

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Das Warum – psychologische Grundlagen</b>		<b>22</b>
<b>1.1</b>	<b>Die unspezifischen Effekte in der Physiotherapie: Placebo, Nocebo und Kontextfaktoren</b>	<b>22</b>	
	<i>Hannu Luomajoki, Christoph Schwertfeller und Thilo O. Kromer</i>		
1.1.1	Einleitung	22	
1.1.2	Spezifisch und unspezifisch	22	
1.1.3	Placebo- und Noceboeffekt	23	
1.1.4	Aufbau, Erhalt und Wiederherstellung einer tragfähigen therapeutischen Allianz	32	
<b>1.2</b>	<b>Salutogenese und positive Psychologie</b>	<b>36</b>	
	<i>Lutz von Buttlar</i>		
1.2.1	Salutogenese – über die Entstehung von Gesundheit	36	
1.2.2	Das Konzept der Kohärenz	37	
1.2.3	Die Positive Psychologie	39	
<b>1.3</b>	<b>Psychologisch informierte Physiotherapie</b>	<b>41</b>	
	<i>Riikka Holopainen</i>		
1.3.1	Einleitung	41	
1.3.2	Die 7 PiP-Phasen	42	
1.3.3	PiP-Forschung und deren Umsetzung	44	
<b>1.4</b>	<b>Therapeutische Allianz</b>	<b>45</b>	
	<i>Thilo O. Kromer</i>		
1.4.1	Einleitung	45	
1.4.2	Definition der therapeutischen Allianz	46	
1.4.3	Bedeutung der therapeutischen Allianz in verschiedenen Kontexten	48	
1.4.4	Die therapeutische Allianz in der Physiotherapie	50	
1.4.5	Zusammengefasst	50	
<b>1.5</b>	<b>Adhärenz und Compliance</b>	<b>54</b>	
	<i>Daniel Riese</i>		
1.5.1	Einleitung	54	
1.5.2	Grundlagen zu Compliance und Adhärenz	55	
1.5.3	Zusammengefasst	63	
<b>1.6</b>	<b>Antifragilität – Was dich nicht umbringt, macht dich stärker</b>	<b>65</b>	
	<i>Julian Kiesele</i>		
1.6.1	Einleitung	65	
1.6.2	Schädigung durch Nichtschädigung	67	
1.6.3	Naiver Interventionismus, versteckte Iatrogenität und die Kunst des Nichtstuns	67	
1.6.4	Umgekehrtes russisches Roulette	68	
1.6.5	Zusammengefasst	69	
<b>1.7</b>	<b>Professionelles Handeln in der Physiotherapie</b>	<b>69</b>	
	<i>Sven Ringel</i>		
1.7.1	Einleitung	69	
1.7.2	Patienten mit einer bewegungs- zentrierten Lebenskrise, um eine Therapie zu begründen	70	
1.7.3	Stellvertretende Deutung durch den Prozess des Clinical Reasonings	70	
1.7.4	Die Beziehung zwischen Physiotherapeut*innen und Patient*innen im Arbeitsbündnis	70	
1.7.5	Autonome Auftragsklärung des individuellen Falls	71	
1.7.6	Kooperativ erarbeitete spezifische Ziele	71	
1.7.7	Ganzheitliches Praxismodell	71	
1.7.8	Wissenschaftlich reflektierte Praxis	71	
1.7.9	Stärkung der Verantwortung der Patienten und Patientinnen	72	
1.7.10	Rückerlangung der Mobilität zur sozialen Teilhabe	72	
1.7.11	Verhaltensänderung und Vermittlung therapierelevanter Themen	72	
1.7.12	Professionalität in der Physiotherapie	73	
1.7.13	Wie lassen sich diese allgemeinen berufssoziologischen Befunde nun für die Physiotherapie in Deutschland einordnen?	73	
1.7.14	Die besondere Form der Interaktion	74	
1.7.15	Eine Verortung des eigenen physiotherapeutischen Funktionssystems	75	

<b>1.8</b>	<b>Relevanz physiotherapeutischer Modelle</b> .....	77	<b>1.9.7</b>	Moralische Kompetenzen in der Physiotherapie .....	93
	<i>Sven Ringel</i>				
1.8.1	Einleitung .....	77	<b>1.10</b>	<b>Die angewandte ICF im biopsychosozialen Kontext der Physiotherapie.</b> .....	97
