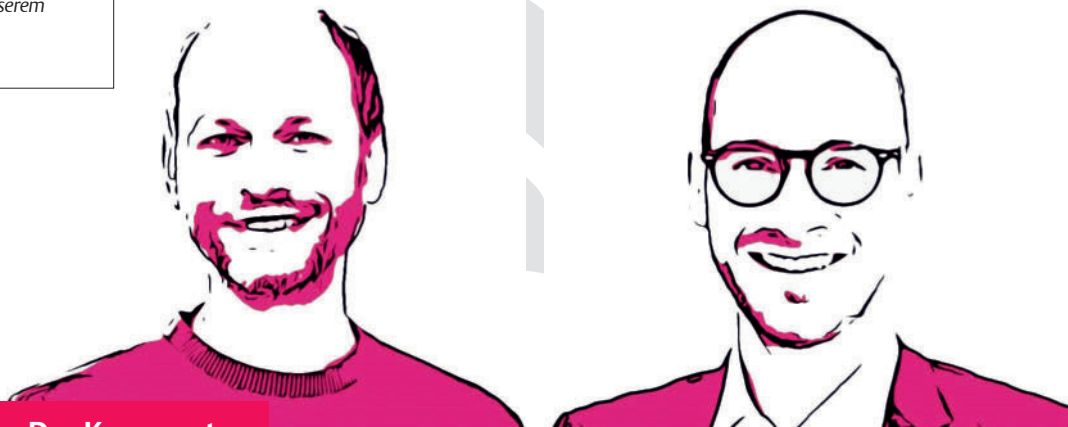


Wir, das sind Martin Huber, Physiotherapeut MSc in Neurorehabilitation und Dozent an der ZHAW in Winterthur, und Jakob Tiebel, Ergotherapeut mit Studium in angewandter Psychologie. Der Kommentar basiert auf unserem Podcast „Synapsengulasch“ ([www.synapsengulasch.de](http://www.synapsengulasch.de)).



**Synapsengulasch – Der Kommentar**

# Können und tatsächlich tun ist ein Unterschied ...

In letzter Zeit bin ich in der aktuellen Fachliteratur mehrfach über die Problematik von Kapazität und Performanz gestolpert [1–3]. Bei näherer Beschäftigung damit wird klar, dass diese Problematik einen wichtigen Aspekt für das Verständnis und die Interpretation klinischer Studien liefert.

Was ist mit Kapazität und Performanz überhaupt gemeint? Beide Begriffe entstammen im hier besprochenen Kontext der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Kapazität ist gleich Leistungsfähigkeit und bildet das höchstmögliche Leistungsniveau, das ein Mensch unter optimalen Bedingungen hat, ab. Gemessen wird die Leistungsfähigkeit mittels standardisierter Tests in einer klinischen/geschützten Umgebung. Performanz ist gleich Leistung und beschreibt hingegen, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen Umwelt unter realen Lebensbedingungen tatsächlich tut.

Platt gesagt wird also der Unterschied zwischen „etwas können“ und „etwas tatsächlich tun“ zum Ausdruck gebracht.

Catherine Lang, eine bekannte Neurowissenschaftlerin von der Universität Washington, weist auf die Diskrepanz zwischen Verbesserungen der Kapazität und dem mangelnden Transfer in die tatsächliche Lebenssituation von Patient\*innen hin [1]. In einer von ihr und Kolleg\*innen durchgeführten Studie konnte sie zeigen, dass Verbesserungen der Leistungsfähigkeit (der oberen Extremität bei Menschen nach Schlaganfall sowie der Gehfähigkeit bei Menschen nach Schlaganfall und Menschen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom) bei weitem nicht zu Verbesserungen im Alltag dieser Personen führen. Das bedeutet, dass Verbesserungen, die im klinischen Kontext erzielt werden, nicht zwingend in den Alltag transferieren. Es mehren sich nun Stimmen, die auf solche Befunde hinweisen [2, 3]. Eine wichtige Feststellung von Catherine Lang, die sich daraus ergibt, ist, dass in (zu) vielen Studien lediglich die Kapazität gemessen wird, z.B. durch die Verwendung des 10-Meter-Gehtests oder des 6-Minuten-Gehtests. Verglichen mit den Anforderungen des Alltags sind diese Messungen „abstrakt“ und bilden die Anforderungen des Alltagslebens lediglich bedingt ab. Catherine Lang stellt im Weiteren Überlegungen an, warum es zu dieser Diskrepanz kommt. Gründe beispielsweise, warum

die Leistungsfähigkeit beim Gehen zunimmt, jedoch nicht die tatsächliche Leistung, können sein: (1) Angst vor Stürzen, (2) der Eindruck der Übenenden, dass sie innerhalb der Therapie schon genügend gegangen sind, sodass sie im Alltag nicht noch zusätzlich gehen müssen, (3) einschränkende Umgebungsfaktoren (z. B. Treppen). Diese 3 Einflussfaktoren müssen, wenn sie identifiziert werden, jeweils spezifisch angegangen werden, um dann die Performanz günstig zu beeinflussen: bei Punkt (1) z. B. durch Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit, bei Punkt (2) durch gemeinsames Besprechen eines geeigneten Eigentrainings, bei Punkt (3) durch Behebung störender Umweltfaktoren oder durch geeignete Therapie, um diese zu meistern.

Die Problematik von Kapazität versus Performanz inspiriert zu vielen Überlegungen. Eine Schlussfolgerung für uns als Leser\*innen von Studien könnte sein, dass wir uns der Diskrepanz von Kapazität und Performanz bewusst sein sollten und deshalb kritisch hinterfragen, was Verbesserungen der Kapazität tatsächlich aussagen.

*Martin Huber*

➤ **Literaturverzeichnis**  
[www.thieme-connect.de/products/physiopraxis](http://www.thieme-connect.de/products/physiopraxis) > „Ausgabe 11-12/23“



Quelle: © S. Schaaf/Thieme