

# SCHULTERSCHMERZ: WORKFLOW THERAPEUT



WENN EIN PATIENT MIT SCHMERZENDER SCHULTER IN DIE PHYSIOTHERAPEUTISCHE PRAXIS KOMMT, MACHT SICH DER THERAPEUT ZUNÄCHST EIN DIFFERENZIIERTES BILD VON DER SITUATION. PHYSIOTHERAPEUT ROLAND GAUTSCHI BESCHREIBT SEIN VORGEHEN ANHAND EINES BEISPIELS AUS DER PRAXIS.

Roland Gautschi

**F**rau L. kommt in die Physiotherapie. Sie hat ventrale Schulterschmerzen rechts. Auf der ärztlichen Verordnung steht als Diagnose:

- «Tendinitis Bizepssehne rechts», wenn sie von Arzt B. kommt; als Behandlungsziel ist «Analgesie/Entzündungshemmung» angekreuzt;
- «PHS rechts», wenn sie von Arzt F. kommt; als Behandlungsziele sind «Analgesie/Entzündungshemmung», «Verbesserung der Gelenksfunktion» und «Verbesserung der Muskelfunktion» angegeben;
- «Überlastungssyndrom Schulter rechts», wenn sie von Arzt T. kommt; als Behandlungsziele sind «Analgesie/Entzündungshemmung» und «Instruktion» angekreuzt.

## Was ist zu tun?

→ **Erstens:** Ich frage Frau L., was sie zu mir führt. Ich möchte von der Patientin hören, wie sie ihre Beschwerden beschreibt:

- wo es weh tut;
- seit wann es weh tut und in welchem Zusammenhang die Beschwerden erstmals aufgetreten sind;
- was sie nicht mehr machen kann und was sie gerne wieder tun würde;
- in welchen Situationen die Schmerzen zu- beziehungsweise abnehmen.

Im Weiteren interessiert mich:

- was die Patientin vermutet, warum es ihr weh tut;
- ihr Anliegen und Ziel für die Therapie;
- das berufliche und soziale Umfeld der Patientin;
- ob beziehungsweise welche Therapien (und mit welchem Erfolg) bisher bereits durchgeführt wurden;
- ob und welche Abklärungen bereits gemacht worden sind (Röntgen, CT, Labor etc.).

→ **Zweitens:** Ich untersuche Frau L. Zunächst möchte ich einen Überblick bekommen. Informationen, die ich über das Auge gewinne, betreffen die Statik, das spontane Bewegungsverhalten, Muskelhyper-/hypotrophien und so weiter. Die Funktionsuntersuchung umfasst die Prüfung der Beweglichkeit (aktiv und passiv), der Kraft (Funktions- und Widerstandstests) und der Sensibilität. Auf die Ergebnisse der Übersichtsuntersuchung abgestützt, folgen die Detailuntersuchung mit funktionellen Tests zur strukturspezifischen Differenzierung (z.B. neurodynamische Tests, Untersuchung des Joint Play, spezifische Muskeldehntests etc.) sowie die palpatorische Untersuchung der «verdächtigen» Strukturen (Gelenk, Nerv bzw. Muskeln).

→ **Drittens:** Ich formuliere eine Arbeitshypothese. Alle Informationen und Hinweise aus Anamnese

und Befund versuche ich zu einem Gesamtbild zusammenzufügen. Der Fragehorizont ist:

- Liegt ein primär artikuläres, ein primär neurales beziehungsweise ein primär myofasziales (oder ein anderes) Problem vor – und gibt es sekundär artikuläre, sekundär neurale beziehungsweise sekundär myofasziale Befunde?
- Handelt es sich um ein multifaktorielles Problem («Reizsummationsproblem»)?
- Wie ausgeprägt sind periphere, wie stark zentrale Schmerzchronifizierungsfaktoren wirksam?
- Liegen unterhaltende Faktoren vor? Welche?

