

EIN LOKALES NETZWERK AUFBAUEN UND PFLEGEN

JE BESSER DAS MEDIZINISCHE MITEINANDER VON ÄRZTEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN, DESTO BESSER DAS RESULTAT FÜR DEN PATIENTEN. PHYSIOTHERAPEUT ROLAND GAUTSCHI UND ARZT CHRISTIAN LARSEN SIND ÜBERZEUGT: DIE ZUSAMMENARBEIT BASIERT AUF GEGENSEITIGER WERTSCHÄTZUNG UND RESPEKTIERUNG DER NO-GOS.



Christine Mücke

Das Spektrum der modernen Grundversorgung ist enorm. Patienten mit Schmerzen und Behinderungen im Bewegungssystem gehören zum Praxisalltag aller grundversorgenden Ärzte und bieten täglich Berührungspunkte und Reibungsflächen zwischen Arzt und Physiotherapie. Hier eine kleine «Gebrauchsanweisung» für eine Win-win-Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeut.

Die Diagnose

Entscheidend für die Therapie sind Befund und Diagnose sowie die darauf basierende Verordnung. Eigentlich banal, aber angesichts der Vielzahl verschiedenster Therapieoptionen eine Herausforderung. «Dabei muss der Arzt gar nicht alle Methoden kennen! Viel wichtiger ist es, dass er einschätzen kann, wie gut er über einzelne Massnahmen, Methoden und deren Potenzial informiert ist und dass er diese nur bei gesicherter Indikation gezielt verschreibt», wünscht sich Gautschi. Das treffe bis heute aber nur auf einen Teil der Ärzte zu.

Der Arzt

Auf Basis der Verordnungen, die seine Patienten mitbringen, schildert der Physiotherapeut 3 Arzttypen:

Am häufigsten sei **Typ 1**, meist Allgemeinmediziner, der keine präzise Funktionsdiagnose stellt,

sondern das Beschwerdebild beschreibt, zum Beispiel Rücken- oder Schulterschmerzen, und so dem Physiotherapeuten freie Hand lässt. Diese Art von wertschätzender, integrativer Verschreibung ist eine gute Basis für den Therapieerfolg und die Zusammenarbeit.

Viel seltener ist der **Typ 2**: Dieser habe auf einer Fortbildung eine Diagnose X oder Methode Y kennengelernt, die dann postwendend auf den Ver-

«**DIE WACHSENDE EVIDENZ BEZÜGLICH KOMPLEXER PLAZEBO- UND NOZEBOEFFEKTE LÄSST VERMUTEN, DASS DIE CHANCE AUF EINEN THERAPIEERFOLG GRÖSSER IST, WENN DER ARZT DIESE ÜBERZEUGUNG FÜR SICH BEHÄLT.**»

ordnungen auftauche, selbst wenn das Krankheitsbild X im konkreten Fall von Patient Z nicht vorliegt beziehungsweise die Indikation für die Methode Y nicht gegeben ist.

Eine heute leider noch zu seltene Idealsituation findet sich bei **Typ 3**. Etwa 10 bis 20 Prozent der Ärzte betreiben eine sehr differenzierte und kompetente funktionelle Diagnostik des Bewegungssystems, die gleichwertig artikuläre, muskuläre und neurale Aspekte berücksichtigt, sie verfügen über fundierte Kenntnisse der physiotherapeuti-

schen Möglichkeiten und verschreiben diese demgemäss. Die beste Basis für Therapie und eine vertiefte fachliche Kooperation ist dann gegeben, wenn die Untersuchung durch den Physiotherapeuten die Befunde, Bewertungen und Diagnosen des Arztes bestätigt.

Der Therapeut

Gemäss Larsen gilt analog eine ähnliche Typologie für Therapeuten:

Zum Ersten die Generalisten, oftmals auf dem Land, die ein breites Spektrum therapeutischer Interventionen beherrschen und oftmals erste und unspezifische Anlaufstelle bei Schmerzen des Bewegungssystems sind.

Zweitens gibt es die Spezialisten. Die gab es schon immer, es findet aber eine Verschiebung statt von

Methodenspezialisten, zum Beispiel Bobath, Manuelle Therapie, hin zu klinischen Spezialisten wie zum Beispiel Inkontinenz oder Schmerztherapie.

Drittens gibt es eine zunehmende Anzahl hoch qualifizierter Physiotherapeuten mit hinreichend Berufserfahrung, Hochschulabschluss und Anspruch auf eine «evidenzbasierte Therapie». Diese Kategorie von Physiotherapeuten

kann einen präzisen funktionellen Befund unter Einbeziehung strukturspezifischer Faktoren erheben und damit eine strukturbezogene Diagnose des Arztes klar verorten. Das ist die beste Grundlage, um geeignete therapeutische Interventionen abzuleiten, durchzuführen und bei Bedarf einen qualifizierten Kurzbericht zu schreiben.

