



ZEITSCHRIFT
FÜR **PHYSIO**
THERAPEUTEN

70. Jahrgang
Mai 2018

**FREEZING:
THERAPIE BEI
M. PARKINSON**

AUTORENABDRUCK

physiotherapeuten.de

Schwerpunkte: Neurologie und Psychologie



Liebe Leserinnen und Leser,

im März gingen die Ergebnisse der sogenannten „Megastroke-Studie“ (1) durch die Presse: 67.162 Schlaganfall-Patienten und 454.450 Kontrollpersonen aus insgesamt 29 Studien lieferten Daten für die Auswertung, Forscher von rund 180 Einrichtungen waren beteiligt. Sie fanden 32 Genorte, die für ein erhöhtes Schlaganfallrisiko verantwortlich zu sein scheinen. Das sind mehr als gedacht, und einige der identifizierten Genorte stimmen mit Bereichen überein, die mit anderen Erkrankungen in Zusammenhang stehen, beispielsweise Hypertonie oder venösen Thrombosen.

Andere Genorte hingegen sind völlig neu und deuten auf bisher unbekannte pathophysiologische Prozesse hin, mit neuen Angriffspunkten für die Therapie. Die Autoren der Studie sprechen dabei von der Entwicklung neuer Medikamente. Möglicherweise sind diese Erkenntnisse aber auch relevant für neue Strategien im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung, zum Beispiel für bestimmte Subgruppen von Personen mit genetischer Disposition. Vielleicht wird die Schlaganfallprävention künftig auch zu einem wichtigen Handlungsfeld für Physiotherapeuten.

Beste Grüße

Dr. Tanja Boßmann, pt-Chefredakteurin
tanja.bossmann@pflaum.de

1. Malik R, et al. 2018. Multiancestry genome-wide association study of 520,000 subjects identifies 32 loci associated with stroke and stroke subtypes. Nat. Genet. Mar 12. [Epub ahead of print]

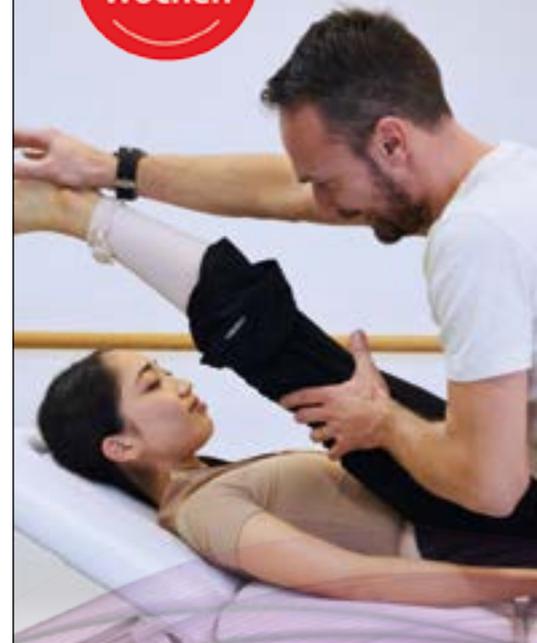
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der pt auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

gymna[®]

Gymna Physiotherapieprodukte

Jede Behandlung zählt

**Aktions-
Wochen**



PROMO NUR NOCH BIS ENDE MAI

**Frühlingsangebote auf das
komplette Programm**

Fordern Sie ein freibleibendes Angebot
an auf www.gymna.de/aktion



☎ 0180 22 52 345
@ info@gymna.de
🌐 www.gymna.de

AUTORENABDRUCK

P POLITIK

**Muskuloskelettale Beschwerden:
zuerst zum Physiotherapeuten?**
Annemarie Frank

Do it yourself!
Ines Wagner

D DIALOG

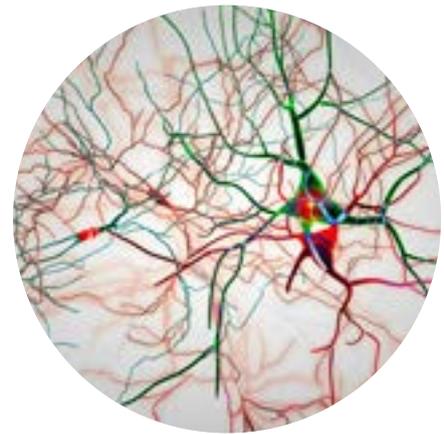
pt-Facebook-Highlights 04
Leserbrief 05



N NACHRICHTEN & MENSCHEN

Nachrichten 06
Never try, never know!
Helen Bindels 08
Stankos Sprechstunde 11
... und wieder locker lassen! 14

