

physioscience

Wissenschaft & Forschung in der Physiotherapie

März 2014 • Seite 1–44 • 10. Jahrgang

www.thieme.de/physioscience

1 • 2014

Herausgeber

D. Brötz
K.-F. Heise
J. Kool
K. Lüdtke
K. Niedermann
A. Probst
B. Tampin
U. Wolf

- Befundest du noch oder diagnostizierst du schon?
- Triggerpunkt-Therapie bei Proctalgia Fugax



Leseprobe

Editorial

- 1 Überversorgung als Gesundheitsrisiko – Kosteneinsparungen durch vermehrte Physiotherapie
J. Kool

Originalarbeiten | Originals

- 3 Myofasziale Triggerpunkttherapie reduzierte die Symptome bei einem männlichen Patienten mit Proctalgia fugax – Fallstudie
Myofascial Trigger Point Therapy Reduced Symptoms in a Male Patient with Proctalgia Fugax – Case Study
W. Demmer, J. Taeymans, J.H. de Jong
- 8 Die physiotherapeutische Sicht auf Interdisziplinarität in der Komplexleistung Frühförderung – Ergebnisse aus drei Experteninterviews
The Physiotherapists' Perspective on Interdisciplinarity in the Complex Service of Early Intervention – Results of Three Expert Interviews
L. Grunwald, H. Höppner
- 15 Einfluss von speziellem Koordinationstraining (SNAIX), Akupunkturmassage nach Penzel und Infrarotwärmebehandlung auf chronische unspezifische Rückenschmerzen
Influence of a Specific Coordination Training (SNAIX), Acupuncture Massage according to Penzel and Infrared Radiation Therapy on Chronic Non-Specific Low Back Pain
A. Hofer, S. Würth, T. Finkenzeller, B. Fritsch, E. Müller, G. Amesberger

Wissenschaftlicher Diskurs

- 24 Befundest du noch – oder diagnostizierst du schon?
M. Trocha, A.-K. Aigner, H. Brandt, R. Lücking, A. Oppermann, E. Schneider, A. Probst

gelesen und kommentiert

- 30 A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession
I. Nast
- 31 The Effects of a Home-Based Instructional Program Aimed at Improving Frontal Plane Knee Biomechanics during a Jump-Landing Task
F. Rast
- 33 Self-Efficacy for Physical Activity and Insight into Its Benefits Are Modifiable Factors Associated with Physical Activity in People with COPD: A Mixed-Methods Study
A.K. Rausch-Osthoff

Mitteilungen

- 35 Forschungspreis der Reha Rheinfeldens zum 2. Mal vergeben
38 Gründung des Fachbereichstags Therapiewissenschaften

Veranstungsbericht

- 39 12. Forum der leitenden Physiotherapeuten deutscher Universitätskliniken
U. Betz

Nachruf

- 41 Nachruf Max Zusman
M. Egan Moog

42 Kongresskalender

43 Glossar

Befundest du noch – oder diagnostizierst du schon?

Diagnosis in Germany – Developing Professional Action

Autoren

M. Trocha, A.-K. Aigner, H. Brandt, R. Lücking, A. Oppermann, E. Schneider, A. Probst

Institut

HAWK University of Applied Sciences and Arts Hildesheim/Holzminden/Göttingen, Department Social Work and Health

Schlüsselwörter

- physiotherapeutische Diagnose
- Clinical Reasoning
- Zielvereinbarung

Key words

- physiotherapy diagnosis
- clinical reasoning
- goal setting

eingereicht 21.10.2013

akzeptiert 29.10.2013

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1365977>
 physioscience 2014; 10: 24–28
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 1860-3092

Korrespondenzadresse

Marcus Trocha, PT, M.Sc., OMT
 HAWK University of Applied
 Sciences and Arts Hildesheim/
 Holzminden/Göttingen,
 Department Social Work and
 Health
 Oskar-Pletsch-Str. 10
 01324 Dresden
 trocha@hawk-hhg.de

Zusammenfassung



Hintergrund: Diagnostizieren stellt für Physiotherapeuten in Deutschland längst noch keine Selbstverständlichkeit dar. Viele fühlen sich unsicher, ob sie überhaupt Diagnosen stellen dürfen. Wenn sie Diagnosen stellen, bedienen sie sich häufig der ärztlichen Terminologie. In der Berufsgruppe ist weder die Bedeutung einer berufsspezifischen physiotherapeutischen Diagnose verbreitet, noch liegt eine einheitliche Vorstellung zu deren möglicher Struktur vor.

