Praxis Lamprecht

Newsletter

juli 2025

Praxisleitlinie zur Behandlung von Betroffenen mit Cerebralparese

www.hsh-lamprecht.de

Zusammenfassung der Praxisleitlinie zur Behandlung von Betroffenen mit Cerebralparese

Die Diagnose Cerebralparese (CP) ist der Überbegriff für eine heterogene Gruppe von dauerhaften, aber nicht unveränderlichen Bewegungs- und Haltungsstörungen. Sie entsteht durch eine frühkindliche Schädigung des sich entwickelnden Gehirns [4]. Die Auswirkungen einer CP können Betroffene über ihre gesamte Lebensspanne beeinträchtigen und beeinflussen nicht nur die motorische Kontrolle, sondern auch die Unabhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens, die Teilhabe beim Spielen, an Bildung, sozialen Kontakten und am gesellschaftlichen Leben [2].

In den letzten 20 Jahren haben sich Therapiemaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit CP erheblich weiterentwickelt. Einen entscheidenden Beitrag dazu leistete die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Im Zuge dieses Paradigmenwechsels verlagerte sich der Schwerpunkt von einer primär symptomorientierten Behandlung hin zu einem Top-Down-Training, der durch die sogenannten „F-Wörter“ nach Rosenbaum & Gorter (2012) konkretisiert wurde: **function, family, fitness, fun, friends und future** (auf Deutsch: Funktion, Familie, Fitness, Spaß, Freund:innen und Zukunft). Im Fokus steht dabei besonders das direkte aktive Üben von alltagsrelevanten Aufgaben und Aktivitäten, die für Betroffene persönlich bedeutsam sind. Ziel ist es einerseits funktionelle Fähigkeiten zu fördern, die den Lebenskontext verbessern. Andererseits soll dadurch die gesellschaftliche Teilhabe nachhaltig verbessert werden [1].

Die Prinzipien des motorischen Lernens sind für Kinder genau dieselben wie für Erwachsene: Um ein funktionelles Ziel zu erreichen, muss dieses gezielt in einem alltäglichen oder daran adaptierten Kontext geübt werden. Nur so lassen sich die erlernten Fähigkeiten wirksam auf den Alltag übertragen. Ist das angestrebte Ziel zunächst nicht vollständig erreichbar, empfiehlt sich eine schrittweise Herangehensweise. In so einem Fall sollten Teilaufgaben zunächst isoliert geübt werden, bevor die gesamte Aktivität als Ganzes trainiert wird. Außerdem sollte untersucht werden, ob es Kontext- oder Barrierefaktoren gibt, die dem Therapieziel im Wege stehen [3]. Für die Therapie heißt das konkret, dass zuerst eine gezielte Anamnese und Befundung durchgeführt sowie individuelle Ziele bestimmt werden sollten. Anschließend wird gezielt das trainiert was sich verbessern soll.

Jackman et al., eine Forschungsgruppe aus Australien, haben 2022 eine Leitlinie veröffentlicht, in der sie zum ersten Mal überhaupt evidenzbasierte und praxisnahe Empfehlungen zur gezielten motorischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Cerebralparese geben. Die Empfehlungen der Leitlinie gliedern sich in die zwei Bereiche **Allgemeine Grundprinzipien** und **Evidenzbasierte Empfehlungen.** Die folgende Auflistung fasst die wichtigsten Inhalte beider Bereiche sowie alle 13 Empfehlungen kompakt zusammen:

I. Allgemeine Grundprinzipien

Diese Empfehlungen gelten unabhängig vom Schweregrad der CP und sollen dazu beitragen Rahmenbedingungen für die Versorgung von Betroffenen zu schaffen.

1. Individuelle Zielsetzung durch das Kind bzw. die Familie:
Ziele sollen von den Betroffenen bzw. ihren Angehörigen selbst gewählt werden um die **Motivation (fun) und Teilhabe** zu fördern. Es wird empfohlen die Canadian Occupational Performance Measure (**COPM**) zur Zielfindung zu verwenden und **SMART-Ziele** (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert) zu formulieren.

2. Faktoren ermitteln, die die Zielerreichung einschränken:
Medizinisches Fachpersonal sollte Betroffene gezielt beobachten, befunden und analysieren, um **Barrierefaktoren zu ermitteln**, die eine Zielerreichung einschränken. Dabei sollen sowohl Umwelt-, Kontext- und soziale Faktoren als auch Körperfunktionen berücksichtigt werden.

