

Vorwort der Herausgeber

Der amerikanische Physiotherapeut Gail Deyle hat bereits 2006 in seinem bemerkenswerten Artikel *Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: The risk-to-benefit ratio* (Deyle 2006) festgestellt, dass aufgrund des primär nicht-invasiven diagnostischen und therapeutischen Vorgehens von Physiotherapeuten das damit verbundenen Patientenrisiko ausgesprochen niedrig, der therapeutische Nutzen dagegen besonders hoch ist. Er nennt dafür auch zahlreiche Beispiele (Deyle et al. 2005, Deyle et al. 2000, Brox et al. 1999). Dementgegen sind invasive Therapieansätze wie Injektionen, medikamentöse Therapien oder Operationen mit höheren Risiken verbunden, welche bei vielen muskuloskelettalen Erkrankungen durch eine adäquate physiotherapeutische Behandlung mit vermieden werden könnten, ohne das Outcome für die Patientinnen und Patienten zu verschlechtern. Darüber hinaus haben hochwertige Studien gezeigt, dass eine frühzeitig angewandte Physiotherapie sogar das Patientenrisiko senkt, später andere notwendige Anwendungen zu erhalten, die mit einem höheren Risiko verbunden sind (Daker-White et al. 1999). Dies belegen auch aktuellere Studien (DeHeer et al. 2016, Arnold et al. 2019).

Physiotherapeuten benötigen entsprechende Kompetenzen, um sicher im Erstkontakt zu diagnostizieren und erfolgreich behandeln zu können. Dazu gehört auch die Fähigkeit, ernsthafte Pathologien – die sich zwar zunächst muskuloskelettal äußern, aber nicht primär physiotherapeutisch behandelt werden können, sondern zur ärztlichen Abklärung überwiesen werden müssen – sicher zu erkennen. Dies nennt man auch *medical screening*.

Darauf weist auch Gail Deyle in seinem Artikel hin, indem er die Situation in den USA schildert, wo der Erstkontakt seit langem etabliert ist. Er beschreibt – und dies schon vor 15 Jahren – dass Differenzialdiagnose und Medical Screening nicht nur in der physiotherapeutischen Grundausbildung fest etabliert, sondern auch Gegenstand von Weiterbildungen und Fachkonferenzen sind und in Fachzeitschriften regelmäßig, z. B. durch Fallberichte, thematisiert werden. Um dies auch in der deutschsprachigen Physiotherapie zu adressieren, haben die beiden Herausgeber dieses Buches, die sich seit 20 Jahren mit der Thematik intensiv befassen – wissenschaftlich, vor allem aber auch klinisch – eine Artikelserie von Kasuistiken gestartet. Diese erscheinen seit dem Jahr 2010 regelmäßig in der Zeitschrift *physiopraxis* (Thieme Verlag). Das Konzept für diese Serie, die weiterhin fortgesetzt wird, war schnell klar und hat sicher zu deren großen Erfolg beigetragen:



Prof. Dr. Harry von Piekartz & Prof. Dr. Christoff Zalpour

1. Es werden nur Fälle geschildert, die sich tatsächlich im klinischen Kontext in Physiotherapie-Praxen zugetragen haben.
2. Zentrales Element jeder Kasuistik ist es, ausführlich den individuellen Clinical-Reasoning-Prozess beschreiben.
3. Alle Fallbeispiele werden sowohl aus physiotherapeutischer als auch aus ärztlicher Sicht beleuchtet.
4. Betroffene Aussagen werden, soweit möglich, durch die jeweils aktuelle Evidenz gestützt.

Das vorliegende Buch stellt bereits erschienene Fälle in teils überarbeiteter Fassung vor sowie einige noch nicht publizierte Fälle. Es ist daher ein gutes Werkzeug für alle Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die ihre Erstkontaktfähigkeiten verbessern wollen.

Für die Lektüre des Buches wünschen die Autoren allen Leserinnen und Lesern viel Freude und einen hohen Erkenntnisgewinn.