1.8.2	Integration eines Modells in die Praxis .....	78		<i>Alfred M. L. Rucker</i>	
1.8.3	Biopsychosoziales Modell. ....	79	1.10.1	Einleitung .....	97
1.8.4	Movement-Continuum-Theorie ...	82	1.10.2	Das biopsychosoziale therapeutische Handlungsverständnis der ICF	98
1.8.5	Mehrdimensionales Belastungs-Belastbarkeits-Modell (MDBB) ....	84	1.10.3	Die kapazitive Ausprägung der ICF in den Lebensphasen .....	100
<b>1.9</b>	<b>Ethik in der Physiotherapie</b> .....	87	1.10.4	Versorgungsmanagement im Rahmen der angewandten ICF. ....	102
	<i>Sven Ringel</i>		1.10.5	Das Zusammenspiel der einzelnen Komponenten in der angewandten ICF .....	103
1.9.1	Die Pflichtenethik .....	88	1.10.6	Patient*innenmanagement im Kontext der ICF .....	104
1.9.2	Utilitarismus .....	88	1.10.7	Zusammengefasst .....	106
1.9.3	Tugendethik .....	89			
1.9.4	Verantwortungsethik .....	89			
1.9.5	Berufsethik und Berufskodex .....	90			
1.9.6	Moralische Dilemmata in der Physiotherapie und ihre Konsequenzen	91			
<b>2</b>	<b>Das Wie – kommunikative Grundlagen</b> .....	110			
<b>2.1</b>	<b>Physiotherapeutische Kommunikationsstrategien und Patient*innenedukation.</b> ...	110	<b>2.2.5</b>	Motivational Interviewing in der Physiotherapie – ein Interaktionskonzept .....	124
	<i>Fabian Pfeiffer</i>		<b>2.2.6</b>	Interaktionskonzept zum Motivational Interviewing in der Physiotherapie .....	125
2.1.1	Einleitung .....	110	<b>2.3</b>	<b>Validierende Kommunikation</b> ...	127
2.1.2	Evidenzen zur physiotherapeutischen Kommunikation .....	110		<i>Sarah Edlund,</i> <i>Johan Carstens-Söderstrand</i>	
<b>2.2</b>	<b>Motivational Interviewing – ein Ansatz zur patient*innenzentrierten Therapie und Beratung in der Physiotherapie.</b> .....	118	2.3.1	Einleitung .....	127
	<i>Thomas Messner</i>		2.3.2	Was ist validierende Kommunikation? .....	128
2.2.1	Einleitung .....	118	2.3.3	Validierung .....	129
2.2.2	Entwicklung und Basis des Motivational Interviewings .....	119	2.3.4	Der Prozess der Validierung. ....	130
2.2.3	Basismethoden des Motivational Interviewings .....	121	2.3.5	Zusammengefasst .....	133
2.2.4	Anwendung der Basistechniken und weiterführende spezifische Techniken .....	123	<b>2.4</b>	<b>Shared Decision Making</b> .....	134
				<i>Michael Broecker</i>	
			2.4.1	Warum? .....	134
			2.4.2	Was ist SDM? .....	135
			2.4.3	Wie? .....	137

<b>3</b>	<b>Das Wer – Welche Art Patient habe ich vor mir? .....</b>		<b>142</b>		
<b>3.1</b>	<b>Klassifizierung und Subgrup- pierung muskuloskeletaler Beschwerden.....</b>	<b>142</b>	<b>3.5</b>	<b>MCTF – praxisnahes Manage- ment-Tool bei muskuloskele- talen Beschwerden .....</b>	<b>193</b>
	<i>Hannu Luomajoki</i>			<i>Tim Mitchell</i>	
3.1.1	Einleitung .....	142	3.5.1	Einleitung .....	193
3.1.2	Stratifizierung und Unterteilung in Subgruppen.....	142	3.5.2	Anwendung des MCTF.....	195
3.1.3	Rote Flaggen .....	143	3.5.3	Elemente des MCTF .....	196
3.1.4	Typische Untergruppen von Nackenschmerzen .....	146	3.5.4	Zusätzliche Überlegungen.....	204
3.1.5	Lendenwirbelsäule – Untergruppe.	149	<b>3.6</b>	<b>Das Flaggensystem .....</b>	<b>205</b>
