

Hilfsmittel in der Hippotherapie

Von Stephanie Tetzner

Dieser Artikel bezieht sich auf mögliche Hilfsmittel, welche insbesondere zur Verbesserung des Sitzes des Patienten in der Hippotherapie eingesetzt werden können. Bei motorisch eingeschränkten Patienten in der Heilpädagogischen Förderung mit dem Pferd oder in der Ergotherapeutischen Behandlung mit dem Pferd kann eine Verwendung von Hilfsmitteln ebenso sinnvoll sein. Auch in der Anfängerphase des behinderten Reiters kann das ein oder andere hier erwähnte Hilfsmittel erwogen werden. Später sollte der Reiter möglichst mit einem entsprechenden Sattel versorgt werden.



Ein Pad oder eine Decke mit Therapiegurte ist zweifelsohne die häufigste Ausrüstung eines Pferdes in der Hippotherapie. Und das ist auch richtig so!

Das Ziel der Hippotherapie ist eine Bewegungsübertragung vom Pferd auf den meist neurologisch erkrankten Patienten. Es soll auf den Rumpf des Patienten eine gangtypische Bewegung übertragen werden. Dies ist funktionell nur möglich, wenn die Wirbelsäule in der korrekten Mittelstellung aufgerichtet ist.

Hier eine Aufstellung der normalen WS- und Hüftgelenkbeweglichkeiten:

Physiologische WS-Beweglichkeit

Rotation:	ca. 5° LWS
(Drehung)	ca. 35° BWS
	ca. 50° HWS

Lateralflexion:	ca. 20° LWS
(Seitneigung)	ca. 20° BWS
	ca. 40° HWS

Flexion/Extension:

(Vor- und Rückbeugung)

ca. 60° LWS ventral Flex/
ca. 35° Dorsal Ext.;
ca. 105° BWS ventral Flex/
ca. 60° Dorsal Ext.;
ca. 40° HWS ventral Flex/
ca. 75° Dorsal Ext.;
gesamt 110° Ventral
gesamt 140° Dorsal

Physiologische

Hüftgelenksbeweglichkeit

Flexion / Extension	145°/0/20°
IRO/ARO	30°/0/60°
Abd/Add	45°/0/30

In der Funktion gilt, dass Hüft- und Wirbelsäulenbewegungen durch weiterlaufende Bewegungen nicht wirklich von einander trennbar sind.

Weiterlaufende Bewegungen zwischen Wirbelsäule und Hüftgelenken
Flex / Ext. der Hüfte

==> Flex / Ext. In der WS

Abd/Add der Hüfte

==> Lateralflexion in der WS

Iro/Aro der Hüfte

==> Ventral Flex / Dorsal Ext.

Leider haben die meisten Patienten, die in die Hippotherapie kommen, häufig deutliche Einschränkungen, die ihnen eine Aufrichtung der Wirbelsäule unmöglich machen.

Dies können neben der neurologischen Symptomatik wie

* Hypotonie

* Hypertonie

* Dystonie

* Ataxie etc. auch

primär oder sekundär entstandene orthopädische Einschränkungen sein wie

* Kontrakturen der Hüftgelenke

* Hüftdysplasien

* Musk. Kontrakturen der

Hüftüberspannenden Muskulatur

* WS-Fehlhaltungen oder

Fehlstellungen

* U.a.

Das wichtigste ist und bleibt aber der Therapiegurt:

A) Der Eingriffgurt

Wirkungsweise:

* Der Patient braucht nicht so viel Abduktion (Abspreizung) wie beim zweigriffigen Gurt

* Die meisten Patienten sitzen dadurch im tiefsten Punkt des Pferderückens.

* Durch den feststehenden Griff, der zur Armlänge der meisten Patienten passt, wird eine evtl. notwendige Stützfunktion ermöglicht.



**Eingriffgurt von
Sattlerei Michael Ruoff**

Der Eingriffgurt kann gut mit dem Fellsattel kombiniert werden.

Wirkungsweise:

* Der Fellsattel bietet durch die hohe Reibung keine Rutschtendenzen

* Er hat (siehe Abbildung) hinten auch einen Keil eingearbeitet, gibt also die Beckenkipung vor.

B) Zweigriffiger Gurt

Bietet eine größere Unterstützungsfläche bzw. Haltefläche.