**SCHWERPUNKTE
NEUROLOGIE &
PSYCHOLOGIE**



15

18



T THERAPIE

EVIDENZBASIERTE PHYSIOTHERAPIE BEI MORBUS PARKINSON

Sabine Lamprecht und Hans Lamprecht 22

Sturzrisiko-Assessments
Stefan Schädler 29

Die Zukunft der Neurorehabilitation
Nina Rohrbach 34

Diagnose- und phasenübergreifend denken
Im Gespräch mit Claudia Pott 38

**Motorische Neurorehabilitation
nach Schlaganfall**
Jan Mehrholz 42

Auf Spurensuche
Cornelia Schlick 46

Physiotherapie in der Akutpsychiatrie
Franziska Naas 52

**Psychische Erkrankungen in der ambulanten
Rehabilitation behandeln**
Sabine Ziegler, et al. 57

**Screening von Angst und Depression
bei Patienten**
Doreen Richter 63

AUTORENABDRUCK
INHALT

F FORSCHUNG & EVIDENZ

Cochrane-Update 5 2018	70
Evidenz-Update 5 2018	74
Physiotherapeutisch betreutes Gesundheitstraining bei Menschen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen Heike Scheidhauer, et al.	85



L LEHRE

Hypothetisch-deduktives Reasoning: Fallbeispiel mit Übungsaufgabe Svenja Weber und Beate Klemme	95
---	----

S SERVICE

Termine	102
Marktplatz	103
Autorenhinweise	104
Inserentenverzeichnis	105
G-Anzeigen/Kurse	106
Vorschau	112
Impressum	112

hypo-A

Premium Orthomolekularia

Orthomolekulare Darmpflege

Unterstützt Geist und Nerven*

1. Allgemeiner Zellschutz – mit dem Reha 1 Paket**

Unterstützt den Säure-Basen-Haushalt

Lachsöl (Omega-3-Fettsäuren), Spurenelemente, Vit. B-Komplex plus, Magnesium-Calcium als Carbonate

2. Dünndarmpflege – mit dem ODS 1A Paket***

Erhält die Schleimhäute

Schwarzkümmelöl (Omega-6-Fettsäuren), Vit. AE + Lycopin, 3-SymBiose, Kalium spe

3. Dickdarmpflege – mit dem ODS 2 Paket****

Für eine gesunde Verdauung

Lachsöl und Schwarzkümmelöl im Wechsel, 3-SymBiose plus, Magnesium-Calcium als Carbonate



Hypoallergene Nahrungsergänzungen ohne Zusatzstoffe – Für Allergiker geeignet!

* Riboflavin, Niacin, Vitamin B6 und B12 tragen zu einer normalen Funktion des Nervensystems bei. Pantothensäure trägt zu einer normalen geistigen Leistung bei.

** Vitamin E trägt dazu bei, die Zellen vor oxidativem Stress zu schützen. Zink trägt zu einem normalen Säure-Basen-Stoffwechsel bei.

*** Vitamin A trägt zur Erhaltung normaler Schleimhäute bei.

**** Calcium trägt zur normalen Funktion von Verdauungsenzymen bei.

Info-Anforderung für Fachkreise

Fax: +49 (0)451 30 41 79 oder E-Mail: info@hypo-a.de

Name / Vorname _____

Str. / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____ D-pt 5.2018

hypo-A GmbH, Kücknitzer Hauptstr. 53, D-23569 Lübeck
hypoallergene Nahrungsergänzung ohne Zusatzstoffe
www.hypo-a.de | info@hypo-a.de | Tel. +49 (0)451 3072121

shop.hypo-a.de

Psychische Erkrankungen in der ambulanten Rehabilitation behandeln

..... Ein Beitrag von Sabine Ziegler, Jens Krüger und Heidi von den Driesch

Ob Depression, Borderline oder Angststörung – die erkrankte Seele ist ein zunehmendes Problem in der modernen Gesellschaft. Ein Baustein für die Behandlung ist die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme. Die Autoren beschreiben die Therapiemöglichkeiten im ambulanten Setting: Dabei wird auf einen interdisziplinären Ansatz gesetzt. Physiotherapie, Physikalische Therapie und Bewegungstherapie können maßgebliche Erfolgsfaktoren im Heilungsprozess sein.

Die Ursachen für psychische Erkrankungen sind vielfältig: Genetische Faktoren oder strukturelle Veränderungen im Gehirn können genauso Grund sein wie psychische Prozesse, zum Beispiel eine Fehlverarbeitung traumatischer Ereignisse oder neurotische Fehlhaltungen. Auch soziale Aspekte wie die Migration in eine neue Lebenswelt, Einflüsse der Arbeitswelt oder der Familie können Auslöser sein (1). Aus Sicht der Deutschen Depressionshilfe ist eine Depression meist nicht auf eine einzige Ursache oder einen einzigen Auslöser zurückzuführen (2). Oftmals ist sie durch ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren bedingt: Zum Beispiel können Probleme bei der Arbeit (Mobbing) und ein schwieriges Privatleben (Pflege eines Elternteils) in Kombination eine Depression triggern. Daher ist bei der Ursachenforschung die Rede von einer multifaktoriellen Genese.