Ziel: Dieser Artikel präsentiert die Ergebnisse des Seminars „Handlungsfelder in der Physiotherapie“ im Wintersemester 2013 des Bachelor-Studiengangs Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie an der HAWK Fachhochschule Hildesheim, Fakultät Soziale Arbeit zum Thema physiotherapeutische Diagnose.

Methode: In diesem Seminar wurden Aufbau, Bedeutung, Nutzen und Notwendigkeit einer berufsspezifischen Diagnose diskutiert und ein Baukastensystem zur Formulierung einer physiotherapeutischen Diagnose entwickelt.

Ergebnisse: Die Bedeutung einer berufsspezifischen physiotherapeutischen Diagnose für die Professionalisierung der Physiotherapie wird herausgestellt. Außerdem werden ausstehende Aufgaben für die Weiterentwicklung des Baukastens und Überprüfung der Praxistauglichkeit beschrieben.

Schlussfolgerungen: Die geforderte berufsspezifische physiotherapeutische Diagnose sollte sich von der klassischen ärztlichen Diagnose unterscheiden. Zur Systematisierung dient ein Baukastensystem aus 7 Komponenten.

Einleitung



Die Frage, ob Physiotherapeuten befunden oder diagnostizieren, verursacht in Deutschland unter

Abstract



Background: Diagnosing diseases is not a standard practice for physiotherapists in Germany. Many therapists feel uncertain whether they are allowed to establish diagnoses at all. If they establish diagnoses they often use a medical-based terminology. Within the occupational group neither the relevance of a profession-related physiotherapy diagnosis is widespread nor exists a uniform idea of its possible structure.

Objective: This article portrays the results of the seminar “Operational activities in physiotherapy” during the winter term 2013 bachelor degree programme occupational therapy/logopaedics/physiotherapy at HAWK Hildesheim, Department for Social Work on the topic physiotherapy diagnosis.

Method: In this seminar the establishment, importance, benefit and necessity of a profession-related physiotherapy diagnosis were discussed and a modular design for establishing a physiotherapy diagnosis was developed.

Results: The importance of a profession-related physiotherapy diagnosis for physiotherapy professionalization is highlighted. In addition, future challenges for the modular design’s advancement as well as the assessment of its practical feasibility are portrayed.

Conclusions: The stipulated profession-related physiotherapy diagnosis should be different from the typical medical diagnosis. A modular design consisting of 7 components is used for systematization.

den in den Therapieprozess involvierten Personengruppen unterschiedliche Reaktionen. Die Therapeuten selbst sind häufig verunsichert, wurde vielen von ihnen doch lange genug gelehrt,

dass die Diagnose Sache des Arztes sei. Dieser Meinung sind überwiegend auch die Ärzte: Physiotherapeuten hätten sich auf die Erstellung eines Befundes zu beschränken.

Andererseits erleben Physiotherapeuten im klinischen Alltag täglich die Notwendigkeit der eigenen Diagnosestellung. Am ehesten halten es die Klienten für selbstverständlich, dass ihre behandelnden Therapeuten einer Diagnose folgend handeln. Oft sind sie sich bewusst, dass diese einer physiotherapeutischen Untersuchung folgt und nicht zwingend der auf der Verordnung befindlichen ärztlichen Diagnose entspricht.

Im Folgenden wird erläutert, (1) woher diese Uneinigkeit und Verunsicherung stammt, (2) dass diese Unsicherheit bezüglich der Diagnosestellung unbegründet ist, (3) wie sich die physiotherapeutische von der ärztlichen Diagnose unterscheiden sollte und (4) warum es dringend notwendig ist, die physiotherapeutische Diagnose als solche zu benennen und zu systematisieren. Die Textinhalte basieren auf den Ergebnissen des Seminars „Handlungsfelder in der Physiotherapie“ im Wintersemester des Bachelor-Studiengangs Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie an der HAWK Fachhochschule Hildesheim, Fakultät Soziale Arbeit.

