

Andreas Alt / Michael Sommer

PT Evidenzbasierte Physiotherapie verstehen

Inhalt

Zum Selbstverständnis der Physiotherapie	11
Das Potenzial der evidenzbasierten Physiotherapie	16
Bedarf an evidenzbasierten Lern- und Lehrinhalten	17
Evidenzbasierte Untersuchungs- und Therapiemodule	19
Das Flaggensystem	19
Das RPS-Modell nach Steiner	23
Die Zielerreichungstheorie	25
Das Graded-Exposure-Programm	27
Evidenzbasiertes Schmerzmanagement	29
Vorteile der evidenzbasierten Physiotherapie für das Gesundheitswesen	30
Das Potenzial der wissenschaftsbasierten Physiotherapie	31
Zur evidenzbasierten Physiotherapie durch Wissenschaft	34
Wissenschaftliche Gütekriterien zur Entwicklung von Evidenz	36
Wie man Studien richtig interpretiert	40
Literaturrecherche	43
Nutzung von Suchmaschinen	43
Literaturauswahl	44
Speicherung und Darbietung der passenden Literatur	45
Der Goldstandard	46
Das Verzerrungsrisiko bei der Interpretation von Studien	47
Bestätigungsfehler (Confirmation Bias)	47
Ankerheuristik (Anchoring Bias)	47
Blind Spot Bias	48
Attributionsfehler (Correspondence Bias)	48
Dunning-Kruger-Effekt	48
Medizinische und klinische Relevanz	48
Take-Home Message zur evidenzbasierten Physiotherapie	50
Fallbeispiele	52
Low Back Pain	53
Screening und Safeties	53
Anamnese	55

Fragebogen	58
Hypothesenbildung	58
Vermittlung und Abstimmung des Therapiekonzepts	59
Therapiekonzept	60
Insertionstendopathie der Patella	63
Screening und Safeties	63
Anamnese	64
Fragebogen	66
Hypothesenbildung	66
Vermittlung und Abstimmung des Therapiekonzepts	66
Therapiekonzept	68
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	70
Screening und Safeties	70
Anamnese	72
Fragebogen	74
Hypothesenbildung	74
Vermittlung und Abstimmung des Therapiekonzepts	74
Therapiekonzept	76
Morbus Parkinson	78
Screening und Safeties	78
Anamnese	78
Fragebogen	83
Hypothesenbildung	83
Vermittlung und Abstimmung des Therapiekonzepts	83
Therapiekonzept.	84
Tipps zum fachlichen Diskurs	87
Zukunftsvision	91
Schlusswort	93
Literatur	94

1 Zum Selbstverständnis der Physiotherapie

Äußerungen, wie „Wer heilt, hat recht!“ oder „Die Physiotherapie ist ein ‚Handwerk‘, wobei es auf Erfahrung und nicht auf Wissenschaft ankommt!“, sind derzeit immer noch weit verbreitet. Doch warum erlangten solche Argumente eine derartige Aufmerksamkeit? Wahrscheinlich liegt es an den Fragen, die sich viele Akteure aus der modernen Physiotherapie (PT) seit einiger Zeit stellen und auch an ihr direktes Umfeld adressieren. Dabei denken wir vornehmlich an Schüler und Studenten, die ihre Lehrer, Dozenten, Arbeitgeber und Praktikumsbetreuer auf das aktuelle Selbstverständnis ihres zukünftigen Berufs ansprechen.

Zur Aufklärung darüber, wie es überhaupt zu diesem berufsinternen Diskurs kam, soll der folgende Ausflug in die Geschichte der Physiotherapie helfen:

Aus der Geschichte der Physiotherapie werden die Schwierigkeiten der bisherigen Entwicklung dieses Berufszweigs – vor allem in Deutschland, aber auch weltweit – ersichtlich (1). Gleichzeitig zeigen sich hier wertvolle Optionen, die sich unter Beachtung der therapeutischen Hinweise in der Disziplin ergeben. In der Vergangenheit basierten physiotherapeutische Herangehensweisen und deren Erklärungsmodelle überwiegend auf empirischen Daten (Beobachtungen) (1–3). So entstanden die bis heute weit verbreiteten Ansichten zur Effizienz (Wirkung, Notwendigkeit und Nutzbarkeit) und der Effektivität (gezielte Funktionalität) von Therapien. Sie bezogen sich, grob kategorisiert, auf Applikationen wie Kälte, Wärme, elektrische und magnetische Reize.

Der damaligen Auffassung entsprechend, definierte man vor den 1970er-Jahren die scheinbar „relevante“ Therapie (2, 3). Eine systematische,

auf validen (genauen, signifikanten, objektiven, reproduzierbaren) Erkenntnissen beruhende Ausrichtung des fachlichen Bestrebens lag zu der Zeit weit entfernt (2, 4). Einzige Ausnahmen lieferten lange nur Tierexperimente oder übernommene Annahmen aus anderen medizinischen Disziplinen, wie z.B. der ärztlichen Therapie. Was fehlte, war die direkte Verbindung mit Physiotherapie als einer eigenständigen (autonomen) Profession. Dennoch verstand man es als „völlig normal“, die primär strukturbezogen gedachten und daher biologischen Erklärungen als Grundlage der physiotherapeutischen Maßnahmen zu beschreiben und zu nutzen. Die Erklärungen waren wechselnd, zusammenhangslos, oft sogar konträr (2, 3).

Es herrschte die allgemeine Annahme, man würde durch die strukturell orientierten Applikationen sinnvolle und langfristige Reaktionen im menschlichen Körper erwirken, anstatt mittels therapeutischer Fokussierung im Sinne der psychosozialen Begleitung vorzugehen. Das Endziel, nämlich eine bessere Belastbarkeit und Selbstständigkeit zu bewirken, fehlte. In diesem Jahrzehnt verschaffte man der Physiotherapie auch in Deutschland zumindest eine Stellung in der Medizin. Was dabei fehlte – und im deutschsprachigen Raum erst in der Gegenwart detaillierter betrachtet wird –, war die nachhaltige, medizinisch und klinisch sowie volkswirtschaftlich relevante Ausrichtung (1, 2). Durch die Investitionen in Richtung einer akademischen und damit wissenschaftsfreundlichen Ausbildung in anderen Ländern wurde zunehmend klar, dass für eine bestimmte Behandlungsform nicht bei allen Betroffenen gleiche oder signifikante, sondern oftmals sehr unterschiedliche Ergebnisse zu „prognostizieren“ sind – ein willkommener Grund, die Wissenschaft voranzutreiben (5).

Interessanterweise erkannte man bereits in den 1970er-Jahren gerade in für die Strukturbehandlung bekannten Krankenhäusern den erfolgsverbessernden Effekt der psychosozialen Unterstützung (4). Dennoch scheint dieser Faktor bis heute ein großes Manko in der deutschen Physiotherapie zu sein und sein Potenzial nicht weitestgehend genutzt zu werden. Für die Integration des psychosozialen Faktors spricht aber schon bereits die allseits bekannte Haltung, dass es jemanden unterstützt, wenn ihm gut zugeredet und er ermutigt wird. Das gilt auch für die Beziehung zwischen Patienten und Hilfeleistern.