3. Zielgerichtetes Training statt symptomorientierte Behandlung:
Die Therapieinhalte sollen direkt auf die individuelle Ziele des Kindes ausgerichtet sein und aktives, selbstbestimmtes Üben ermöglichen. Ein weiteres wichtiges Grundprinzip ist dabei ein **„Hands-Off"-Ansatz**, bei dem Therapeut:innen eine beratende Rolle einnehmen und das Kind dazu befähigen, Aufgaben eigenständig zu initiieren und durchzuführen. Darüber hinaus ist **gezieltes Feedback**, idealerweise in die Aufgaben integriert, ein zentraler Bestandteil um die Selbstwirksamkeit, Motivation und den Lernprozess nachhaltig zu fördern.

4. Therapie sollte motivierend sein und Spaß machen:
Die Aufgaben in der Therapie sollen **Spaß machen und herausfordern**, allerdings nicht überfordernd sein. Stress, Schmerzen und weitere unangenehme Belastungen sollen in jedem Fall vermieden werden.

5. Therapie sollte im häuslichen Umfeld oder in einer natürlichen Umgebung stattfinden:
Um den Transfer erlernter Fähigkeiten in den Alltag zu sichern und eine Generalisierbarkeit der Therapieerfolgen zu ermöglichen, sollte die Therapie möglichst in einer Umgebung stattfinden, die dem realen Lebensumfeld des Kindes entspricht oder dieses bestmöglich simuliert.

6. Heimübungen durch Unterstützung der Eltern fördern:
Ein von den Eltern im häuslichen Umfeld durchgeführtes Training wird **nachdrücklich empfohlen**. Es ist eine **wichtige Ergänzung bei einer niedrigdosierten Therapiefrequenz** und kann den **Transfer erlernter Fähigkeiten in den Alltag zu integrieren** fördern. Eltern sollten unterstützt werden, indem sie klar in die Heimübungen instruiert werden und eine Betreuung für Rückfragen angeboten wird.

7. Kinder und ihre Eltern sollen stets Entscheidungsträger sein:
Es führt zu einem besseren Outcome, wenn Kindern und ihren Eltern umfassend über medizinische Erkenntnisse und mögliche Therapieoptionen informiert werden. Durch **gezielte Unterstützung bei der Zieldefinition** können sie so fundierte Entscheidungen über Therapiemaßnahmen treffen. Das Engagement der Eltern ist ein **Schlüsselfaktor** für den Therapieerfolg.

8. Um funktionelle Ziele zu erreichen ist eine hohe Therapiedosis zwingend notwendig: Wird in der Therapie nicht eine bestimmte Schwelle an körperlicher Eigenaktivität erreicht, können funktionelle Ziele nicht effektiv gefördert werden. Aus diesem Grund wird von unterdosierte Therapiemaßnahmen abgeraten. Stattdessen wir ein **zielgerichtetes und intensives Training empfohlen**, bei dem die zielorientierte Aufgabe aktiv und spezifisch geübt wird. Um die notwendige Übungsdosis zu steigern, kann das Training durch ein Heimübungsprogramm ergänzt werden. Da körperliche Funktionen bei CP-Betroffenen mit zunehmendem Alter abnehmen können, ist eine **ausreichende Übungsdosis auch langfristig** entscheidend, um Mobilität, Selbstversorgung und physische Belastbarkeit zu erhalten.

9. Gemeinsame Festlegung der Therapieziele durch Betroffene und interdisziplinäres Team: Die aktive Einbindung des Kindes und seiner Familie in die Zielsetzung wird ebenso empfohlen, wie eine enge multi- oder interdisziplinäre Zusammenarbeit im therapeutischen Team. So soll vermieden werden, dass Ziele innerhalb einzelner Fachdisziplinen verfolgt werden. Es wird empfohlen, dass das Kind bzw. die Familie maximal drei Ziele nennt und diese priorisiert.

