

up physio

04 | 2020



... für erfolgreiche Physiotherapeuten



Supplement
der up|unternehmen praxis

Herausgeber | Vi.S.d.P.
Ralf Buchner

Chef vom Dienst
Dr. Barbara Wellner

Autoren
Karina Lübbe [kl], Yvonne Millar [ym],
Katharina Münster [km], Kea Antes
[ka], Katrin Schwabe-Fleitmann [ks],
Rebecca Borschtschow [rb], Barbara
Wellner [bw], Jenny Lazinka [jl]

Verlag
Buchner & Partner GmbH
Zum Kesselort 53, 24149 Kiel
Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220
redaktion@up-aktuell.de
www.up-aktuell.de



Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkuhn, kiel

Jahrgang 1
Erscheinungsweise monatlich

Druckauflage 26.000 Exemplare
Verbreitete Auflage 25.550 Exemplare

Druck Eversfrank Preetz

Bildnachweise
Arendt Schmolze [3], Olav Gerlach [7];
iStock: Titel: FatCamera; Farknot_Archi-
tect [8], gpointstudio [9], Koldunova_
Anna [11], KatarzynaBialasiewicz [16]

Ihr Kontakt zu up
Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220
Mail redaktion@up-aktuell.de
Post Zum Kesselort 53, 24149 Kiel
Netz www.up-aktuell.de
Instagram upaktuell

*Liebe Leserinnen und Leser,
die überwiegende Anzahl der Therapie-
praktiker ist weiblich und die überwiegende
Anzahl unserer Autoren und Redak-
tionsmitglieder ebenfalls. Trotzdem
verwenden wir das so genannte
„generische Maskulinum“, die verall-
gemeinernd verwendete männliche
Personenbezeichnung, weil die Texte
einfacher und besser zu lesen sind.*

- 03 **Editorial** | 1, 2 oder 3 – letzte Chance – vorbei?
- 04 **Therapie Abstract** | Physiotherapie in ärztlichen Fachzeitschriften
Aktuelle Meldungen
- 11 **Nicht ohne meine** | Beinpresse
Vielseitiger als gedacht
- 12 **ICF im Therapieprozess** | Diagnostik
Teilhabe des Menschen im Fokus
- 16 **Für Ihre Patienten** | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Rechtsanspruch auf Versorgung in vertrauter Umgebung
- 18 **Für Ihre Ärzte** | Indikation Primäres Parkinson-Syndrom
Ausfüllhilfe für extrabudgetäre Verordnung

Wir brauchen Sie!

Erzählen Sie uns von Ihrem „Nicht ohne mein...“

Interessiert?

Schreiben Sie uns eine Mail an wellner@up-aktuell.de



In up_ergo lesen Sie diesmal:

- Ergotherapie als Teil der Langzeittherapie bei Schizophrenie
- Physio- und Ergotherapie bei funktionellen Bewegungsstörungen
- Nicht ohne mein Pneumatron
- ICF in der ergotherapeutischen Diagnostik
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- Indikation Parkinson

1, 2 oder 3 – letzte Chance – vorbei?



Liebe Kollegen,

wie jeden Monat haben wir ärztliche Zeitschriften durchforstet und sind dabei über eine Meldung des Deutschen Ärzteblattes gestolpert. Ihr zufolge bestehe derzeit ein Fachkräftemangel bei den Therapieberufen „zum Teil in einem geringen Umfang“. Komisch?! Unsere Realität und die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit sehen das anders! Was Ärzte sonst noch über Physiotherapie gelesen haben, zeigen wir Ihnen in dieser Ausgabe auf sieben statt drei Seiten. Die Beinpresse ist der Favorit des Monats in „Nicht ohne mein“. Unsere Serie zur ICF im Therapieprozess beleuchtet dieses Mal die therapeutische Diagnostik. Für wen die spezialisierte ambulante Palliativversorgung infrage kommt und wer einen gesetzlichen Anspruch darauf hat, erfahren Sie und Ihre Patienten ab Seite 12. Auf der letzten Doppelseite widmet sich unsere Ausfüllhilfe für extrabudgetäre Verordnung dem primären Parkinson-Syndrom.

In Anlehnung an das Lied zur gleichnamigen Kindersendung passt meine Überschrift zu unseren Sternchen auf der Titelseite der inzwischen dritten Ausgabe von **up_physio**.

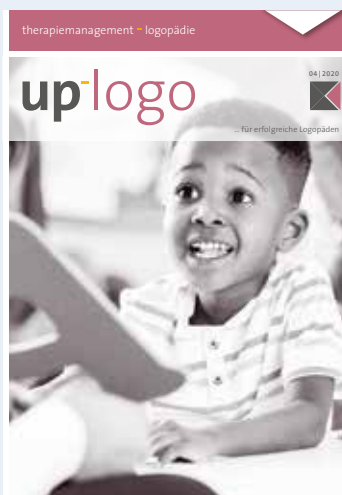
Bitte denken Sie daran:

Ab Mai gibt es die therapiemanagement-Beilagen nur für Abonnenten der **up**.

Und nun wünsche ich Ihnen viel Freude beim Lesen und bleiben Sie gesund! Haben Sie Anregungen? Dann schreiben Sie mir unter wellner@up-aktuell.de.

Barbara Wellner

Dr. Barbara Wellner
Ressortleitung



In up_logo lesen Sie diesmal:

- HNO-Praxis darf nicht mit „Deutsche Stimmklinik“ werben
- Kehlkopfkrebs: Logopädie und Physiotherapie in der Nachsorge relevant
- Nicht ohne mein Quak
- ICF in der logopädischen Diagnostik
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- Indikation Parkinson

In ärztlichen Fachzeitschriften gibt es natürlich auch Beiträge über Physiotherapie. Mit unseren Zusammenfassungen (Abstracts) der wichtigsten Artikel und Meldungen sind Sie als Therapeut über Veröffentlichungen der ärztlichen Kollegen zur Heilmitteltherapie informiert. Eine gute Vorlage, um mit Ihren Ärzten ins Gespräch zu kommen. Insbesondere wenn etwas berichtet wurde, was Sie betrifft.

Alle Fachrichtungen

Fachkräftemangel bei Therapieberufen nur in geringem Umfang

Das Deutsche Ärzteblatt sieht derzeit einen Fachkräftemangel bei den Therapieberufen „zum Teil in einem geringen Umfang“. Die Zeitschrift bezieht sich auf die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP bezüglich der Zukunft der Therapieberufe, die dem Blatt vorliegt. Demnach gebe es nur wenig offene Stellen – im Januar 2020 kamen 9.340 offene Stellen für Therapieberufe auf 8.275 Arbeitssuchende. Die Antwort der Bundesregierung zeige aber auch, dass die Zahl der Absolventen ebenso wie die Zahl der Neuanfänger von Ausbildungen in den Gesundheitsberufen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie zurückgegangen sei. Weiter heißt es, dass zu befürchten sei, dass sich aufgrund einer wachsenden demografiegetriebenen Nachfrage die bereits heute „angespannte Arbeitskräftesituation“, wie etwa bei Physiotherapeuten und in der Sprachtherapie, „nicht entspannen“ werde.

Anmerkung der Redaktion: Dass ein Fachkräftemangel schon besteht, belegen nicht zuletzt auch Statistiken der Bundesagentur für Arbeit: Demnach herrschte im Dezember 2019 in der Physiotherapie in allen Bundesländern bis auf Hamburg ein Fachkräftemangel.

Quelle: May, Deutsches Ärzteblatt, veröffentlicht am 27.02.2020 | kostenfreier Volltextzugriff

60plus-Patienten bekamen 2018 die meisten Heilmittel verordnet

Laut des Heilmittelberichts 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) sind 2018 insgesamt rund 42 Millionen Heilmittelleistungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet worden – davon 15,4 Millionen für AOK-Versicherte. Eine Altersgruppe bekam unter den AOK-Versicherten besonders häufig Heilmittelleistungen verschrieben: 60plus. Ihr Anteil belief sich auf 8,1 Millionen. Am häufigsten wurden Leistungen der Krankengym-

nastik mit rund 3,4 Millionen in Anspruch genommen, gefolgt von der manuellen Lymphdrainage mit 11,2 Prozent. Die Autoren des Berichts weisen im Zuge dessen auf den besonderen Unterstützungsbedarf im Hinblick auf Alterskrankheiten, zunehmende Fragilität sowie Pflegebedürftigkeit älterer Versicherter ab insbesondere 80 Jahren hin.

Quelle: P. Willenborg, ÄrzteZeitung, veröffentlicht am 09.01.2020 | kostenfreier Volltextzugriff

Alle Therapeuten an die Hochschulen

Noch in dieser Legislaturperiode sollen die Weichen für eine Vollakademisierung der Berufsausbildung gestellt werden. Das fordern acht Verbände von Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten, die nach eigenen Angaben 130.000 Therapeuten und Schüler vertreten.

Deutschland nehme mit der Ausbildung an Berufsfachschulen eine Sonderstellung ein. Um die Qualität und Attraktivität der Ausbildung zu steigern, müsse diese vollständig an die Hochschulen überführt werden, argumentieren die Verbände. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) plädiert hingegen nur für eine Teilakademisierung der Ausbildung.

