CrossMark

Der Dauerpatient

Wie viel Physiotherapie ist erforderlich?

Bevor sich der Frage nach der adäquaten Gestaltung der physiotherapeutischen Behandlung im berufsgenossenschaftlichen Kontext gewidmet werden soll, erscheint es sinnvoll, den Begriff des Dauerpatienten näher zu bestimmen. Zwar mag unter den Fachleuten hinsichtlich der Assoziation bei diesem Terminus ein deutlicher Konsens bestehen, allerdings lässt sich trotz sorgfältiger Recherche in der einschlägigen Literatur wohl auch aufgrund unterschiedlicher Blickwinkel keine belastbare, allgemeingültige medizinische Begriffsdefinition identifizieren. Aus der Sicht der Kostenträger besitzt der Dauerpatient natürlich eine besondere wirtschaftliche Bedeutung. So gibt Froese als Vertreter der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft das Ziel aus, „die nicht unbedeutende Zahl von Bagatellfällen, die gemessen an der eigentlichen Schwere der medizinischen Diagnose einen unerwarteten und komplexen Verlauf nehmen, zu reduzieren“, und meint damit „Fälle mit ausufernden Therapieserien über längere Zeiträume“ [5]. Folglich könnte der Dauerpatient in diesem Zusammenhang als Patient definiert werden, dessen Therapiebedürftigkeit zur vollständigen Wiederherstellung des Ausgangszustands aufgrund der persistierenden Beschwerdesymptomatik unter Beachtung der gestellten Diagnose die regelhaft zu erwartende Rehabilitationsdauer signifikant überschreitet.

Aus Sicht der medizinischen Praxis hingegen lässt sich eine Begriffsbestimmung ableiten, die bezüglich der Chronik des Behandlungsverlaufs zu einem deutlich späteren Zeitpunkt ansetzt und an der sich im Weiteren orientiert werden soll. Demnach kann ein Patient als Dauerpatient gelten, bei dem

1. nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten keine Restitutio ad integrum erreicht werden konnte,
2. aufgrund der verbliebenen Einschränkungen und unter Beachtung der individuellen Verletzungsart eine frühzeitige Verschlechterung von Körperstruktur und -funktion sowie eine Zunahme der subjektiven Beschwerden zu erwarten ist und
3. folglich zur Förderung und zum Erhalt der funktionalen Gesundheit weiterhin Therapiebedürftigkeit besteht.

Um dem heutigen Verständnis von Physiotherapie gerecht werden zu können, ist es allerdings nicht ausreichend, allein die Frage nach der erforderlichen Dosis dieser Therapieform zu stellen und sie zudem nur auf den Dauerpatienten reduzieren zu wollen. Vielmehr erscheint es angezeigt, dieses etablierte Heilverfahren unter Berücksichtigung der aktuellen Rehabilitationsstandards grundsätzlich zu untersuchen, um generelle Aussagen zu einer möglichen Qualitätsverbesserung hinsichtlich der Therapieplanung und -steuerung treffen zu können.

Die folgenden Ausführungen behandeln daher zunächst den aktuellen Stand der Physiotherapie als Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) unter Beachtung von Inhalten und Organisation. Im Anschluss werden zeitgemäße und bewährte Entscheidungshilfen für den Durchgangsarzt (D-Arzt) zur Optimierung des Physiotherapieverfahrens dargestellt, durch 3 Fallbeispiele ergänzt und als Handlungsempfehlungen im Fazit zusammengefasst.

