

„Aktives Sitzen nach dem Pörnbacher Konzept“

Als Grundvoraussetzung liegt unserem Sitzkonzept das Verständnis zugrunde, dass es erstrebenswert scheint, Menschen mit Behinderung so zu fördern, dass sie sich bestmöglich entwickeln können. Das heißt, dass eine Lagerung im Rollstuhl (oder in anderen Sitzmöglichkeiten) generell dem Stand der Entwicklung angepasst ist.

Folgende Grundlagen, die über das Pörnbacher Konzept hinaus Anerkennung finden, werden berücksichtigt:

1. Ein Patient (vor allem Kinde) muss von der Entwicklungsreife her fähig sein zu sitzen. Zu frühes Sitzen kann sich nachteilig auf die Entwicklung auswirken. „Besser“ kann hier die Lagerung auf dem Bauch sein – auch beim Transport (z.B. Kinderwagen).
2. Die Sitzmöglichkeiten (Rollstuhl, Therapiestuhl, Sitzschale, usw.) sollte grundsätzlich nur so lange genutzt werden, wie es zum Zwecke der verschiedenen Bereiche des täglichen Lebens erforderlich ist (Transport, Essen, Therapie, Schule, usw.). Es sollten verschiedene Lagerungsmöglichkeiten genutzt werden, vor allem um einer einseitigen pathologischen Entwicklung vorzubeugen.
3. Alternative Lagerungen (Keillagerung, Rollbrettlagerung oder Rotationslagerung), insbesondere solche, die der Weiterentwicklung auf neurophysiologischer Basis dienen, sind dem Stand der Entwicklung im Einsatz zu berücksichtigen, um aktiv zur Verbesserung oder zum Erhalt des Zustandes beizutragen.
4. Was dem Wohl des zu Versorgenden dient, kann Berücksichtigung finden und sollte soweit möglich auch genutzt werden.
5. Eine „ganzheitliche“ Betrachtung sollte jeder Versorgung zu Grunde liegen. Es ist sinnvoll, neben den orthopädischen und pathologischen Gesichtspunkten auch die neurologischen und Entwicklungsfördernden Details zu erarbeiten (visuelle Wahrnehmung, Lagerung der Rezeptorenfelder, Bewegungspotentiale nutzen,...)

Ausführung zum Sitzkonzept:

Da unter Berücksichtigung des aus dem aktuellen Stand der medizinischen und technischen Entwicklung abgeleitete Form der Sitzversorgung heute oft die passive Lagerung Anwendung findet, wird für Versorger-Teams (Techniker, Therapeuten, Pädagogen, Eltern, Ärzte,...), die Bereitschaft zum Umdenken gefordert. Die Grundlage für das „Aktive Sitzkonzept“ als Reformmöglichkeit

des passiven Sitzens baut auf den Grundlagen des Pörnbacher Therapiekonzeptes und auf neurophysiologischen Grundlagen auf. Als Beispiele führen wir die Lagerung zum Essen (aktives Kauen und Schlucken sind in Rückenlage nur unzureichend möglich – wir bitten um Durchführung eines Selbsttests), oder den aktiven Einsatz des Kopfes als Grundlage zur Kommunikation (aus einer passiven Lagerung nach hinten ist dies nur bedingt möglich) an.

Aufbau der Sitz-Lagerung zum „Aktiven Sitzen nach dem Pörnbacher Konzept“:

