

physio**praxis**

Das Fachmagazin für Physiotherapie

7-8·16

Juli/August 2016 | 14. Jahrgang
ISSN 1439-023x · 61504
www.thieme.de/physiopraxis

**Lese-
probe**

PHYSIOGRAFIK

VKB- Rekonstruktion

GEGEN DIE DYSBALANCE

Hilfe beim Flachrücken

INFIZIERTE KNIE-TEP

Zwangspause fürs
Kniegelenk

EIN FALLBERICHT

Der Weg aus der Krise

refresher

Gehen lernen nach
Schlaganfall


 **Thieme**



Profession

- 6 **Community**
- 8 **Gesprächsstoff**
- 12 **Nachruf auf Antje Hüter-Becker**
Eine Vordenkerin, die uns fehlen wird
- 13 **10 Jahre Akademisierung in der Schweiz**
„Die Physios haben’s drauf, und die anderen merken das“
- 16 **Forschungsleitfaden Gesundheitsfachberufe**
Für eine saubere Methodik
- 20 **Internationale Studienergebnisse**
- 25 **kurz & bündig**

Therapie

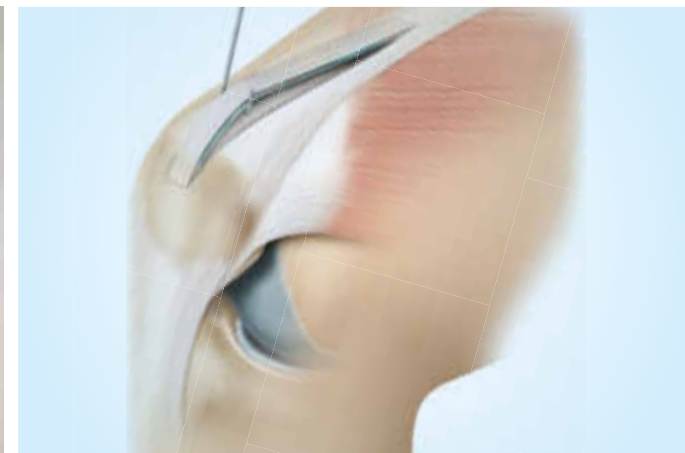
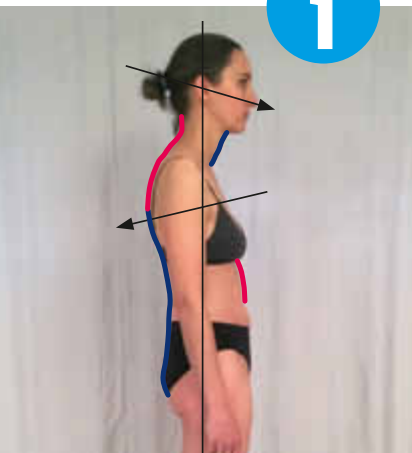
- 26 **Übungen gegen die Dysbalance**
Hilfe beim Flachrücken
 mit Patienteninformation
- 30 **Ein Fallbericht**
Der Weg aus der Krise
- 35 **Organ-Refresher: Dickdarm**
Der Entsafter
- 38 **Refresher: Evidenzbasierte Neuroreha für eine verbesserte Mobilität**
Balanceakt
- 44 **physiografik: Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes**
Die volle Bandbreite
- 50 **Infizierte Knie-TEP**
Zwangspause fürs Kniegelenk
- 54 **Kommunikation mit Menschen mit Demenz**
Aufmerksam beobachten
- 56 **Timed-up-and-go-Test**
Aufstehen – Gehen – Umdrehen – Gehen – Hinsetzen

Perspektiven

- 58 **Wer, Wie, Was**
- 62 **Physiotherapeut der Nationalmannschaft CP-Fußball**
„Die Jungs tragen einen doppelten Wettkampf aus“
- 65 **Meier-Kolumne**
Kannst du grad mal ...
- 66 **Behandlungsplan auf Afrikanisch**
Hilfe bei Muskeldystrophie

Service

- 69 **Sommerrätsel**
- 70 **Die Rechtsfrage:**
Wann handelt es sich um freie Mitarbeit und wann um Scheinselbstständigkeit?
- 72 **Rezensionen**
- 74 **Produktforum**
- 75 **Fortbildungskalender**
- 76 **Fortbildungsmarkt**
- 86 **Stellenmarkt**
- 90 **Ausblick/Impressum**