In den darauffolgenden Jahrzehnten entdeckten Physiotherapeuten mehr und mehr für sich die Relevanz einer erweiterten medizinischen Perspektive (3, 6, 7). Es setzte sich die Überzeugung durch, dass die psychologische Komponente einen wichtigen Zusammenhang im therapeutischen Gelingen erklären würde. Eigene Untersuchungen fanden allerdings noch sehr selten statt. An dieser Stelle wurde – als Erkenntnis der Wissenschaft – der psychosomatische Aspekt nun auch in die Physiotherapie, wie zuvor bereits bei der Medizin, eingeführt. Der Kern aus diesen neuen Überlegungen war das Verständnis für die emotional-affektive Erfahrung des Patienten und damit die Beeinflussung seines Regenerationsvermögens. Es war bekannt, dass Sorgen, Ängste oder Stressoren den Menschen unter Umständen erkranken oder auch nicht genesen lassen (8, 9).

Waren es anfänglich nur mühselige Unterfangen zur Aufnahme von Entspannungstherapien wie z. B. die „postisometrische Muskelentspannung“ als festen Ausbildungsbestandteil, so gewann aber in den Folgejahren die wissenschaftliche Herangehensweise an Bedeutung und führte zu Beginn der 1990er-Jahre zu inkonsequenten Versuchen, die Entwicklung einer akademischen, wissenschaftlichen Ausbildung in Deutschland zu forcieren. Dies scheiterte allerdings frühzeitig mit der Wirkung des neuen Berufsgesetzes (MPhG) im Jahr 1994, was zur

Folge hatte, dass die Akademisierung in weite Ferne rückte (2). Aufgrund der fehlenden internationalen Vernetzung und einer Berufsdefinition, die eine schlichte Abhandlung aus dem Massageberuf darstellte, konnte in Deutschland keine eigenständige wissenschaftliche Arbeit geleistet werden (2, 4). Die Kritik an dieser Entwicklung ließ logischerweise nicht lange auf sich warten.

Interessant ist an dieser Stelle ein Hinweis auf die Geschichte der Schmerzphysiologie. Diese hat die Physiotherapie maßgeblich begleitet, wie man allein am Beispiel der „unspezifischen Rückenschmerzen“ kaum übersehen kann – wer kennt sie nicht? Eine evidenzbasierte Kenntnis in Verbindung mit der aus heutiger Sicht „modernen“ Schmerzphysiologie hätte schon vor vielen Jahrzehnten zu einer ganz anderen Behandlungsweise führen können. Das führt zu einer etwas bitteren Erkenntnis: Die bis heute häufig anzutreffende, rein mechanisch und strukturell geprägte Orientierung hätte den gegenwärtigen Stellenwert nie erreichen müssen, wenn man auch in der Physiotherapie Wissenschaft gefördert hätte. Erstaunlich ist, dass die wesentlichen Faktoren zur Entstehung und Vermeidung von Schmerzen schon im 17. Jh. untersucht und nach heutigen Erkenntnissen richtig gedeutet wurden (10–13). Zwar verspätet, aber seit den 1980er-Jahren begannen Physiotherapeuten, sich zumindest vereinzelt mit der Gehirnforschung zu beschäftigen. Sie gilt bis heute als eine der hochwertigsten Ausrichtungen (14, 15). Deshalb liegt der biopsychosozial orientierte Analyse- und Lösungsansatz mit all seinen therapeutischen Ableitungen (psychosoziale Analysen, Goal Setting, Motivational Interviewing, Graded Interventionen, Fear Avoidance, Progressive Exercises usw.) der heute relevanten physiotherapeutischen Wissenschaft zugrunde (1, 4, 16).

Die bisher geschilderten Fakten führen zu unvermeidlichen Fragen: „Wie soll das Potenzial der wissenschaftlich orientierten Physiotherapie freigesetzt werden? Wo liegen die Grenzen?“

2 Das Potenzial der evidenzbasierten Physiotherapie

Wir starten dieses Kapitel mit einer positiven Aussage: Immer mehr junge deutsche Physiotherapeuten schätzen Evidenz, was eine stetige Zunahme der Studiengänge nach sich zieht (1). Doch was genau bedeutet das? Zweifel an der Umsetzbarkeit der Akademisierung der Physiotherapie sind nachvollziehbar. Wegen der zunächst komplex wirkenden Details bei den wissenschaftlichen Grundlagen kann Enttäuschung oder Frustration aufkommen, aber auch im Hinblick auf die daraus ableitbaren, vermeintlich aufwendigen Ausbildungsanpassungen.

Im weiteren Verlauf stellen wir verschiedene physiotherapeutische Aktionsfelder vor, in denen die Evidenz für einen Mehrwert sorgt und von deren Intensivierung alle Beteiligten (Schüler/Studenten, Dozenten, Kliniker, Patienten usw.) profitieren würden. Einen Einblick in die Therapiemöglichkeiten, die wir schon heute nutzen können, zeigt die Behandlungspyramide (Abb. 2.1) (2). Sie vermittelt die Hierarchie der physiotherapeutischen Methoden, die an die bestmögliche klinische Relevanz und damit auch an die medizinische Relevanz angepasst sind.

