

Persönliche PDF-Datei für Diemer F.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Nachbehandlungsschemata OPs - qua vadis

physiopraxis

2023

34–37

10.1055/a-2130-3595

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *physiopraxis* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1439-023X

Quo vadis, Nachbehandlung?



Nachbehandlungsschemata kritisch betrachtet
 Physiotherapierende kennen das: Vergleicht man die Nachbehandlungsschemata aus unterschiedlichen Kliniken bzw. von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten bei der gleichen Operationsmethode, dann finden sich nur selten Gemeinsamkeiten. Frank Diemer kommentiert, warum die Differenzen in Expertenmeinungen auch in der Literatur groß bleiben und selbst in Leitlinien inkonsistente Aussagen auffallen.



➔ Manche Patient*innen dürfen sofort schmerzabhängig vollbelasten, andere wiederum werden mit einer 6-wöchigen Teilbelastung versorgt. Orthese ja – Orthese nein, Limitierung des Bewegungsausmaßes auf 60° oder 90° ... Es würde Kompendien füllen, möchte man alle Differenzen in der OP-Nachbehandlung auflisten. Der interessierte Therapeut, die interessierte Therapeutin ist dann geneigt, sich durch das Studium der aktuellen Literatur Sicherheit zu holen, und wird überrascht. Die Differenzen in Expertenmeinungen verbleiben auch in der Literatur groß, und selbst in Leitlinien fallen inkonsistente Aussagen auf. Grundsätzlich stellt sich die Frage: Warum ist das so? Gibt es keine Evidenz zur Nachbehandlung? Wenn sie verfügbar wäre: Kann sie wirklich so unterschiedlich interpretiert werden, dass solch auffällige Diskrepanzen bestehen? In diesem Kommentar möchte ich Ursachen für Divergenzen darstellen und Lösungsansätze vorschlagen.

Was ist nötig für die Erstellung evidenzbasierter Nachbehandlungsschemata? → Welche Fähigkeiten benötigen Therapeut*innen oder eine Ärztin bzw. ein Arzt, um ein sinnvolles, evidenzbasiertes Nachbehandlungsschema zu erstellen? Dieser Frage gingen im Jahr 2020 mehrere Arbeitsgruppen nach [18, 30] und definierten übergreifende Fähigkeiten für Spezialist*innen in der Rehabilitation. Expert*innen zeichnen sich demnach unter anderem durch folgende Fähigkeiten aus:

→ Sie sollten ein interprofessionelles Team führen können und die Expertise anderer Professionen wertfrei aufnehmen und bestmöglich nutzen.

- Sie sollten in allen Teilbereichen Erfahrung haben, das heißt einen ausreichenden Einblick haben in alle zum Einsatz kommenden passiven (z.B. Massage, Manuelle Therapie, Elektrotherapie), aktiven (Training der motorischen Hauptbeanspruchungsformen) Maßnahmen und die Operationsmethoden.
- Sie sollten individuelle Rehabilitationsziele innerhalb eines biopsychosozialen Rahmens formulieren können und auf dieser Basis in der Lage sein, einen individuell angepassten Plan mit evidenzbasierten Interventionen zu erstellen.

Allein aus diesen drei Punkten wird ersichtlich, dass ein Nachbehandlungsschema eigentlich ausschließlich durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit von allen Beteiligten des Rehabilitationsprozesses entstehen kann. Des Weiteren wird schon hier deutlich, dass die physiotherapeutische Expertise einen hohen Stellenwert bei der Planung von Nachbehandlungsschemata einnehmen sollte. Lind et al. [18] gehen noch einen Schritt weiter, sie stellen offen-



© SickieMoon/stock.adobe.com

sichtlich infrage, dass selbst ausgewiesene Expert*innen (z. B. Operateur*innen) mit der schnellen Weiterentwicklung innerhalb der Medizin mithalten können: „Given the rapid evolution of medicine, the role of the 'generalist' must be questioned!“