Physiotherapie als Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung

Nach der Definition des Deutschen Verbands für Physiotherapie (ZVK) e. V. [10] handelt es sich bei dem Begriff *Physiotherapie* „um den Oberbegriff, der alle aktiven und passiven Therapieformen umfasst. [...] Unter dem Oberbegriff Physiotherapie findet sich daher einerseits die *Krankengymnastik*, die dem Physiotherapeuten vorbehalten ist sowie andererseits die *physikalische Therapie*, also dem Berufsfeld, in dem Physiotherapeuten und Masseur gleichberechtigt nebeneinander tätig werden. Die physikalische Therapie ihrerseits untergliedert sich in die Bereiche Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie sowie Thermotherapie.“ Die Anwendungen der Krankengymnastik werden sowohl passiv (durch den Therapeuten geführt) als auch aktiv (selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen) zur Heilung (Therapie, Rehabilitation) und Vorbeugung (Prävention) von Erkrankungen abgegeben und auch als *Bewegungstherapie* bezeichnet und somit neben der lokalen Behandlung insbesondere um einen systemischen, also das gesamte Haltungs- und Bewegungssystem betreffenden Therapieansatz erweitert. Die Handlungsanleitung der GUV zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie als Heilverfahren bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten [8] basiert auf dieser Begrifflichkeit von Physiotherapie und beinhaltet zum einen die Standardtherapie im regionalen Bereich der Verletzung

- zur Verbesserung und Wiederherstellung der Beweglichkeit verletzter und/oder mitbetroffener Gelenke,
- zum Wiederaufbau von Muskelkraft,

Abb. 1 ▲ Phasen der Rehabilitation nach Auhuber [1]. BGSW berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung, BG berufsgenossenschaftlich, EAP erweiterte ambulante Physiotherapie, ABMR arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation, ABE Arbeitsbelastungserprobung, D-Arzt Durchgangsarzt

Abb. 2 ▲ Entscheidungshilfen für den Durchgangsarzt bei der Planung und Steuerung des Physiotherapieverfahrens. ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, BTHG Bundesteilhabegesetz, HV Heilverfahren, GUV gesetzliche Unfallversicherung, VOPT Verordnung für Leistungen zur Physiotherapie (Erläuterung s. Text)

- zur Lösung von Weichteilverwachsungen und Narbengewebe,
- zur Dehnung/Lockerung verkürzter/verspannter Muskulatur und
- zur Milderung von Schmerzen durch Massagen sowie durch Wärme-/Kältetherapie.

- Gang- und Gebrauchsschulungen,
- Verbesserung des Koordinations-, Gleichgewichts- und Stabilisationsvermögens und
- physikalische Maßnahmen zur lokalen und allgemeinen Durchblutungsverbesserung sowie zur Schmerzlinderung.

Des Weiteren gehören zusätzlich zur Behandlung

Bei einem Blick auf die Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle (S. 2 des Formulars – F2400 – zur Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/physikalischen Therapie; [8]) ist auffällig, dass einerseits die Leistungen der physikalischen Therapie sehr differenziert dargestellt sind und somit vielfältige Verordnungsoptionen ermöglichen ($n = 24$). Die Leistungsdifferenzierung im Rahmen der Krankengymnastik (KG) ist hingegen recht limitiert ($n = 7$). Insbesondere dem großen Kanon an bewegungstherapeutischen, systemischen Anwendungsalternativen wird durch die in der Mehrheit verordnete Ziffer 8101 (KG auch auf neurophysiologischer Grundlage) nicht ausreichend entsprochen (vgl. [11]).

Unter Berücksichtigung des Rehabilitationsphasenmodells (Abb. 1) findet die Physiotherapie in der Anschlussrehabilitation Anwendung sowohl als *finalisierende* Therapieform nach leichteren Verletzungen mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Teilhabe als auch als *vorbereitende* Therapieform nach schweren und komplexen Verletzungen zur Herstellung der notwendigen Belastungsstabilität für multimodale Behandlungsformen wie die berufsgenossenschaftliche Weiterbehandlung (BGSW) oder die erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP). Des Weiteren dient die Physiotherapie als *stabilisierende* Therapieform innerhalb der Nachsorge nach Erreichen eines Endzustands mit verbliebenen therapieresistenten Aktivitätseinschränkungen zum Funktionserhalt sowie zur Vermeidung und

Verminderung sekundärer Unfallfolgen (Dauerpatient).