Definition der physiotherapeutischen Diagnose

Der Begriff Diagnose leitet sich vom griechischen „diagnōskein“ ab, was soviel wie „völlig erkennen, beurteilen“ bedeutet [4]. Der Weltverband für Physiotherapie (World Confederation for Physical Therapy, WCPT) definiert die Diagnose als das Resultat der klinischen Entscheidungsprozesse [12]. Sie stellt die Identifizierung der Funktionsstörungen, Aktivitätseinschränkungen und Behinderungen in der Partizipation des Klienten unter Berücksichtigung der beitragenden Faktoren dar. Diese Definition beschreibt weiterhin den Zweck der physiotherapeutischen Diagnose, der darin besteht, Therapeuten bei der Auswahl einer Behandlungsstrategie zu leiten. Sie hilft ihnen bei der prognostischen Beurteilung der Therapie. Schließlich dient sie der Kommunikation zwischen Therapeuten und Klienten sowie zwischen den Therapeuten untereinander.

Befund oder Diagnose?

Ersetzt die Diagnose nun den Befund? Befund stammt aus dem Mittelhochdeutschen, und seine Bedeutung wird dort ähnlich der Diagnose mit „beurteilen“ beschrieben [4]. Im Englischen entspricht Befund den Begriffen „findings“ oder „data“. Im praktischen Kontext sind Befunde eher als Ergebnisse einzelner Tests oder Testbatterien zu verstehen. Die Gesamtheit der Befunde stellt die Basis für die Formulierung einer physiotherapeutischen Diagnose dar [9]. Die evaluative Zusammenfassung der einzelnen Befunde in eine physiotherapeutische Diagnose findet sich teilweise bereits in der Bildung von Klassifikationssystemen wieder. Später wird deutlich werden, dass die bestehenden Klassifikationssysteme als Diagnosesystematiken nicht geeignet sind.

Im Gesundheitswesen scheint der Diagnosebegriff durch die ärztliche Diagnose belegt [8]. Sie orientiert sich an der in den 90er-Jahren von der WHO beschlossenen „Internationalen Klassifizierung der Krankheiten“ (International Classification of Diseases – ICD; [13]). Sie gliedert sich in Klassifikationsfamilien (z. B. Krankheiten des Nervensystems: G00–G99, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes: M00–M99)

und organisiert die einzelnen Diagnosen in einem alphanumerischen System (z. B. primäre Koxarthrose, beidseitig: M16.0; [2]). Diagnosen gibt es aber nicht ausschließlich in der ärztlichen Medizin. Die Sportwissenschaft spricht von der im Wesentlichen durch technische Messinstrumente erhobenen Leistungsdiagnostik. Andere technische Professionen (z. B. KFZ-Technik) bedienen sich ebenfalls selbstverständlich des Begriffs Diagnose.

Ein komplexeres Verständnis der Diagnose findet sich in der sozialen Arbeit. Geprägt wurde dies durch Alice Salomon bzw. ihre Transferierung der sozialen Diagnose in den USA auf die deutschen Verhältnisse [5]. In der sozialen Arbeit basiert die Diagnose auf einer strukturierten und systematischen Datenerhebung. Diese Daten werden unter Berücksichtigung individueller und Umweltfaktoren gedeutet und beurteilt. Die soziale Diagnose entsteht unter Einbezug der Anliegen des Klienten und weist einen ersten Weg zur Intervention. Die darauf folgende Intervention führt durch Erfolg oder Misserfolg zur sukzessiven Anpassung der Diagnose.

Internationale Situation

Eine Literaturrecherche zur internationalen Situation hinsichtlich der physiotherapeutischen Diagnose zeigt insbesondere die intensiv in den späten 80er- und frühen 90er-Jahren geführte US-amerikanische Diskussion zum Thema auf [3, 7, 9]. Die Situation in den USA war damals ähnlich wie heute in Deutschland. Einige Bundesstaaten hatten bereits den Direct access (Direktzugang) eingeführt, und die Klienten erschienen ohne ärztliche Erstdiagnose in der Physiotherapie. Damit oblag die Erstellung einer Diagnose als Behandlungsgrundlage den Physiotherapeuten [7, 9]. In Deutschland existiert zwar für Physiotherapeuten offiziell noch kein Recht zum Erstkontakt. Allerdings stellt die Regelung des sektoralen Heilpraktikers für Physiotherapie diesen faktisch dar. Die betreffenden Therapeuten sind – zumindest, wenn es um die Kostenübernahme durch private Versicherer geht – in die Pflicht genommen, eine Diagnose zu stellen. Deutsche Beiträge in der Literatur zur physiotherapeutischen Diagnose existieren so gut wie gar nicht [10].