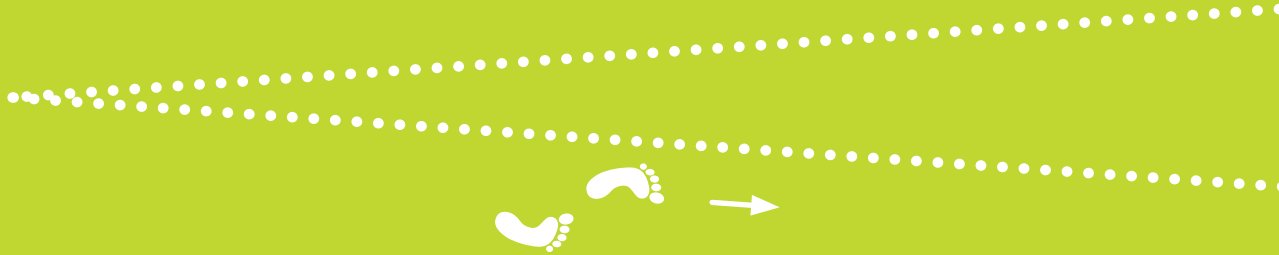
26 Übungen bei Flachrücken
Ein Flachrücken verursacht verschiedenste Probleme. Durch die veränderte Haltung hat etwa die Skapula ein schlechtes Gleitlager auf dem Brustkorb. Spezielle Übungen können Wahrnehmung und Kraft verbessern.

44 physiografik: Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes
Pro Jahr ziehen sich weltweit mehr als zwei Millionen Menschen eine Verletzung am vorderen Kreuzband zu. Bei aktiven Sportlern ist die Ersatzplastik derzeit die Standardtherapie. Die physiografik zeigt, wann der beste OP-Zeitpunkt ist, welche Transplantate es gibt, wie diese im Kniegelenk fixiert werden und wie die physiotherapeutische Nachbehandlung aussieht. Viel Spaß beim Ausklappen und Schmöckern.

30 Der Weg aus der Krise
Das Leben von Tänzerin Stefanie Goes brach im Sommer 2014 zusammen: Durch massive Fuß- und Rückenschmerzen, Sensibilitätsstörungen und Taubheitsgefühle konnte sie nicht mehr tanzen. Hilfe fand sie bei den Therapeuten Carmen Graf und Christopher-Marc Gordon.

Aufstehen – Gehen – Umdrehen –

56



Timed-up-and-go-Test Einer der bekanntesten und zugleich einfachsten Tests in der Physiotherapie ist der Timed-up-and-go. Mit ihm beurteilen Therapeuten die Alltagsmobilität und das Sturzrisiko von Patienten mit unterschiedlichsten Diagnosen. Wie sie den Test standardisiert anwenden und wie die aktuelle Studienlage aussieht, erklärt Therapeut Detlef Marks.

Die Alltagsmobilität spielt eine wichtige Rolle, um Veränderungen im Genesungsprozess eines Patienten zu dokumentieren. Außerdem hilft sie, Aussagen darüber zu treffen, inwieweit Menschen im häuslichen Umfeld selbstständig leben können. Messen lässt sich die Alltagsmobilität mithilfe des Timed-up-and-go-Test (TUG). Sein Vorteil ist, dass er eine relevante Alltagshandlung beurteilt, die der Patient im häuslichen Umfeld häufig ausführt: von einem Stuhl aufstehen und eine kurze Strecke gehen, um sich an einem anderen Ort wieder hinzusetzen.

Das Assessment ist eine Weiterentwicklung des Get-up-and-go-Tests von Mathias und Kollegen aus dem Jahr 1986 [7], der mittels einer Ordinalskalierung von 1 bis 5 die Balance klassifiziert. Diane Podsiadlo und Sandra Richardson haben 1991 die Ordinalskalierung durch eine Zeitmessung ersetzt und standardisiert. Sie legten die Gehstrecke mit drei Metern fest und gaben vor, dass der Stuhl eine Höhe von etwa 46 cm und Armlehnen haben sollte [9].