Wie sieht die Realität aus? → Eine Befragung von 600 Physiotherapeut*innen von Schultzel et al. [27] in Bezug auf postoperative Reha-Protokolle und die Kommunikation mit den behandelnden Operateur*innen deckt interessante Tatsachen auf. In vielen Fällen wird von der chirurgischen Praxis überhaupt kein Nachbehandlungsprotokoll mitgeliefert. 60 Prozent der Befragten gaben an, dass sie bei höchstens der Hälfte ihrer Patient*innen eine Information zur Nachbehandlung erhalten. Auch die Kommunikation zwischen Physiotherapeut*innen und Mediziner*innen gelingt nur unzureichend, weshalb häufiger Hinweise aus der Literatur als Informationsquelle genutzt werden. Fehlende Nachbehandlungsschemata werden auch in vielen Fortbildungskursen immer wieder diskutiert (persönliche Kommunikation), in Abhängigkeit von der Region oder auch der Nähe zu einer chirurgischen Praxis in unterschiedlicher Häufigkeit. Offensichtlich gibt es eine beträchtliche Anzahl an Chirurg*innen, die kein Prozedere für die Nachbehandlung definieren bzw. schriftlich fixieren [22] (☞ ABB. 1).

Studienlage zeigt: keine konsistenten Empfehlungen → Unterschiedliche Empfehlungen bei gleicher Indikation und Operationstechnik sind in der Literatur sehr gut untersucht. Insbesondere für Knie- und Schultergelenk gibt es aufwendige Untersuchungen, die eine Vielzahl von Protokollen miteinander vergleichen (☞ TAB., S. 37). Die Ergebnisse aller Studien können einfach zusammengefasst werden: Die Spannbreite reicht von äußerst defensiven Schemata (lange Entlastung und starke Limitierung des ROM) bis hin zu extrem offensiven Schemata (initiale Vollbelastung und freies ROM). Die einzige Gemeinsamkeit ist lediglich die Tatsache, dass es eben keine Gemeinsamkeiten gibt.

Der Grund für diese maximale Divergenz ist in Studien bisher nicht genau evaluiert worden. Memmel et al. [20] vermuten aber, dass die Ursache hierfür denkbar einfach ist. Nachbehandlungsschemata werden eben nicht durch die aktuelle Evidenz bestimmt, sondern eher durch die Erfahrung oder Meinung Einzelner [20].

Ärztliche Gesellschaften legen fehlende evidenzbasierte Empfehlungen offen → Die fehlende Evidenz wird auch in Befragungen von ärztlichen Gesellschaften deutlich. Während innerhalb der Behandlung

ABB. 1 Viele Mediziner*innen fixieren erst gar kein Prozedere für die Nachbehandlung, und wenn doch, sind diese häufig nicht durch aktuelle Evidenz bestimmt.

nach einer Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes ein frühes Training im offenen System und eine orthesenfreie Nachbehandlung empfohlen wird [1, 17, 29], ermittelt die Befragung der Mitglieder der Deutschen Kniegesellschaft einen konträren Ist-Zustand. In 82 Prozent der Fälle wird eine Empfehlung „pro“ Orthese gegeben [28]. Evidenzbasierte Nachbehandlungsprotokolle scheinen daher mehr ein frommer Wunsch als reale Praxis zu sein. Auch Praxisleitlinien können allerdings ein Problem darstellen. Sie werden in vielen Fällen zwar auf der Grundlage aktueller Evidenz geplant, aber häufig konsensbasiert im Rahmen einer Delphi-Studie formuliert. Im schlechtesten Fall könnte dann die Evidenz durch die Zustimmung oder Ablehnung der Mitglieder der Expertenrunde maskiert werden.