Was macht die physiotherapeutische Diagnose als solche aus?

Begreift man die Physiotherapie als eigenständige Profession, muss die physiotherapeutische Diagnose in den berufsspezifischen Kontext passen. Eine 1:1-Adaptation z. B. der ärztlichen Diagnose ist für die Physiotherapie weder hilfreich noch möglich. Die Diagnosen „Hüftarthrose rechts“ oder „armbetonte Hemiparese links“ beinhalten für die Physiotherapie weder, welche Einschränkungen für den Klienten im Sinne der ICF vorliegen, noch welche physiotherapeutische Intervention indiziert sein und wie die Prognose für eine erfolgreiche Therapie lauten könnte. Genau dies sind aber die Elemente, die laut WCPT zu einer berufsspezifischen Diagnose gehören [12].

Die Diagnose „Hüftarthrose“ kann ein Physiotherapeut nicht einmal stellen, weil die maßgebliche Untersuchung – eine Röntgenuntersuchung – (in Deutschland) außerhalb des Kompetenzrahmens der Physiotherapie liegt. Es ist naheliegend, dass eine von Physiotherapeuten gestellte Diagnose auch unter den Bedingungen der Physiotherapie zu treffen sein muss. Daher müssen die

zugrunde liegenden Untersuchungen und Tests im Bereich der Kompetenzen und Fähigkeiten der Physiotherapeuten liegen [3]. Des Weiteren soll die Diagnose einen Hinweis auf die vorliegenden Anliegen und Einschränkungen des Klienten liefern. Dazu werden funktions-, aktivitäts- und/oder partizipationsbezogene Elemente benötigt. So kann die physiotherapeutische Diagnose eine klare Richtungsangabe enthalten. Ein Beispiel hierfür ist „Hüftgelenkeinschränkung in Extension rechts mit Schmerzen beim Gehen“. Jeder Physiotherapeut wird daraus erlesen können, dass die primäre Problematik in Extension auftretende Schmerzen im rechten Hüftgelenk sind. Der Aktivitätsbezug ist durch das Gehen gekennzeichnet. Beim Gehen findet Extension in der Hüfte während der terminalen Standphase statt. Mögliche Interventionen werden sich also auf die Verbesserung der Extension im rechten Hüftgelenk und auf die terminale Standbeinphase rechts konzentrieren. Die entsprechende ärztliche Diagnose (z. B. primäre Hüftarthrose rechts [M16.1]) kann diese Informationen nicht bieten. Es könnte die Flexion mit oder ohne Schmerzen eingeschränkt, stark oder schwach aktivitätseinschränkend oder der Klient gar völlig beschwerdefrei sein.

Die so gestaltete physiotherapeutische Diagnose kann die Kommunikation zwischen Therapeuten und Klienten vereinfachen, da sie sich einer einfachen Sprache bedient, die der Klient verstehen kann. Der Fokus in der physiotherapeutischen Diagnose auf Aspekte der Funktion ermöglicht den Klienten, diese – bis auf wenige Elemente der Therapeutensprache – zu verstehen. Die Bedeutung vieler ärztlicher Diagnosen, wie z. B. Impingement-Syndrom der Schulter oder Retropatellararthrose muss den Klienten erklärt werden.

Die Verständlichkeit der physiotherapeutischen Diagnose erleichtert auch die Kommunikation zwischen verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen, unter anderem zwischen Physiotherapeuten und Ärzten, die bei dieser Art der Diagnose die Untersuchungsergebnisse der Therapeuten erkennen können. Im Sinne von Rose [8] stellt die physiotherapeutische Diagnose dann eine Ergänzung zur ärztlichen Diagnose dar, und dient nicht dazu, die ärztliche Diagnose zu kontrastieren, geschweige denn zu korrigieren.

Im Hinblick auf Effektivitätsstudien zu physiotherapeutischen Interventionen ist es bedeutsam, die Studienpopulationen entsprechend physiotherapeutisch relevanter Klassifikationen einzuteilen [3]. In einer Gruppe, in der das primäre Problem (primäre physiotherapeutische Diagnose) z. B. eine Bewegungsdysfunktion ist, wird die Effektivität eines spezifischen Trainings von Bewegungsmustern wahrscheinlich erfolgreicher sein als in einer Gruppe, in der eine reine Gelenkbewegungseinschränkung im Vordergrund steht. Eine Kategorisierung nach ärztlichen Diagnosen (z. B. in einer Effektivitätsstudie zur Wirkung von Physiotherapie bei Koxarthrose) würde diese beiden Gruppen in eine Studienpopulation einschließen, obwohl sie offensichtlich unterschiedliche Therapieansätze verlangen. Die Anwendung einer physiotherapeutischen Diagnose ist also auch für die Evidenzbildung in der Physiotherapie von Bedeutung.