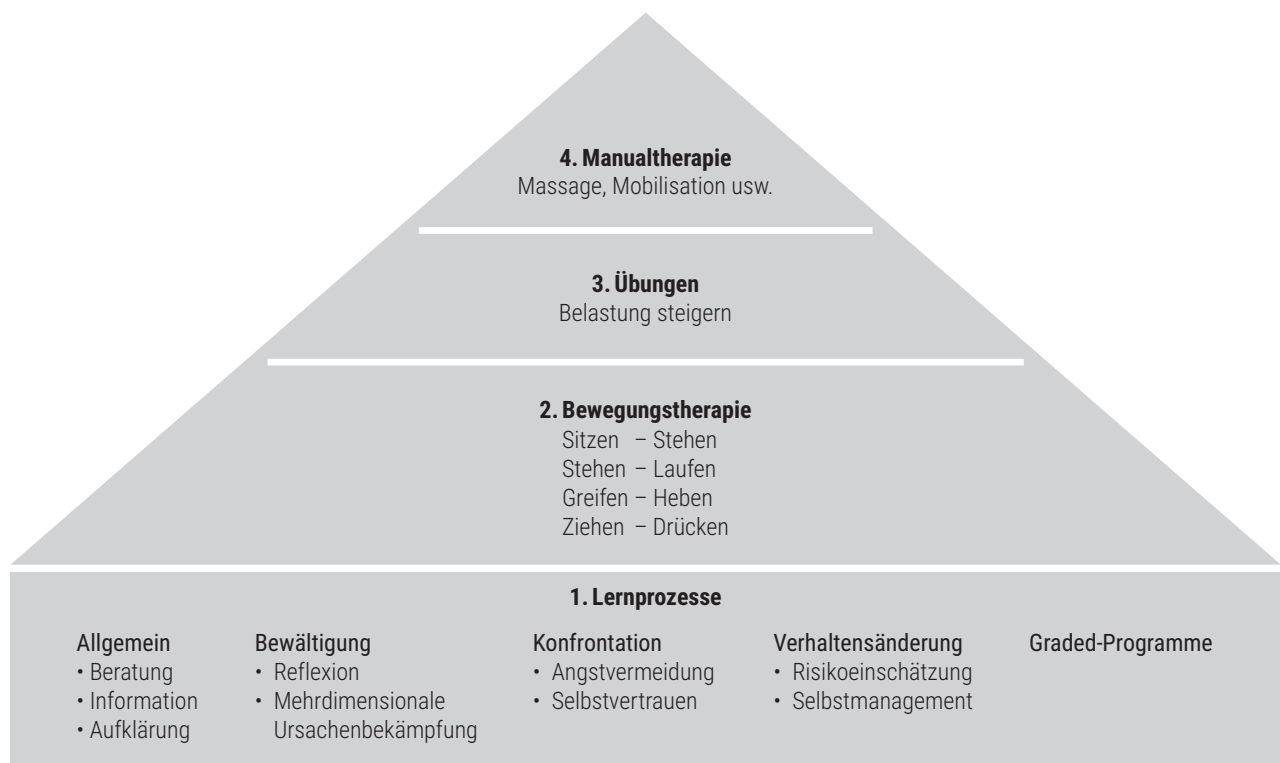


Abb. 2.1 Behandlungspyramide mit Hierarchie der physiotherapeutischen Methoden im Hinblick auf ihre klinische Relevanz. Dabei gilt es zu beachten, dass beliebte konservative Maßnahmen, wie z. B. Techniken aus der Manuellen Therapie (Traktionen, passive Mobilisationen von Gelenken und Massagen usw.), allein wenig nachhaltige Effekte erzeugen.

■ Bedarf an evidenzbasierten Lern- und Lehrinhalten

Die aktuellen in den Berufsfachschulen geltenden Curricula (Ausbildungsinhalte) sind deutschlandweit unterschiedlich (3). Ihnen allen fehlt es insgesamt an ausreichender wissenschaftlicher und damit evidenzbasierter Auslegung (3), denn die vereinzelt Versuche, Wissenschaft und evidenzbasierte Elemente als „Zusatzoptionen“ in die Ausbildung einzubauen, reichen noch nicht. Zwar findet man z. B. die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) oder Hinweise auf Therapieprogramme, die dem biopsychosozialen Ansatz folgen, wie Graded-Interventionen, Explain Pain, Goal Setting, jetzt häufiger im Lehrplan platziert (3, 4), doch ein weiterer Ausbau solcher Ansätze steht vor halbverschlossenen Türen, weil eine gute Ausbildung anderen Standards, Regeln und Bedingungen folgen „muss“ als ein Studium. So wäre es gesetzlich undenkbar, zum Ende der Ausbildungszeit eine wissenschaftliche Arbeit in Form einer Bachelor- oder Masterarbeit im Sinne einer randomisierten kontrollierten Studie (Randomized Controlled Trial, RCT) zu verlangen. Das Unterrichten von wissenschaftlichen Elementen – praktischer und theoretischer Natur – stellt in deutschen Berufsfachschulen schon darum keinen Schwerpunkt dar, weil die entsprechenden Kennt-

nisse nachher in der Klinik schlichtweg nicht zum Tragen kommen. Warum sollte man die komplexen Hintergründe zu biopsychosozialen Therapiestrategien und deren Anwendungen wissen und praktizieren können, wenn man dies in der Praxis nicht abrechnen kann? Dieses Dilemma verantworten nicht die Berufsfachschulen usw., sondern liegt an den geltenden berufspolitischen Gesetzen in Deutschland – ein Grund mehr, die Weiterentwicklung von Studiengängen in Deutschland zu begrüßen (3).

Soll man während der Ausbildung wissenschaftliches Arbeiten lernen, so werden Fähigkeiten zur exakten Interpretation und Auswertung von Studien, aber auch zur klinischen Anwendung entsprechender Untersuchungs- und Therapieprogramme benötigt. Hierfür wiederum sind die Kenntnisse, Kompetenzen und Fertigkeiten bei der Berechnung von statistischen Elementen (Signifikanzen, Varianzen, Korrelationen, Konfidenzintervalle usw.) relevant. Die Beherrschung solcher evidenzbasierter Methoden sollte dann in der Praxis auch abrechenbar sein – ist sie bisher aber nicht, auch zum Schaden der für ihren Einsatz notwendigen Motivation.

MERKE

Es gibt keinen guten Grund, sich gegen evidenzbasierte Methoden in der Physiotherapie zu stellen, denn sie sind nicht komplizierter anwendbar als die bisherigen Methoden. Verlangt ist lediglich ein Umdenken im Sinne eines Richtungswechsels – vom primär strukturbefahenen Ansatz der Manuellen Therapie hin zur Verfolgung nachhaltiger biopsychosozialer Strategien (3). Das Potenzial liegt – egal, wie man das Blatt nun dreht und wendet – in der nachhaltigen und nicht in der symptomorientierten Therapie. Die nachhaltige Therapie bezieht sich auf das Verhalten (Kognition), auf die Umwelteinflüsse (familiär, sozial, beruflich usw.) und auf die Aktivität.

Andererseits hängt das wissenschaftliche Potenzial einer Person nicht von einer schulischen Vermittlung ab. Das individuelle Interesse ist ausschlaggebend: Ist man für eine Neuaufstellung der therapeutischen Herangehensweise offen und daran interessiert oder grundsätzlich verschlossen?

Natürlich bedeutet das nicht, dass sämtliche Methoden aus der Manuellen Therapie, der Neurorehabilitation oder der Lymphdrainage usw. veraltet, unbrauchbar oder vollständig falsch sind. Dennoch gilt es zu reagieren, wenn sie sich schwächer als andere Methoden zeigen (5). Evidenz soll vielmehr zeigen, wie man diese Elemente richtig platziert, also wann sie angewendet werden sollten, wie sie mit anderen Elementen verknüpfbar sind, aber auch, wann sie endgültig ausgedient haben.