Krankheitsbilder

Depressionen sind mit einem Anteil von rund 90 Prozent in der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation (APR) die häufigste Indikation. Laut einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren 2015 rund 322 Millionen Menschen betroffen – das entspricht 4,4 Prozent der Weltbevölkerung und einer Steigerung von gut 18 Prozent innerhalb der letzten zehn Jahre (3). Weitere Ausprägungen psychischer Erkrankungen in der APR sind somatoforme Störungen, körperlich-psychische Erkrankungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, psychosomatische Erkrankungen (wie etwa Essstörungen), Borderline, Angststörungen oder Erschöpfung (Burn-out).

Psychische Symptome erkennen

Insbesondere bei Schmerzen im Rücken- und Nackenbereich, die häufige Indikationen sind, zeigen sich bei den Befragten vermehrt Zusammenhänge mit psychischen Belastungen (4). Außerdem ist bei einer Befragung psychischer Belastungen

die Interpretation der Befundergebnisse erschwert: Oft passen diese nicht zu den jeweiligen Beschwerden oder es können trotz starker Schmerzen bei den Patienten kaum Auffälligkeiten gefunden werden (4). Körperliche Beschwerden, die in Zusammenhang mit psychischen Problemen stehen, haben eine vielfältige Ausprägung. Möglich sind muskuloskelettale, traumatologische und postoperative Beschwerden, neurologische Erkrankungen und Ausfälle, Funktionseinschränkungen von Organismen sowie unspezifische Beschwerden und Befindlichkeiten.

Somatische Beschwerden

Werden bei APR-Patienten im Rahmen der ärztlichen Anamnese orthopädische Beschwerden festgestellt, findet eine zusätzliche physiotherapeutische Befunderhebung statt. Dabei wird festgelegt, ob und in welchem Ausmaß Physiotherapie im Eins-zu-eins-Setting eingesetzt wird. Der physiotherapeutische Befund wird nach der typischen Abfolge erstellt: Anamnese, Inspektion, Palpation, Funktionstestung und anschließende Zielformulierung mit dem Patienten. Zur physiotherapeutischen Befundaufnahme, orientiert an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), gehört in der ambulanten orthopädischen Reha die Analyse der beeinträchtigten Körperstrukturen und -funktionen mit Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe des individuellen Patienten im Kontext zu seinem Alltag. Beispielsweise werden bei der Diagnose „nichtspezifische Kreuzschmerzen“ Fragebogen wie der Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ-D) eingesetzt. Der Fragebogen analysiert den >>

Für Eilige

Ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen nehmen zu – die interdisziplinäre Zusammenarbeit spielt dabei eine wichtige Rolle. Die Physiotherapie kann durch ihren breiten Interventionsrahmen zwischen aktiven und passiven Maßnahmen ausschlaggebend sein. Für Patienten ist je nach Krankheitsbild ein ambulantes Setting von Vorteil, da sie so in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Auch Kostenträger haben ein wirtschaftliches Interesse an einer ambulanten Rehabilitation. Zudem können in der Folge auch stationäre Einrichtungen entlastet werden.

Die Beschwerden sind vielfältig, eine Verallgemeinerung ist nicht möglich.

AUTORENABDRUCK

„Glauben“ (englisch: belief; hier im Sinne von „Erwartungen“) von Patienten bezüglich des Einflusses körperlicher Aktivität und Arbeit auf ihre chronifizierten Rückenschmerzen. Die ärztliche Leitung steuert, ob eine Einzelbehandlung notwendig ist oder als fakultative Leistung erbracht werden kann. Die Therapieziele werden nach dem subjektiven Krankheitserleben und den individuellen Leistungsvoraussetzungen des Klienten abgeleitet.

Medikamentengabe

Die medikamentöse Einstellung mit Psychopharmaka wird in der APR meist fortgeführt, bei Bedarf verändert oder neu eingestellt. Hier bleibt ebenfalls das übergeordnete Ziel, die Patienten zu aktivieren und zu motivieren, in keinem Fall zu sedieren.