Quelle: ÄrzteZeitung, veröffentlicht am 29.11.2019 | kostenfreier Volltextzugriff

Akademisierung, Schulgeldfreiheit, Ausbildungsvergütung? Reformpläne bleiben vage

Eigentlich wollte das Bundesgesundheitsministerium bis Ende 2020 festlegen, wie eine Reform der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe aussehen könnte. Doch bisher müssen viele angehende Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden ihre Ausbildung immer noch selbst finanzieren. Je nachdem, in welchem Bundesland junge Menschen ihre Ausbildung absolvieren, werden sie dabei unterstützt oder eben nicht. Während Berufsfachschulen in Bayern für neun Berufe einen kassenbezogenen Zuschuss erhalten, ist die

Ausbildung für Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden in Hamburg kostenfrei, jedoch erst einmal nur bis Ende 2020.

Eine Vollakademisierung lehnt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hingegen ab. Eine universitäre Ausbildung könne den aktuellen Weg nur ergänzen, meint er, wohingegen Physiotherapeutenverbände sich ganz klar für die Akademisierung aussprechen.

Quelle: Ärztezeitung, veröffentlicht am 20.11.2019 | kostenfreier Volltextzugriff

Chirurgen

Nachbehandlung von Beugesehnenverletzungen so entscheidend wie OP

Wie gut die Heilung einer Beugesehnenverletzung der Hand nach einer Operation verläuft, hängt maßgeblich von einem geschulten Therapeutenteam und der Patientenmitarbeit ab. Um eine Verklebung der Sehne zu vermeiden und die Beweglichkeit zu erhalten, sollte eine lange Phase der postoperativen Ruhigstellung vermieden werden. Gleichzeitig sollte mehrmals wöchentlich eine physiotherapeutische Mobilisation der Fingergelenke erfolgen.

Dabei gilt nach Ansicht der Autoren das „Washington-Regime“ nach Chow et al. als aktueller Standard zur Nachbehandlung von Beugesehnenläsionen. Nach zweitägiger Ruhigstellung im Beugesehnenrings sollte die postoperative Behandlung gestartet und kontinuierlich ausgebaut werden. Frühaktive Therapien verbessern die postoperativen Ergebnisse und können durch neue Schienen- und Behandlungskonzepte bei Patienten, die aktiv mitarbeiten, optimiert werden.

Quelle: L.-M. Willkomm et al., Der Unfallchirurg, Ausgabe 2/2020 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Blood flow restriction Training als Alternative in der postoperativen Therapie

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass bei muskuloskeletalen Erkrankungen ein Training mit hohem Belastungswiderstand das erfolgreichste Mittel zur Verbesserung der Muskelkraft ist. Allerdings sind bei postoperativen Patienten oder bei jenen mit chroni-

schen Schmerzen Übungen mit hoher Belastung und hoher Intensität häufig nur eingeschränkt möglich. Eine Alternative kann nach Ansicht des Autors das Blood flow restriction (BFR) Training sein, welches von Physiotherapeuten begleitet werden kann.

Das BFR-Training ist ein Training mit geringer Belastung, bei dem mithilfe einer Manschette der Blutfluss während der Übungen eingeschränkt wird. Studien deuten darauf hin, dass ein BFR-Training bei geringer Belastung zu einer stärkeren Muskelkraftentwicklung führen kann als ein Training bei alleiniger geringer Belastung. Zwar seien die Kraftzuwächse geringer als bei hochintensivem Widerstandstraining, jedoch sei das BFR-Training eine effektivere Alternative zum Training bei reduzierter Belastbarkeit. Ob das Training sinnvoll ist, muss für jeden Patienten individuell im therapeutischen Team besprochen werden.

Quelle: S. Rolff et al., Der Unfallchirurg, Ausgabe 3/2020 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Achillessehnenruptur kann konservativ behandelt werden

Eine Achillessehnenruptur kann mit einem Therapieschuh oder einer Orthese konservativ behandelt werden. Mit der Physiotherapie kann bereits im Therapieschuh begonnen werden. Fahrradfahren, propriozeptive Übungen und milde Kraftübungen sind hier zu nennen. Nach acht Wochen folgt das Aufbauprogramm – entsprechend dem Nachbehandlungsprotokoll einer Achillessehnenruptur.

Die konservative Therapie führt zu einer stabilen Adaption der Sehnenenden und in der Regel über acht Wochen zu einer Ausheilung der Sehne. Zielgruppe sind vorwiegend Patienten mit einem niedrigen Mobilitätslevel, multimorbide Patienten und jene mit einem höheren Risiko für Wundheilungsstörungen.

Wie Studien zeigen, erzielt die konservativ-funktionelle Therapie bei richtiger Indikation, richtiger Durchführung und einer aktiven Mitarbeit des Patienten vergleichbare Ergebnisse zur Operation. Funktionell sollte auch die postoperative Versorgung sein. Ein operatives Verfahren ist vor allem bei chronischen Rupturen nötig.

Quelle: H. Thermann, Der Chirurg, Ausgabe 1/2020 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff



Gynäkologen

Mit Physiotherapie gegen Urin-Inkontinenz bei Leistungssportlerinnen

Mit 36 Prozent leiden Leistungssportlerinnen überdurchschnittlich oft unter Urin-Inkontinenz. Sie trifft besonders jene, die High-Impact-Sportarten wie Turnen, Ballett und Gewichtheben ausüben sowie im Trampolin- oder Ballsport tätig sind. Ein individuelles Training, angeleitet durch einen spezialisierten Physiotherapeuten, kann die Beckenbodenmuskulatur gezielt stärken und so der durch Dehnung und Überbeanspruchung hervorgerufenen Inkontinenz vorbeugen. Die Inkontinenz tritt bei Leistungssportlerinnen überwiegend während der Ausübung des Sports auf, nicht aber im Alltag. Ziel des Trainings ist daher nicht, die meist eh schon starke Beckenmuskulatur weiter zu kräftigen, sondern vielmehr, dass die Sportlerinnen lernen, die Anspannung gezielt während der Aktivität zu steuern.

Quelle: C. Hutterer, Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Ausgabe 01/2020 | kostenfreier Volltextzugriff



Hausärzte

Heilmittel-Richtlinie wird entschlackt, birgt aber Gefahr von Regressen

Die neue Heilmittel-Richtlinie soll nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ab Oktober 2020 in Kraft treten. Demnach soll die Verordnung von Heilmitteln für Hausärzte einfacher werden. Doch die Änderungen erhöhen teilweise die Gefahr von Regressen, warnt der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Gerd W. Zimmermann.

Kritisch sieht Zimmermann, dass es künftig nur noch einen Verordnungsfall und eine „orientierende Behandlungsmenge“ geben wird, von der Ärzte nach medizinischem Bedarf abweichen können. Ob dies später anerkannt wird, hänge von der Betrachtung der Prüfarzte ab. Ärzte sollten auch auf die Änderung bezüglich des behandlungsfreien Intervalls achten: Bisher lag es bei zwölf Wochen, künftig entsteht erst ein neuer Verordnungsfall, wenn das letzte Rezept mehr als sechs Monate zurückliegt. Wer sich die Verordnung von Heilmitteln erleichtern will, kann dazu die Heilmittel-Spickzettel der „Rauchenden Köpfe“ herunterladen.

Quelle: J. Dielmann-von Berg, Der Hausarzt. Digital, Ausgabe 17/2019 | kostenfreier Volltextzugriff; Kommentar von G. Zimmermann und Heilmittel-Spickzettel | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Bei chronischer Lumbalgie konservative Therapiemaßnahmen ausschöpfen

Bei subakuten Rückenschmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule besitzen therapeutische Körperübungen wie Physiotherapie und Rückenschule in der Langzeittherapie einen hohen Stellenwert. Laut etlicher Studien sind solche Übungen wesentlich, um eine Schmerzlinderung, eine Funktionsverbesserung und – wenn möglich – eine Rückkehr in den Beruf zu erreichen. Erst wenn die konservative Therapie zu keiner Verbesserung der Beschwerden führt, kommen in Einzelfällen operative Maßnahmen in Betracht. Sind die Beschwerden chronifiziert, sollte die multimodale Schmerztherapie in die Wege geleitet werden. Ihre Ziele sind es, die Alltagskompetenz und die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, körperliche Schwächen abzubauen, Bewegungsangst zu verringern, Risikoverhalten zu verändern und zu gesundheitssportlicher Aktivität im Alltag hinzuführen. Für die Realisierung ist ein interdisziplinäres Team notwendig, zu dem neben Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche unter anderem auch Physio- und Sporttherapeuten zählen.