Das Platzieren von evidenzbasierten Methoden ist dann interessant, wenn man den Begriff „Evidenz“ richtig verstanden hat und ihn nicht mit „wissenschaftlich belegt“ gleichsetzt. Fast alle physiotherapeutischen Methoden sind „irgendwie“ schon wissenschaftlich belegt worden. Dabei ist gleich, ob es sich dabei um die klassische Massage, das Bobath-Konzept, die Elektrotherapie, um Graded Activity, Explain Pain oder Motivational Interviewing usw. handelt. Doch inwieweit die jeweiligen Methoden klinisch relevant sind und eine PICO-Analyse bestehen, ist damit nicht zwangsläufig gegeben s. Kap. 3, S. 34 ff. Das bedeutet beispielsweise: Wenn mehrere Methoden dasselbe Therapieergebnis erreichen, z. B. Schmerzreduktion oder Verringerung von Kraft- und Beweglichkeitseinschränkungen, muss geschaut werden, welche Methode a) nachhaltiger, b) günstiger, c) einfacher anwendbar usw.

ist. Wenn z. B. eine Massage oder eine manuelle Mobilisation der Wirbelsäule zwar im direkten Vorher-nachher-Vergleich Schmerzen lindert und die Beweglichkeit verbessert, heißt dies nicht, dass die Linderung auch nach einem Monat noch Bestand hat. Dies hingegen würde ein gezieltes Übungsprogramm wahrscheinlich eher bewirken, sodass dann keine weiteren Termine beim Arzt oder PT mehr erforderlich wären, weil der Patient in kurzer Zeit gelernt hat, sich selbst zu therapieren.

Sobald man den Goldstandard einer Behandlung kennt, sollte dieser dominant in der Therapie platziert werden. Häufig ist auch Überzeugungsarbeit bei den Patienten dafür zu leisten, dass die ihnen bekannten Methoden, bei denen sie passiv und „behandelt“ bleiben können, zwar oft angenehm sind, aber langfristig nicht die Effektivität von gezielten Übungsprogrammen haben. Hier empfiehlt es sich, verschiedene Ansätze zu kombinieren, wobei die Applikation der relevantesten Methode am meisten zunehmen sollte, z. B.: 1/4 der Therapie ist Kommunikation (Zuhören, Aufklären, Motivieren), 2/4 bestehen aus gezielter Aktivität und 1/4 aus Manueller Therapie zur Abrundung und Entspannung. Das meiste Potenzial ist derzeit den biopsychosozialen Therapien zuzuschreiben. Wobei sich das „bio-“ auf die Beeinflussung der Struktur durch äußere Reize, wie z. B. durch Training, bezieht. Die biopsychosoziale Therapie zeigt das meiste Potenzial im Zusammenhang mit der äußerst relevanten Vermeidung von Chronifizierung und den damit einhergehenden Kosten sowie mit der Nachhaltigkeit, aber auch bei der Wertsteigerung der physiotherapeutischen Funktion im Gesundheitswesen und in der Bevölkerung (6, 7).

■ Evidenzbasierte Untersuchungs- und Therapiemodule

Zur besseren Vermittlung von derzeit verfügbaren relevanten, evidenzbasierten klinischen Optionen haben wir uns in diesem Buch bei der Untersuchung für die „ICF“ nach Steiner (s. S. 23 f.) und bei der Therapie für das „Graded-Exposure-Programm“ (s. S. 27 f.) entschieden. Genauere Details dazu findest du unter „Weiterführende Literatur & Partner“ (s. S. 100 f.).

Das Flaggensystem

Die sog. klinischen Flaggen sind Möglichkeiten zur schnellen und übersichtlichen Einteilung von Problemen bei Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden (Abb. 2.2). Dabei werden farbige

Flaggen verwendet, die jeweils eine deutliche Begründung für die gesundheitliche Einschränkung oder einen Einfluss von verschiedenen Problemfeldern auf den Gesundheitszustand aufzeigen. Solche Problemfelder reichen in unterschiedliche medizinische Disziplinen hinein, denn oft sind die Probleme nicht nur physischer, sondern auch psychischer Natur oder existieren in Kombinationsformen (8). Zudem eignen sich die Flaggen zu einer besseren Übersicht beim weiteren diagnostischen Vorgehen und der Art der Kommunikation, mit der der Behandler dem Patienten gegenüberzutreten sollte. Die durch das Flaggenschema erkennbaren Risiken sind wichtig, um ein gesundheitliches Defizit umfassend behandeln zu können (biopsychoso-