Bereits die Anzahl der abgegebenen Behandlungseinheiten an physiotherapeutischen Leistungen der BG (berufsgenossenschaftlichen) Ambulanz Bremen im Jahr 2016 als nur eine der insgesamt 13 Einrichtungen des Klinikverbunds der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV; **Tab. 1**) lässt die besondere Bedeutung der Physiotherapie erkennen und wirft folglich die Frage nach der angemessenen Verordnungsdauer bzw. -praxis auf. Grundsätzlich ist die GUV nach § 1 SGB (Sozialgesetzbuch) VII (2) aufgefordert, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten *mit allen geeigneten Mitteln* wiederherzustellen und gleichzeitig dabei zu gewährleisten, dass diese Aufgaben unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllt werden (§ 69 SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung). Nach der Handlungsanleitung [8] ist die Physiotherapie in zeitlichen Intervallen von jeweils maximal 4 Wochen zu verordnen, solange ein objektiver Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu erwarten ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann. Bei Folgeverordnungen hat der D-Arzt sein Vorgehen zu begründen. Ist kein Funktionsgewinn mehr festzustellen, ist zu prüfen, ob die Physiotherapie zu beenden, eine Weiterführung der Therapie in Form einer EAP oder BGSW angezeigt oder eine alternative Intervention zielführend ist. Insbesondere bei Dauerpatienten besteht in bestimmten Fällen und unter Berücksichtigung der Eigenverantwortlichkeit und Mitwirkungspflicht des Rehabilitanden auch die Möglichkeit, das Training in Eigeninitiative oder in Rehabilitationssportgruppen wohnortnah weiterzuführen [1].

Rehabilitationssport und *Funktions-training* als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft werden auch von den Trägern der GUV übernommen, wobei die vom D-Arzt ausgestellte indikationsgerechte Verordnung hinsichtlich der Dauer des Anspruchs grundsätzlich nicht begrenzt

Trauma Berufskrankh 2018 · 20 (Suppl 4):S279–S284
<https://doi.org/10.1007/s10039-018-0361-3>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

S. Dalichau

Der Dauerpatient. Wie viel Physiotherapie ist erforderlich?

Zusammenfassung

Bei näherer Betrachtung der Physiotherapie als etabliertes Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung wird deutlich, dass die Organisation und die allgemeinen Inhalte des Verfahrens grundsätzlich geregelt sind. Unter Beachtung von möglichen Entscheidungshilfen und Fallbeispielen erscheint es vielmehr sinnvoll, Maßnahmen in das Therapieverfahren zu integrieren, die die Therapieplanung und -steuerung optimieren und sich an den aktuellen Rehabilitationsstandards orientieren. Die Bestimmung individueller Kontextfaktoren, die Patientenberatung, die Vereinbarung von Reha-Zielen, die Verwendung von Assessments, die Spezifizierung der

Behandlungsschwerpunkte sowie die Förderung der Kommunikation zwischen Arzt und Therapeut gelten in diesem Zusammenhang als bedeutsame Entitäten zur Verbesserung des Qualitätsmanagements und folglich zur Findung der angemessenen Behandlungsdosis. Diese sollten bei einer kommenden Überarbeitung der Handlungsanleitung zur Verordnung von Leistungen zur Physiotherapie berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Gesetzliche Unfallversicherung · Therapiesteuerung · Qualitätssicherung · Rehabilitationsstandard · Heilverfahren

The long-term patient. How much physiotherapy is required?

Abstract

A closer look at physiotherapy as an established treatment in statutory accident insurance clearly shows that the organization and the general contents of the procedure are basically regulated. Considering possible decision-making aids and case studies, it seems to be more advisable to integrate measures into the therapeutic procedure that optimize treatment planning and control and are based on current rehabilitation standards. The determination of individual context factors, patient counseling, the agreement of rehabilitation targets, the use of assessments, the specification of treatment

focuses and the promotion of physician-therapist communication are considered to be significant entities for improving quality management and, consequently, finding the appropriate treatment dose. These should be taken into account in a forthcoming revision of the guidelines for the regulation of physiotherapy.

Keywords

Statutory accident insurance · Therapy management · Quality assurance · Rehabilitation standards · Healing process

ist und auch wiederholt gewährt werden kann [2].

Um im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung tätig werden zu können, gilt als Anforderung an den Therapeuten entweder eine Berufserfahrung von 2 Jahren, von denen 6 Monate in klinischen Fachbereichen der Chirurgie, Orthopädie oder Neurologie abzuleisten sind, oder eine 2-jährige Berufserfahrung in einer Therapieeinrichtung mit Zulassung für die Behandlung Unfallverletzter, wobei in dieser Zeit mindestens 20 Unfallverletzungen selbstständig therapiert werden müssen [7]. Zudem verpflichtet sich der Therapeut insbesondere zur Durchführung von qualitätssichern-

den Maßnahmen sowie zur Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung; [8]).