Quelle: F. Janssen et al., MMW Fortschritte der Medizin, Sonderheft 3/2019 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Internisten

Kehlkopfkrebs: Logopädie und Physiotherapie in der Nachsorge relevant

Nach der operativen Therapie eines Larynxkarzinoms ist eine strukturierte Tumornachsorge besonders wichtig. Neben der frühzeitigen Erkennung eines Rezidivs bzw. von Zweitumoren sei es Aufgabe der Nachsorge, eventuell rehabilitative oder supportive Maßnahmen einzuleiten. Dazu gehören beispielsweise Logopädie, Physiotherapie, Ernährungstherapie, Schmerztherapie oder Lymphdrainage, mit dem Ziel einer Optimierung der Organfunktion.

Entsprechend der S3-Leitlinie „Larynxkarzinom“ gelten als maximale Nachsorgeintervalle für das 1. und 2. Jahr drei Monate und für das 3. bis 5. Jahr sechs Mona-

te. Nach dem 5. Jahr sollte eine individuelle Entscheidung über eine Fortsetzung der Nachsorge erfolgen. Das Larynxkarzinom ist die dritthäufigste Tumorentität im Kopf-Hals-Bereich. In Deutschland erkrankt einer von 180 Männern und eine von etwa 1.000 Frauen im Laufe des Lebens an Kehlkopfkrebs. Wichtigster Risikofaktor ist das Rauchen, aber auch Alkoholgenuss, vitaminarme Ernährung und vermehrter Verzehr von rotem Fleisch können das Risiko erhöhen.

Quelle: S. Wiegand et al., *Der Onkologe*, Ausgabe 3/2020 | kostenfreies Abstract

AG Fuß: Weniger Amputationen bei Diabetes durch Telemedizin

Die Zahl der Majoramputationen bei Diabetes ist in Deutschland nach wie vor viel zu hoch, kritisiert die AG Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Das Risiko liege in der Regelversorgung bei 10 bis 20 Prozent, so ihr Sprecher Professor Dr. Ralf Lobmann. Daher fordert die Gesellschaft ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren. Um dies auch in ländlichen Regionen zu realisieren, hat die AG Fuß in Baden-Württemberg ein telemedizinisches Zweitmeinungsverfahren auf den Weg gebracht. Dabei werden via Tablet die entscheidungsrelevanten Daten und Befunde an einen Spezialisten übermittelt.

Ein weiteres Projekt der AG Fuß sieht eine telemedizinische Vernetzung von Hausärzten mit Experten der DDG-Arbeitsgruppe Diabetischer Fuß vor. Dazu wurde gemeinsam mit dem Bund der Internisten ein telemedizinisch basiertes Facharztkonsil für den diabetischen Fuß entwickelt. Mithilfe dessen könnten Heilungsverläufe verkürzt und Amputationen vermieden werden. Ein analoges System zur pädiatrischen Rheumatologie gehöre bereits zum Leistungskatalog von 80 Kassen.

Quelle: R. Lobmann, *diabetes zeitung*, Ausgabe 12/2019 | kostenfreier Volltextzugriff

Neue, spezifizierte Trainingsanweisung für Krebs-Überlebende

Ein Expertengremium, bestehend aus Sportmedizinern und Onkologen, erarbeitete für alle Krebs-Überlebenden eindeutige Trainingsempfehlung, mit denen sie die Folgen der Erkrankung positiv beeinflussen können: dreimal wöchentlich eine halbe Stunde

moderates bis intensives Ausdauertraining, kombiniert mit individuell angepasstem Krafttraining, am besten unter professioneller Anleitung, etwa durch Physiotherapeuten.

Die Bewegungs-Richtlinie erziele laut der Forscher die stärksten positiven Effekte bei Angststörungen, Depression, Fatigue und Lymphödem. Allgemeine Lebensqualität und körperlicher Fitness verbesserten sich. Für die Knochengesundheit und Schlafqualität sprachen sie eine moderate Empfehlung aus.

Das Gremium wertete insgesamt rund 2.500 randomisiert-kontrollierte Studien zu Sportinterventionen bei Krebs aus.

Quelle: L. Kura, *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, Ausgabe 1/2020 | kostenfreier Volltextzugriff

Kinderärzte

Physiotherapie bei neurologisch bedingten Asymmetrien bei Säuglingen

Bei einigen Säuglingen stellen Ärzte Auffälligkeiten des koordinativen Systems fest, die die Bewegung einschränken. So sind konstante Asymmetrien ein Zeichen für eine fehlerhafte Koordination. Liegen hier neurologische Auffälligkeiten vor, sollte mit frühzeitiger Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage begonnen werden.

Die Autoren empfehlen zudem, dass Ärzte Eltern Hausübungen mit auf den Weg geben, die sie im heimischen Umfeld täglich durchführen sollen. Diese Übungen eignen sich sowohl zur Prophylaxe als auch zur Frühbehandlung von Lage- und Bewegungsasymmetrien auf der Grundlage muskuloskelettaler Koordinationsstörungen.

Quelle: R. Sacher et al., *Pädiatrie*, Ausgabe 6/2019 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

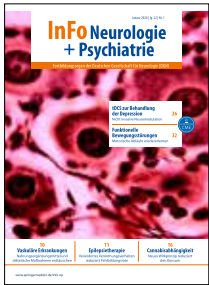
Neurologen

Physio- und Ergotherapie bei funktionellen Bewegungsstörungen

Bei einer funktionellen neurologischen Bewegungsstörung treten meist verschiedene Phänomene gleichzeitig auf, wie Paresen, Sensibilitätsstörungen, Tremorsyndrome und Gangstörungen. Therapeutisch ist ein multimodaler Ansatz aus Physio-, Ergo- und Psycho-



therapie empfehlenswert, auch wenn es aktuell noch keine randomisierten Studien zur Wirksamkeit gibt. Bei funktionellen Bewegungsstörungen fällt es den Patienten schwer, Bewegungen zu kontrollieren und körpereigene Signale zu detektieren. Laut der Autoren sollen die Patienten mithilfe von Physiotherapie normale Bewegungsabläufe wieder erlernen und die pathologisch fokussierte Aufmerksamkeit neu ausrichten. Weitere Ziele sind, die Unabhängigkeit der Patienten und deren eigenständiges Handeln wiederherzustellen sowie den Betroffenen anhand eines visuellen Feedbacks die Fortschritte zu verdeutlichen – etwa mit Spiegeln oder Videoaufnahmen.



Quelle: T. Mainka et al., InFo Neurologie + Psychiatrie, Ausgabe 1/2020 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Nach Schlaganfall: Keine Besserung der physio- und ergotherapeutischen Effekte durch Dopamin

In einer multizentrischen, prospektiven, doppelblind durchgeführten, randomisierten und placebo-kontrollierten Studie bekamen 308 von 593 Patienten zusätzlich zur Physio- und Ergotherapie Dopamin verabreicht, 285 lediglich ein Placebo. Die Patienten erhielten die Mittel sechs Wochen lang jeweils 45 bis 60 Minuten vor den Therapiesitzungen. Ziel war es, acht Wochen nach Randomisierung mindestens zehn Meter ohne Unterstützung gehen zu können.

90 Prozent der Patienten nahmen an den Folgeuntersuchungen nach acht Wochen teil. Im Ergebnis gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. 41 Prozent der Patienten, die zusätzlich Dopamin erhielten, erreichten das Ziel, im Vergleich zu 45 Prozent aus der Placebo-Gruppe. Allerdings erhielten nur 55 Prozent der Studienteilnehmer die Medikation wie vorgesehen. 26 Prozent bekam sie weniger als 45 Minuten oder mehr als 60 Minuten vor der Therapie. Die Frage bleibt also offen, wie viele Patienten die Dopamindosis zu spät eingenommen hatten.

Quelle: E. Koenig, InFo Neurologie + Psychiatrie, Ausgabe 12/2019 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Orthopäden

Konservative Therapie bei Sprunggelenkarthrose Mittel der ersten Wahl

Eine Sprunggelenkarthrose kann in erster Linie kon-

servativ behandelt werden. Einen hohen Stellenwert hat dabei die Physiotherapie. Sie hilft, die Gelenkfunktionen durch Mobilisation zu verbessern und damit Schmerzen zu reduzieren. Auch Kryotherapie, Elektrotherapie und Stoßwellentherapie können zur Schmerztherapie eingesetzt werden. Halten die Beschwerden länger als sechs Monate an, sollten auch operative Maßnahmen in Betracht gezogen werden. Knapp 90 Prozent aller arthrotischen Veränderungen am oberen Sprunggelenk (OSG) haben nach Ansicht von Experten posttraumatische Ursachen. Diese können entweder durch eine direkte Schädigung oder durch eine länger andauernde Instabilität entstehen. Die Beschwerden reichen von Schwellungen über Belastungsschmerzen bis hin zu Bewegungseinschränkungen.

Quelle: K. Fehske et al., Arthroskopie, Ausgabe 1/2020 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Physiotherapie bessert in subakuter Phase Schmerzen im Iliosakralgelenk

Die Ursachen, die zu Beschwerden im Iliosakralgelenk (ISG) führen, sind vielfältig. Ein Online-Artikel der Fachzeitschrift „Der Orthopäde“ befasst sich mit dem Thema „Schmerzquelle Iliosakralgelenk“ und beleuchtet die diagnostischen Möglichkeiten sowie das therapeutische Vorgehen. Die konservative Therapie beschränkt sich laut Autoren in der akuten Phase „fast ausschließlich auf die orale Analgesie mit NSAR für einige Tage, lokale Kühlung und relative Ruhigstellung“. In der subakuten Phase tragen dagegen die manuelle Therapie und die Physiotherapie wesentlich zur Besserung der Beschwerden im ISG bei.