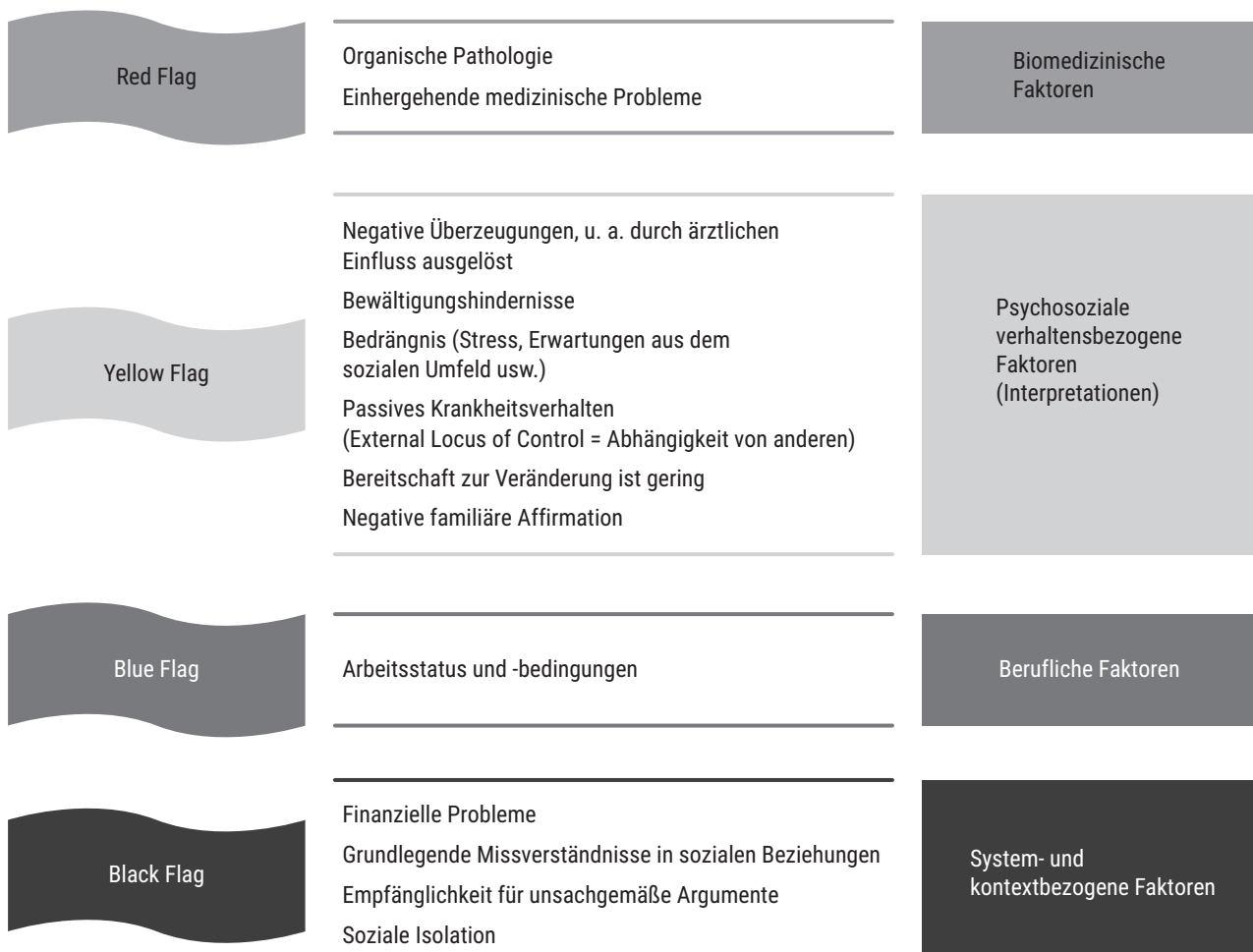


Abb. 2.2 Das Flaggensystem zur Identifikation der Problemfelder bei Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden.

Therapieziele und -konzept mit Patienten abstimmen		Vorgehensweise
1	Verständnisentwicklung	Beratung (Beschwerdebild, Prognose, Einflussfaktoren)
2	Umgang mit dem Beschwerdebild	Erläuterung hilfreicher, realistischer Methoden für den alltäglichen Gebrauch; Motivation, Vertrauen steigern
3	Information über die Physiotherapie	Programmvorstellung
4	Vermittlung der Hintergründe der therapeutischen Zielsetzungen	Motivation; Chancenerklärung; Bewegungs- und Krafttrainingsprogramm erläutern
5	Zusammenfassung der Patientenziele (Erwartung an die Therapie)	Definieren der Patientenziele und potenzielle Erreichbarkeit besprechen (SMART)

Tab. 4.7 Meilensteine des Patientenmanagements bei der Abstimmung der Patientenziele und des Therapiekonzepts.

chungsprozesses oder zur neuen Zieldefinition genutzt wird. Die Ergebnisse eignen sich auch zur Reflexion im Vergleich mit den Ergebnissen der Erstbefragung und zur Motivation (Verdeutlichung der erreichten Teilziele).

- ◆ Alltäglicher Umgang mit dem Beschwerdebild: aerobe Aktivität (z. B. Laufen), schmerz- auslösende Aktivitäten meiden (z. B. Heben schwerer Gegenstände), nicht auf Aktivität verzichten und Verminderung von Dramatisierung; Stoffwechselanregung steht im Vordergrund, um das System solide aufzubauen und um stufenweise wieder mehr Vertrauen zu den eigenen Fähigkeiten zu erlangen. Innerhalb der Therapie wird zunächst mit einem Graded-Exposure-Programm begonnen, das auch motorische Kontrolle beinhalten soll.
- ◆ Regelmäßige Aktivität und die aktive Anpassung des Arbeitsplatzes, z. B. Stehpult, aktive Mittagspause und persönliche Überbringung von internen Informationen (zu Fuß), müssen in den Vordergrund rücken.
- ◆ Inaktivität ist abzulehnen.
- ◆ Passive Behandlung (Manuelle Therapie) ist höchstens als Ergänzung, aber eigentlich gar nicht anzustreben.

- ◆ Beratung zur schmerzfreien Alltagsgestaltung, z. B. durch Sockenanziehen aus der Rückenlage (sofortige Wirkung).
- ◆ Beschwerdefrei (funktional) Gartenarbeit verrichten können über mehr als 2 Stunden, erreichbar nach 3 Monaten.

Therapiekonzept (s. a. Tab. 4.8)

Das Flowchart ist Teil einer aktuellen Leitlinie für die LBP-Therapie und zeigt die Optionen der Beratung und Therapieplanung (Abb. 4.1) (9, 10).

Ziel ist es, den Patienten zu unterstützen, damit er stufenweise zu neuer funktioneller Selbstsicherheit gelangt und seine Belastbarkeit allmählich erhöht. Bei der Information über die anstehenden Therapiemaßnahmen sollte herausgestellt werden, dass die Einhaltung der verabredeten Kriterien wichtig ist, auch wenn diese „langweilig“ erscheinen. Solche Kriterien sind u. a. die Frequenz (wie oft am Tag, in der Woche), die Intensität, die Genauigkeit der Ausführung und die Schwerpunkte der Übungen, z. B. vor dem Spiegel üben usw. Auf der physiologischen Ebene stehen zunächst die aktive Mobilisation und die Stoffwechselaktivierung im