Die Prognose

Der Patient versteht nicht alles so, wie es gemeint ist. Knackpunkt für Therapeuten sind immer wieder ärztliche Prognosen: «Der Physiotherapeut bringt das bestimmt wieder in Ordnung» ist genauso problematisch wie «Wenn Sie jetzt nichts unternehmen mit Ihrem Rücken, dann sitzen Sie demnächst im Rollstuhl» oder «Bei Ihrem Rücken, das muss ja weh machen». Besser sind offene gestrickte Empfehlungen nach dem Muster: «Sie probieren jetzt einmal Physiotherapie aus. Tut es Ihnen gut, sind Sie auf dem richtigen Weg, wenn

nicht, dann müssen wir weiterschauen.» Damit werden Perspektiven eröffnet, wird Eigenverantwortung gefördert und unnötiger Erwartungsdruck vermieden. Nicht nur die Kommunikation zwischen Arzt und Therapeut ist ein Kernbestandteil der Therapie, schon die Kommunikation zwischen Arzt und Patient trägt wesentlich zur weiteren Entwicklung bei.

Die Verordnung

«Letztlich kann doch der Physiotherapeut machen, was er für richtig hält. Es gibt diesbezüglich kaum eine Kontrolle, ob der Therapeut tatsächlich das macht, was der Arzt verordnet hat», merkt Larsen an. «Grundsätzlich richtig», erwidert Gautschi, «es ist im Tarif verankert, dass die Therapeuten zum Wohl des Patienten von der verordneten Therapie abweichen können; die tägliche Praxis zeigt: Es ist sinnvoll, Unklarheiten oder abweichende Möglichkeiten direkt mit dem verordnenden Arzt zu besprechen.»

Die Behandlung

Patienten vertrauen ihren Ärzten in hohem Mass. «Von der Arztdiagnose und der darauf basierenden Empfehlung abzuweichen, ist konfliktträchtig», so Gautschi. Im Fall einer klassischen Entzündungsdiagnose wie zum Beispiel einer Tendovaginitis ist es kontraindiziert, die betroffene Struktur manuell zu behandeln beziehungsweise aktiv zu trainieren. Denn – wie eine Blitzrecherche im Internet sofort offenbart: Manipulationen sind bei Entzündungen grundsätzlich kontraindiziert. Zeigt die funktionelle Untersuchung hingegen, dass die Beschwerden muskulär durch in den Vorderarm ausstrahlende Triggerpunkte (und nicht durch eine Tendovaginitis) verursacht sind, so sind eine manuelle Behandlung und ein dosiertes Training der betroffenen Strukturen durchaus indiziert. Larsen hakt nach: «Akute Entzündungen stellen eine Kontraindikation für den so beliebten «Muskelaufbau» dar. Regelmässig sehe ich zum Beispiel Patienten mit subakuten zervikoradikulären Schmerzsyndromen, die ihr Fitnessprogramm aufgrund ärztlicher Empfehlung fortführen oder gar intensivieren. Viele Patienten sind nicht mehr in der Lage festzustellen, was ihnen gut tut, und können ihre körperliche Aktivität nicht mehr instinktiv richtig dosieren.»

Die Rückmeldung

Ob Ärzte über den Erfolg einer Therapie orientiert werden möchten, können sie im Vorfeld der Therapie auf der Verschreibung angeben oder direkt mit den Patienten besprechen. Ob ein schriftlicher



Roland Gautschi (links) und Christian Larsen

NO-GOS

Für den

Physiotherapeuten:

«Der Arzt hat eh keine Ahnung von Bewegung.»
«Die Diagnose ist völlig falsch.»

Für den Arzt:

«Physiotherapie bringt eh nichts.»
«Machen Sie zu Hause ein paar Übungen, das tuts auch.»

Bericht sinnvoll ist, wird am besten individuell entschieden. Das Schreiben eines aussagekräftigen Berichts ist zeitaufwendig und wird den Therapeuten im aktuellen Tarifvertrag nicht vergütet. Ist der Bericht spezifisch, verfügen nicht alle Ärzte über die Zeit und die funktionellen Kenntnisse, sich detailliert damit auseinanderzusetzen. Und allein für die Ablage zu schreiben, lohnt sich nicht. Gibt es etwas zu besprechen, ist oft ein kurzes Telefonat die beste Lösung, für das sich ausgesprochen viele Ärzte die Zeit nahmen, so Gautschi positive Erfahrung. Er delegiert die Rückmeldung auch gern an die Patienten, um sie stärker einzubinden und nicht über sie hinweg zu kommunizieren.