Rückenschmerzen, zu denen auch Beschwerden im ISG zählen, gehören mittlerweile zu den häufigsten muskuloskelettalen Erkrankungsbildern und sind laut einer aktuellen Analyse des Unternehmens Morgen & Morgen die zweithäufigste Ursache für eine Berufsunfähigkeit in Deutschland.

Quelle: A. Schenker et al., Der Orthopäde, veröffentlicht am 06.12.2019 | kostenfreies Abstract

Physiotherapeutin gibt entscheidenden Hinweis zur richtigen Diagnose und Therapie

Wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Physiotherapeuten ist, zeigt der Fall eines 38-jährigen Patienten. Aufgrund winterlicher Glätte stürzte er und

klagte über Rücken- und atemabhängige Schmerzen, verbunden mit Atemnot. Das erstbehandelnde Krankenhaus diagnostizierte eine Wirbelfraktur des 12. Brustwirbels und verordnete Physiotherapie. Da sich die Beschwerden während der Behandlung verschlimmerten, brach die Physiotherapeutin diese ab und stellte den Patienten einem Orthopäden vor – eine Entscheidung, die die Genesung positiv beeinflusste. Denn das vom Orthopäden veranlasste MRT zeigte nicht nur eine Wirbelfraktur des 12. Brustwirbelkörpers, sondern auch – passend zur bestehenden Schmerzsymptomatik – im darüber liegenden Segment einen Bandscheibenvorfall mit Myelonabplattung. Der Mediziner verordnete eine Spinomed-Orthese und setzte die Physiotherapie aus, bis sich die Fraktur stabilisierte.

Quelle: P. Krapf, Orthopädie & Rheuma, Ausgabe 6/2019 | [+ kostenpflichtiger Volltextzugriff](#)

Geriatrische Patienten nach Hüftfraktur schnellstmöglich voll belasten

Geriatrische Patienten sollten nach einer Hüftfraktur schnellstmöglich postoperativ mobilisiert werden – bei voller Belastung unter physiotherapeutischer Anleitung. So die Ergebnisse von Belastungsanalysen, die beim aufgeführten Patientenkontext durchgeführt wurden. Die Mobilisation bedeute den Erhalt der Selbstständigkeit und fördere damit auch die Motivation geriatrischer Patienten. In diesem Zusammenhang spiele auch Prävention eine bedeutende Rolle. Wäre eine regelmäßige Analyse der Wohnsituation für Patienten ab 70 Jahren eine Kassenleistung, könnten viele Frakturen verhindert werden. Bislang haben Orthopäden und Unfallchirurgen häufig eine Teilbelastung verordnet. Aktuelle Studien zeigen jedoch, dass ältere Patienten mit Hüftfraktur diese aufgrund ihrer physischen Konstitution nicht umsetzen können. Viele leiden an Osteoporose und Sarkopenie. Daher fehlt ihnen die Kraft, die man für die Umsetzung der Teilbelastung benötigt.

Quelle: C. Kammerlander, Orthopädie & Rheuma, Ausgabe 6/2019 | [+ kostenpflichtiger Volltextzugriff](#)

Psychiater

Ergo- und Physiotherapie Teil der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie

Die aktualisierte S3-Leitlinie gliedert sich in sieben Module. Diese umfassen alle Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Schizophrenie. In Modul 4b werden auch Ergotherapie und Physiotherapie gelistet.

Für Ergotherapie sei laut der Autoren speziell für Menschen mit Schizophrenie nur wenig Evidenz vorhanden. Daher wurde in dieser Leitlinie der in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen verabschiedete Empfehlungsgrad von B auf o herabgesetzt – Empfehlung offen (Empfehlung 79). Künstlerische Therapien und Bewegungsinterventionen hingegen wurden mit dem Empfehlungsgrad B versehen.

Die vollständige aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie gibt es auf der Webseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF).

Quelle: H. Alkomiet et al., Der Nervenarzt, Ausgabe 1/2020 | [+ kostenpflichtiger Volltextzugriff](#)

Kassenärztliche Vereinigungen

Brandenburg: Heilmittel-Richtwerte für 2019 und 2020 angehoben

Seit dem 1. Juli 2019 gelten für Heilmittel bundesweit einheitliche Preise. Ihre Einführung hat zu einer Steigerung der Heilmittelkosten geführt. Darum wurden in Brandenburg die Heilmittel-Richtwerte für 2019 nachträglich angehoben.

Auch die Richtwerte für 2020 wurden entsprechend der Steigerung des Ausgabenvolumens erhöht – um 13,4 Prozent. Damit stehen im Jahr 2020 rund 290 Mio. Euro für die Heilmittelversorgung zur Verfügung. Für Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin gelten 2020 erstmals ebenfalls Richtwerte für Heilmittel.

Quelle: KV Intern, Ausgabe 1-2020 | [kostenfreier Volltextzugriff](#)

Hessen: Regresse vermeiden - Verordnungs-Workshop für junge Ärzte

Um Nachwuchsmediziner beim Thema Verordnungen fit zu machen, hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen einen speziellen Workshop konzipiert. „Das Einmaleins der Verordnung“ soll jungen Ärzten dabei helfen, sich vor Regressen zu schützen. Denn





Umfragen zeigten häufig, dass diese sich aus Angst vor Regressen vor Niederlassung scheuen, so die KV Hessen. Der Workshop für junge Ärzte sei zudem die ideale Vorbereitung für weitere Themen-Seminare, u.a. „Heilmittelverordnung in der Praxis“.

Neben Workshops und Seminaren bietet die KVH auch ein eigenes Online-Portal zum Thema Verordnungen an. Auf www.kvhaktuell-verordnungen.de finden Ärzte zum Beispiel Informationen zu gesetzlichen Änderungen, Praxisbesonderheiten und Verordnungsleitfäden. Anmelden können sie sich dort mit ihrer lebenslangen Arztnummer, E-Mail-Adresse und Postleitzahl.

Quelle: www.kvhessen.de -> Für Mitglieder -> Publikationen -> Auf den Punkt. 5-2019 | kostenfreier Volltextzugriff



Thüringen: Heilmittel-Richtgrößen für 2019 und 2020 angehoben

Unter Beachtung der nicht richtgrößenrelevanten Verordnungsanteile für langfristigen Heilmittelbedarf bzw. besonderen Verordnungsbedarf wurden die Richtgrößen für das Jahr 2020 neu berechnet. Zudem erfolgte eine rückwirkende lineare Anhebung der Heilmittel-Richtgrößen für das Jahr 2019 um 6,6 Prozent.

Die Erhöhung ist der Preisentwicklung infolge der gesetzlichen Vorgaben aus dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geschuldet. Am stärksten gestiegen sind die Richtgrößen in den Fachgebieten, die sehr niedrige Patientenanteile mit entsprechenden Diagnosen haben.

Quelle: www.kv-thueringen.de -> Rundschreiben, Sonderausgabe „Neu ab 2020“ | kostenfreier Volltextzugriff



Kassenzahnärztliche Vereinigungen

Übungshandbuch für Patienten mit Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Halstumoren

Bei Krebsbehandlungen sind nicht nur die gegen den Tumor gerichteten Therapien von großer Bedeutung. Auch die unterstützenden Maßnahmen wie psychoonkologische Maßnahmen sowie physio- und sporttherapeutische Ansätze spielen eine wichtige Rolle. Die Universität Rostock hat sich im Rahmen

einer Studie ganz intensiv mit der, im Vergleich mit anderen Krebserkrankungen kleinen, Gruppe der Patienten mit Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Halstumoren beschäftigt. Daraus ist das „Übungshandbuch für Patienten mit Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Halstumoren“ entstanden.

Das Übungshandbuch richtet sich an Betroffene als Hauptzielgruppe. Es kann aber auch für Angehörige, Sportwissenschaftler, Physio- und Sporttherapeuten, Trainer, Übungsleiter, Ärzte und Zahnärzte interessant sein, wie die Herausgeberin Dr. phil. Sabine Felsler betont.

Das Übungshandbuch (ISBN-13: 978-1099096082) ist zum Preis von 16 Euro erhältlich. Der gesamte Erlös fließt in den Aufbau der onkologischen Trainingstherapie an der Universitätsmedizin Rostock.

Quelle: G. Czapla, dens 2/2020 | kostenfreier Volltextzugriff

Niedersachsen und Sachsen: Fortbildungen zu Craniomandibulärer Dysfunktion

Ein Blick auf die Fortbildungen für Zahnärzte zur Craniomandibulären Dysfunktion (CMD) unterstreicht die Rolle der Physiotherapie bei dieser Problematik. So weist das Zahnärzteblatt Sachsen nicht nur auf eine Fortbildung „Möglichkeiten der Physiotherapie und alternativen Heilmethoden im Cranio-mandibulären System“ hin. Es gibt auch Fortbildungen im Bereich CMD, die sich gleichzeitig an Zahnärzte und Physiotherapeuten richten.