Die Strecke soll der Patient mit einer komfortablen und sicheren Gehgeschwindigkeit bewältigen. Wie er nach den drei Metern umdrehen soll, beschrieben Podsiadlo und Richardson nicht. Etabliert hat es sich aber, eine Markierung zu machen oder – noch besser – einen Kegel aufzustellen, den der Patient umrundet. Hilfreich sind geschlossene Schuhe, erlaubt sind die gewöhnlichen Hilfsmittel wie Stock, Rollator und Schienen. Der Therapeut misst mit einer Stoppuhr, wie viele Sekunden der Patient für den Parcours benötigt.

Der TUG gilt als valide und reliabel → Verschiedene Studien haben den TUG bei unterschiedlichen Diagnosen und Störungsbildern in

den Bereichen Neurologie, Geriatrie, Chirurgie und Orthopädie als aussagekräftig erachtet [10]. Ihm werden exzellente psychometrische Kriterien im Bereich der Intra- und Interrater-Reliabilität sowie in der Konstrukt- und Konvergenzvalidität bescheinigt [5]. So gilt er bei der Beurteilung der basalen Mobilität als valider und einfacher Test.

Thóra B. Hafsteinsdóttir und ihr Team empfehlen den TUG ausdrücklich auch, um die Gehfähigkeit von Patienten nach Schlaganfall zu beurteilen. Bei der Interpretation der gemessenen Zeiten verweisen sie auf die Aufteilung von Diane Podsiadlo und ihrer Kollegin, die folgende drei Kategorien vorschlagen [9]:

- **mobile Patienten**, die den Test in weniger als 20 Sekunden durchführen und damit eine Gehgeschwindigkeit von mindestens 0,5 m/s haben
- **eingeschränkt mobile Patienten**, die für den Test zwischen 20 und 30 Sekunden benötigen. Bei ihnen sind weitere Abklärungen zum Beispiel mit der Berg Balance Scale (👁️ [PHYSIOPRAXIS 11-12/07, S. 40](#)) nötig, um deren Mobilitätsstatus zu bestimmen
- **Patienten, die länger als 30 Sekunden** benötigen und Hilfestellungen in grundlegenden Aktivitäten brauchen

Der TUG eignet sich demnach hervorragend, um kurzzeitige funktionelle Änderungen der basalen Mobilität bei Patienten nach Schlaganfall zu erfassen [5]. Die Forscher um Thóra B. Hafsteinsdóttir empfehlen eine standardisierte und gute Schulung des Testverfahrens, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten [5].

Das Assessment ist vielseitig einsetzbar → Viele Publikationen, unter anderem die von Carina U. Persson und ihrem Team [8], zei-

- Gehen – Hinsetzen



gen, dass sturzgefährdete Menschen länger für den TUG benötigen als sichere Fußgänger. Bei Patienten in der Geriatrie, die für den TUG mehr als zwölf Sekunden benötigen, ist laut einer Studie von Heike A. Bischoff und ihren Kollegen das Sturzrisiko so erhöht, dass eine Unterbringung in einem Pflegeheim ratsam sein könnte [2]. Eine andere Studie erachtet bei dieser Patientengruppe mehr als 14 Sekunden als kritisch [11]. Patienten nach einem Oberschenkelhalsbruch gelten mit mehr als 24 Sekunden als sturzgefährdet [6], Patienten nach einem Schlaganfall mit mehr als 14 Sekunden [1].

Ein Bodeneffekt, also die Problematik, dass Patienten nicht erfasst werden können, weil sie „zu schlecht“ sind, ist beim TUG nicht zu erwarten – vorausgesetzt die Patienten können laufen. Nur bei Patienten in der Geriatrie, die beispielsweise eine Demenz haben und den Bewegungsauftrag zwar aus motorischer Sicht durchführen könnten, kognitiv dazu aber nicht in der Lage sind, kann ein Bodeneffekt auftreten [2, 3]. In diesem Fall empfiehlt sich der DEMMI, der De Morton Mobility Index (☞ PHYSIOPRAXIS 2/13, S. 43) [2, 3].

Deckeneffekte wurden beim TUG lediglich bei Patienten mit nur leichten bis moderaten Einschränkungen der Mobilität festgestellt, die schon sicher und mobil waren [11].