Physiotherapeutische Diagnose als Prozess

Wie bei der sozialen Diagnose, ist die Entwicklung einer physiotherapeutischen Diagnose als fortlaufender Prozess zu verstehen (Abb. 1). Ausgehend vom Anliegen des Klienten und seiner individuellen Situation werden in der Anamnese und der körperlichen Untersuchung subjektive und objektive Daten gesammelt

und interpretiert [6]. Die strukturierte Datensammlung und sinnvolle Auswahl diagnostischer Tests sowie deren adäquate Auswertung sind Teil des Clinical Reasonings (klinischer Entscheidungsprozess). Dieser Prozess kumuliert in der Formulierung einer physiotherapeutischen Diagnose.

Für die physiotherapeutische Intervention (Abb. 1) gilt die physiotherapeutische Diagnose somit als unverzichtbare Voraussetzung für eine gemeinsame Zielvereinbarung (Goal Setting) zwischen Therapeuten und Klienten. Im Verlauf der Therapie finden in Abhängigkeit von Erfolg und Misserfolg der Interventionen sowie weiterer klientenspezifischer Faktoren kontinuierlich Anpassungen der physiotherapeutischen Diagnose und der Zielformulierungen statt. Die physiotherapeutische Diagnose ist also keineswegs eine unveränderliche Größe.

Wie kann eine physiotherapeutische Diagnose strukturiert sein?

Die Anforderungen an ein systematisiertes physiotherapeutisches Diagnoseschema ergeben sich aus seinen oben beschriebenen Bedeutungen. Zunächst ist die physiotherapeutische Diagnose als Prozess zu verstehen. Die Vorstellung, dass das Ergebnis eines einzelnen Tests die Diagnose liefert, ist Wunschdenken und ignoriert das Anliegen der Klienten komplett. Erst der explorative und evaluative Untersuchungsprozess, der einer gründlichen Anamnese und einer geeigneten Auswahl an körperlichen Untersuchungstests bedarf, wird das primäre Problem identifizieren können. Meist wird eine Sortierung mehrerer Probleme/Wünsche in eine Rangfolge erforderlich sein.

Neben der Problembeschreibung soll die physiotherapeutische Diagnose eine Therapieintervention implizieren. Unabhängig von der Auswahl der Behandlungstechnik sollte sich diese klar auf die in der Diagnose benannten Einschränkungen in Bezug auf Funktion, Aktivität und Partizipation beziehen. Diese Beschreibungen müssen sich einer konzeptübergreifenden Therapeutensprache bedienen und gegenüber den betroffenen Klienten verständlich formuliert sein. Schließlich soll die physiotherapeutische Diagnose eine Vorausschau auf die Prognose bieten.

Die Autoren schlagen für die systematische Formulierung physiotherapeutischer Diagnosen ein Baukastensystem vor (Abb. 2). Die 7 Komponenten des Baukastens können in wechselnder Reihenfolge individuell eingesetzt werden. Die Flexibilität in der Reihenfolge erlaubt eine Individualisierung auf die jeweiligen Anliegen der Klienten, ohne dass Elemente verloren gehen.

Eine Anwendung des Diagnosebaukastens wird in Abb. 3 am Beispiel einer Rückenschmerzproblematik dargestellt. Die Praktikabilität des vorgeschlagenen Schemas für vorwiegend orthopädische Problematiken erscheint dem Autorenteam gegeben. Der von Schomacher [10] aufgezeigte Weg weist in die richtige Richtung, und das von ihm beschriebene Fallbeispiel kommt in seiner Anlage den Kriterien des hier vorgestellten Diagnosebaukastens sehr nahe.

Anwendungsversuche des Diagnosebaukastens im Seminarkreis zeigten, dass verschiedene Therapeuten unter Vorgabe eines Befundes im orthopädischen Kontext zu annähernd denselben physiotherapeutischen Diagnosen kommen. Bei gegebener Diagnose entwickelten die Seminarteilnehmer unabhängig voneinander sehr ähnliche Interventionsstrategien.