Auch das Niedersächsische Zahnärzteblatt informiert über eine Fortbildung „Physiotherapeutische und osteopathische Maßnahmen bei CMD als Ergänzung zur Schienentherapie“. Fortbildungsleiter ist der Physiotherapeut und Osteopath Gert Groot Landeweer.

Quelle: www.zahnaerzte-in-sachsen.de -> Zahnärzteblatt Sachsen 12/2019 und www.kvzn.de -> Niedersächsisches Zahnärzteblatt 12/2019 | kostenfreier Volltextzugriff

Wenn morgen die Praxis in Flammen steht, welches Therapiematerial würden Sie sich beim Hinauslaufen schnappen? Auf welches Hilfsmittel, welchen Alltagsgegenstand oder welches Spiel möchten Sie bei Ihrer Arbeit auf keinen Fall mehr verzichten – und warum? Ist das Therapiemittel so vielseitig einsetzbar, sprechen die Patienten besonders gut darauf an oder entlastet es Sie körperlich? Stellen Sie Ihren persönlichen Favoriten hier vor.

Beinpresse

Mein Favorit heißt offiziell Funktionsstemme, besser bekannt als Beinpresse. Es ist ein großes Gerät, das viel Platz einnimmt und sehr laut, aber auch sehr bequem sein kann. Ein Patient sagte mal: „Oh, da lege ich mich jetzt rein“. Zur schnellen Flucht aus der Praxis ist es also eher ungeeignet.

Kennengelernt habe ich sie damals bei einem Job im Fitnessstudio. Dort trainierte ein Handballprofi, der 80 Mal pro Bein 240 kg an einer Mehrgewichtsbeinpresse stemmte, bevor er Laufen ging. Das war sehr beeindruckend.

Warum ist es Ihr persönlicher Favorit?

Im Unterschied zum Einsatz im Fitnessstudio, wo sich der Anwender oft unterfordert, stemmen die Patienten in der Therapie Gewichte teilweise deutlich über ihrem eigenen Körpergewicht. Das motiviert sie, die eigenen körperlichen Grenzen sogar zu überschreiten. Diese Fortschritte zu begleiten, freut mich immer wieder.

Für wen kommt die Beinpresse infrage?

Klassischerweise setze ich sie bei KG und KG-Gerät (D1 bei EX2 oder EX3) zur Stabilisierung vor allem der unteren Extremitäten ein – und das altersunabhängig, vom Jugendlichen bis hin zum Ü80-Senioren. Nach Operationen können Patienten frühzeitig beginnen, da ein Training unter Teilbelastung möglich ist, das gleichzeitig den Lymphabfluss fördert. Ich kann das Gerät sehr variabel für Kraftausdauer, Maximalkraft und Schnellkraft einsetzen und konzentrisch-exzentrisch arbeiten. Auch ein Herz-Kreislauf-Training ist möglich. Die Ermüdung der Muskulatur erreiche ich über die Belastungssteuerung. Das Verletzungsrisiko ist geringer als beim freien Training. Bei einem Reaktions-Koordinationstraining lasse ich die Patienten gerne einbeinig springen, während ich ein Blatt Papier am Fußende verschiebe, das sie bei der Landung mit den Füßen nicht berühren dürfen.

Meine Patienten nutzten die Beinpresse ein- oder beidbeinig im Liegen oder im Sitzen – je nach Bedarf. Die Position in flacher Rückenlage ermöglicht die Arbeit mit höheren Gewichten, weil die Gewichtsverteilung größer ist. So erreichen wir die Hüftstrecker, den M. gluteus maximus und die übrige Gesäßmuskulatur.



Im Sitzen entlaste ich den Brustkorb und den Bauchraum – besonders ältere Patienten bekommen so besser Luft. Während der Übungen stehe ich hinter oder neben dem Gerät und begleite sie. Es gehört somit klassisch zum hands-off in der Physiotherapie.

Auch für den Selbstzahlerbereich eignet sich die Beinpresse sehr gut. Die Patienten lernen sie in der Therapie kennen, viele möchten sie sich sogar selbst für Zuhause anschaffen. Da sie aber sehr groß ist, nehmen sie das Training am Gerät meist im Anschluss an die Therapie als Selbstzahlerleistung in Anspruch.

Was gibt es sonst noch zu beachten?

Bei unserer Beinpresse wird der Schlitten vom Fußbrett weggedrückt. Ich kann die Sitzneigung, die Schulterpolster, den Abstand des Schlittens, die Neigung des Fußbretts und das Gewicht verändern. Außerdem kann ich eine Fülle von Zusatzmaterialien nutzen, wie z. B. ein starres Brett oder ein AIREX®-Pad. Um die Wahrnehmung der Fußsohlen zu schulen, stehen die Patienten sock- oder barfuß auf dem Brett bzw. Pad. Möchte ich zwischen Vorfuß- und Fersenbelastung variieren, eignen sich ein SISSEL®-Kissen, das Balance Board oder ein kleiner Pezziball zwischen Fußsohlen und Fußbrett zur gleichmäßigen Gewichtsverteilung. Für eine Akzentuierung der Adduktoren nutze ich gerne ein Loop oder Thera-Band. Der Kreativität sind hier kaum Grenzen gesetzt.

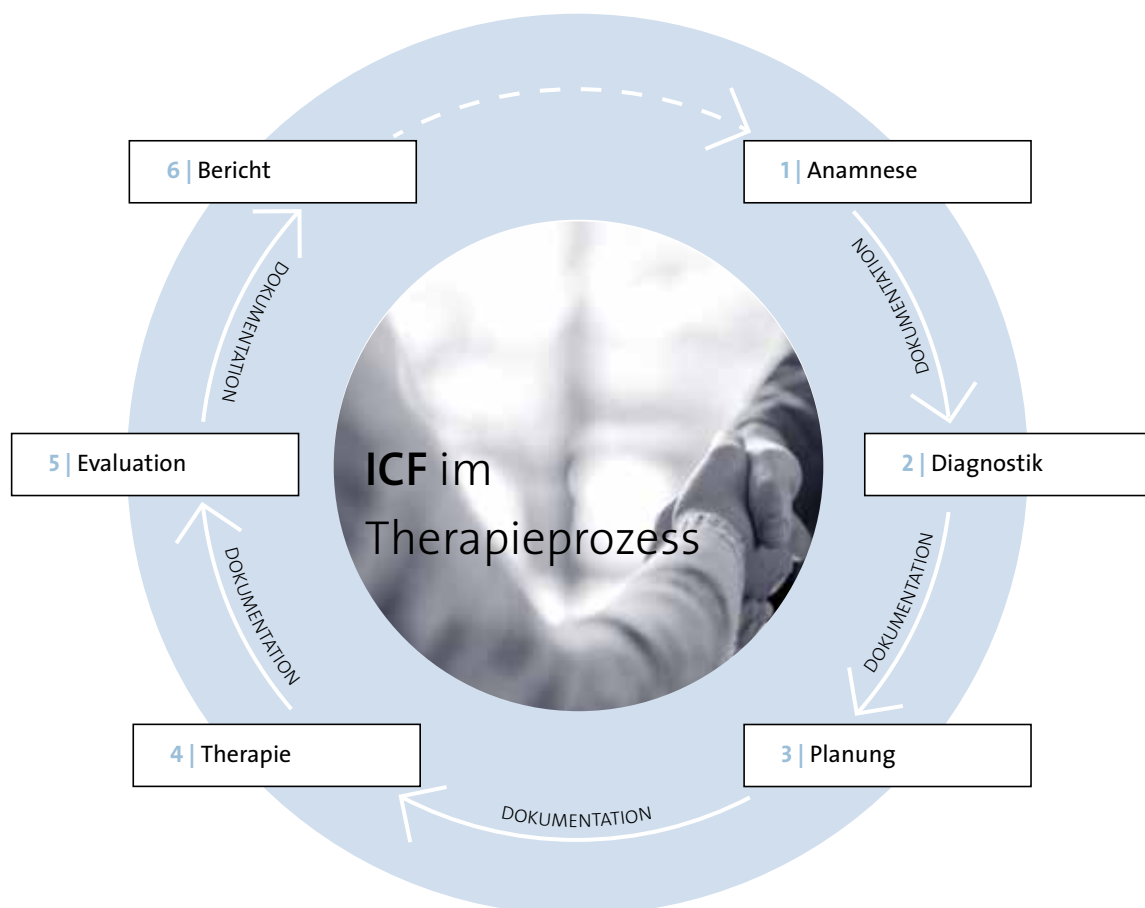
**Olav Gerlach, Physiotherapeut bei Physio & Mee(h)r,
Kellenhusen ■**

[bw]

ICF im Therapieprozess

Physiotherapeuten kümmern sich um die Wiederherstellung oder Verbesserung der Lebensqualität ihrer Patienten. Der Weg dorthin gleicht für Kollegen, Ärzte und Kostenträger oft einer Blackbox. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (kurz ICF) erfasst systematisch und ressourcenorientiert die Krankheitsfolgen. Wir zeigen Ihnen, wie Sie die ICF für den Therapieprozess und den berufsübergreifenden Austausch nutzen können.