II. Evidenzbasierte Empfehlungen

10. Verbesserung von Mobilität:
Die Empfehlung für ein zielgerichtetes und in einem alltagsnahen Kontext stattfindende Mobilitätstraining ist an das Gross Motor Functions Classification System (GMFCS, deutsch: System zur Klassifizierung der grobmotorischen Fähigkeiten) angegliedert. Bei weniger schwer Betroffenen mit einem **GMFCS von I–III** (Fortbewegung ohne Rollstuhl und bis III ohne Supervision möglich) wird ein **tägliches Gehtraining** empfohlen, um die Ganggeschwindigkeit und -ausdauer zu verbessern. Ein Laufbandtraining kann die Dosis und Therapieintensität erhöhen. Für Betroffene mit einem **GMFCS von IV–V** (Fortbewegung im Rollstuhl oder mit Kontakthilfe und Hilfsmittel) wird **ein gewichtsentlastendes Gangtraining** empfohlen, um bspw. die Transferfähigkeit zu fördern. Ein **regelmäßiges Gehen mit Hilfsmitteln** sollte in jedem Fall stattfinden. Für CP-Betroffene mit höherem Unterstützungsaufwand ab einem GMFCS von IV ist es wichtig Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, um die Teilhabe zu fördern. Bei der Auswahl des Therapieinhaltes sollen das Alter, die Fähigkeiten, die Präferenzen und Kontextfaktoren des Kindes bzw. seiner Eltern berücksichtigt werden.

11. Verbesserung von Handfunktionen:
Um Handfunktionen zu verbessern, wird ein zielgerichteter und aufgabenspezifischer Ansatz empfohlen, der sich an den Zielen und den Alltagsaktivitäten orientiert. Bei einer **unilateralen Symptomatik** wird insbesondere „Constraint-Induced Movement Therapie“ (**CIMT**) empfohlen, bei dem Betroffene mit einer leichten oder mittelschweren Parese intensiv den Einsatz der betroffenen oberen Extremität bei Alltagsaktivitäten übt. Ergänzend dazu wird **bimanuelles Training** empfohlen. Bei einer **bilateralen Symptomatik** wird **bei leichter Betroffenen** das „Hand-Arm Bimanual Intensive Training Including Lower Extremity“ (**HABIT-ILE**) empfohlen. Dabei handelt es sich um eine intensive, spielerischaufgebaute Therapieform bei der gezielt beidseitige Hand- und Armaktivitäten (HABIT) mit einem Training der unteren Extremitäten (-ILE) kombiniert werden. Für **schwerer Betroffene** bietet sich die „Cognitive Orientation to daily Occupational Performance“ (**CO-OP**) an. Hierbei handelt es sich um ein kognitives Therapiekonzept, das Kindern helfen soll, alltagsrelevante Ziele durch gezieltes Anwenden Strategien zur Handlungsplanung und Problemlösung zu erreichen.

12. Selbstpflege- und versorgung:
Zielgerichtetes und aufgabenspezifisches Training, durch Therapieansätze wie CO-OP, HABIT und Goal-Directed Training, führt nachweislich zu einer Zielerreichung im Bereich der Selbstpflege- und versorgung. Außerdem werden Umweltanpassungen und der Einsatz von Hilfsmitteln empfohlen, um die **Selbständigkeit** zu fördern.

13. Freizeitgestaltung:
Kinder und Jugendliche mit CP sollen **selbst entscheiden**, wie sie ihre Freizeit gestalten möchten. Es ist wichtig, dass die Freizeitgestaltung auf ihre Wünsche abgezielt ist und individuelle Umwelt-, persönliche und soziale Barrieren überwunden werden, die die **Teilhabe** einschränken.

Referenzen:

[1] Jackman M, Sakzewski L, Morgan C, Boyd RN, Brennan SE, Langdon K, Toovey RAM, Greaves S, Thorley M, Novak I. Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. Dev Med Child Neurol. 2022 May;64(5):536-549. doi: 10.1111/dmcn.15055. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34549424.

[2] Jones RA, Riethmuller A, Hesketh K, Trezise J, Batterham M, Okely AD. Promoting fundamental movement skill development and physical activity in early childhood settings: a cluster randomized controlled trial. Pediatr Exerc Sci. 2011 Nov;23(4):60015. doi: 10.1123/pes.23.4.600. PMID: 22109783.

[3] Mastos M, Miller K, Eliasson AC, Imms C. Goal-directed training: linking theories of treatment to clinical practice for improved functional activities in daily life. Clin Rehabil. 2007 Jan;21(1):47-55. doi: 10.1177/0269215506073494. PMID: 17213241.

[4] Rosenbaum P, Gorter JW. The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child Care Health Dev. 2012 Jul;38(4):457-63. doi: 10.1111/j.1365 2214.2011.01338.x. Epub 2011 Nov 1. PMID: 22040377.

[5] Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, Dan B, Jacobsson B. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007 Feb;109:8-14. Erratum in: Dev Med Child Neurol. 2007 Jun;49(6):480. PMID: 17370477.