Sprache – konsistente Formulierungen fehlen → Neben diesen inhaltlichen Schwächen ist die sprachliche Ausgestaltung der verfügbaren Nachbehandlungsschemata problematisch. Sichtet man zum Beispiel die aktuellen Nachbehandlungsempfehlungen des Arbeitskreises der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), so fällt auf, dass häufig unterschiedliche Begrifflichkeiten für identische Methoden oder motorische Hauptbeanspruchungsformen genutzt werden (beispielsweise Koordinationstraining, sensomotorisches Training oder motorisch-funktionelles Training). Erschwerend kommt hinzu, dass man diese Termini in unterschiedlichen postoperativen Phasen findet, und es entsteht der Eindruck, dass hier unterschiedliche Maßnahmen gemeint sind. Auch völlig substanzlose Worthülsen wie beispielsweise „Stabilisationsübungen“ sind weit verbreitet und haben sich in den einzelnen Phasen etabliert. Diese Kritik nur der ärztlichen Berufsgruppe anzulasten, wäre aber sicher falsch, denn es ist auch eine physiotherapeutische Domäne, einfache Maßnahmen durch eine eigene „Konzeptsprache“ mit einem unklaren Label zu versehen. Beispiel hierfür ist die Nomenklatur in den einzelnen manualtherapeutischen und neurologischen Konzepten. Darüber

hinaus befinden sich in manchen Gremien ja durchaus Physio- oder Sporttherapeut*innen, die für die sprachliche Ausgestaltung mitverantwortlich sind [8].

Wie könnte die Zukunft aussehen?

Betrachtet man das von Wade et al. und Lind et al. aufgestellte Anforderungsprofil, so kann eine gute Nachbehandlung nur durch eine interprofessionelle Teamarbeit entstehen. Für den deutschsprachigen Raum bedeutet das, dass Sport- und Physiotherapeut*innen sich maßgeblich an der Erstellung der Schemata beteiligen sollten. Alle Beteiligten des Rehabilitationsprozesses hätten davon einen beträchtlichen Nutzen!

Nutzen für Patient*innen → Nachbehandlungsprotokolle sollten nicht zum Selbstzweck verfasst werden. Sie sollten grundsätzlich das Ziel verfolgen, die beste Empfehlung für Patient*innen zusammenzufassen. Die „beste Nachbehandlung“ zu strukturieren, ist sicher ein ambitioniertes Ziel, dennoch gibt es in der Literatur eine klare Tendenz, was darunter zu verstehen ist:

Abkehr von einer rein zeitlichen Steuerung der Nachbehandlung

Die Planung von zeitlichen Phasen der Nachbehandlung ist traditionell fest verankert. Sie orientiert sich an der Wundheilung des betroffenen Gewebes, wodurch insbesondere belastende Aktivitäten erst nach einer bestimmten Zeitperiode erlaubt werden (beispielsweise Rückkehr zum Kontaktsport sechs Monate postoperativ). Es gibt viele Arbeiten, die zeigen, dass eine zu frühe Partizipation im Sport negative Folgen haben kann, so zum Beispiel Rezidive nach einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes [4, 12]. Eine Negierung der Wundheilung und der damit verbundenen Gewebestabilität wäre daher sicher kurz-sichtig.

Auf der anderen Seite werden in vielen Protokollen selbst niedrigintensive Aktivitäten wie das Gehen oder das Heben leichtester Gewichte zeitlich gesteuert, wodurch extrem rigide Nachbehandlungsschemata entstehen. Diese lassen das Ausgangsniveau der Patientinnen und Patienten, die individuelle Zielsetzung, die Funktionssteigerung, die Qualität oder den Verlauf der Operation sowie die kognitiv-emotionale Situation der Betroffenen außer Acht. Sie sind daher in keiner Weise patientenzentriert und in der Durchführung schlichtweg unrealistisch. Clemens Memmel und sein Forschungsteam sehen daher in der Abkehr von einer rein

zeitlichen Steuerung den Schritt hin zu einer individuellen patientenzentrierten Versorgung [22].