Diagnostik



Konzept der ICF

Als Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht bei der ICF die Funktionsfähigkeit eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem im Mittelpunkt. Die zugrundeliegende biopsychosoziale Sichtweise darauf erweitert den Fokus von der bloßen ICD-10-Diagnose und den damit verbundenen Defiziten auf die gesamte Lebenswirklichkeit des Menschen. Die ICF setzt also die Funktionsfähigkeit in Beziehung zur Biografie und Lebenswelt. Deshalb ermöglicht nur die gemeinsame Anwendung beider Klassifikationen – ICD und ICF – ein umfassendes Bild von Gesundheit und den Auswirkungen eines Gesundheitsproblems (siehe [up_physio 02/2020](#)).

Diagnostik im Therapieprozess

In der vorausgegangenen Anamnese sammeln Sie subjektive Angaben Ihres Patienten zu allen Komponenten der ICF (siehe [up_physio 03/2020](#)). Abhängig von der ärztlichen Diagnose erfragten Sie verschiedene Lebensbereiche unterschiedlich ausführlich und überprüften, ob die Informationen zu den Angaben auf der Heilmittelverordnung passen. Während der Anamnese entwickelten Sie Arbeitshypothesen über die zugrunde liegende Schädigung von Körperfunktionen und –strukturen, deren Auswirkungen auf die Aktivitäten und die Partizipation [Teilhabe] sowie den positiven bzw. negativen Einfluss von Kontextfaktoren des Patienten (siehe Grafik Seite 14).

Anhand Ihrer Arbeitshypothesen gestalten Sie nun die Diagnostik:

- Was ist aus Patientensicht das Hauptproblem?
- Welche Fragen haben sich für Sie aus der Anamnese ergeben, die durch die Diagnostik beantwortet werden sollen?
- Mit welchen standardisierten Verfahren können Sie Ihre aktuell wahrscheinlichste Hypothese überprüfen?
- Wobei müssen Sie auf informelle Verfahren zurückgreifen?

Die Informationen aus Anamnese und Diagnostik sind für die Therapieplanung und damit für eine störungsspezifische und zielorientierte Therapie unverzichtbar (siehe Grafik Seite 12). In der Diagnostik objektivieren Sie die subjektiven Angaben aus der Anamnese und bestätigen oder verwerfen Ihre Arbeitshypothesen. Am Ende der Diagnostik steht die Diagnose. Sie ist die Basis für eine gemeinsame Vereinbarung von Therapiezielen zwischen Patient und Therapeut. Deshalb beinhaltet sie sinnvollerweise neben der Problembeschreibung eine Therapieintervention, die sich auf die Einschränkungen in Bezug auf Funktion, Aktivität und Partizipation [Teilhabe] bezieht. Die physiotherapeutische Diagnose ist keineswegs unveränderlich. Denn sie wird durch Bewertung der Interventionen im Therapieprozess ebenso fort-

laufend angepasst wie die Therapieziele. Wichtig ist, dass beide – Diagnose und Therapieziele – vorhanden sind und dokumentiert werden.

ICF in der physiotherapeutischen Diagnostik

Liegt Ihrer Diagnostik das Konzept der ICF zugrunde, so geht es vor allem um die Leistung und die Leistungsfähigkeit einer Person im Rahmen der ICF-Komponenten Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Beide Konstrukte beziehen sich auf die Durchführung von Handlungen oder Aufgaben durch eine Person. Bei der Leistung geht es darum, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt unter realen Lebensbedingungen tut. Hier werden die Kontextfaktoren (Förderfaktoren wie Barrieren) berücksichtigt. Die Leistungsfähigkeit hingegen beschreibt das maximale Leistungsniveau, das ein Mensch in einem bestimmten Lebensbereich zu einem bestimmten Zeitpunkt und unter Test- oder Standardbedingungen erreichen kann, z. B. im Rahmen von ärztlichen oder therapeutischen Untersuchungen. Diese Unterscheidung zwischen der Leistungsfähigkeit unter optimalen Umweltbedingungen und der Leistung im Rahmen der tatsächlichen Lebenssituation liefert Anhaltspunkte dafür, was getan werden kann, um die Leistung des Menschen zu verbessern.

Sie sind Physiotherapeut, Logopäde oder Ergotherapeut mit einem Faible für's Schreiben?

Genau Sie brauchen wir!



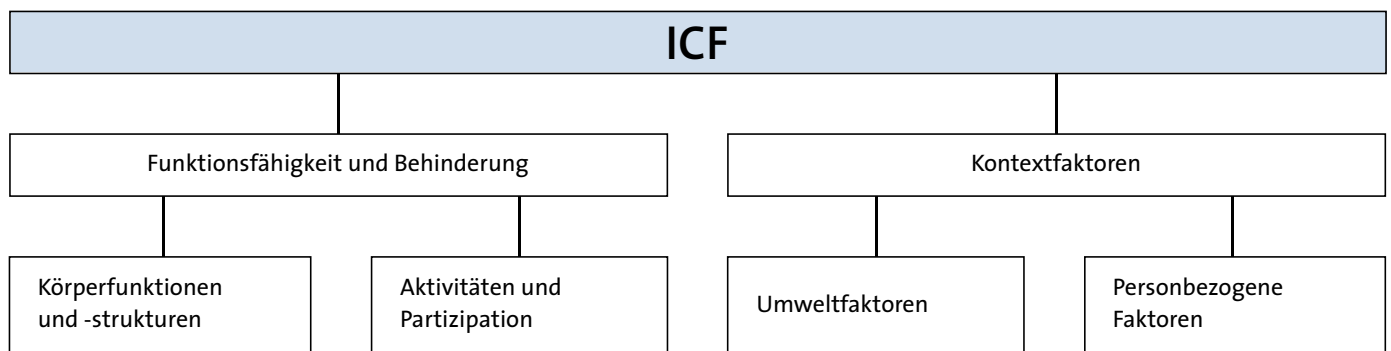
Für eine freie redaktionelle Mitarbeit bei **up_therapie-management** suchen wir Therapeuten, die schreiben möchten und können!

Darum geht's: Sie beschäftigen sich mit spannenden Themen aus dem Praxisalltag von Therapeuten, die endlich einmal erzählt werden wollen. Vielleicht brennt Ihnen selbst etwas auf der Seele? Sie recherchieren und formulieren Beiträge zu therapeutischen Fragen aus Ihrem Fachbereich. Bei uns arbeiten Sie regelmäßig auf Honorarbasis mit. Und als Ansprechpartner steht Ihnen unsere **up**-Redaktion zur Seite.

Sie passen in unser Team, wenn Sie schreiben können, eigenverantwortlich und strukturiert arbeiten und unsere Redaktionstermine einhalten.

Interessiert?

Lassen Sie uns darüber sprechen. Schreiben Sie uns eine Mail mit Angabe Ihres fachlichen Schwerpunkts an wellner@up-aktuell.de



Aus den Rahmenempfehlungen Physiotherapie

Laut Leistungsbeschreibung Physiotherapie (Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SBG V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln) gehört zum Inhalt der Maßnahmen der Physiotherapie das Aufstellen des individuellen Behandlungsplans bei Beginn der Therapie. Dieser muss die ärztliche Verordnung mit Angabe der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik) und des Therapieziels sowie das Ergebnis der physiotherapeutischen Befunderhebung berücksichtigen.

Prozessqualität und Wirtschaftlichkeit

Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer u. a. die Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8 der gemeinsamen Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln) zu gewährleisten. Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes: Der Heilmittelerbringer muss den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, unverzüglich darüber informieren, wenn sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer ergibt, dass das vom verordnenden Vertragsarzt benannte Therapieziel durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann. Dann kann eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abgestimmt und ggf. eine neue Verordnung ausgestellt werden (§ 17). Zu den Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gehört u. a. die Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels (§ 19).

Fazit

Die Komponenten der ICF erleichtern, ebenso wie in der Anamnese, die Strukturierung und Priorisierung der in der Diagnostik erhobenen Informationen, Messwerte und Arbeitshypothesen in Hinblick auf mögliche Therapieziele. Die Komplexität der Folgen des Gesundheitsproblems auf die Lebenssituation des Menschen können so systematisch erfasst werden. Bei Entscheidungen innerhalb der Diagnostik dienen die Teilhabe und die Lebensqualität des Patienten als Leitfaden (siehe Grafik Seite 15).