Entsprechend kommen vorwiegend Antidepressiva zum Einsatz, andere Substanzgruppen nur in Einzelfällen. Durch den guten Effekt der anderen Therapiemethoden ist jedoch auch die allmähliche Reduzierung oder gar der Verzicht auf Psychopharmaka möglich. Eine Reduzierung der Medikamente geschieht auf ärztliche Anordnung; dabei entscheidet der Arzt in Rücksprache mit dem Patienten. In regelmäßigen interdisziplinären Teamsitzungen wird der Verlauf, zum Beispiel während der Behandlungen durch den Physiotherapeuten, wiedergegeben. Berichtet der Therapeut von einer Verschlechterung des Therapieverlaufs, wird die Reduktion der Medikamente nochmals auf den Prüfstand gestellt und gegebenenfalls wieder erhöht. Eine Verschlechterung des Therapieverlaufs kann sich bei Depressionen zum Beispiel mit zunehmender Antriebsarmut oder bei Borderline-Patienten in extremen Gefühlsschwankungen und impulsivem Verhalten äußern.

Physiotherapie in der APR

Physiotherapie, Physikalische Therapie und Bewegungstherapie sind dem Heilungsprozess der APR immanente Erfolgsfaktoren. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, bei dem Krankheit nicht allein auf einen strukturellen Schaden, eine Funktionsstörung oder den Ausfall eines Systems reduziert wird, bildet die Grundlage einer ICF-basierten medizinischen Rehabilitation. Ziele der APR sind psychische Stabilisierung, soziale (Re-)Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sowie die allgemeine Verbesserung der „psychosozialen Befindlichkeit“ der Patienten. Psychosomatische Patienten haben eine völlig andere Ausgangslage als beispielsweise Patienten mit Muskel- und Skeletterkrankungen. Während Patienten mit strukturell bedingten Beschwerden oftmals auf ihre Genesung drängen, haben psychosomatische Patienten meist lange Phasen der Arbeitsunfähigkeit hinter sich, sodass Selbstvertrauen und Selbsteffizienzerleben stark vermindert sind. Einige sind nicht immer freiwillig in der Reha, sondern kommen auf Anweisung der Kostenträger. Das alles führt gemeinsam mit der Grunderkrankung zu Veränderungen in Motivation, Antrieb und subjektiv erlebtem Energielevel. Psychoedukation in der Gruppe, mit Gesprächen über Antriebsstörungen oder Motivationsmangel, ist deshalb ein wichtiger Teil.

Psychische Stabilisierung

Bei der psychischen Stabilisierung steht die mentale Gesundheit des Betroffenen im Vordergrund. Dabei wird vor allem auf ein ausgewogenes Programm zwischen Aktivität und Entspannung geachtet. Kleine Erfolge werden als solche anerkannt. Bei schweren Depressionen ist der Betroffene schnell mit komplexen Abläufen überfordert, zum Beispiel mit der Organisation eines Termins oder der



Foto: Jens Krüger

Abb. 1 Beispiel für eine Einzelübung mit komplexem Hintergrund: Die Patientin hält die Balance im Einbeinstand und der Therapeut führt gleichzeitig ein Gespräch mit ihr.

Aneinanderreihung verschiedener Aktionen. Innerhalb der physiotherapeutischen Bewegungstherapie können komplexe Abläufe mit einer Übungsserie nachgestellt werden (Abb. 1). So kann der Betroffene in der Gruppentherapie aufgefordert werden, einen Ball zu einer anderen Person zu werfen und gleichzeitig den Namen der Person zu nennen. Durch die Verknüpfung der körperlichen Aktivität mit der neurologischen Komponente entsteht für den Patienten ein komplexer Ablauf: Er muss physisch aktiv sein und gleichzeitig eine kognitive Information abrufen. Gelingt ihm dies, wird seine Leistung anerkannt und durch Lob zum Ausdruck gebracht. Neben Aktivität ist auch Entspannung ein tragendes Element. Durch Autogenes Training oder entspannende Yogaübungen entwickelt der depressive Patient wieder eine eigene Körperwahrnehmung. Beide Methoden dienen darüber hinaus als Strategie zur Stressbewältigung. Auch bei der Borderline-Störung helfen Entspannungstechniken, beispielsweise die progressive Muskelentspannung; Sie wirkt unterstützend bei der Regulierung von impulsiven Gefühlsausbrüchen. Angstpatienten profitieren ebenfalls von diesen Techniken.