Obligatorische Integration klinischer und funktioneller Kriterien in der Nachbehandlung

Allen Praktiker*innen ist es bewusst, dass eine postoperative Akutphase nicht mit festen Zeiteinheiten gleichgesetzt werden kann. So kann eine Entzündungsreaktion nach einer Meniskektomie nach wenigen Tagen abgeklungen sein, während das operierte Gewebe von Patient*innen nach einer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion häufig nach Wochen noch entzündlich ist. Die Anpassung der zeitlichen Phasen gelingt durch klinische Kriterien (Schmerz, Temperatur und Schwellung), die üblicherweise die behandelnden Physiotherapeut*innen ermitteln. Die Anpassung, in Form von Progression oder Regression, sollte dementsprechend auch in ihrer Verantwortung liegen.

Eine Rückkehr in funktionelle Aktivitäten ist nur im kleinen Ausmaß durch den Fortschritt der Wundheilung steuerbar. Sie ist vielmehr eine Frage der Funktionssteigerung, die für diese Aktivität nötig ist. Ein freier Gang ohne Gehstützen nach einer Knieverletzung oder einer Operation ist daher keine Frage der Zeit, sondern nur mit einer ausreichenden Quadrizepsaktivierung, einer vollständigen Kniegelenkextension und einer ausreichenden Balancefähigkeit möglich. Folgerichtig werden in verschiedenen Übersichtsarbeiten funktionelle Kriterien für die Progression gefordert [9, 17]. Das große Problem ist in diesem Kontext, dass für viele Aktivitäten keine validen Kriterien verfügbar sind [25]. Dies führt teilweise zu einer wenig sinnvollen Ansammlung überdimensionierter Testbatterien, die wiederum keine wissenschaftliche Basis haben [13].

Abkehr von einem übertriebenen Protektionismus

Viele Nachbehandlungsprotokolle fallen durch eine große Ansammlung von Limitierungen auf, die grundsätzlich das Ziel verfolgen, das versorgte Gelenk bzw. die operierte Struktur zu schützen. Dieses Ziel ist zunächst ständiglich und absolut plausibel. Leider haben sich aber viele Schutzstrategien als gänzlich ineffektiv beziehungsweise als nicht notwendig erwiesen. Stellvertretend seien hier nur die Bewegungs-limitierungen bei Personen nach Hüft-TEP genannt, die Orthesenversorgung nach VKB-Rekonstruktion oder lange Teilbelastungsvorgaben bei knorpelregenerativen Verfahren [10, 26, 31]. Die Evidenz gegen diese übertriebene Protektion ist



ABB. 2 Nachbehandlungsschemata auf Knopfdruck könnten nur durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit aller Beteiligten des Rehaprozesses entstehen. © momius/stock.adobe.com

Autor*innen	Anzahl untersuchter Nachbehandlungsprotokolle	Indikation
Koch M, Memmel C, Zeman F et al. [15]	N = 62	Menisektomien, Meniskusreparaturen, -transplantationen
Koch M, Krutsch W, Memmel C et al. [20]	N = 153	Mikrofraktur, matrixassoziierte Chondrozyten-Transplantation, osteochondraler Transfer
Krutsch W, Memmel C, Szymiski D et al. [21]	N = 205	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbands mit und ohne Begleitverletzung
Koch M, Memmel C, Szymiski D et al. [22]	N = 120	Rekonstruktion des hinteren Kreuzbands
Beletsky A, Cancienne JM, Manderle BJ et al. [3]	N = 31	Schultergelenkinstabilität: Stabilisation nach Latarjet
DeFroda SF, Mehta N, Owens BD et al. [7]	N = 30	Schultergelenkinstabilität: Stabilisation nach Bankart

TAB. Verschiedene Studien belegen bei unterschiedlichen Diagnosen, dass die Nachbehandlungsprotokolle stark variieren.

zwar seit Jahren vorhanden, die Übertragung in die Praxis ist dennoch träge.