ICF in Ihrer Praxis

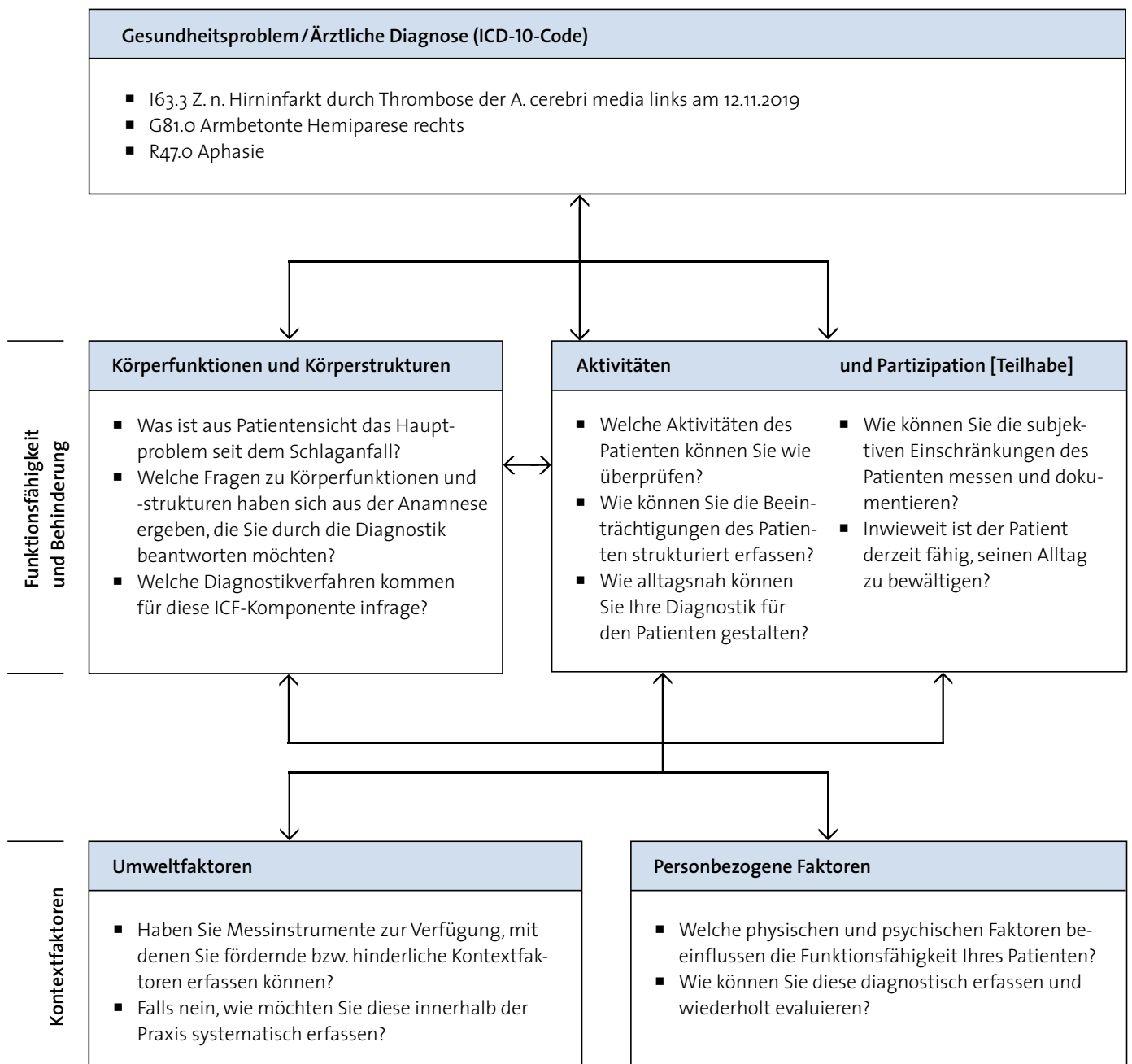
Orientiert sich Ihr Therapieprozess im Allgemeinen und die Diagnostik im Besonderen an dem Konzept der ICF, dann werden die Informationen zur Funktionsfähigkeit eines Patienten einheitlich erfasst und sortiert. Dies erleichtert den roten Faden in Ihrer Planung, Therapie, Evaluation und Dokumentation. Die Frage, wie der Patient mit Ihrer Hilfe sein bisheriges Leben auch unter veränderten Bedingungen wieder führen kann, ist die Grundlage für die individuelle Therapieplanung mit Fokus auf seine Teilhabe.

Tip: Um für die Diagnostik eine sachgerechte und zeitsparende Auswahl treffen zu können, ist ein praxisinterner Überblick über die verfügbaren Diagnostikverfahren unerlässlich. Als Leitfaden kann die folgende Frage dienen:

- **Welches Verfahren verwenden Sie wann bei welcher Indikation mit welcher Zielsetzung und welche Information gewinnen Sie dadurch?**

Anhand dieses (am besten schriftlichen) Überblicks können Therapeuten zeitsparend darüber entscheiden, welche standardisierten Screening- und Testverfahren für ihren Patienten zielführend sind und welche Aspekte zusätzlich informell erfasst werden müssen. Erfolgt die abschließende Dokumentation der Informationen und Messwerte innerhalb der Praxis einheitlich, verringert dies den Arbeitsaufwand bei Re- und Abschlussbefunden, in Vertretungssituationen und für den Therapiebericht. ■

[bw]



Sie als Therapeut begleiten Ihre Patienten und deren Angehörige viel intensiver als andere Beteiligte aus dem Gesundheitswesen. Für Ihre Patienten ist die Beratung zum Umgang mit ihrer Erkrankung und den Auswirkungen auf ihr Leben sehr wichtig. Im Praxisalltag bleibt Ihnen aber kaum Zeit für Recherchen über Beratungsmöglichkeiten. Deshalb stellen wir Ihnen institutionelle Anbieter vor, an die sich Ihre Patienten wenden können.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Rechtsanspruch auf Versorgung in vertrauter Umgebung



Damit schwerstkranke Patienten trotz komplexen Behandlungsbedarfs in der häuslichen und familiären Umgebung verbleiben können, wurde 2007 die gesetzliche Grundlage für den Anspruch auf leidensmindernde medizinische und pflegerische Leistungen geschaffen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV, wurde im Sozialgesetzbuch (§ 37b SGB V) formuliert und ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die SAPV verfolgt das Ziel, die Lebensqualität schwerstkranker Menschen, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und einen besonderen Versorgungsbedarf haben, zu erhalten und zu verbessern sowie deren Selbstbestimmung zu stärken. Bis zum Tod soll ein menschenwürdiges Leben in vertrauter Umgebung ermöglicht werden. Die Betreuung erfolgt ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen. Sie kann auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und der Kinder- und Jugendhilfe durchgeführt werden.

Leistungsumfang der SAPV

Die Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Dabei stehen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten sowie die Belange ihrer Vertrauten im Mittelpunkt. Erkrankungsbedingte Krisensituationen werden aufgefangen, die sonst möglicherweise zu unerwünschten und belastenden Krankenhauseinweisungen führen würden.

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch

Für den Leistungsanspruch ist der Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung notwendig. Dieser Bedarf besteht, wenn andere ambulante Versorgungsformen oder die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht ausreichen, um die Ziele der SAPV zu erreichen.

Die Dauer der verbleibenden Lebenszeit ist nicht relevant, auch Patienten mit einer länger prognostizierten Lebenserwartung können die Voraussetzungen für eine SAPV erfüllen.

Leistungserbringer

SAPV wird von spezialisierten Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. Qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte arbeiten fachübergreifend als Palliative-Care-Team eng zusammen. Sie bieten eine telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für Patienten, ihre Vertrauten und Versorgenden an und stellen die ständige Verfügbarkeit eines Arztes oder einer Pflegekraft sicher.

Für eine lückenlose Versorgung wird mit anderen Professionen wie Apothekern und Psychologen kooperiert. Eine psychosoziale Unterstützung erhält der Patient durch ambulante Hospizdienste, die Seelsorge und Sozialarbeit. Nach Bedarf verordnen Ärzte auch Heilmittel.

Leistungen der SAPV

Die Leistung erfolgt als Beratung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung. Das Palliativ-Care-Team hilft bei der medikamentösen Therapie und unterstützt die Patienten und Angehörigen dabei, mit der schweren Erkrankung umzugehen und die Symptomkontrolle sowie Selbsthilfefähigkeit zu optimieren. Außerdem koordiniert es die an Behandlungsprozess und pflegerischer Versorgung beteiligten Leistungserbringer.

Zusammen mit den Betroffenen wird ein individueller Versorgungsplan erstellt, der auch Empfehlungen für das Vorgehen im Notfall und zur Krisenintervention enthält. Der Versorgungsplan ist ressourcenorientiert und berücksichtigt die Angebote der allgemeinen Versorgung. Die frühzeitige Inanspruchnahme ehrenamtlicher Unterstützungsmaßnahmen wird aktiv gefördert.

Das SAPV-Team leistet grundsätzlich ergänzende Angebote. Die allgemeine Versorgung und andere Sozialleistungsansprüche bleiben davon ebenso unberührt wie Angebote, die sich aus dem hospizlich-palliativen Grundverständnis ergeben, jedoch keine GKV-Leistungen sind, wie beispielsweise die Trauerbegleitung.

Anspruch geltend machen

Schätzungsweise zehn Prozent aller Schwerstkranken benötigen SAPV. Personen, die für sich oder einen Angehörigen SAPV beanspruchen möchten, wenden sich an einen behandelnden Arzt, der eine Verordnung ausstellt. Diese muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Patienten müssen keine Zuzahlung leisten. Privat versicherte Patienten sollten sich die Kostenübernahme vorher genehmigen lassen, da einige private Krankenversicherungen die Kosten nur zum Teil oder gar nicht übernehmen.