Fasst man die Vorgaben und Fakten zu Inhalten, Organisation und Verordnungspraxis zusammen, lässt sich konstatieren, dass der Rahmen für die Physiotherapie als berufsgenossenschaftliches Heilverfahren mit Ausnahme der eingeschränkten Optionen bei der formalen Verordnung krankengymnastischer Behandlungsinhalte grundsätzlich abgesteckt ist. Trotz dieser Regelungen erscheint es jedoch zur Verfahrensoptimierung durchaus sinnvoll, dem D-Arzt in seiner zentralen Funktion

Tab. 1 Anzahl der abgegebenen Behandlungseinheiten (N) an physiotherapeutischen Leistungen der BG (berufsgenossenschaftlichen) Ambulanz Bremen im Jahr 2016 bei Patienten mit Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten

Anzahl Patienten	Krankengymnastik	Bewegungsbad	Elektrotherapie	Massage	Manuelle Lymphdrainage
3846	43.948	2609	5127	16.598	9363

als medizinischer Entscheidungsträger zusätzliche innovative Entscheidungshilfen anzubieten, um seine Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung des heutigen Verständnisses von Rehabilitation weiter zu verbessern.

Entscheidungshilfen für die Planung und Steuerung der Physiotherapie

Die Entscheidungshilfen für den D-Arzt orientieren sich an der ICF (Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; [4]), dem Bundesteilhabegesetz (BTHG; [9]) sowie der Neuausrichtung der Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung [1] und werden im Folgenden anhand eines Verfahrenszyklus chronologisch dargestellt (■ **Abb. 2**):

1. Medizinische Expertise: Im Rahmen der Patientenvorstellung (Erstkontakt) erfolgen nach der klinischen Befundung und Berücksichtigung aller notwendigen Untersuchungsergebnisse die Diagnosestellung, die Erstversorgung sowie die Auswahl und Planung adäquater Behandlungsmöglichkeiten.
2. Orientierung an Reha-Standards: Zur Planung ist die genaue Kenntnis von aktuellen Inhalten und Zielen der einzelnen Heilverfahren (z. B. EAP, BGSW) und deren praktische Umsetzung [3] sowie von Standards in der indikationsbezogenen Nachbehandlung [6] Voraussetzung.
3. Beachtung von Kontextfaktoren, die die Behandlung beeinflussen können: Neben Lebensalter, Geschlecht und Ethnie sind insbesondere Angaben zu Komorbiditäten, zum beruflichen Belastungsprofil (spezielle körperliche Tätigkeiten des Patienten im Rahmen seines Berufes) und zu Anforderungen im

privaten Kontext des Patienten (z. B. Pflege von Familienangehörigen, Gartenarbeit, Baumaßnahmen Eigenheim) von Bedeutung.

4. Patientenberatung: Zur Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstmanagement sollten die Bedeutung und die möglichen Auswirkungen der Diagnose, die Behandlungsoptionen sowie die Eigeninitiative und die Mitwirkungspflicht (z. B. gesunde Lebensführung, Heimtraining) thematisiert werden.
5. Festlegung von Zielvereinbarungen: Die Behandlungsziele müssen sich klar an der beruflichen und sozialen Teilhabe ausrichten und sind gemeinsam mit dem Patienten (partizipativ) verbindlich und *smart* (spezifisch-messbar-akzeptiert-realistisch-terminiert) festzulegen. Auf traditionelle, allgemein ausgelegte Ziele wie *die Verbesserung von Beweglichkeit oder Kraft* ist zu verzichten.
6. Erstellung der Verordnung von Leistungen zur Physiotherapie: Zur Optimierung der physiotherapeutischen Behandlung sollten Kontextfaktoren, Zielvereinbarungen und differenzierte Behandlungsinhalte dem klassischen Verordnungsblatt beigelegt werden.
7. Physiotherapeutische Expertise: Die Reha-Einrichtung berücksichtigt im Rahmen der Befundung und der konsekutiven, für den Patienten transparenten Therapieplanung und -durchführung die Informationen und die Vorgaben des D-Arztes.
8. Einsatz von Assessments: Die zu verwendenden Assessments sollten sich sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung an den Zielvereinbarungen orientieren und auch die subjektive Einschätzung des Patienten beachten (Einsatz

von 1 bis maximal 2 etablierten Fragebögen: Lebensqualität, Funktionseinschränkungen bei Alltagsaktivitäten).

