

P.b.b. Verlagspostamt 8000 Graz 02Z031875 M 6 EUR

inform exklusiv

Nur in der Ausgabe für Mitglieder
von Physio Austria enthalten:
12 Seiten Berufspolitik, Tipps und
Services für PhysiotherapeutInnen



physioaustria

inform

Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 1 Februar 2014



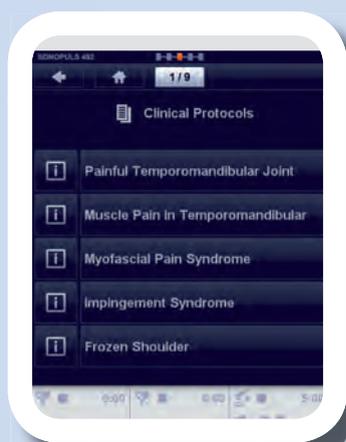
Physikalische Therapie

Ein Anwendungsfeld der Physiotherapie
näher beleuchtet

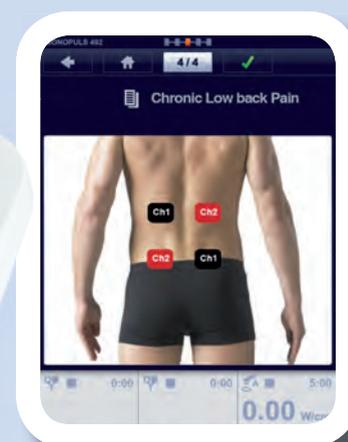


ENDOMED • SONOPULS • VACOTRON

DIE NEUE SERIE 400



69 evidenz-basierte
Behandlungsprotokolle



Klare anatomische Lokalisation
und Behandlungsinformation



TOP ANGEBOTE
gültig bis 31. März 2014



Erfahren Sie mehr unter 01 710 31 65 und in
unserem Therapieshop:

AUSTRIA SKI TEAM PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you
www.therapieshop.at



inform Inhalt feb 2014

EINSTIEG

4 EDITORIAL

**Physikalische Therapien
im Spannungsfeld**

Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed.

SCHWERPUNKT

»PHYSIKALISCHE THERAPIE«

6

**Physikalische Therapie –
ein Anwendungsfeld
der Physiotherapie**Elisabeth Eckerstorfer, MA,
Mag. Iris Frenner, MSc

10

**Unter der Lupe
des Hauptverbandes****Physikalische Therapien
geraten nach Studien
zur Evidenz unter Druck**

Christian Blatakes

14

**Was bringt das
Regierungsabkommen?**

Mag. Gabriele Jaksch

16

**Literatur und Kurse
zum Schwerpunkt
»Physikalische Therapie«**

17

**Der Physiothera-
peutische Prozess
Für Praxis und Arbeitsstelle:**Mag. Patricia Otuka-Karner,
Mag. Nicole Muzar

18

Elektrotherapie

»Quo Vadis?«

Ein Erfahrungsbericht

Ludwig de Meyer

22

**Physikalische Therapie
in der Palliativmedizin**

Eva Müllauer

25

**Förderpreis 2014
der Österreichischen
Gesundheitsberufe-
konferenz**

26

**Registrierung
klinischer Studien**Aus dem Englischen übersetzt
von Dr. Erwin Scherfer

30

**Sportphysiotherapie
Symposium**

Karl Lochner

INFORM EXKLUSIV

e2 PHYSIO AUSTRIA

**Schöne neue Cloud?
Mobile Dokumentation
oder datenschutz-
technisches No-Go**

Mag. iur. Agnes Görny

e4 AUSBILDUNG

Master of What?**Ein kleiner Leitfaden
zur akademischen
Weiterbildung**

Mag. Nicole Muzar

e6

**Interdisziplinärer
Low Back Pain****Kongress in Dubai**

Heimo Just, MSc, Eva Porges

e8

Save the date!**Generalversammlung
am 17. Mai 2014
in Eisenstadt**

e9

**»Chronischer Schmerz –
was hilft?«****6. OÖ Interdisziplinäres
Herbstsymposium**

Ingrid Großbötzl

e10 SERIE ARBEITSRECHT

Nur nicht ignorieren

Valid Hanuna

e11 SERIE STEUERRECHT

**Beendigung der
selbständigen Tätigkeit
als PhysiotherapeutIn**

Günter Ernst

e16

IN EIGENER SACHE

Impressum

MEDIENINHABER, HERAUSGEBER
UND REDAKTION

**physioaustria**

Bundesverband der
PhysiotherapeutInnen Österreichs
Linke Wienzeile 8/28, A-1060 Wien
Tel. (01) 587 99 51-0, Fax DW-30
www.physioaustria.at
ZVR 511125857