Prof. Dr. Harry von Piekartz &
Prof. Dr. Christoff Zalpour

Osnabrück, 2022

Literatur

- Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: The risk to benefit ratio. *J Ortho Sports Ther* 2006; 36(9): 632–634. doi:10.2519/jospt.2006.0110
- Deyle GD, Allison SC, Matekel RL et al. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Phys Ther* 2005; 85: 1301–1317
- Deyle GD, Henderson NE, Matekel RL et al. Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2000; 132: 173–181
- Brox JI, Gjengedal E, Uppheim G et al. Arthroscopic surgery versus supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome): a prospective, randomized, controlled study in 125 patients with a 2 ½-year follow up. *J Shoulder Elbow Surg* 1999; 8: 102–111
- Henderson J, Gallagher R, Brown P et al. Emergency department after-hours primary contact physiotherapy service reduces analgesia and orthopaedic referrals while improving treatment times. *Australian Health Review* 2020; 44: 485–492
- Daker-White G, Carr AJ, Harvey I et al. A randomized controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 643–650
- De Heer HD & Warren M. Physical Therapy and hospitalization among Medicare beneficiaries with low back pain: a retrospective cohort study. *Spine* 2016; 41(19): 1515–1522
- Arnold E, La Barrie J, DaSilva L et al. The effect of timing of physical therapy for acute low back pain on health services utilization: a systematic review. *American Congress of rehabilitation medicine* 2019; 100(7): 1324–38

Vorwort

Das Clinical Reasoning von Physiotherapeuten beinhaltet eine Reihe klinischer Entscheidungen, die notwendig sind, um den Patienten und dessen gesundheitliche Probleme umfassend zu verstehen. Zwei wesentliche Bestandteile sind dabei die Differentialdiagnose sowie das Erkennen von Vorsichtsmaßnahmen und Kontraindikationen während der physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung. Das Reasoning hinsichtlich Vorsichtsmaßnahmen und Kontraindikationen beinhaltet sowohl zu erkennen, wann körperliche Untersuchung und Therapie modifiziert werden müssen, um das Risiko einer Verschlimmerung von Symptomen zu minimieren, als auch herauszufinden, wann spezifische Sicherheitstests indiziert und bestimmte Vorgehensweisen kontraindiziert sind.

Innerhalb der physiotherapeutischen Differentialdiagnose gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Beschwerden von Patienten zu klassifizieren – etwa auf Basis von Pathologie bzw. Pathophysiologie, klinischem Syndrom oder Störung, vorherrschendem Schmerzmechanismus, betroffener Struktur sowie aufgrund von bei den Betroffenen vorliegenden zusätzlichen physischen und psychischen Beeinträchtigungen. Da sich Patienten bei der Physiotherapie mit Symptomen und Zeichen vorstellen können, welche dem behandelnden Arzt nicht bekannt waren, die er nicht untersucht hat oder die sich seit dem letzten Arztbesuch verändert haben, darf sich die Differentialdiagnose eines Physiotherapeuten nicht auf mögliche muskuloskeletale Ursachen beschränken. Vielmehr ist es wichtig und sinnvoll, immer ein zusätzliches Red-Flag-Screening der möglicherweise an dem Problem beteiligten Körpersysteme durchzuführen.

Der Schwerpunkt dieses Buches liegt auf dem Erkennen von Red Flags – also darauf, Symptome und Zeichen zu identifizieren, die auf das Vorhandensein einer systemischen und/oder schwerwiegenden Pathologie hindeuten sowie darauf, Symptomen und Zeichen nicht-muskuloskeletaler Störungen zu entlarven, die möglicherweise ein muskuloskeletales Problem imitieren. Beides erfordert die Überweisung zur weiteren medizinischen Abklärung.

Um Red Flags zu identifizieren, müssen Physiotherapeuten die Fähigkeit entwickeln, im Rahmen der subjektiven und der körperlichen Untersuchung ein fokussiertes Screening durchzuführen.