Soziale (Re-)Integration

Durch eine psychische Erkrankung sind Betroffene in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld stark eingeschränkt. So ist bei einer Depression die zwischenmenschliche Kommunikation erschwert. Der gehemmte Redefluss und die eingeschränkte Mimik sind ein Hindernis im alltäglichen Miteinander. In einer großen Gruppe kann es schnell zur Überforderung kommen. Daher wird ein sicheres Umfeld innerhalb der physiotherapeutischen Maßnahmen geschaffen. Zu Anfang ist eine kleine Sportgruppe aus zwei bis drei Patienten denkbar. Nach und nach wird die Gruppe erweitert und um soziale Interaktion ergänzt. Durch Teamaufgaben entsteht ein soziales Gefüge und der Betroffene fühlt sich integriert und akzeptiert. Eventuell übernimmt er mitunter auch eine „Führungsaufgabe“ innerhalb des Teams und stärkt so sein Selbstvertrauen. Das Borderline-Krankheitsbild äußert sich oft über fehlende Verhaltenstechniken im Umgang mit Kritik und Misserfolgen. Durch spielerische Übungen innerhalb der Bewegungstherapie erfährt der Betroffene, dass er auch bei einem Misserfolg akzeptiert wird. Er lernt, mit dem erlebten Misserfolg umzugehen, und kann dies im Optimalfall später ins Berufsleben übertragen. Wie grundsätzlich in allen Bereichen arbeiten hier Physio- und Psychotherapie eng zusammen. Ein empfundenes Misserleben während der physiotherapeutischen Intervention kann in einer Gesprächstherapiesitzung aufgearbeitet werden. Im besten Fall kann während der Therapie eine Übertragung ins Berufsleben angeregt werden. Der Patient erlernt einen alternativen Umgang mit Misserfolgen oder Enttäuschungen. Für den Physiotherapeuten ist es immer wichtig, die Anforderungen



Abb. 2 Im Fitnessraum haben Patienten die Möglichkeit zum Krafttraining. Neben der fachlichen Einweisung ist Motivation ein wichtiger Faktor.

während der Therapie nicht zu hoch anzusetzen. Misserfolge sollten nicht demotivierend wirken, sondern in einen positiven Kontext gesetzt werden. Kommunikative Ansätze wie „Vielleicht hat das heute nicht geklappt, aber dafür war etwas anderes gut“ können in diesem Zusammenhang hilfreich sein.

Psychosoziale Befindlichkeit

Hier wird das Hauptaugenmerk auf die Gefühlswelt des Patienten gelegt. Auch dabei kann die Zusammenarbeit zwischen Psychologie und Physiotherapie ausschlaggebend sein. Es hat sich bei manchen Patienten als hilfreich erwiesen, wenn sie nach einer Gesprächssitzung ihre Emotionen in einer anschließenden sportlichen Aktivität kanalisieren. So ist eine halbstündige Nordic-Walking- oder Krafttrainingseinheit (Abb. 2) nach einer Gesprächstherapie eine mögliche Coping-Strategie bei der Verarbeitung des Traumas. Wie schwierig und gleichzeitig hilfreich Aktivität sein kann, beschreibt der US-amerikanische Psychiater Andrew Solomon, der selbst unter Depressionen litt: „Wirklich ernsthaftes Training ist bei Depression so ungefähr das Widerwärtigste, was ich mir vorstellen kann, und macht gewiss keinen Spaß, aber hinterher fühle ich mich immer tausendmal besser“ (5). Dass Bewegung eine gute Präventionsmaßnahme bei psychischen Beschwerden sein kann, wird längst auch durch Forschungsergebnisse belegt. Die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Erkrankung bei körperlich Inaktiven ist demnach circa dreimal höher als bei Personen, die regelmäßig körperlich aktiv sind (6). Während Bewegungstherapie und Ausdauertraining seit jeher im Fokus stehen, wird zunehmend auch die Relevanz von Krafttraining entdeckt. Patienten erleben Kraftzuwachs und Selbsteffizienz als etwas sehr Positives. Dem edukativen Ansatz der Physiotherapie >>

Entspannungstechniken sind ein Baustein der Behandlung.

AUTORENABDRUCK

entspricht, dass auch alltagsorientierte Übungen für zu Hause vermittelt werden. Da jeder Patient unterschiedlich ist, muss auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen geachtet werden. Es ist ebenso möglich, dass der Patient nach einer Gesprächstherapie statt „Auspowern“ eher eine Entspannungstechnik benötigt, um sich emotional zu stabilisieren. Hier kann zum Beispiel Autogenes Training sinnvoll sein.

Dosis-Wirkungs-Prinzip von Physiotherapie

Die Dosierung und Intensität eines physiotherapeutischen Trainings ist individuell und hängt von den Ergebnissen der Befunderhebung ab. Während ein Patient bereits zehn Minuten auf dem Laufband joggen kann, startet ein anderer möglicherweise mit einem körperrgewichtsentlastenden Fahrradergometer-Training. Die Belastbarkeit wird im Zuge der ärztlichen Reha-Diagnostik festgelegt. Nach der Anamnese und körperlichen Untersuchung werden im Rahmen einer Stuserhebung vom Arzt Vorerkrankungen, zu berücksichtigende Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung sowie patientenbezogene Zielvereinbarungen für die APR festgehalten. Diese Informationen erhalten Physio- und Sporttherapeuten grundsätzlich schriftlich dokumentiert, aber oft auch durch persönliche „Übergabe“. Daneben haben die Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler jederzeit Zugang zur Reha-Diagnostik, in der alle relevanten Fakten zum Patienten aufgeführt sind: persönliche Daten, biografische und Sozialanamnese, psychischer und körperlicher Befund und Diagnosen, Beschwerden, individuelle Reha-Ziele des Patienten, Medikamente und weitere wichtige Informationen.