Der Versicherte oder ein Bevollmächtigter übergibt die Verordnung dann dem selbst gewählten Palliativ-Care-Team, das sich um alles Weitere kümmert. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bietet auf ihrer Webseite einen Wegweiser an, der hilft, das dem Wohnort nächstliegende SAPV-Team zu finden. ■ [rb]

Quellen: www.g-ba.de
www.gkv-spitzenverband.de
www.betanet.de
www.aerzteblatt.de
-> Deutsches Ärzteblatt Ausgabe 19/2010
www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Fortbildung Palliativversorgung

Palliativ-Care-Teams haben sich zum Ziel gesetzt, die Sterbephase aus den Krankenhäusern heraus nach Hause bzw. in ein vergleichbares Umfeld zurückzuholen. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden sind oft als Teammitglieder an der therapeutischen Betreuung schwerstkranker Menschen im Rahmen der SAPV beteiligt.

Voraussetzung für die Mitarbeit in einem Palliativ-Care-Team ist eine spezielle Fortbildung. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bietet diese für Physiotherapeuten an, die aufgrund vieler therapeutischer Parallelen und Inhalte auch von Ergotherapeuten und Logopäden besucht werden können.

mehr: www.dgpalliativmedizin.de

Patienten stehen im Zentrum der Heilmitteltherapie. Die Kluft zwischen wissenschaftlichen Empfehlungen und der Verordnungsrealität in der ambulanten Heilmittelversorgung wirkt unüberwindbar. Ärztlicherseits bestehen Unsicherheit und Fehlinformation. Darunter leiden in erster Linie die Patienten. Unterstützen Sie Ihre Ärzte dabei, regresssicher zu verordnen. Legen Sie die nachfolgende Information dem Therapiebericht bei oder suchen Sie das Gespräch.

Indikation Primäres Parkinson-Syndrom

Ausfüllhilfe für extrabudgetäre Verordnung

Parkinson ist die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung. Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie tragen hier zum Erhalt der Selbstständigkeit bei. Je nach Schweregrad ist das primäre Parkinson-Syndrom als besonderer Verordnungsbedarf (BVB) für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

- G20.1- Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn & Yahr)

oder als langfristiger Heilmittelbedarf (Anlage 2 HeilM-RL) gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

- G20.2- Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn & Yahr)

anerkannt. Die bundesweit geltende Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/ besonderer Verordnungsbedarf der KBV enthält alle verordnungsfähigen ICD-10-Codes. Verordnungen (VO) mit einem dieser Codes gelten ab der ersten VO als extrabudgetär. So können Betroffene mit Heilmitteltherapie versorgt werden, ohne das ärztliche Heilmittelbudget zu belasten.

Wichtig: Voraussetzung ist, dass ein endstelliger ICD-10-Code der Diagnoseliste (hier G20.1-) in Verbindung mit einer vereinbarten Diagnosegruppe (hier ZN2b) auf der VO eingetragen wird. Nur dann werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Kosten aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet.

Verordnung im Regelfall

- Erst-VO: bis zu 10x/VO, Folge-VO: bis zu 10x/VO
- Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: 30 Einheiten = 1 Erst-VO + 2 Folge-VO

Wichtig: Bei dem BVB (hier G20.1-) muss erst der Regelfall gemäß Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) durchlaufen werden, bevor eine VO außerhalb des Regelfalls (VO a.d.R.) ausgestellt werden kann. Handelt es sich hingegen um eine Diagnose mit langfristigem Heilmittelbedarf (G20.2-) ist eine VO a.d.R. bereits ab der ersten VO möglich (§ 8a Abs. 8 HeilM-RL).

Verordnung außerhalb des Regelfalls

Ist der Regelfall bei G20.1- ausgeschöpft und die Therapie wird fortgesetzt, erfolgt sie in Form von VO a.d.R., die einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung bedürfen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL).

Medizinische Begründung, ggf. Therapiebericht

Die Begründung in Bezug auf den Therapiebedarf des Patienten, seine Therapiefähigkeit und die Therapieprognose unter Berücksichtigung des angestrebten Therapieziels

G20.1- + ZN2b = extrabudgetär oder
G20.2- + ZN2b = extrabudgetär

The image shows a portion of a medical prescription form. At the top, it identifies the patient as 'Mustermann, Herbert' and the insurer as 'Krankenkasse bzw. Kostenträger'. Below this, there are checkboxes for 'Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)' and 'Verordnung außerhalb des Regelfalles'. The 'Regelfall' section is checked, and the 'Verordnung außerhalb des Regelfalles' section is also checked. The 'Verordnungs-menge' is set to '10' and the medication is 'KG-ZNS'. The 'Indikatorsschlüssel' is 'ZN2b' and the 'ICD-10-Code' is 'G20.1'. The 'Diagnose mit Leitsymptomatik, gegenwärtig' is 'Primäres Parkinson-Syndrom (Stadium 4 nach Hoehn & Yahr)'. The 'Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele' is 'z. B. Regulierung des Muskeltonus'. The 'Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles' section is empty.

dient der Entscheidung über die Fortführung der Therapie, insbesondere bei VO a.d.R. (§ 8 Abs. 3 HeilM-RL). Details sind der Begutachtungsanleitung Heilmittel des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu entnehmen.

Tipp: Fremdbefunde, z. B. physiotherapeutische Therapieberichte, dürfen berücksichtigt werden (§ 26 Abs. 2 Satz 2 HeilM-RL). Evidenzbasierte Empfehlungen aus Leitlinien oder Übersichtsarbeiten unterstützen die Argumentation zusätzlich.

Indikationsschlüssel = Diagnosegruppe + Leitsymptomatik

Der Indikationsschlüssel setzt sich aus Diagnosegruppe (hier ZN2) und Leitsymptomatik (hier b) nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs (HMK) zusammen. Gemäß Diagnosesliste kann bei G20.1- mit der Diagnosegruppe ZN2 extrabudgetär verordnet werden. **Wichtig:** Gleiches gilt für den langfristigen Heilmittelbedarf bei G20.2-.

ICD-10-Code/Diagnose mit Leitsymptomatik

Wichtig: Nur mit dem endstelligen ICD-10-Code der Diagnosesliste wird die VO als extrabudgetär anerkannt (Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen), hier G20.1- statt G20.-.

Da der Indikationsschlüssel bereits die Leitsymptomatik enthält, ist die zusätzliche Angabe in Textform nicht zwingend erforderlich.

Therapiefrequenz

Die Empfehlung des HMK ist als Mindestangabe, also als Untergrenze für die wöchentliche Frequenz innerhalb des Regelfalles zu verstehen. Beschränkungen im Sinne einer Obergrenze gibt es nicht.

Wichtig: Auf der VO wird die exakte Frequenz angegeben.

Verordnungsmenge

Sie richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles. Der HMK bestimmt die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles. Bei VO a.d.R. ist die Menge abhängig von der Frequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen nach der VO gewährleistet ist, z. B.: **36 (Menge) / 3 (Frequenz) ≤ 12**.

Vorteil: Außerhalb des Regelfalles sind mehr Einheiten pro VO möglich.

Heilmittel

Für ZN2b gibt es zwei vorrangige (KG oder KG-ZNS) und ein ergänzendes Heilmittel (Wärmetherapie oder Kältetherapie).

Wichtig: Die Zertifikatsposition KG-ZNS darf nur mit nachgewiesener Weiterbildung des Physiotherapeuten abgerechnet werden. Dies könnte im häufig unterversorgten ländlichen Raum zum Nachteil des Patienten werden: Wenn es keinen Therapeuten mit entsprechender Qualifikation im Umkreis gibt, wäre KG zu bevorzugen. In den übrigen Fällen ist bei G20.1- und G20.2- das Heilmittel KG-ZNS oft zielführender.

Therapieziele

Konkrete patientenzentrierte und aktivitätsorientierte Therapieziele unterstützen die Indikation für Physiotherapie: Welches Ziel möchte der Patient in Bezug auf seine Aktivitäten und die Teilhabe an seinem Leben innerhalb dieser Verordnung erreichen? Dabei kann die Struktur der ICF helfen (www.dimdi.de).

Fazit

Patienten mit der Diagnose G20.1- sind oft deutlich eingeschränkt. Da hier alle drei Heilmittel extrabudgetär verordnet werden können, ist es möglich, den Patienten umfassend zu versorgen. Beispielsweise könnte im Rahmen der Physiotherapie an Gangbild und Sturzprophylaxe gearbeitet werden, während das Hirnleistungstraining Aufgabe der Ergotherapie wäre. Die sichere Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme könnte Inhalt der logopädischen Therapie sein. ■

[bw, jll]

up_therapiemanagement: ab Mai als Beilage nur für Abonnenten

Es ist an der Zeit,
Haltung zu zeigen.

Ja!
Ich will.

Dabei sein unter
www.up-aktuell.de