3.1.6	Schulter .....	150		<i>Kerstin Lüdtke</i>	
3.1.7	Untergruppierung weiterer muskuloskeletaler Bereiche .....	154	3.6.1	Einleitung .....	205
<b>3.2</b>	<b>Fragebogen .....</b>	<b>156</b>	3.6.2	Verschiedene Warnsignale .....	206
	<i>Hannu Luomajoki, Silvia Careddu</i>		3.6.3	Rote Flaggen .....	207
3.2.1	Einleitung .....	156	3.6.4	Weiße Flaggen .....	208
3.2.2	Wozu ein Fragebogen?.....	156	3.6.5	Gelbe Flaggen .....	208
3.2.3	Fragebogen zum Ausmaß einer Beeinträchtigung .....	158	3.6.6	Blaue Flaggen .....	209
3.2.4	Psychologische und psychosoziale Fragebogen .....	159	3.6.7	Schwarze Flaggen.....	210
3.2.5	Gütekriterien für Fragebogen .....	161	3.6.8	Zusammengefasst.....	210
<b>3.3</b>	<b>Schmerzmechanismen und Schmerzmuster .....</b>	<b>164</b>	<b>3.7</b>	<b>Angst-Vermeidungs-Verhalten..</b>	<b>211</b>
	<i>Hannu Luomajoki</i>			<i>Jonas Weber</i>	
3.3.1	Einleitung .....	164	3.7.1	Einleitung .....	211
3.3.2	Schmerzverarbeitung.....	165	3.7.2	Wie kommt es zu einem Vermeidungsverhalten? .....	212
3.3.3	Zusammengefasst.....	177	3.7.3	Womit ist Vermeidungsverhalten darüber hinaus verbunden? .....	215
<b>3.4</b>	<b>Clinical Reasoning .....</b>	<b>179</b>	3.7.4	Erkennen eines angstvermeiden- den Verhaltens .....	216
	<i>Mark A. Jones</i>		3.7.5	Was kann gegen ein Vermeidungs- verhalten unternommen werden?.	216
3.4.1	Einführung.....	180	3.7.6	Zusammengefasst.....	218
3.4.2	Analytisch denken in 8 Hypothesenkategorien .....	182	<b>3.8</b>	<b>Die Durchhalter .....</b>	<b>220</b>
3.4.3	Typische Fehler beim Clinical Reasoning .....	190		<i>Sebastian Löscher</i>	
3.4.4	Zusammengefasst.....	192	3.8.1	Einleitung .....	220
			3.8.2	Prävalenz .....	221
			3.8.3	Motive für ein Durchhalten.....	221
			3.8.4	Untergruppen der Durchhaltenden	224
			3.8.5	Vergleich der Untergruppen .....	225
			3.8.6	Klinische Merkmale von Durch- haltenden.....	226
			3.8.7	Zusammengefasst.....	227

<b>4</b>	<b>Die Praxis – Was tun wir?</b>	232
<b>4.1</b>	<b>Explain Pain – Schmerzen verstehen</b>	232
	<i>Hannu Luomajoki</i>	
4.1.1	Einleitung	232
4.1.2	Inhalt von Explain Pain für Menschen mit Schmerzen	232
4.1.3	Eine neue Art, Schmerz zu erklären – Patientenaufklärung und Schmerzedukation kombiniert	234
4.1.4	Protectometer	237
<b>4.2</b>	<b>Kognitive funktionelle Therapie</b>	239
	<i>Riikka Holopainen, Peter O’Sullivan</i>	
4.2.1	Einleitung	239
4.2.2	Evidenzbasis der kognitiven Funktionstherapie	240
4.2.3	Kognitive Funktionstherapie in der Praxis	241
4.2.4	Praktische Fragen	244
4.2.5	Wie erlernt man die kognitive Funktionstherapie?	245
<b>4.3</b>	<b>Graded Activity, Graded Balance und Expositionstherapien</b>	246
	<i>Sebastian Löscher</i>	
4.3.1	Einleitung	246
4.3.2	Graded Activity	247
4.3.3	Graded Balance	249
4.3.4	Expositionstherapie	251
4.3.5	Die Ansätze in der physiotherapeutischen Praxis	255
<b>4.4</b>	<b>Akzeptanz- und Commitment-Therapie zur Schmerzbehandlung</b>	257
	<i>Tiina Röning</i>	
4.4.1	Einleitung	257
4.4.2	Schmerz und ACT	258
4.4.3	Wertearbeit	259
4.4.4	Kognitive Defusion	260
4.4.5	Akzeptanz	261
4.4.6	Im Augenblick leben	261