Konsistente Sprache

Insbesondere im Kontext chronischer Rückenschmerzen ist schon seit geraumer Zeit bekannt, dass eine inkonsistente Sprache bzw. gegensätzliche Informationen von einzelnen Personen des therapeutischen Teams zu Ängsten und zu einem schlechteren Nachbehandlungsergebnis führen können [19]. Auch im Kontext „Rückkehr in den Sport“ gibt es mittlerweile eine starke Evidenz für den Einflussfaktor „Angst vor einem Rezidiv“ [23]. Ein gutes Nachbehandlungsschema zeichnet sich daher durch eine klare und konsistente Sprache aus, die von allen Beteiligten gleich benutzt und bewertet wird, um keine unnötigen Ängste bei den Patient*innen zu schüren.

Beteiligung der Patient*innen in Entscheidungsprozessen

Unter dem Begriff „Shared Decision Making“ wird die gemeinsame und gleichberechtigte Entscheidungsfindung innerhalb der Rehabilitation und bei der Auswahl der Versorgung verstanden. Mittlerweile besteht Einigkeit darüber, dass Interventionen in der Nachbehandlung nicht nach einem Top-down-Prinzip bestimmt werden sollten, sondern gleichberechtigt und gemeinsam, um einen Selbstmanagementansatz zu fördern [16] (☞ ABB. 2). Dies kann nicht nur eine bessere Adhärenz zur Folge haben, sondern auch im Rahmen der motorischen Lernprozesse zu besseren Ergebnissen führen (z. B. selbstbestimmtes Lernen) [11].

Nutzen für Therapeut*innen → Durch eine maßgebliche Beteiligung an der Strukturierung von Nachbehandlungsprotokollen entsteht zunächst eine große Verantwortung und eine nicht unerhebliche Mehrarbeit für Sport- und Physiotherapeut*innen. Dies fordert Motivation, Initiative und den Willen, mit anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Die große Chance sind hierbei eine Aufwertung und Weiterentwicklung unseres Berufsstandes und die Entwicklung einer „konstruktiven Identität“ sowie ein hochspannender Austausch mit der Ärzteschaft.

Nicht jeder kann oder möchte das, und ein Teil der Sport- und Physiotherapeut*innen verweilt in einer Art „Weisungsbindung-

Schockstarre“ und wartet ausdauernd auf Empfehlungen der Ärzteschaft. Dieses Vorgehen wird weder unserem Wissen und unserer Ausbildung gerecht, noch entspricht es den von Lind et al. und Wade et al. aufgestellten Anforderungsprofilen.

Nutzen für Mediziner*innen → Die Wiedergabe einer persönlichen Erfahrung meinerseits sei hier erlaubt. Eine große Anzahl von Ärztinnen und Ärzten dürstet geradezu nach einem guten Kontakt zu Sport- und Physiotherapeut*innen. Der Grund hierfür ist einfach: Viele fühlen sich in der Nachbehandlung unsicher und daher unwohl. Wie sollten sie sich in diesem Themenbereich auch wohlfühlen, spielt doch die Nachbehandlung im Medizinstudium keine bedeutende Rolle? Und das ist in keiner Weise despektierlich, denn uns Physiotherapeut*innen würde es im Operationsaal nicht anders gehen. Und bevor der Einwand kommt: Natürlich gibt es auch innerhalb der Ärzteschaft absolute Expert*innen im Trainingsbereich, dennoch, die Regel ist es nicht.

Der Vorteil einer intensiven Teamarbeit liegt daher auf der Hand und läge in einer nicht unerheblichen Zeitersparnis, von der Möglichkeit, von einer anderen Berufsgruppe zu lernen, ganz zu schweigen.

Frank Diemer

Literaturverzeichnis

www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 11-12/23“

☒ Dieser Artikel basiert auf der Originalveröffentlichung des Autors in der Zeitschrift RehaTrain (Hrsg.: DIGOTOR) 2023; 4: 8–14.

Autor



Frank Diemer ist Physiotherapeut, MSc, mit eigener Praxis und hat einen Masterabschluss in Muskuloskelettaler Physiotherapie. Er ist Autor von Büchern und Fachartikeln. Darüber hinaus ist er Mitglied im Team Physio Meets Science, betreibt mit Kollegen die Akademie DIGOTOR – Fortbildung für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie und ist als Dozent im In- und Ausland tätig.