1. Die Position beim Sitzen ist immer im Detail vor Ort so abzustimmen, dass das dem jeweiligen Zustand und Therapieziel entsprechend bestmögliche Ergebnis für den zu Versorgenden erreicht wird. Aus der Erfahrung erkennen wir an, dass es pathologische Entwicklungen gibt, die unter bestimmten Umständen nicht nach dem „aktiven Sitzkonzept“ zu versorgen sind. Es werden immer primär die speziellen Anforderungen aus dem jeweiligen Zustand des Patienten vor Versorgung mit dem Therapeuten und /oder dem Arzt ausführlich besprochen. Es gilt, die jeweilige Versorgung am besten im interdisziplinären Team festzulegen (kann auch variabel sein).
2. Wir nutzen den Einsatz eines abduzierten Aufbaus des Untergestells oder der Grundsitzschale.
3. Die Sitzfläche wird mit „Original“ Pörnbacher Abduktionsschienung (nur diese Ausführung führt zur idealen Reizung der Aufrichtung in ausreichender Abduktion der Oberschenkel) aufgebaut. Die Schienung sollte nur nach den Grundsätzen des in speziellen Kursen vermittelten Wissens abgeändert werden. Jede willkürliche Veränderung der Abduktionsschienung kann dazu führen, dass die Lagerung nur bedingt aktiv nutzbar ist (ab Juli 2005 wird es vorgefertigte Sitzflächen geben, die von geschulten Technikern einfach in eine Sitzfläche eingearbeitet werden können). Der Bezug der Sitzfläche sollte den Anforderungen (Inkontinenz, Dekubitusgefährdung,...) entsprechen.
4. Nur bei Bedarf wird eine Sitzmulde (oder Schalenführung) so eingesetzt, dass das Becken in keinem Fall in die Passivität gelenkt wird, sondern die Reizung der Aufrichtung immer unter Belastung der Sitzbeinhöcker stattfinden kann.
5. Die Sitzneigungsverstellung kann zur Variabilität der Versorgung genutzt werden (bitte auch elektrisch verstellbare Einheiten beachten, wenn sich der Patient selbst umpositionieren will oder muss).
6. Kontrakturen, Hüftluxationen oder sonstige pathologische Gegebenheiten werden soweit berücksichtigt, dass die Lagerung in keinem Fall nachteiliger als bei passiven Sitzversorgungen sein wird.

7. Die Oberschenken können lateral bei entsprechender Notwendigkeit geführt werden.
8. Die Vorlage des Oberkörpers wird durch die grundsätzlich symmetrische Anlage an den hintern Beckenkämmen direkt von der Basis der Wirbelsäule erreicht. Die asymmetrische Lagerung im Oberkörper kann von geschulten Technikern und Therapeuten zum Gegenhalt von pathologischen Komponenten genutzt werden.
9. Die Anstützung im Rückenbereich muss nur dann in Schalenform angefertigt sein, wenn der Zustand des zu Versorgenden oder der Einsatz der Sitzmöglichkeit (z.B. teilweise Lagerung in der Passivität) dies erfordern.
10. Die Oberkörper-Vorlage soll zu einem Winkel zwischen Oberschenkel und Wirbelsäule (Achtung, entscheidend ist der Winkel im Becken!) von unter 90 Grad führen. Diese Lagerung wirkt sich zur Streckspastik in der Hüfte hemmend aus. Eine spastikrückhaltende Begurtung im Hüftbereich (Oberschenkelgurte) ist meist nur zur Sicherheit oder zur passiven Lagerung erforderlich. Falls möglich oder notwendig, kann mit einer verstellbaren Rückeneinheit (bei medizinischer Notwendigkeit auch elektrisch) gearbeitet werden. Es kann aber auch ausreichend sein, mit einem herausnehmbaren Rückenteil zu arbeiten.
11. Der Einsatz von Spinabügeln oder Spinagurten, die das Becken über dem Ansatz an den oberen vorderen Beckenspinen nach hinten schieben, ist nur dann angebracht, wenn die Pathologie der Hüftposition (bzw. Hüftgelenksfunktion) oder der unteren Wirbelsäule dies eindeutig erfordern (z.B. starke Neigung der Hüftbeugungsmuskulatur oder des Hüftgelenks zur Einnahme einer Position des Gelenkwinkels mit zu starker Vorlage/starke Hyperlordose). Der Gegenhalt zum Spinabügel wird dann am hinteren Beckenkamm so ausgeformt, dass in keinem Fall das Becken über die Sitzbeinhöcker nach hinten kippen kann.
12. Die hohe Armauflage, meist in Form eines Therapietisches (ideal wären einzeln dreidimensional verstellbare Armlagerungsblöcke), dient vorrangig der Stabilisierung des Oberkörpers, damit dieser nicht nach vorne fällt. Die Arme werden maximal in Schulterhöhe positioniert, wobei eventuelle Kontrakturen zu berücksichtigen sind. Im Einzelfall ist hier genau abzustimmen (Testphase) wie die Lagerung zur idealen Ansteuerung des neurophysiologischen „Halteapparates“ sinnvoll und möglich ist.
13. Zum Einsatz in der Therapie, zur passiven Lagerung oder zum Essen werden meistens verschiedene Positionen des Tisches in der Höhe notwendig. Dies kann durch einfache Polsterauflagen auf dem Tisch erreicht werden (Verstellung der Seitenteile ist meist sehr umständlich). Je nach Anforderung sollte die Tischerhöhung abwaschbar und mit seitlichen Führungseinheiten der Arme ausgestattet sein.