4.4.7	Die therapeutische Beziehung in der ACT-Methode	262
<b>4.5</b>	<b>Physiotherapeutisches Patient*innenmanagement am Beispiel des GLA:D-Rückenprogramms</b>	263
	<i>Thomas Benz</i>	
4.5.1	Einleitung – die GLA:D-Programme	263
4.5.2	GLA:D-Rückenprogramm und Selbstmanagement	264
4.5.3	Die Rolle der zertifizierten GLA:D-Therapeut*innen	268
<b>4.6</b>	<b>Kommunikation in der manuellen Therapie</b>	269
	<i>Chad E. Cook</i>	
4.6.1	Wertschätzung der Patient*innen	269
4.6.2	Was ist manuelle Therapie?	270
4.6.3	Patient*innenzentrierte Haltung	270
4.6.4	Effektive Kommunikation über manuelle Therapie	271
4.6.5	Zusammengefasst	275
<b>4.7</b>	<b>Das HAPA-Modell – Wo befindet sich mein Patient?</b>	276
	<i>Dominik Klaes</i>	
4.7.1	Einleitung	276
4.7.2	Übersicht relevanter gesundheitspsychologischer Modelle	276
4.7.3	Strategien und konkrete Umsetzung in der Physiotherapie anhand der 4 Stadien der Verhaltensänderung (HAPA)	280
4.7.4	Zusammengefasst	283
<b>4.8</b>	<b>Zielorientiertes Therapiemanagement im Kontext der ICF</b>	285
	<i>Alfred M. L. Rucker</i>	
4.8.1	Einleitung	285
4.8.2	Zielsetzung als motivationstheoretischer Ansatz	285
4.8.3	Zielorientierung als Unterstützung kooperativen Patient*innenverhaltens	288
4.8.4	Zielbewusstsein als Motivationsanreiz	289
4.8.5	Merkmale der Zielführung	291
4.8.6	Zielsetzung im klinischen Alltag	292

<b>5</b>	<b>Der Ausblick – Wo geht es hin?</b>	<b>298</b>
<b>5.1</b>	<b>Lebensstilfaktoren</b>	<b>298</b>
	<i>Jonas Weber</i>	
5.1.1	Einleitung	298
5.1.2	Ernährung	298
5.1.3	Rauchen	299
5.1.4	Alkohol	301
5.1.5	Bewegungsmangel	302
5.1.6	Schlafmangel	303
5.1.7	Stress	305
5.1.8	Zusammengefasst	306
<b>5.2</b>	<b>Apps für das Patient*innenmanagement</b>	<b>309</b>
	<i>Mandy Scheermesser</i>	
5.2.1	Einleitung	309
5.2.2	Drei Kategorien von Apps im Bereich der Gesundheitsversorgung	310
5.2.3	Apps zum Patient*innenmanagement in der Physiotherapie	310
5.2.4	Nutzen und Wirksamkeit in der klinischen Praxis	313
5.2.5	Herausforderungen und Risiken von Apps für das Patient*innenmanagement	314
5.2.6	Bewertung von Qualität und Vertrauenswürdigkeit der Apps	315
5.2.7	Zusammengefasst	316
<b>5.3</b>	<b>Teletherapie</b>	<b>317</b>
	<i>Kai Semmelhaack</i>	
5.3.1	Einleitung	317
5.3.2	Studienergebnisse	317
5.3.3	Ergebnisse	319
5.3.4	Gesetzliche und vertragliche Regelung	321
5.3.5	Zusammengefasst	322
<b>5.4</b>	<b>Diversity und kulturelle Faktoren in der Physiotherapie</b>	<b>322</b>
	<i>Christine Heinzmann Stettler, Anne Wälchli-Hinderling</i>	
5.4.1	Warum brauchen wir in der Physiotherapie eine Diversity-sensible Haltung?	322
5.4.2	Begriffe, Modelle und Theorien	323
5.4.3	Kultur – Orientierungssysteme in Bewegung	326
5.4.4	Unconscious Bias	329
5.4.5	Diversität im physiotherapeutischen Alltag	334
<b>5.5</b>	<b>Wissenschaftskommunikation in der Physiotherapie</b>	<b>337</b>
	<i>Leon Cassian Hammer</i>	
5.5.1	Wissen kommunizieren: Herausforderung, Gefahr und Chance	337
5.5.2	Wissenschaftskommunikation	341
5.5.3	Hindernisse in der Kommunikation	343
5.5.4	Brücken bauen in der Wissenschaftskommunikation	347
	<b>Sachverzeichnis</b>	<b>353</b>