Der Therapieerfolg

Manchmal lässt der Erfolg zu wünschen übrig. Einige Patienten sind der (irrigen) Auffassung, ihr Arzt müsse die Fortführung der Therapie verschreiben, wenn das zugrunde liegende Problem (noch) nicht behoben werden konnte. Diese Anspruchshaltung sollte der Therapeut nicht unterstützen, denn welcher Arzt lässt sich schon gern zum blossen Aussteller von Physiotherapieverordnung degradieren, wie Gautschi zu bedenken gibt. Zumal in vielen Fällen schon mit der ersten Serie eine deutliche Verbesserung erzielt wird, kann danach eine Therapiepause eingelegt werden beziehungsweise der Patient mit dem erlernten Heimprogramm die Therapie selbstständig weiterführen. Bleibt der therapeutische Erfolg aus, kann dies an der Physiotherapie per se liegen – das Problem ist physiotherapeutisch nicht zu beheben. Oder es kann am einzelnen Physiotherapeuten beziehungsweise an der von ihm gewählten Therapiemethodik liegen. «Ach ja, noch ein wichtiger Punkt», so Larsen: «Regelmässig berichteten Patienten, ihr Arzt hätte gesagt, er halte nicht viel von Physiotherapie! Dies ist das gute Recht eines jeden Arztes, aber die wachsende Evidenz bezüglich komplexer Plazebo- und Nozeboeffekte lassen vermuten, dass die Chance auf einen Therapieerfolg grösser ist, wenn der Arzt diese Überzeugung für sich behält.»

Der Kostenfaktor – einen Therapieversuch wagen

Physiotherapie kann auch zur differenzialdiagnostischen Abklärung eingesetzt werden. Liegen keine Red Flags vor, ist es oft sinnvoller und kostengünstiger, im Sinne einer Probebehandlung eine Serie Physiotherapie durchzuführen. Lassen sich die Schulterschmerzen dadurch günstig beeinflussen, ist man diagnostisch und therapeu-

tisch einen Schritt weiter gekommen. Sollte eine Serie Physiotherapie keinen Erfolg haben, belaufen sich die verursachten Kosten auf etwa 450 Franken. Das ist im Vergleich zu einer sich eventuell erübrigenden Operation oder einer aufwendigen bildgebenden Diagnostik ein relativ bescheidener Betrag. In seiner Agenda 2020 beziffert der Bundesrat die Kosten für die Physiotherapie auf 3 Prozent (sic!) der Gesamtkosten, der Beitrag der Physiotherapie zum Kostenwachstum der letzten zehn Jahre wird mit bescheidenen 2 Prozent veranschlagt. Diese Zahlen sprechen Klartext: Im einen oder anderen (unklaren) Fall ist die Physiotherapie einen Versuch wert.

«EINIGE PATIENTEN SIND DER (IRRIGEN) AUFFASSUNG, IHR ARZT MÜSSE DIE FORTFÜHRUNG DER THERAPIE VERSCHREIBEN ...»

Das Fazit

Bisher galt: Erstens ein Analgetikum, nützt dies nichts, schickt der Grundversorger den Patienten zweitens zum Physiotherapeuten, nützt dies ebenfalls nicht, folgt drittens das Konsil beim chirurgisch tätigen Orthopäden. Neu gilt bei Schmerzen des Bewegungssystems: Analgetika kombiniert mit primärer gezielter Überweisung an einen fachlich für das Problem qualifizierten Physiotherapeuten. Im Grunde genommen ist es genau wie bei der Überweisung von Arzt zu Arzt: Der Grundversorger weiss, wann er welchen Patienten zu welchem Spezialisten schickt.

Kontakt:

Roland Gautschi, MA, dipl. Physiotherapeut FH
Kehlstrasse 33, 5400 Baden
E-Mail: gautschi@kehl-33.ch

Dr. med. Christian Larsen
Ärztlicher Leiter Spiraldynamik Med Center Zürich
Privatklinik Bethanien, Restelbergstrasse 27, 8044 Zürich
E-Mail: christian.larsen@spiraldynamik.com

WÜNSCHE

An den Physiotherapeuten:

1. Patienten befähigen, nicht nur behandeln
2. Prägnante Berichte
3. Arzt nicht zum Verordner degradieren.

An den Arzt:

1. Spezialisierte Physiotherapeuten zuziehen
2. Probebehandlung zur Differenzialdiagnostik häufiger einsetzen
3. Zurückhaltung mit Therapieprognosen, ergebnisoffene Formulierung bevorzugen.