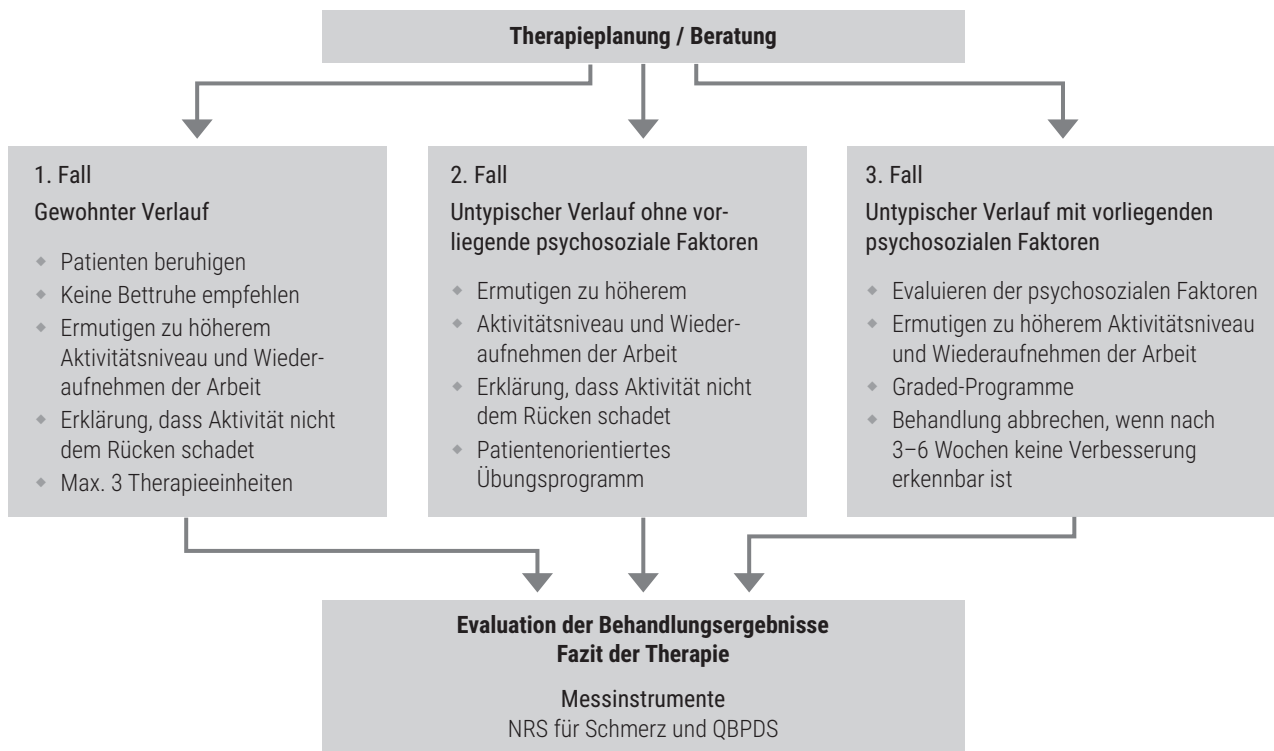


Abb. 4.1 Flowchart zur Leitlinie der Royal Dutch Society for Physical Therapy (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, KNGF) für die Therapieplanung und Beratung in der physiotherapeutischen Praxis bei Low Back Pain (NRS = Numerische Rating-Skala, QBPDS = Quebec Back Pain Disability Scale).

Vordergrund, sie lassen sich im Rahmen eines Bewegungskontrollprogramms definieren:

- ♦ 3 x 10-mal pro Seite aus der Päckchenposition die Wirbelsäule um die transversale Achse flektieren und extendieren
- ♦ 3 x 10-mal die Wirbelsäule mit leichter Flexion/Extension um die longitudinale Achse rotieren
- ♦ 3 x 10-mal pro Seite lateral flektieren

Die Dauer und Frequenz dieser Methodik geht über 2 Wochen, 2-mal pro Woche.

Nach 2 Wochen wird der Schweregrad der Übungen intensiviert, indem der Patient die genannten Bewegungen dynamisch in Kombination mit dem Ausfallschritt und mit Widerständen ausübt, z. B.:

- ♦ Lateralflexion + Ausfallschritt, 3 x 6-mal pro Seite
- ♦ Rotationsübung am Seilzug im Sitzen (Twists), 3 x 10-mal pro Seite

- ♦ Dynamische Planks aus der Bauchlage oder aus der knienden Position, 3 x 10-mal Flexion/Extension der Wirbelsäule

Die Modifikation findet über weitere 2 Wochen statt und wird in abgeschwächter Version täglich wiederholt. Das Graded-Exposure-Programm wird parallel dazu 2-mal pro Woche fortgesetzt:

- ♦ Begutachtung des Arbeitsplatzes (Beschreibung ist ausreichend: Sitzposition, Anordnung der Gegenstände und Arbeitsmittel, PC-Ausstattung, Pausenzeiten usw.)
- ♦ Nachstellen der angst- oder besorgniserregenden Situation (Bücken, Heben von Gegenständen während der Gartenarbeit wie Eimer mit Wasser, Gießkanne usw.)
- ♦ Dokumentation der Erkenntnisse und stufenweise Optimierung (Kommunikation beachten, Reflexion und Motivation fördern, um das Vertrauen zu schulen)

Fragebogen

Für dieses Patientenbeispiel eignet sich der St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), original publiziert von Jones et al. (1992). Der Fragebogen bezieht sich auf die Einschätzung des Schweregrads bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen. Die Kurzversion des SGRQ, der SGRQ-C-Fragebogen, beinhaltet anstatt 50 nur 40 Fragen (17–19). Ebenso empfehlenswert ist in dem aktuellen Fallbeispiel die Nutzung des Clinical COPD Questionnaire, der 1999 durch das University Medical Center Groningen in den Niederlanden publiziert wurde (20). Die Fragebögen sind im Internet oder im Buch „Physiotherapie Grundlagen (Best Practice), 2. Aufl.“ zu finden (s. S. 100).

Hypothesenbildung

In diesem Fall ist die Hypothese vorevaluiert und Überlegungen zur Hypothesenbildung können entfallen. Das heißt nicht, dass die weiteren physischen und psychischen Verläufe nicht immer ganzheitlich überblickt werden sollten. Mögliche Zusatzbeschwerden sind bei Krankheiten und Historien dieser Art ein relativ hohes Risiko.

Vermittlung und Abstimmung des Therapiekonzepts

Die Definition der Ziele richtet sich nach den Erkenntnissen des Therapeuten und den Vorstellungen des Patienten. Bei unrealistischen Erwartungen muss eine entsprechende Aufklärung erfolgen.

Meilensteine des therapeutischen Vorgehens (s. a. Tab. 4.20):

- ◆ Beratung der Patientin hinsichtlich ihres Beschwerdebildes, der regenerativen Prognose und der rehabilitativen Einflüsse im negativen und positiven Ausmaß: Hinweise auf degenerativen Charakter der Schädigung mit realistischer Kompensationsmöglichkeit durch die aktive Therapiegestaltung. Vertrauen erwecken,

motivieren. Ziel muss rasch verfolgt werden, denn je intensiver das chronische Stadium erreicht wird, desto unwiederbringlicher werden die physischen Funktionen (Lungenbläschen usw.) geschädigt sein.

Die physiotherapeutische Behandlungsdauer ist letztlich abhängig von der selbstständigen Umsetzung des Rehabilitationsmanagements. Die Motivation, das Vertrauen zur Therapie und zur eigenen Fähigkeit, die Attraktivität der Therapie wie die Auswahl der Übungen, eine harmonische Belastungssteigerung, die Kontinuität und das zunehmende Verständnis der für den regenerationsfördernden Aufbau wichtigen Kriterien sind unbedingt zu erarbeiten und zu beachten. Dabei sollten die individuellen Vorlieben des Patienten immer beachtet werden, solange sie die Zielsetzung nicht gefährden. Erste grundlegende Verbesserungen werden sich mit der Entwicklung von physiologischen und motorischen Fähigkeiten zeigen.

Auch die Wichtigkeit, schädigende Faktoren wie das Rauchen aufzugeben bzw. zu reduzieren, muss angesprochen, aber negativer Druckaufbau vermieden werden. Dieser würde den therapeutischen Fortgang und die Zielerreichung gefährden. Der angestrebte Prozess ist mit vielen Aufgaben und unvorhersehbaren Variablen verbunden, wie z. B. mit stressprovozierendem Einfluss durch das Umfeld, der für eine weitere limitierende Belastung sorgen kann.

Für eine erste signifikante, rein „physiologische“ Veränderung wird bei regelmäßiger und sauberer Therapieeinhaltung bei einer Patientin dieses Alters mit mehreren Wochen gerechnet (21–25). Am Ende der Eins-zu-eins-Therapie wird eine weitere Verlängerung im Sinne der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) angestrebt, um das nachfolgende Selbstmanagement bestmöglich und nachhaltig einzuleiten bzw. zu forcieren.