9. Weitergabe der Ergebnisse der physiotherapeutischen Behandlung an den D-Arzt: Die Resultate hinsichtlich der Zielerreichung sowie ein Kurzbericht über den Behandlungsverlauf und ggf. eine Therapieempfehlung sind dem D-Arzt zeitnah zu übermitteln.
10. Weitere Steuerung des Heilverfahrens: Auf der Grundlage seines eigenen aktuellen Befundes im Rahmen der Wiedervorstellung in Kombination mit den Ergebnissen und Informationen der physiotherapeutischen Behandlung entscheidet der D-Arzt über den weiteren Verlauf der Heilbehandlung.

Fallbeispiele

Möglichkeiten sowie Schwierigkeiten der Physiotherapie als Heilverfahren sollen im Folgenden an 3 ausgewählten Fallbeispielen aus der Praxis demonstriert werden. Während Fallbeispiel 1 den Benefit der stabilisierenden Physiotherapie hinsichtlich der beruflichen und sozialen Teilhabe bei einem Dauerpatienten zeigt, machen die Fallbeispiele 2 und 3 auf Probleme aufmerksam, die im Umgang mit leichteren Verletzungen im Rahmen der finalisierenden Physiotherapie bei Nichtbeachtung der dargestellten Entscheidungshilfen entstehen können.

Fallbeispiel 1: Stabilisierende Physiotherapie

Bei dem Patienten handelt es sich um einen männlichen, 55-jährigen Bautechniker/-leiter, der im November 1992 im Rahmen eines Arbeitsunfalls multiple Verletzungen erlitt, deren therapieresistente Folgen zu starken Beeinträchtigungen geführt haben (Minderung der Erwerbsfähigkeit: 70 %): Zustand nach komplexer Knieverletzung links mit verbliebener Instabilität und Ausbildung einer sekundären Arthrose, Zustand nach Peroneusläsion links, Zustand nach Fersenbein- und Sprunggelenkfraktur mit konsekutiver Arthrodes

Abb. 3 ▲ Core-Training als Kräftigungs- und Stabilisationstraining für die Rumpfmuskulatur. **a** Training der seitlichen Rumpfmuskulatur, **b** der ventralen Kette und **c** der Bauchmuskulatur

des oberen und unteren Sprunggelenks links, Zustand nach distaler Oberschenkelfraktur rechts, Zustand nach Lendenwirbelkörper (LWK) 1-Fraktur mit der Ausbildung chronisch rezidivierender Wirbelsäulenbeschwerden. Durch eine gezielte Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln (maßgefertigte Beinorthese zur Kniegelenk- und Sprunggelenkstabilisierung, orthopädische Arbeits- und Freizeitschuhe) und periodisch durchgeführter Physiotherapie mit Intervallen von ca. 3 Wochen 2- bis 3-mal jährlich ist der Patient bis zum heutigen Tag in seinem Beruf vollzeitig tätig, kann seine Funktion als Familienvater (Betreuung eines geistig behinderten Kindes) erfüllen und seinem Hobby als passionierter Schlagzeuger nachkommen.