Anhand der in Abb. 3 aufgeführten Beispieldiagnose kann jeder Therapeut leicht den Ort der Störung (lumbothorakaler Bereich), gestörte Bewegungsrichtung (Extension), Art der Störung (Hypo-

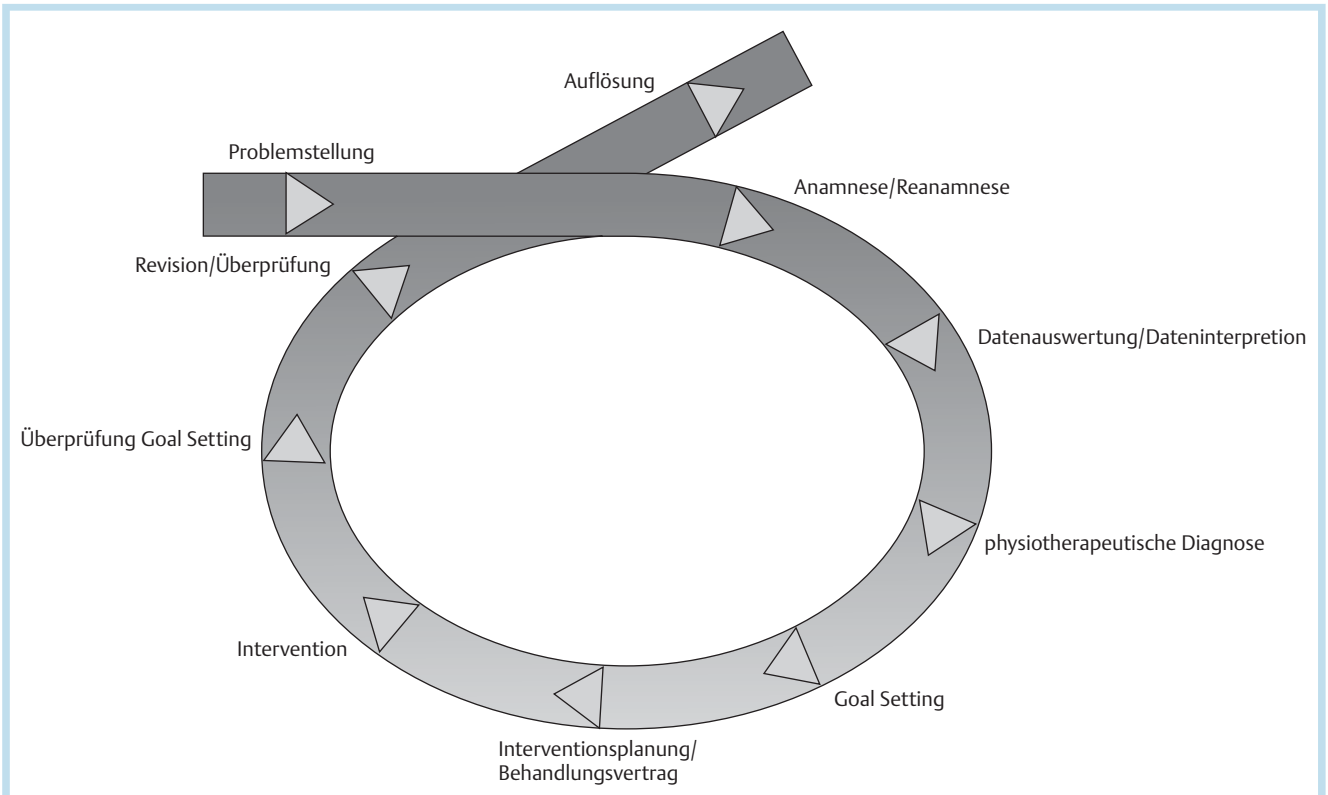


Abb. 1 Die physiotherapeutische Intervention. Auszug aus dem Systematisierungsmodell der Prozesse und Handlungsfelder in der Physiotherapie nach Prof. Dr. Annette Probst [6]: Die physiotherapeutische Diagnose ist

eine unverzichtbare Voraussetzung für das Goal Setting und erfährt durch die Überprüfung und Ergänzung der Daten eine kontinuierliche Anpassung.