Fellsattel der Firma Christ

Achtung, meistens sitzen die Patienten zu weit hinten, entsprechend stimmt die Bewegungsübertragung nicht und das Pferd wird durch den nach hinten verschobenen Sitz des Patienten übermäßig belastet.

Zwei Beispiele zum Einsatzbereich des Eingriffgurtes



Jugendliche mit Z.n. Infantiler Cerebralparese

- * Sitz mit ventral gekipptem Becken und Hyperlordose und Hüftbeugung
- * Leichter Adduktoren – Hypertonus
- * Hüftbeweglichkeit deutlich eingeschränkt
- * Wenig Rumpfstabilität



Erwachsene Patientin mit MS, als Hauptsymptomatik eine Ataxie

- * Oder bei Tendenz zur Ventralneigung
- * Becken häufig leicht ventral gekippt
- * Beine normoton
- * Ataktisches Gangbild
- * Hypertonus lumbal dorsal und cervical

Einsatzbereiche besonderer Hilfsmittel

Hat der Patient funktionell nicht die Möglichkeit, den optimalen Reitsitz einzunehmen, so kann es sinnvoll sein, den Patienten mit besonderen Hilfsmitteln zu unterstützen, um die Bewegungsübertragung zu optimieren.

Die verschiedenen Hilfsmittel werden anhand von Patientenbeispielen vorgestellt.



Eine jugendliche Patientin Z.n. ICP mit teilweise fixierten Fehlhaltungen

- * WS in durchgängiger Kyphose
- * Ventrale Tonuserhöhung
- * Extremer Hypertonus der Beine mit Schmerzen
- * Kaum Hüftbeweglichkeit
- * Angst vor Schmerzen

Bei schmerzhaften Hüftgelenken, bei denen keine Kontraindikation vorliegt bestehen folgende Möglichkeiten:

Man kann mit Pelotten unter dem Knie schmerzhaftes Hüftgelenke entlasten (bevorzugt auf beiden Seiten)



Klettpelotten der Sattlerei Ruoff

Gelegentlich kann diese Entlastung auch durch Steigbügel erfolgen

Vorteil von Steigbügeln:

- * Sie sind in jedem Stall vorhanden
- * Können bei guter Lage (Beinlage Rtg. Reitsitz) die gangtypische Bewegung in Bein und Fuß übertragen
- * Können ein physiologisches Widerlager bieten

Nachteil von Steigbügeln:

- * Lage des Riemens unter dem spastischen Bein meist problematisch
- * Sicherheit ist zu beachten: Schuhe der Patienten sind meist ungeeignet
- * Können Spastik auslösen



Großer Keil der Sattlerei Ruoff

Auch eine Unterstützung der Patientin mit einem Keilkissen kann sinnvoll sein.

Hierbei wird das eingeschränkte Hüftgelenk durch leichte Kippung des Beckens nach ventral entlastet und ermöglicht so wiederum die Bewegungsübertragung in die Wirbelsäule.

Dies funktioniert natürlich nur bei ausreichender Möglichkeit, sich über der veränderten Position des Beckens auf zu richten.

Liegt neben einem zu hohen Adduktorentonus eine gute Hüftbeweglichkeit und ausreichend Kraft im Rumpf vor, kann auch ein Therapiesattel, in diesem Fall ein Spezialsattel sinnvoll sein.

Spezialsattel:

- * Bietet zusätzlich sehr viel Führung für den Rumpf
- * Gibt die Lage der Beine vor und hält kurz einschließenden Spasmen gegen, dies kann bei bestimmten Patienten sinnvoll sein.



**Erwachsene Pat. Z.n. kompletter Querschnittlähmung TH 8
Spezialsattel der Firma Kieffer**



Therapiesattel der Firma Prestige

Wirkung des Therapiesattels:

- * verschmälert das Pferd
- * Kippt das Becken nach ventral
- * Hat eine korrekte Steigbügelabhängung
- * Verstärkt durch den verlängerten Hebel die Bewegungsübertragung



Kleine Patientin mit einer massiven dystonen Bewegungsstörung

- * Wenig Tonus im Rumpf
- * Keine Möglichkeit sich durch Halten am Griff Stabilität zu bieten
- * Statt zu zweit die Patientin zu stützen, kann hier der Einsatz eines Klotzes vor dem Patienten sinnvoll sein. Allerdings nur wenn der Patient über einen Unterarmstütz verfügt



Harter Schaumstoffklotz

Der Klotz ist sinnvoll:

- * wenn es dem Patient gelingt, durch den UA-Stütz die Rumpfaufrichtung zu erzielen
- * durch den UA-Stütz kann es evtl. zur Reduzierung der Bewegungsunruhe in Armen und Rumpf kommen.
- * Er sollte leicht vom Pferd zu entfernen sein, da die Nutzung für den Patienten anfangs meist sehr anstrengend ist
- * und stabil liegen, ohne das Pferd zu stören.
- * Das Pferd muss an den Klotz gewöhnt werden.