→ **Viertens:** Abgestützt auf die Arbeitshypothese entscheide ich, welche Therapieform ich anwenden will. Wir haben in der Physiotherapie eine Vielzahl ausgezeichneter Behandlungstechniken (vgl. Methodenspiegel): Hands on (gelenk-, muskel- und nervenpezifische Interventionsstrategien) ebenso wie Hands off (aktive Rehabilitation in ihren vielfältigen Ausprägungen). Sie alle haben Werkzeugcharakter, und es ist Teil meiner Aufgabe als Physiotherapeut, aus meinem Werkzeugkoffer das Werkzeug beziehungsweise die Werkzeuge zu verwenden, das/die am besten zur Behandlung des Problems des Patienten dienlich ist/sind. Dies erfordert von den Physiotherapeuten, dass sie gut ausgebildet sind. Konkret heisst das, dass jeder Physiotherapeut, jede Physiotherapeutin in allen Teildisziplinen (neurale, artikuläre, myofasziale Komponente; aktive Rehabilitation) über ein seriöses Grundwissen und -können verfügen sollte und sich dann in einem oder zwei Gebieten spezialisieren kann (dies entspricht auch dem Qualitätsprofil der «Klinischen Spezialisten» physioswiss). Ein primäres artikuläres, neurales oder myofasziales Problem sollte als solches erkannt und einer spezifischen Therapie zugeführt werden können. Ebenso sollte erkannt werden, dass oft ein «Reizsummationsproblem» vorliegt und es in diesen Fällen verschiedene Zugänge zur Beeinflussung des Problems gibt: Mehrere Wege führen nach Rom. Der eine Therapeut wird mit aktiver Rehabilitation beginnen und dem Patienten ein Übungsprogramm zusammenstellen, eine andere Therapeutin wird zuerst gelenksspezifisch oder neurodynamisch den Schwerpunkt setzen, und eine dritte Therapeutin wird die Behandlung myofaszialer Triggerpunkte als Einstieg wählen und dies mit einem funktionellen Training verbinden. Der Patient soll möglichst früh erfahren, dass er selber einen aktiven Beitrag zur Therapie leisten kann. Welcher Zugang optimal ist, lässt sich oft nicht von vornherein entscheiden. Wichtig ist, aufgrund der Arbeitshypothese das zu tun, was

sinnvoll scheint, und dann zu beobachten, wie sich die Situation entwickelt.

→ **Fünftens:** Erst mit dem Wiederbefund zeigt sich, ob die eingesetzte therapeutische Massnahme angemessen ist, indem sie die gewünschte Wirkung zeigt (und damit die Arbeitshypothese bestätigt), oder ob die Arbeitshypothese zu überprüfen ist (die erwartete Reaktion bleibt aus) und allenfalls das Behandlungsvorgehen geändert werden soll. Dank des Reassessments (Voraussetzung ist, dass ein seriöses Assessment, also ein klarer Befund, gemacht wurde!) ist es in der Regel möglich, innerhalb von 4 bis 6 Therapiesitzungen die Arbeitshypothese zu überprüfen und damit auch einen Beitrag zur Differenzialdiagnostik zu leisten.

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

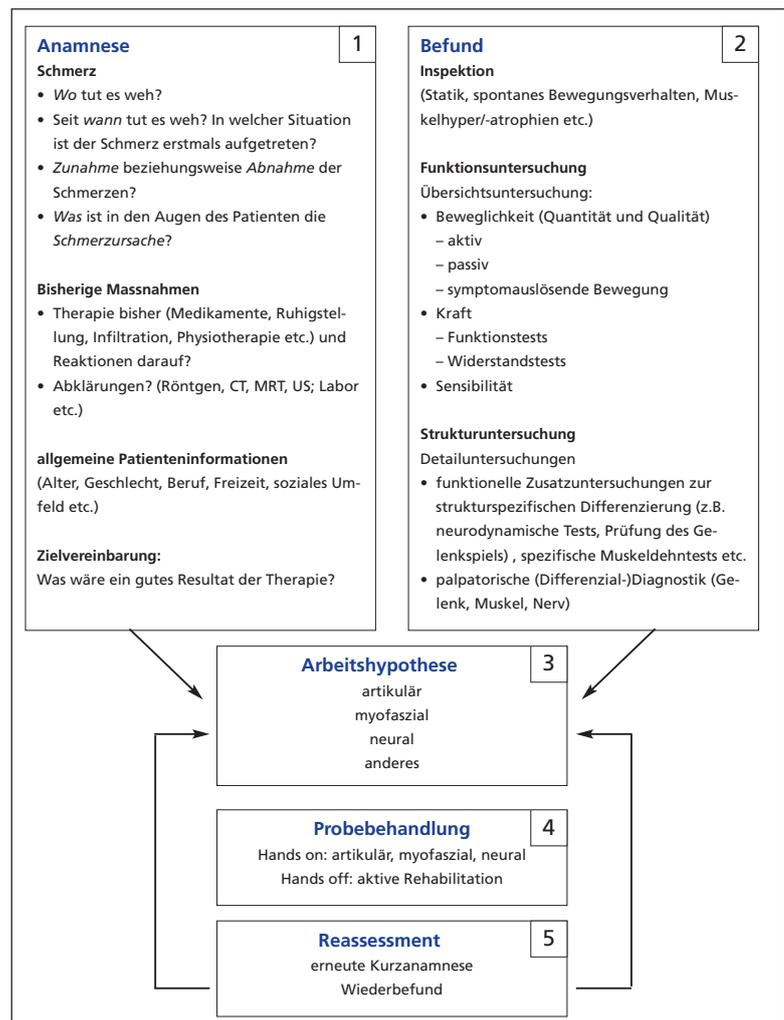


Abbildung: Workflow Physiotherapie: Clinical Reasoning