14. Die Akzeptanz des Patienten, der Eltern (oder anderer Angehöriger) des Betreuungspersonals und der Therapeuten sollte vor Anfertigung der Sitzversorgung abgefragt werden. Es wird immer darauf hingewiesen, dass ein Rollstuhl oder eine andere Sitzgelegenheit nach den Vorgaben des „aktiven Sitzens“ eine besondere Ausführung haben muss. Speziell die Tischhochlagerung wirkt etwas sonderlich, ist aber für die Gesamtversorgung nur bedingt verzichtbar. Eventuell ist für die Lagerung in der Passivität – bei Kombilösungen - der hohe Tisch nicht notwendig und kann für Außenfahrten abgenommen werden wenn der Oberkörper in Rückenlage stabilisiert wird.
15. Eine Kopfstütze wird nur dann erforderlich sein, wenn die passive Lagerung eingenommen wird, oder der Kopf auch in der Vorlage eine Begrenzung nach hinten benötigt. Sonderkopfstützensysteme können im Einsatz begründet sein, wenn spezielle Vorgaben zu erreichen sind. (Achtung, die meisten Kopfstützen sind nicht für den Transport im Kfz geeignet, bitte immer beim Hersteller der Kopfstütze oder des Rollstuhls rückversichern!).
16. Das aktive Sitzkonzept kann auch im Kfz genutzt werden. Der Sitz wird dann in Vorlage aufgebaut und der Oberkörper wird dann wie im Stuhl mit einem hohen Tisch oder Polster gegen gelagert. Momentan erarbeiten wir auch hier mit einem Hersteller ein Konzept und holen auch eine Stellungnahme von zulassungsrelevanten Stellen ein.
17. Das aktive Sitzkonzept ist umsetzbar bei:
- Therapiebuggys
 - Sitzschalenstühlen
 - Multifunktionsrollstühlen
 - Aktivrollstühlen
 - Leichtgewichts-/ und Standardrollstühlen
 - Therapiestühlen
 - Elektrorollstühlen
 - Kfz-Sitzschalen oder Sondersitzen
 - Standardholzstühlen – leichter Umbau erforderlich

Vorschlag für Versorgungen:

Momentan arbeiten wir an der Umsetzung des „aktiven Sitzkonzept“. Aus den vielen Herstellern und den verschiedenen zum Teil schwer überschaubaren Optionen an den jeweiligen Rollstühlen und Sitzschalen, haben wir uns für die Rollstühle Netti Mini und Netti III der Firma ALU REHAB entschieden. Die Vorgabe beruht auf unserem Qualitätskonzept, in dem wir für Kostenträger sicherstellen wollen, dass teure und für den Patienten evtl. nachteilige langwierige Um- und Nachversorgungen vermieden werden.

So können Optionen direkt vom Hersteller angeboten werden, die zum Aufbau des „aktiven Sitzkonzepts“ notwendig sind. Dem Techniker vor Ort bleibt es aber weiterhin vorbehalten, die Sitzfläche mit Abduktionsschiene, die Ausformung des Rückens und die Hochlagerung in Sonderanfertigung zu erarbeiten. Es wird weiterhin Patienten geben, die „nur“ mit einer Sitzschale nach Körperform versorgbar sind. Es wird aber hoffentlich immer mehr auch die Möglichkeit zum „aktiven Sitzen“ gefördert und gefordert.

Kurse:

Für Techniker bieten wir Ende Juni den ersten Kurs zum Thema „Aktives Sitzen nach dem Pörnbacher – Therapiekonzept“ an. Für ausgebildete Pörnbacher-Therapeuten und Pädagogen sehen wir vor in Refresher-Kursen das Thema „Aktives Sitzen“ aufzuarbeiten.