Breiter Sicherungsgurt mit Klettverschluss

Auch ein sehr breiter Sicherungsgurt kann unter Umständen den instabilen Rumpf etwas unterstützen und so zur verbesserten Aufrichtung beitragen.



Halber Keil der Sattlerei Ruoff

- * Ein einseitiges Einsetzen einer Erhöhung unter dem Becken sollte sehr gut durchdacht werden.
- * Meist kann die Symmetrie des Reitsitzes durch sinnvolle Auswahl der Bahnfiguren leichter erzielt werden.
- * Dies ist bei Verwendung des einseitigen Keiles dann nicht mehr möglich.
- * In seltenen Fällen, bei fixierten Fehlhaltungen, kann der einseitige Keil die Bewegungsübertragung verbessern.



Der Therapeut sitzt hinter dem Patienten

Vorteile:

- * Die Behandlung ist für Patient und Therapeut wesentlich weniger anstrengend
- * Für den Therapeut ist das Handling sehr viel einfacher
- * Das dystone Mädchen bekommt hier sehr viel Unterstützung

Nachteile:

- * Meist ruhen sich die Patienten hier viel aus
- * Diese Form der Behandlung ist für den Therapeuten sehr gefährlich
- * Unfälle gehen meist mit schweren Verletzungen des Therapeuten einher
- * Das Pferd wird wieder sehr weit hinten im Rücken belastet

Anzeigen

Kleinanzeigen

Reitpädagog / Voltigierpädagog gesucht. Verein zur Förderung für Therapie mit dem Pferd (THERAP e.V.) in Bergisch Gladbach / Refrath sucht eine Fachkraft für heilpädagogisches Voltigieren / Reiten für samstags vormittags zwischen 10 und 14 Uhr. Die Tätigkeit wird auf Honorarbasis vergütet.

THERAP e.V., Bergisch Gladbach / Refrath, www.therap-ev.de

Ansprechpartnerin: Lisa Tepass, Tel.: 0170 99 14 741

Honorarkraft HFP in Münster gesucht für einige Stunden in der Woche (auch samstags).

Kontakt: Claudia Krützkemper, Tel.: 0251 – 13 64 550.

E-Mail: info@pferde-die-staerken.de

Internet: www.pferde-die-staerken.de

Max, Therapiepferd mit langjähriger Erfahrung, 1,30 m Stockmaß, 8 Jahre, Fuchs, voltigiert, geritten, Ein- und Zweispännig gefahren, zu verkaufen (Altmarkt, Sachsen-Anhalt). Preis: VB

Kontakt: Bettina Stachow, Tel.: 0171-37 32 119

Dipl. Psych.(29J.) mit Pferd & Hund sucht ab Herbst Anstellung in heilpäd./therap. Einrichtung (DRA III&DLA IV vorhanden).

Kontakt: flashsrhiannon@gmx.de

Sicherungsgurte

Je nach Betrieb werden verschiedene Modelle von Sicherungsgurten eingesetzt.

Erläuterung der Abkürzungen:

HFP	Heilpädagogische Förderung mit dem Pferd
WS	Wirbelsäule
HWS	Halswirbelsäule
BWS	Brustwirbelsäule
LWS	Lendenwirbelsäule
IRO	Innenrotation
ARO	Außenrotation
Flex	Flexion(Beugung)
Ext	Extension(Streckung)
ABD	Abduktion (Abspreizung)
ADD	Adduktion (Anspreizung)
Pat.	Patient
Z.n.	Zustand nach
MS	Multiple Sklerose
ICP	Infantile Cerebral Parese
Rtg	Richtung
Querschnitt-	
lähmung TH 8	Lähmungsniveau auf Höhe des 8 ten Brustwirbels
UA-Stütz	Unterarmstütz