Fallbeispiel 2: Finalisierende Physiotherapie 1

Ein 39-jähriger männlicher Maler und Lackierer zog sich beim Herabsteigen von der Leiter eine Außenbandverletzung des rechten oberen Sprunggelenks zu. Der Patient wurde vom D-Arzt mit einer Aircast-Schiene (Modell Airgo, Fa. Ormed, Freiburg i.Br.) versorgt und an 2 Unterarmgehstützen mobilisiert. Die Verordnung über 4 Wochen 5-mal wöchentlich beinhaltete die Applikation von Kälte- und Elektrotherapie sowie die krankengymnastische Übungsbehandlung zur allgemeinen Mobilisierung und Kräftigung. Bei der Wiedervorstellung war die Entzündung vollständig abgeklungen, Einbeinstand und beidbeiniger Hochziehenstand waren durchführbar. Ein geringer Belastungsschmerz war verblieben. Der D-Arzt entließ den Patienten in die Arbeitsfähigkeit ohne

weitere begleitende Therapie mit dem Hinweis, die Schiene nur noch bei Bedarf einzusetzen. Sechs Monate später stellte sich der Patient mit deutlichen Entzündungszeichen wieder vor. Er gab einen starken Ruhe- und Belastungsschmerz an und berichtete von 3 leichten Rezidiven beim Barfußgang in der eigenen Wohnung sowie von Rückenbeschwerden und Schmerzen im linken Knie- und Hüftgelenk. Der Einbeinstand ohne Schiene war nicht möglich. Es zeigte sich ein deutlicher Verlust der Propriozeption des betroffenen Sprunggelenks. Auf Nachfrage gab der Patient an, dass er die Schiene permanent tragen musste, um das häufige Leitersteigen und die Arbeiten in Fußbodenhöhe mit wiederholtem Aufstehen und Niederknien bewältigen zu können. Zudem baue er seit 18 Monaten sein eigenes Einfamilienhaus, und daher fallen sowohl werktags nach der Arbeit als auch an den Wochenenden häufig zusätzliche körperliche Arbeiten an. Der D-Arzt verordnete daraufhin eine 8-wöchige EAP 5-mal wöchentlich zur Schienenentwöhnung. Patientenberatung, Beachtung der Kontextfaktoren und Zielvereinbarungen flossen nun in die Behandlung ein. Anschließend nahm der Patient seine berufliche Tätigkeit bei begleitender EAP 3-mal wöchentlich über weitere 4 Wochen wieder auf.

Fallbeispiel 3: Finalisierende Physiotherapie 2

Ein 23-jähriger Fußballspieler aus der 2. Bundesliga (BL) durchlief aufgrund eines Muskelfaserrisses (MFR) in der hinteren Oberschenkelmuskulatur (HOM) des rechten Beins 5-mal wöchentlich eine 3-wöchige Physiotherapie (Kranken-

gymnastik, Elektrotherapie, Massagen) und wurde anschließend als spielfähig entlassen. Sechs Wochen später stellte sich der Spieler erneut beim D-Arzt vor mit einem MFR der HOM links. Die allgemeine Frage nach dem Vorliegen bekannter Nebenerkrankungen wurde vom Patienten verneint. Das bekannte Behandlungsregime wurde diesmal über 4 Wochen durchgeführt. Acht Wochen nach Therapieende ließ sich erneut ein MFR der HOM rechts diagnostizieren. D-Arzt und Spieler führten die Verletzungsanfälligkeit auf den Wechsel von der 3. in die 2. BL zurück (erhöhter Trainingsumfang). In die folgende 4-wöchige Physiotherapie wurde zusätzlich ein individuelles Stretchingprogramm (SP) mit aufgenommen. Physiotherapie und SP wurden danach trainingsbegleitend für weitere 4 Wochen fortgeführt. Sechs Wochen nach Abschluss der Behandlung stellte sich der Spieler mit einem erneuten MFR der HOM links bei einem anderen D-Arzt vor. Auf die konkrete Nachfrage des Arztes, ob Rückenbeschwerden bestünden, berichtete der Spieler nach kurzem Zögern über einen dumpfen, flächigen Ermüdungsschmerz nach langem Stehen, Schlendern und nach intensiven Trainingseinheiten. Die Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) verifizizierte eine beidseitig ausgebildete Spondylyse des 5. Lendenwirbels. Neben der intensiven Physiotherapie zur Behandlung des MFR absolvierte der Spieler eine manuelle Therapie für die LWS sowie ein intensives Kräftigungstraining zur Rumpfstabilisation (Core-Training; **Abb. 3**). Der Spieler sprach bereits nach wenigen Behandlungseinheiten positiv auf die Therapie der LWS an. Nach 4 Wochen nahm der Spieler wieder

am Mannschaftstraining teil und führte das individuelle Übungsprogramm trainingsbegleitend sowie als Heimprogramm fort.