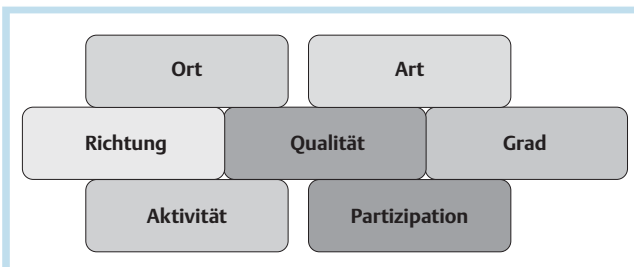


Abb. 2 Aus den 7 Komponenten Ort, Art, Richtung, Qualität, Grad, Aktivität und Partizipation bestehendes Baukastensystem zur Formulierung einer physiotherapeutischen Diagnose.

lumbothorakale Hypomobilität in Extension mit regelmäßigem Schmerz beim Gehen von der Schule zum Hort und nach dem Sportunterricht

Abb. 3 Beispiel für die Formulierung einer physiotherapeutischen Diagnose nach dem Baukastensystem zu einer Rückenschmerzproblematik.

mobilität), die durch die Beschwerden betroffene Aktivität (Gehen) und einen Bezug zur Partizipation (Schulweg und Sportunterricht) erkennen. Der Baustein Qualität ist hier durch den Begriff Schmerz beschrieben, und die Bezeichnung regelmäßig ordnet dem Problem einen Grad zu.

Einen wichtigen Aspekt sehen die Autoren darin, dass die Diagnoseformulierung konzeptübergreifend verstanden und angewandt werden kann. Diese Bedingung lässt viele der bisher beschriebenen Klassifizierungen (z. B. die in der McKenzie-Therapie angewandte Mechanical diagnosis and therapy, MDT) für eine allgemeingültige physiotherapeutische Diagnose als ungeeignet erscheinen. Das Verständnis und der Umgang mit diesen spezialisierten Klassifizierungen entsprechen nicht dem Standardwissen von Physiotherapeuten, sondern müssen in speziellen Weiterbildungen erworben werden. Ihr Nutzen zur

Klassifizierung über die gestellte physiotherapeutische Diagnose hinaus, ist unbestritten und davon nicht betroffen.

Stattdessen bevorzugen die Autoren zur Beschreibung der Art der Störung eine allgemein pathophysiologische Terminologie mit Begriffen wie Hypo- oder Hypermobilität, Störung der Bewegungskontrolle, Instabilität, Schwäche oder Überaktivität. Diese Terminologie findet in den USA bereits breite Anwendung. Spoto und Collins [11] untersuchten das Diagnoseverhalten von orthopädisch spezialisierten First-contact-Physiotherapeuten in den USA, von denen 67% ein physiotherapeutisches Diagnosesystem verwendeten. Darunter setzte die größte Gruppe (38%) ein allgemein pathophysiologisches Klassifizierungsmodell ein [11].

Offene Fragen zum Diagnosebaukasten



Der Nachweis über den praktischen Nutzen des vorgeschlagenen Modells steht noch aus. Dazu sind verschiedene Eigenschaften des Baukastensystems zu überprüfen. Zuvorderst steht die Frage, ob die getroffene Diagnose tatsächlich das Anliegen bzw. das

Hauptproblem der Klienten erfasst (Validität). Des Weiteren ist bei den einzelnen Klienten eine einheitliche Diagnosefindung durch unterschiedliche Therapeuten wünschenswert (Reliabilität der Diagnose). Bei einem gegebenen Datensatz zu einem Klienten sollten verschiedene Therapeuten zur gleichen (oder zumindest ähnlichen) physiotherapeutischen Diagnose finden. Ebenso sollten verschiedene Therapeuten bei gegebener physiotherapeutischer Diagnose vergleichbare Interventionsmaßnahmen als primären Behandlungsansatz wählen (Reliabilität des Effekts). Innerhalb des Kreises der Studierenden wurden zu beiden Aspekten der Reliabilität bereits Versuche durchgeführt. Diese ersten Tests im Seminar fielen sehr positiv aus.

Dekker et al. [1] gingen der Korrelation von Hauptstörung und Einschränkung (im Sinne einer physiotherapeutischen Diagnose) und den Zielen der aus der physiotherapeutischen Diagnose abgeleiteten Interventionsmaßnahmen nach. An der Studie nahmen 74 Physiotherapeuten und 8 714 Klienten/Diagnosen teil. In Abhängigkeit der Störung (Art) wurde dabei ein hohes Maß an Zusammenhang von diagnostizierter Störung und formuliertem Interventionsziel gefunden (bis 65% im Falle von Schmerz als Hauptstörung; [1]).