Ziele der APR

- Wiederherstellung und Verbesserung der seelischen Gesundheit und körperlichen Leistungsfähigkeit
- Verminderung von negativen Affekten wie Depression und Angst
- Verbesserung von Selbstwirksamkeit, Selbstakzeptanz und Selbstwertgefühl
- Reduzierung von körperlichen Krankheitssymptomen
- Erlernen von Entspannungsmethoden
- Erwerb von Problemlösefähigkeiten
- Planung und Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Umschulungen und / oder zur beruflichen Wiedereingliederung
- Aufbau sozialer Kompetenz
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung

Patientenzentrierte Behandlung

Ein Kommunikationsmodell, das in der psychosomatischen Reha eingesetzt wird, ist die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) (7). Mit dieser Methode werden Menschen für Veränderung gewonnen und ihre intrinsische Motivation gestärkt, ohne dass sie sich dabei verausgaben. Eine zukünftig interessante Überlegung ist, ob für Physiotherapeuten gezielt Fortbildungen in Kommunikationstechniken angeboten werden sollten. Zu befürworten wäre auf jeden Fall, den kommunikativen Aspekt als einen festen Bestandteil des Curriculums während der Ausbildung oder des Studiums zu implementieren. Gerade in der psychosomatischen Rehabilitation ist die Kommunikation essenziell, aber auch in anderen Fachrichtungen spielt die verbale Interaktion zwischen Therapeut und Patient eine große Rolle. Durch Sprache wird Vertrauen aufgebaut, Verständnis vermittelt und die Kernproblematik des Betroffenen besser erfasst. In einigen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erlernen Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler einen patientenzentrierten Zugang im Rahmen von Schulungen. Eine patientenzentrierte Behandlung zeigt sich innerhalb des Teams in einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Patientenfälle werden in ärztlich geleiteten interprofessionellen Teamsitzungen besprochen und der weitere Therapieverlauf entsprechend angepasst. Auf Basis dieser Informationen gestaltet der Physiotherapeut die individuellen Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungssituationen.

Für Patienten kann sowohl Über- als auch Unterforderung ein Problem darstellen: Die Überforderung verstärkt das Erleben des Patienten, zu versagen; die Unterforderung verhindert spürbare Fortschritte und der Patient sieht seine subjektiv erlebte Schwäche bestätigt. Gerade bei Borderline-Patienten kommt es vor, dass sie ihre Grenzen beim Training zu stark ausloten. Somit wird die Belastungsgrenze schnell zum Problem, denn der Betroffene will die Erwartung erfüllen oder sogar übertreffen. Er achtet in diesem Moment nicht auf seine Leistungsgrenze und fällt eventuell danach in ein tiefes Loch. Auch ist es möglich, dass er die aus seiner Sicht nicht erfüllte Erwartung durch impulsives oder gar aggressives Verhalten kompensiert. Hier ist es wichtig, dass Therapeuten sich nicht abwenden, sondern ein aktives Verhalten an den Tag legen. Kommunikativ kann der Patient auf seine impulsive Reaktion aufmerksam gemacht werden; dabei muss trotz der angespannten Situation ein wertschätzender, aber bestimmter Ton gewählt werden. Gleichzeitig ist das Umleiten der Emotion auf eine ablenkende oder sportliche Tätigkeit sinnvoll. Manchen Patienten hilft es, innerlich bis zehn zu zählen, andere sprechen eher auf eine kurze sportliche Aktivität an, zum Beispiel eine Sprinteinheit.

Sportliche Aktivität als Coping-Strategie

Wichtig ist, das Energiepotenzial aufzunehmen und auf etwas anderes zu übertragen. Obwohl der Patient im Fokus steht, ist der Behandelnde nicht zu vernachlässigen. Aufseiten der Therapeuten und Sportwissenschaftler ist eine gesunde Abwägung zwischen Distanz und Empathievermögen wichtig. Sie sollten es nicht als Defizit erleben, wenn der Patient nicht gleich zu 100 Prozent mitzieht.

Leitlinien

Die optimale Frequenz, Dauer und Intensität der Behandlung ist für Depressionen wissenschaftlich noch wenig erforscht. Die NICE-Leitlinie Depression aus dem Jahr 2015 empfiehlt als Intervention für leichte bis mittelschwere Depressionen strukturierte, supervidierte Bewegungsprogramme über zehn bis 14 Wochen, die dreimal wöchentlich für je 45 bis 60 Minuten durchgeführt werden (8). Dies ist ein Beispiel für wichtige Impulse aus Leitlinien, die aber ohne Überprüfung der Anwendbarkeit unter den gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen weder in die APR noch in die Heilmittelversorgung übertragen werden können.