Schlussbetrachtung

Die dargestellten Fallbeispiele signalisieren die Notwendigkeit der Erweiterung der Physiotherapie als etabliertes Heilverfahren um aktuelle Rehabilitationsstandards zur Optimierung der Therapieplanung und -steuerung. Da D-Arzt und Therapeut durch ihr Handeln und ihre Entscheidungen die Qualität, das Outcome und somit auch die Dosis der physiotherapeutischen Behandlung determinieren, erscheint es folglich sinnvoll, den fachlichen Austausch und die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen beiden Partnern zu fördern, was durch eine Reformierung der Handlungsanleitung realisiert werden könnte:

- Kontextfaktoren, Zielvereinbarungen sowie differenzierte Behandlungsschwerpunkte sollten regelhaft auf der Verordnung aufgeführt werden.
- Zur Dokumentation des aktuellen Behandlungsverlaufs sollte vom Therapeuten zum Therapieverlauf, zu den Ergebnissen verwendeter Assessments (Zielüberprüfung) sowie zu weiteren Therapieempfehlungen Stellung genommen werden können (→ zeitnahe Übermittlung an den D-Arzt).
- Es sollte die Etablierung verpflichtender themenbezogener Fortbildungsveranstaltungen erfolgen.

Fazit für die Praxis

- Die Organisation und die allgemeinen Inhalte der Physiotherapie als Heilverfahren sind grundsätzlich geregelt.
- Zur Optimierung der Therapieplanung und -steuerung sollten aktuelle Reha-Standards wie die Bestimmung von Kontextfaktoren, die Patientenberatung und die Vereinbarung von Reha-Zielen in das Verfahren integriert werden.
- Da D-Arzt und Therapeut die Qualität und die Dosis des Heilverfahrens bestimmen, ist es notwendig, die

Kommunikation zwischen beiden Partnern zu verbessern.

- Sowohl die Handlungsanleitung als auch das Formular zur Verordnung von Leistungen zur Physiotherapie bedürfen diesbezüglich einer Überarbeitung in Form einer Förderung des Informationsaustauschs.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. nat. S. Dalichau
BG Ambulanz Bremen
Industriestr. 3, 28199 Bremen,
Deutschland
stefan.dalichau@bga-
bremen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Dalichau gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Falle von nicht mündigen Patienten liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Auhuber TC, Reimertz C, Müller W-D, Hoffmann R (2017) Neuausrichtung der Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung. *Rehabilitation* 56:51–69
2. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg) (2011) Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt a.M.
3. Dalichau S, Möller T, Neumann M (2017) Umsetzung der aktuellen EAP-Anforderungen. Handlungsempfehlungen, Fallbeispiele, Ergebnisse. *Trauma Berufskrankh*. <https://doi.org/10.1007/s10039-017-0345-8>
4. DIMDI (Hrsg) (2005) ICF-Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI, Köln
5. Froese E (2017) Wohin entwickelt sich das Durchgangsarztverfahren? Notwendige Weiterentwicklung aus der Sicht des Unfallversicherungsträgers. *Trauma Berufskrankh* 19(Suppl 3):S240–S245
6. Froese E (Hrsg) (2015) Standards für Heilverfahren und Rehabilitation, 4. Aufl. Gentner, Stuttgart
7. DGUV (2017) http://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/verguetung/physio.pdf. Zugegriffen: 15. Febr. 2018
8. http://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/verguetung/physio.pdf (2016) http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/hand.pdf. Zugegriffen: 15. Febr. 2018
9. BMAS (2016) https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7. Zugegriffen: 15. Febr. 2018
10. Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2018) <https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapie/definition.html>. Zugegriffen: 15. Febr. 2018
11. Karstens S, Weiler SW, Froböse I, Peters-Klimm F (2013) Heilmittelverordnungen in der ambulanten Physiotherapie bei Rückenbeschwerden – deskriptive Analyse zum Abgleich von Indikationsschlüssel und Alltagsbeeinträchtigung. *Rehabilitation* 52:96–102