Die Studie von Dekker et al. [1] kann für das von den Autoren hier vorgeschlagene Baukastensystem zur physiotherapeutischen Diagnose leider nur bedingt herangezogen werden, da Dekker et al. weder einer allgemein pathophysiologischen Terminologie folgten noch die weiteren Bausteine wie Richtung, Grad etc. berücksichtigten. Schließlich gilt zu prüfen – und dies stellt den allerwichtigsten Aspekt hinsichtlich der Praktikabilität und des Nutzen der physiotherapeutischen Diagnose dar –, ob die Behandlung nach vorheriger Generierung einer physiotherapeutischen Diagnose zu einem besseren Therapieergebnis führt. Dies heißt in anderen Worten: Nutzt die physiotherapeutische Diagnose den Klienten?

Schlussfolgerungen

Die Autoren plädieren für den Einsatz einer berufsspezifischen, von der klassischen ärztlichen Diagnose zu unterscheidenden physiotherapeutischen Diagnose. Zur Systematisierung schlagen sie ein Baukastensystem vor, das aus den 7 Komponenten Ort, Art, Richtung, Qualität, Grad, Aktivität und Partizipation besteht. Die Bausteine können flexibel eingesetzt werden.

Die Verwendung dieser Systematik soll durch die zielgerichtete Auswahl von Interventionsmaßnahmen zu einer größeren Behandlungseffektivität führen. Darin bestünde ein wesentlicher

Nutzen für die Klienten und das Gesundheitssystem. Ein weiterer Nutzen bestünde in der Bildung von Evidenz, die vom Einsatz physiotherapeutischer Diagnosen profitieren würde.

Weitere Untersuchungen müssen den klinischen und wissenschaftlichen Nutzen des vorgeschlagenen Modells noch nachweisen. Eine Limitierung des Modells besteht in der bisher fast ausschließlichen Nutzung und Entwicklung im orthopädischen Kontext. Einzelne Anwendungen im Bereich der Pädiatrie und Neurologie waren erfolgsversprechend. Den resultierenden Herausforderungen werden weitere Seminare an der HAWK nachgehen.

Danksagung

Die Autoren danken Karoline Munsch und Thomas Schöttker-Königer, die sich im Vorfeld mit wertvollen Beiträgen und Literaturtipps in die Diskussion einbrachten.

Literatur

- 1 Dekker J, van Baar ME, Curfs EC et al. Diagnosis and Treatment in Physical Therapy: An Investigation of Their Relationship. *Physical Therapy* 1993; 73: 568–577
- 2 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ICD-10-GM Version; 2013, www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm (19.10.2013)
- 3 Guccione AA. Physical Therapy Diagnosis and the Relationship between Impairments and Function. *Physical Therapy* 1991; 71: 499–503
- 4 Kluge F, Seebold E. Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 23. Berlin: de Gruyter; 1999
- 5 Pantucek P. Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit. Wien: Böhlau; 2006
- 6 Probst A. Systematisierungsmodell der Prozesse und Handlungsfelder in der Physiotherapie; 2009, [im Druck]
- 7 Rose SJ. Musing on Diagnosis. *Physical Therapy* 1988; 68: 1665
- 8 Rose SJ. Physical Therapy Diagnosis: Role and Function. *Physical Therapy* 1989; 69: 535–537
- 9 Sahrman SA. Diagnosis by the Physical Therapist – A Prerequisite for Treatment. A Special Communication. *Physical Therapy* 1988; 68: 1703–1706
- 10 Schomacher J. Wer denkt, stellt Diagnosen. Plädoyer für die physiotherapeutische Diagnose. *physiopraxis* 2004; 4: 34–38
- 11 Spoto MM, Collins J. Physiotherapy diagnosis in clinical practice: a survey of orthopaedic certified specialists in the USA. *Physiother Res Int* 2008; 13: 31–41
- 12 World Confederation for Physical Therapy. WCPT Glossary: Diagnosis. www.wcpt.org/node/47867 (19.10.2013)
- 13 World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases (ICD). www.who.int/classifications/icd/en/ (19.10.2013)

(weiterlesen physioscience 1/2014)