Obwohl einzelne oder sogar mehrere Red Flags nicht zwangsläufig eine Rücküberweisung zum Arzt erfordern, ist es wichtig zu verstehen, dass das Erkennen von Red Flags die Notwendigkeit mit sich bringt, sich konkrete Gedanken über das weitere Vorgehen zu machen: Kann die Physiotherapie mit „watchful waiting“ fortgesetzt und können damit die Red Flags als Verlaufszeichen bewertet werden? Oder ist es am Ende doch notwendig, den Patienten sofort zum Arzt zurückzuschicken (siehe 1)? Eine

Rücküberweisung ist vor allem dann notwendig, wenn sich mittels Physiotherapie und anderer Maßnahmen die Symptomatik nicht wie erwartet verbessert oder wenn nicht näher untersuchte Red Flags fortbestehen oder sich verschlechtern.

Die Tatsache, dass systemische oder schwerwiegende Pathologien sowie nicht-muskuloskeletale Störungen, die eine muskuloskeletale Ursache imitieren – u.a. kardiovaskuläre, endokrine, immunologische, gastrointestinale, gynäkologische, hepatische, hämatologische, immunologische, neurologische, pulmonale und psychologische – in jedem Körpersystem auftreten können, bedingt, dass das Screening auf Red Flags bei jedem Patienten sorgfältig erfolgen muss. Ein Beispiel für einen Fragebogen, der diesbezüglich die Präzision des Screenings bei der Erstuntersuchung verbessern kann, ist am Ende von 1.11 aufgeführt.

Sobald Therapeuten ihr Clinical Reasoning hinsichtlich des Screenings auf Vorsichtsmaßnahmen, Kontraindikationen und Red Flags geschärft haben und sich darüber im Klaren sind, wann eine sofortige Überweisung zur weiteren Abklärung indiziert ist (und wann möglicherweise ein „watchful waiting“ gerechtfertigt ist), können sie diese wichtige Fähigkeit innerhalb der klinischen Praxis weiter verbessern: Indem sie sich mit Beispielen von Fällen vertraut machen, in denen das Screening auf Red Flags in Verbindung mit einer gründlichen neuromuskuloskeletalen Untersuchung zu der Entscheidung führte, die Problematik medizinisch abklären zu lassen.

„Red Flags erkennen“ beinhaltet 27 Fälle „echter“ Patienten, die bei der Physiotherapie vorstellig wurden. Im Rahmen dieser Patientenbeispiele wird eine Vielzahl von Erkrankungen vorgestellt, unter anderem primäre Krebserkrankungen und Metastasen, Störungen des Herzkreislauf-Systems, des Magen-Darm-Trakts, des Urogenitalsystems, des Immunsystems, des neurologischen Systems und der Lunge. Diese Fälle bieten den Lesern die Möglichkeit, das Red-Flag-Screening und die damit verbundene Differentialdiagnostik im Kontext einer subjektiven und körperlichen Untersuchung in der Physiotherapie zu verfolgen, um ihr eigenes Wissen und ihr Clinical Reasoning in diesem wesentlichen Teil der klinischen Praxis zu verbessern.

Es ist weder notwendig noch praktikabel, die klinischen Muster aller nicht-muskuloskeletalen Störungen auswendig zu lernen, die in den verschiedenen Körpersystemen auftreten und im Rahmen der Physiotherapie auffallen können. Stattdessen müssen Therapeuten das Red-Flag-Screening in ihre Routineuntersuchung integrieren und auf Merkmale achten, die nicht zu einem typischen muskuloskeletalen Problem passen („features don't fit“). In die Entscheidung darüber, als wie relevant und signifikant gefundene Red Flags eingestuft werden, fließen verschiedene Aspekte ein:

- Die Kenntnis von Symptomen und Zeichen, die eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich machen.
- Die Überlegung, ob ein entdecktes Symptom oder Zeichen für den Patienten etwas Neues, Andersartiges oder Ungewöhnliches darstellt.
- Die Frage, ob es eine Erklärung für den Befund gibt, durch welche gefundene Red Flags als weniger besorgniserregend eingestuft werden können.
- Die Vorgeschichte: Hat der Patient bereits einem Arzt von den Problemen berichtet sowie – falls dies der Fall ist –, die Einschätzung von Patient und Therapeut, ob sich die Symptomatik seit dem letzten Arztbesuch verschlimmert hat.

Ich wünsche diesem wichtigen Buch eine weite Verbreitung in der deutschsprachigen Physiotherapie.

Mark A. Jones
University of South Australia

Adelaide, 2022