die einzigen möglichen Behandlungsformen überhaupt dar.

Sinnvoll ist eine möglichst frühzeitige Mobilisierung und Aktivierung des Patienten, auch zur Vermeidung von Komplikationen und Sekundärschäden wie Kontrakturen und Thrombosen, durch die Bewegungstherapie in Form der Krankengymnastik und hier vor allem nach Bobath. Sie meint als Therapiekonzept die Bahnung von Bewegungen über die gesamte funktionelle Einheit von Nerv und Muskel. Komplexe Muskelbewegungen werden durch gezielte Applikation folgender Reize initiiert und erleichtert (fazilitiert):

► exterozeptiver Reiz: Taktile Reiz durch flächige Berührung und Griff durch den Therapeuten oder kurze maximal dreimalige Eisabreibung über die betroffene Muskulatur bzw. Muskelgruppe

► propriozeptiver Reiz: Kurze passive Dehnung der entspannten Muskulatur zur Erleichterung des Bewegungsbeginns und der kontrahierenden Muskulatur zur Förderung der Kraftentwicklung telerezeptiver Reize (verbaler Bewegungsauftrag und visuelle Kontrolle)

## ➤ Möglichkeiten und Grenzen der naturheilkundlichen Behandlung: Schlaffe Paresen

Im Vordergrund erfolgt durch das multimodale Behandlungskonzept nach dem Tonusaufbau die Kräftigung und Koordinationsschulung.

Die Vorteile des Bewegungsbades mit Wassertemperatur von 32–34° C sind die Abnahme des Körpergewichtes (um etwa 90%) durch Auftrieb im Wasser. Bei Paresen werden dadurch sonst unmögliche Funktionsmuster wieder möglich; es erfolgt eine verbesserte Mobilisierung.



Im Schlingentisch wird der Patient so gelagert, dass das Gewicht des gesamten Körpers oder einzelner Körperteile unterstützt wird. Gelenke können isoliert mobilisiert und einzelne Muskelgruppen selektiv therapiert werden. Durch Einsatz von Expandern oder Gewichten kann eine selektive Kräftigung

einzelner Muskeln erfolgen. Ausweichbewegungen können gut erkannt und verhindert werden.

Unter den Naturheilverfahren hat die Elektrotherapie bei der Paresenbehandlung besondere Bedeutung: Inaktivierte Muskulatur wird über einen Reizstrom zu Kontraktionen angeregt und auf diese Weise trainiert. Es wird täglich bis 3-mal/Woche bis zum Eintreten von Willkürkontraktionen behandelt, insgesamt 20–30 Sitzungen. Der Patient wird bei der Reizstrombehandlung aufgefordert, die Kontraktion des Muskels gedanklich und durch Bewegen der gesunden Extremität mit zu vollziehen.

Unter den komplementärmedizinischen Verfahren kann vor allem die Akupunktur, frühzeitig eingesetzt, helfen, insbesondere bei N. peroneus Paresen.

*Prof. Dr. med. André-Michael Beer*

### Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. André-Michael Beer, M.Sc.  
Abteilung für Naturheilkunde  
Klinik Blankenstein, Hattingen  
Leiter des Lehrbereiches  
Naturheilkunde,*

*Ruhr-Universität Bochum  
Im Vogelsang 5-11  
D-45527 Hattingen*

## ➤ Impressum:

*Herausgeber:  
Med-QN Netzbüro,  
Tel.: (0234) 547 54 53,  
www.medqn.de  
Redaktion: Herr Dr. Besser,  
Herr Dr. Liesenklas, Herr Prof. Juckel,  
Herr Dr. Tenholt, Frau Wiciok  
Gestaltung: Brigitte Mayer,  
www.b-m-grafikdesign.de  
Fotos: Fotolia.com: © photophonie (1),  
© Maridav (2), © Gina Sanders (3),  
© Christian Jung (6),  
© Robert Kneschke (6), © Kzenon (6)*