Aktuelle Informationen zu den Kursen, zu ausgebildeten Techniker und Therapeuten und zu geeigneten Rollstuhlmodellen und Herstellern finden Sie unter:

www.poernbacher-konzept.de

Akzeptanz bei Kostenträgern (Krankenkassen):

Die Akzeptanz der Kostenträger beruht nicht alleine auf den eventuell niedrigen Versorgungskosten, sondern auch auf den in der Praxis erreichten Ergebnissen. Auch die Krankenkassen sind daran interessiert, dass Patienten „besser“ Sitzen, denn dadurch werden eventuell anfallende Sekundärkosten gemindert. Das heißt im Einzelfall, kann eine Versorgung im „aktiven Sitzkonzept“ auch teurer sein (z. B. Sitzschale nach Gipsabdruck mit Option Vorlage und Hochlagerung) als eine herkömmliche Art. Dies führt zu einem variableren Einsatz der Versorgung und sekundär eventuell zu Einsparungen durch die Vermeidung von weiteren Verschlechterungen. Auch die Sekundärkosten werden mittlerweile bei der Berechnung von Versorgungskonzepten berücksichtigt. Somit gewinnen auch die Hilfsmittel zur Pörnbacher-Therapie immer mehr an Akzeptanz durch die Kostenträger. Vor allem gilt es die Wirtschaftlichkeit darzustellen, damit Kostenträger ihre Zustimmung zur Versorgungs- und Therapiekonzepten geben können. Wobei es unser aller Interesse ist, die Kosten für die Versorgung von Menschen mit Behinderung in sozialer und wirtschaftlicher Form zu berücksichtigen. Es gilt den goldenen Mittelweg zu finden, der die Vorgaben aus der Sozialgesetzgebung „anerkannter aktueller Stand des medizinischen Fortschrittes“ unter „Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit“ bestmöglich erreicht. Da wir erwarten dass die Gesetzgebung und Rechtsprechung hier einen

stetigen Wandel vorgeben, sollte das jeweilige Maß des Notwendigen einer Versorgung immer individuell abgefragt werden.

Besonderheit bei der Versorgung von Aktiv- und Elektrorollstuhlfahrern:

! Achtung: Durch die spezielle Ausführung der Sitzversorgung mit Armhochlagerung ist der Einsatz bei aktiven Rollstuhlfahrern und bei E-Rollstuhlversorgungen nur bedingt möglich! Hier gilt es genau abzuwägen, welche Prioritäten zu setzen sind. Gute Sitzhaltung darf sich nur begrenzt nachteilig auf die Mobilität auswirken. Mobilität ist Lebensqualität. Dies ist immer zu berücksichtigen. Elektrorollstühle benötigen bei Armhochlagerung eine Mitteltischsteuerung oder können durch eine Hochlagerung während der Standphasen ergänzt werden.

Zusammenfassung:

Unser Versorgungsansatz stellt eine Art dar, die generell schon immer Berücksichtigung finden konnte. Allerdings hat sich das aktive Sitzen ohne entsprechende Grundlagenerfassung bislang nur zögerlich durchsetzen können. Deshalb bauen wir auf die neurologische bekannten Tatsachen auf und bringen diese in Form von Schulungen und konzeptionellen Entwicklungen an die Personen heran, die täglich in ihrer Arbeit sich die optimale Versorgung von behinderten Menschen als Ziel setzen. Wir bieten die Grundlagen zur individuellen Versorgung, die vor allem die Förderung der Entwicklung und dem Entgegenwirken von eventuellen Verschlechterungen berücksichtigen. Wir wollen und können keine alleinige Richtigkeit für unser Sitz-Konzept herausstellen und arbeiten ständig an der Weiterentwicklung. Unser Konzept kann nicht vollkommen sein, da wir die Variable der ständigen Weiterentwicklung aufgenommen haben. Wir nehmen neue Erkenntnisse vor allem zu einzelnen Problematiken auf, die eventuell zur weiteren Verbesserung der Sitzproblematik im Speziellen oder Allgemeinen führen. Gerne nehmen wir auch Anregungen von Außenstehenden auf, die uns und eventuell viele Menschen mit Behinderung zum Vorteil dienen.

Kontakt zu uns finden Sie unter:

www.poernbacher-konzept.de

oder

Pörnbacher Vertrieb

Handelsvertretung Klaus Seefried

Johanniterstraße 7

91438 Bad Windsheim

Tel.: 09841/685244

Fax: 09841/685255

E-Mail unter: klaus.seefried@poernbacherkonzept.de

Diese Konzeptübersicht wurde ausgearbeitet von:

Traudl Pörnbacher (Entwickelt seit über 25 Jahren das Pörnbacher-Therapiekonzept)

Klaus Seefried (Lehrtechniker zum „Aktiven Sitzen nach dem Pörnbacher Konzept“)

Lehrtherapeutenteam des Pörnbacher Konzeptes

Viele kleine Beiträge von anderen „sitzinteressierten“ Therapeuten, Ärzten, Technikern, Eltern, usw.