Standards

Die Deutsche Rentenversicherung hat konkrete Reha-Therapiestandards zur Qualitätssicherung ausgearbeitet. Sie umfassen für die Rehabilitation bei depressiven Störungen (9) folgende evidenzbasierte Therapiemodule:

- Einzelpsychotherapie (mindestens 30 Minuten pro Woche, Psychotherapeuten)
- Gruppenpsychotherapie (mindestens 210 Minuten pro Woche, Psychotherapeuten)
- psychotherapeutischer Aktivitätsaufbau (mindestens 60 Minuten pro Woche, Psychotherapeuten)
- psychologische Entspannungsverfahren (mindestens 30 Minuten pro Woche, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten)
- Bewegungstherapie (mindestens 210 Minuten pro Woche, mindestens dreimal, Physiotherapeuten und Sportlehrer)
- Gesundheitsbildung und Psychoedukation (mindestens 150 Minuten pro Reha, Diplompsychologen und Psychotherapeuten)
- ernährungstherapeutische Leistungen (mindestens 45 Minuten pro Reha, Ernährungsberater)
- gestalterische Ergotherapie und künstlerische Therapien (mindestens 90 Minuten pro Woche, Kunsttherapeuten und Ergotherapeuten)
- funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapie (mindestens 50 Minuten pro Woche, Ergotherapeuten)

- Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration (mindestens 45 Minuten pro Reha, Sozialarbeiter)
- Vorbereitung nachgehender Leistungen (mindestens 15 Minuten pro Reha)

Was muss sich in der Ausbildung ändern?

Eine Sensibilisierung für das bio-psycho-soziale Modell ist aus Sicht der Autoren auch für die Zukunft der Physiotherapie essenzieller Bestandteil der Ausbildung. In einigen Ausbildungseinrichtungen werden beispielsweise schon Psychoedukationsgruppen angeboten. Der Beruf des Physiotherapeuten ist prädisponiert dafür, einen Beitrag zur physischen Aktivierung und zum psychosozialen Wohlbefinden der Patienten zu leisten. Physiotherapeuten in der Psychosomatik haben einen aktivierenden und edukativen Auftrag. Eine sozial-kommunikative Grundhaltung durch Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz und bedingungsfreie, positive Wertschätzung im Umgang mit dem Patienten bilden die Basics der Ausbildung für eine patientenzentrierte Therapie. Aus der Heterogenität der aktuellen Ausbildungs-, Studien- und Weiterbildungsangebote ergibt sich indes eine kaum übersichtliche berufliche Fundierung. Die ICF ist ein Metamodell, das sowohl Patienten als auch Physiotherapeuten hilft, den komplexen Begriff der Psychosomatik zu erklären.

Ambulante Reha-Einrichtungen

Da davon auszugehen ist, dass psychische Erkrankungen weiterhin zunehmen, bietet die ambulante Rehabilitation für Kostenträger und Betroffene eine attraktive Alternative. Die APR ist durch den Wegfall der Übernachtung und den kleineren Personalschlüssel wirtschaftlicher als eine stationäre Reha. Betroffene haben in der APR den Vorteil, dass sie professionell betreut werden und dabei ihr gewohntes Umfeld nicht verlassen müssen. Fakt bleibt jedoch, dass eine APR nicht für jeden geeignet ist: Patienten, die sich zum Beispiel selbst verletzen oder suizidale Gedanken haben, benötigen eine >>



Surftipps

Leitlinien für die Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder:

www.awmf.org

Voraussetzungen für eine ambulante Reha:

www.rehakliniken.de/ambulante-rehabilitation-deutsche-rentenversicherung-westfalen

Kommunikation als fester Bestandteil der Ausbildung

engmaschigere Betreuung, die nur stationär gewährleistet werden kann. Für die Durchführung einer APR muss der Patient in der Lage sein, die Therapie kontinuierlich weiterzuführen. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären psychosomatischen Reha gilt: Fehlzeiten sind kaum tolerabel. Zudem sind die Vorgaben des Kostenträgers zu berücksichtigen. ●

i

Lesen Sie auch ...