Der TUG reicht nicht zur Bestimmung der Sturzgefährdung →

Eine generelle Unterscheidung von sturzgefährdeten Patienten und denen, die es nicht sind, ermöglicht der TUG nicht. Das liegt einerseits am erwähnten Bodeneffekt, andererseits an der generellen Tatsache, dass ein einziges Assessment nie die potenzielle Sturzgefahr abbilden kann. Denn diese wird neben den motorischen Komponenten von weiteren Aspekten beeinflusst, zum Beispiel von kognitiven Fähigkeiten, Umweltfaktoren oder der Sehfähigkeit. Aufgrund der Mehrdimensionalität der Mobilität ist es daher sinnvoll, in der Behandlung neben dem TUG weitere Assessments anzuwenden. Um Aussagen über die durchschnittliche Gehgeschwindigkeit, Kadenz und mittlere Schrittlänge zu erhalten, eignet sich zum Beispiel ein Timed Walking Test über 10 oder 20 Meter (☞ PHYSIOPRAXIS 6/06, S. 36). Der 6-Minuten-Gehtest ermittelt die Ausdauer

(☞ PHYSIOPRAXIS 2/12, S. 42), und der DEMMI erlaubt mittels 15 Items den Mobilitätsstatus von geriatrischen Patienten über das gesamte Mobilitätsspektrum abzubilden. Um bei einem Patienten die Mobilität umfassend beurteilen zu können, müssen Therapeuten zudem die kognitiven Fähigkeiten, das Sehvermögen sowie mögliche störende Kontextfaktoren berücksichtigen. *Detlef Marks*

☑ Literaturverzeichnis

www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 7-8/16“



Gewinnen

Assessments in der Rehabilitation

Wir verlosen zwei Exemplare des Buches „Assessments in der Rehabilitation, Band 2: Bewegungsapparat“, erschienen im Hans Huber Verlag (www.verlag-hanshuber.com). Wer gewinnen will, klickt bis zum 2.9.2016 unter www.thieme.de/physiopraxis > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „Assessments“.



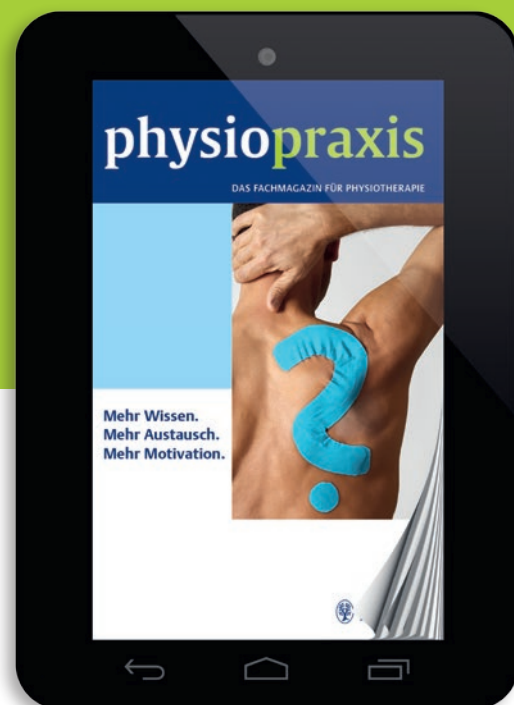
Autor



Detlef Marks ist seit 1991 diplomierter Physiotherapeut und leitet in der Rehaklinik Zihlschlacht/Thurgau (Schweiz) die Abteilung Sensomotorische Therapien. Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Behandlung von Patienten mit neurologischen Störungsbildern. Hierbei ist er vorwiegend in der Gangrehabilitation tätig, unter anderem mit roboterassistierter Unterstützung.

Wir suchen Leser, die app to date sein wollen.

JETZT
auch für
ANDROID



Wir wollen mehr für unsere Berufsgruppe. Mehr Wissen. Mehr Austausch. Mehr Erfolg. All das bietet Ihnen unser Fachmagazin, die kostenlose Zeitschriften-App für Abonnenten, die Online-Themenwelt, der Newsletter und die Facebook Seite. Mehr dazu unter:

www.thieme.de/physiopraxis