Wichtigstes Therapiekriterium bei der COPD-Behandlung ist die aerobe Aktivität, um die Ausdauerfähigkeit zu trainieren. Sie steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der strukturellen und biochemischen kardiovaskulären Qualität. Der alltägliche Umgang mit dem Beschwerdebild sieht eine aktivierende ADL-Umgestaltung vor. Dabei auftretende Probleme zeigen sich in der hohen Aufwendung, um das Unwohlsein zu Aktivierungsbeginn aufgrund der subjektiv hohen Belastung bzw. der mangelnden Belastbarkeit zu überwinden.

Weiterhin soll die angestrebte Belastbarkeitsentwicklung das Vertrauen zu den eigenen Fähigkeiten verstärken.

- ◆ Zunächst wird eine stufenweise Belastbarkeitsoptimierung durch Ausdauertraining angestrebt.
- ◆ Später finden immer wieder Elemente Einzug, die dem „Graded-Exposure-Programm“ (Angstvermeidungsprogramm) und dem zunehmenden Hypertrophietraining unterliegen (im Zirkel ausführen, um zusätzliche Herz-Kreislauf-Optimierung zu gewährleisten).

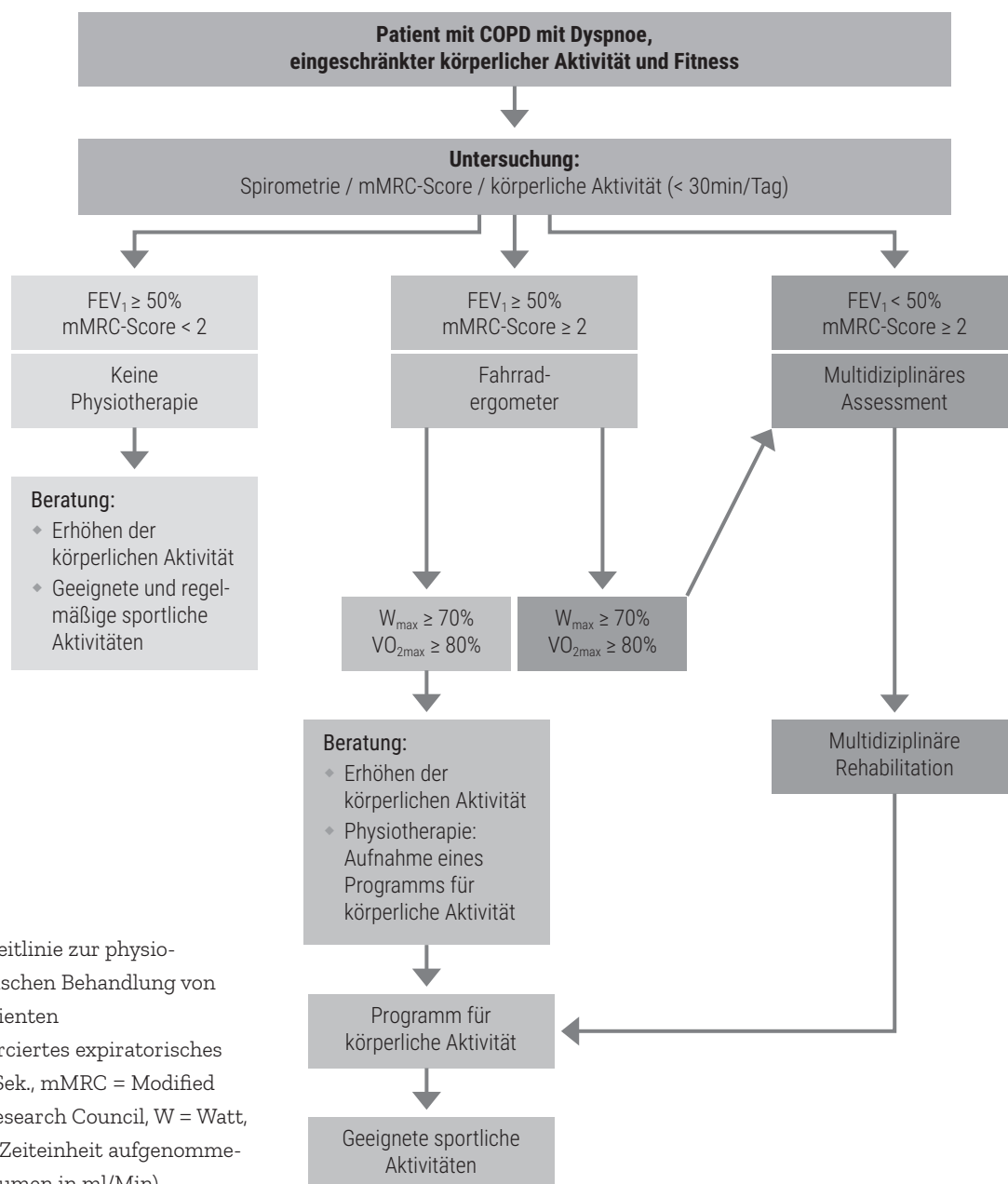


Abb. 4.3 Leitlinie zur physiotherapeutischen Behandlung von COPD-Patienten
(FEV₁ = forciertes expiratorisches Volumen/Sek., mMRC = Modified Medical Research Council, W = Watt, VO₂ = pro Zeiteinheit aufgenommenes O₂-Volumen in ml/Min).

Beispiel – Richtungswechsel in der Lehrmeinung

Man stelle sich vor ...

Ein mittlerweile seit Jahren in der physiotherapeutischen Wissenschaft aktiver Kollege war bekanntermaßen der Meinung, dass Manuelle Therapie aus dem Heilmittelkatalog gestrichen werden müsse. Denn diese entspreche nicht dem, was man in Deutschland im Laufe der letzten Jahre der modernen psychosozialen Orientierung zurechnen könne. Es folgten Aussagen wie: „Manuelle Therapie gehört verboten!“ „Keine validierte Leitlinie der Welt empfiehlt Manuelle Therapie und trotzdem müssen wir es in den Schulen intensiv lernen!“ „You can't go wrong by getting strong!“ „Die psychosoziale Therapie hilft immer – auch bei chronischen Schmerzpatienten!“ usw. Diese sehr harten Aussagen klingen im ersten Moment nicht so sehr abwegig, wenn man zu der

Zeit dem Mainstream der wissenschaftsorientierten Physiotherapie folgte. Dennoch sind sie falsch. Heutzutage wissen wir, dass z. B. zu viel Krafttraining negatives Suchtverhalten fördern und das wiederum zu Depressionen, Unterernährung oder sozialen Einschränkungen und Problemen führen kann (1, 2).