Messner T. 2018. Motivierende Gesprächsführung in der Physiotherapie. *Z. f. Physiotherapeuten* 70, 1:56–8

63

Literatur

1. Gaebel W. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. 2012. Psychische Erkrankungen – Ursachen, Prävalenz und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. www.seelischegesundheits.net/aktuelles/2-kurzmeldungen/341-psychische-erkrankungen-ursachen-praevalez-und-auswirkungen-auf-die-arbeitsfaehigkeit; Zugriff am 8.1.2018
2. Stiftung Deutsche Depressionshilfe. 2018. Wie entsteht eine Depression? www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/ursachen-und-ausloeser; Zugriff am 8.1.2018
3. Deutsches Ärzteblatt. 2017. WHO: Millionen leiden an Depressionen. www.aerzteblatt.de/nachrichten/73297/WHO-Millionen-leiden-an-Depressionen; Zugriff am 2.1.2018
4. Kathrein A. 2017. Der Körper als Bühne der Seele: Psychosomatik in der Physiotherapie. Bern: Hogrefe
5. Solomon A. 2001. Saturns Schatten: Die dunklen Welten der Depression. Frankfurt: S. Fischer Verlag
6. Hölter G. 2011. Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
7. Miller W, Rollnick S. 2013. Motivational Interviewing. Freiburg: Lambertus Verlag
8. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF. 2015. S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. www.awmf.org/uploads/tx_s3leitlinien/nvl-005L_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf; Zugriff am 20.2.2018
9. Deutsche Rentenversicherung. 2016. Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/Depression/rt_s_depression_download.pdf?__blob=publicationFile&v=15; Zugriff am 20.2.2018



Sabine Ziegler

Chefärztin der medicoreha im Bereich Psychosomatische Rehabilitation an der Ambulanten Fachklinik für Rehabilitation in Mönchengladbach-Rheydt; Studium an der Universität Düsseldorf und der RWTH Aachen; 1987 Approbation; 1988 Ausbildung Psychotherapie; seit 1999 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Schwerpunkte: Verhaltenstherapie, Gestalttherapie und Tiefenpsychologie; zertifiziert in der Traumatherapie-Methode EMDR sowie Motivational Interviewing; weitere Qualifikationen in den Bereichen Sucht-, Ernährungs- und Verkehrsmedizin; Yogalehrerin. Kontakt: ziegler@medicoreha.de



Jens Krüger

Verlagskaufmann, Diplom-Kaufmann (FH); Leiter Marketing und Kommunikation der medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH; seit 2016 Masterstudiengang Communication & Leadership an der Quadriga Hochschule Berlin. Kontakt: krueger@medicoreha.de



Heidi von den Driesch

Physiotherapeutin; seit 2009 Standortleiterin und seit 2016 Prokuristin der medicoreha Rheydt, verantwortlich für Reha- und Therapieorganisation, Personalführung, Unterstützung der Geschäftsführung und Ausbilderin nach AEVO; Weiterbildungen: MT, KG-Gerät, PNF, CST 1+2, Kinesio-Tape, Sportphysiotherapie, Abteilungsmanager für Physiotherapeuten (ZVK). Kontakt: vondenDriesch@medicoreha.de

DIE TOPTHEMEN IM JUNI

Verletzt in der Fußballbundesliga?

Sofortversorgung bei Hannover 96

Ein Beitrag von Ralf Blume

Segmentale Stabilisation im Fußball

Ein Beitrag von Jesper Schwarz

Hoch hinaus – Physiotherapie im Klettersport

Im Gespräch mit Martin Schlageter

VERLETZT?
VERSORGUNG
AUF DEM PLATZ

Erscheint am
9.6.2018



Foto: KG Design / shutterstock.com

Impressum

www.physiotherapeuten.de
ISSN 1614-0397

Verlag

Richard Pflaum Verlag GmbH & Co. KG
Postanschrift: Postfach 190737, 80607 München
Paketanschrift: Lazarettstraße 4, 80636 München

Komplementär

PFB Verwaltungs-GmbH

Kommanditistin

Edith Laubner, Verlegerin

Geschäftsführerinnen

Agnes Hey, Edith Laubner

Chefredakteurin (V.i.S.d.P.)

Dr. Tanja Boßmann
tanja.bossmann@pflaum.de

Redaktion

Sabrina Harper, Doreen Richter, Jörg Stanko
Daniela Horas, Anna Palisi
pt.redaktion@pflaum.de



Leiterin Mediavertrieb

Christine Seiler
christine.seiler@pflaum.de

Kundenerlebnis

kundenservice@pflaum.de
T +49 89 126 07 - 0

Druck

pva, Druck und Medien Dienstleistungen GmbH
Industriestraße 15
76829 Landau in der Pfalz

Titelfoto: archy13 / shutterstock.com

Die Rubrik „Marktplatz“ enthält Beiträge, die auf Unternehmensinformationen basieren.

Bezugspreise 2018

Einzelheft Inland 11,10 €, Ausland 12,10 €
Profisabo Inland 121,20 €, Ausland 133,20 €

Versand jeweils inklusive
12 Ausgaben pro Jahr

Weitere Publikationen des Pflaum Verlags