Der gleiche Kollege sagt heute: „Die Manuelle Therapie ist ein hilfreiches Tool zur Einleitung von biopsychosozialen, aktivierenden und nachhaltigen Strategien, weil sie hilft, das Vertrauen des Patienten zu fördern und eine Therapieeinheit abzurunden.“ „Leitlinien verweisen tatsächlich kaum als Primärempfehlung auf die Manuelle Therapie, dennoch wird sie des Öfteren sekundär empfohlen.“



- ◆ Wissenschaftliches Verständnis verlangt die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen!
- ◆ Emotionen sollten in fachlichen Diskussionen unbedingt vermieden werden, auch wenn sie die Initialisierung wissenschaftlicher Arbeit unterstützen können!
- ◆ Wissenschaft muss geduldig erarbeitet werden und gelingt nicht nach dem HauRuck-Prinzip!
- ◆ Bescheidenheit und Scharfsinn ergeben eine hilfreiche Grundlage zur Vermittlung von Evidenz!
- ◆ Die harte Schule der Selbstkritik verhilft zu einem professionellen Verständnis von evidenzbasierten Anwendungen!
- ◆ Manchmal dient die Zurückhaltung von Evidenz dem Selbstschutz!



Zeit brauchen, um zu akzeptieren, dass Themen, wie z.B. Ernährung, Gesundheit, Schmerz usw., häufig komplexer sind, als es mit einem schnellen Post bei Social Media darzustellen möglich ist. Hinzu kommt der „Eigenschutz“, der auch Einfluss auf die Argumentationsrichtung ausüben kann. Ggesetzt den Fall, eine wissenschaftliche Erkenntnis zu einem bestimmten Thema gilt als falsifiziert und demnach als Fakt, stellt es für bestimmte Personen trotzdem ein Hindernis dar, dies mit der gleichen Deutlichkeit zu vertreten wie andere. Ein junger Universitätsassistent würde vielleicht

überlegen, ob er die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse genauso deutlich diskutiert wie ein unabhängiger Journalist. Der Assistent würde damit vielleicht seine Weiterbeschäftigung riskieren. Für ihn wäre dann eine abwartende Haltung sicherer und vorteilhafter als „mit der Tür ins Haus zu fallen“. Der wahrscheinlich allgemein wertvollste Tipp zum Umgang mit Evidenz und Wissenschaft in kritischen Diskussionen lautet daher: „Vermeide Emotionen!“ Dies gilt bei der Aufnahme von Informationen genauso wie bei deren Vermittlung.

Tipps für konstruktive und zielführende Diskussionen

Die nachfolgenden Tipps sollen dir helfen, deine evidenzbasierte Ambition auf eine ordentliche, deeskalierende und professionelle Art zu vermitteln. Solche als „kritisch“ zu betrachtenden Diskussionen lohnen sich nur, wenn elementare Teile davon verstanden werden können oder verständlich gemacht werden (3, 4). Eine hitzige Debatte, die am Ende nichts als Probleme in Form von Anfeindungen usw. erwirkt, ist nicht zielführend. Das Gegenteil davon erreichst du mit kommunikativem Geschick:

1. Nimm dein Gegenüber ernst!

Versuche, deinen Kommunikationspartner ernst zu nehmen und setze dich mit seinen Glaubenssätzen auseinander. Meist haben diese einen Ursprung und sind fest verankert verankert (vgl. S. 47 f.). Eine mögliche Aussage wäre: „Ich weiß, dass es schwer ist zu verstehen, das war es anfänglich auch für mich, aber dann habe ich mich weiter informiert und Fakten gefunden, die durchaus plausibel erscheinen.“

2. Versuche dein Gegenüber zu verstehen!

Versuche zu verstehen, was die Person, mit der du sprichst, bewegt und motiviert. Sei dabei offen und unvoreingenommen. Zu sagen: „Ich weiß, dass du das anders gelernt hast, das habe ich auch so gelernt, aber ...“, ist vorteilhafter, als einfach mit bloßen Fakten auf den anderen einzureden.

3. Stelle offene und lösungsorientierte Fragen!

So gelingt es, den anderen in deinen Gedankenprozess miteinzubeziehen. Stelle Fragen wie: „Wenn der Patient durch die Intervention nicht besser wird und einen anderen Therapieansatz fordert, wie würdest du dann weiter vorgehen? Welche Therapie würdest du als Alternative wählen und warum?“

4. Wähle deine Worte mit Bedacht!

Wörter wie „immer“, „ständig“ oder „nie“ wirken aufreizend und können wie Vorwürfe klingen. Versuche daher, die Variante der „Ich-Aussage“ zu nutzen, anstatt in „Du-Botschaften“ abzudriften. Vermeide dadurch die „vorwurfsvolle“ Interpretation. Lasse dir Zeit beim Antworten! Vermeide

Tipps für konstruktive und zielführende Diskussionen (Fortsetzung)

Aussagen wie z. B.: „Du sagst ständig, dass das bei dir am Patienten nie funktioniert.“ Eine strategisch bessere Alternative wäre: „Ich kenne diese Probleme durch meine Arbeit mit dem Patienten ebenfalls, aber ich versuche dann ...“.

5. Zügle deine Emotionen!

Auch wenn es schwerfällt und einige Themen vielleicht sehr provozierend wirken: Versuche sachlich und respektvoll zu sein! Dein Gegenüber wird eher mit Widerstand reagieren, wenn du intensiv kommunizierst (laut, direkt, externierend) und „Dampf ablässt“.

6. Stelle das Positive beim anderen heraus!

Versuche, ein gutes Gefühl bei deinem Gegenüber zu erzeugen. Stelle heraus, dass es durchaus positiv ist, wenn jemand z. B. das „Beste“ für seine Patienten will und seine Herangehensweise durchaus positiv zu bewerten ist: „Ich finde es toll, wie du versuchst, das Beste für deine Patienten zu erreichen! Deswegen ist es umso wichtiger, dass wir uns mit allen Optionen befassen!“ Solche Sätze können helfen.

7. Nimm dir Zeit!

Versuche nicht, das Ganze zwischen Tür und Angel zu diskutieren, und argumentiere klar und ausführlich.

8. Lasse dem Diskussionspartner genügend Zeit!

Höre erst zu, denn die Diskussion sollte ein angeregter Dialog werden und kein vorwurfsvoller Monolog.

9. Nutze nur wenige, aber klare Argumente!

Wähle 2–3 Hauptargumente aus. So kann dein Gegenüber deiner Argumentation folgen und dein Standpunkt wird deutlich. Versuche, das schlagkräftigste Argument am Ende anzuführen, denn an dieses erinnert sich dein Gegenüber am ehesten.

10. Vermeide Absolutismen!

Streiche solche Aussagen besser aus deinem Sprachgebrauch: „Das weiß ich ganz genau!“ oder „Das ist zu 100 % so!“. Bleibe stets kritisch auch deinen eigenen Argumenten gegenüber. Sei offen für Gegenargumente und setze dich damit auseinander.

11. Bleibe kritikfähig!

Es ist in Ordnung, eine Unwissenheit einzugehen wie: „Das weiß ich gerade nicht genau, ich muss mich noch einmal erkundigen!“ Dies zeigt deinem Gegenüber, dass du nicht vorgibst, der Weisheit letzten Schluss zu kennen. Du wirkst authentisch und nicht arrogant.