GESCHÄFTSFÜHRUNG

Mag. Stefan Moritz, MSc
office@physioaustria.at

REDAKTIONSSCHLUSS

Beiträge, Inserate und bezahlte
Anzeigen für das mit Monatsbeginn
erscheinende **inform** müssen
bis spätestens 5. des Vormonats
im Verbandsbüro eingelangt sein.
Ist dieser Tag ein Samstag, Sonn-
oder Feiertag, so gilt der nächste
darauf folgende Werktag.

CHEFREDAKTEUR

Bernhard Baumgartner, BA
chefredaktion@physioaustria.at

REDAKTIONSTEAM

Mag. Agnes Görny
Mag. Nicole Muzar
Mag. Patricia Otuka-Karner
Martina Sorge

MITARBEITERINNEN**DIESER AUSGABE**

Elisabeth Eckerstorfer, MA,
Mag. Iris Frenner, MSc, Christian
Blatakes, Mag. Gabriele Jaksch,
Ludwig de Meyer, Eva Müllauer,
Constance Schlegl, Dr. Erwin
Scherfer, Karl Lochner, Heimo Just,
MSc, Eva Porges, Ingrid Großbözl,
Valid Hanuna, Günter Ernst.

GESTALTUNG

Dechant Grafische Arbeiten

FOTOS Helmut Wallner /

© Physio Austria, ausgenommen:
wo gesondert angegeben

Foto Portrait S4: Franziska Höhne,
U4 © leksustuss - Fotolia.com

FARBKORREKTUR UND RETUSCHE

Dechant Grafische Arbeiten/
Helmut Wallner

DRUCK Steiermärkische
Landesdruckerei, Graz

BEZUGSPREISE Einzelheft: 6 Euro;

Abo (5 Ausgaben/Jahr): 28 Euro
(Inland), 48 Euro (Ausland).

STORNO schriftlich 2 Monate
vor Ablauf des Abos.

OFFENLEGUNG
GEMÄSS MEDIENGESETZ
einzusehen unter
[www.physioaustria.at/
impresum](http://www.physioaustria.at/impresum)



Physikalische Spannungsfeld

Die Ihnen vorliegende Ausgabe unserer Mitgliederzeitschrift »inform« barg in der Vorbereitung eine Reihe von Herausforderungen. Das Schwerpunktthema »Physikalische Therapie« ist eines, das in der Physiotherapie (und wohl auch darüber hinaus) von unterschiedlichen und durchaus divergierenden Standpunkten her wahrgenommen wird. Faktum ist, dass die passiven Therapieformen mit einer relevanten Häufigkeit verschrieben werden und daher auch aus einem medizinisch-ökonomischen Standpunkt heraus einer erhöhten Aufmerksamkeit durch die Sozialversicherungen unterliegen.

Christian Blatakes hat sich in seinem Text für diese Ausgabe mit Studien des Hauptverbandes der Sozialversicherungen beschäftigt, welche intensiv der Frage der Evidenz dieser Therapieformen nachgehen – mit durchaus gemischten Ergebnissen.

Es führt jedoch kein Weg daran vorbei, diese Therapieformen, einer fachlichen Reflexion hin zu unterziehen und diese auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen. Auch wenn PhysiotherapeutInnen von ihrer Ausbildung und Praxis her grundsätzlich der Therapie mit Bewegung zugeneigt sind, darf man auch nicht vergessen, dass die passiven Therapien vor allem bei Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit (bereits) deutlich eingeschränkt sind, zu einer erstaunlichen Verbesserung der Lebensqualität beitragen können.

In diesem Zusammenhang sei der Beitrag von Eva Müllauer hervorgehoben, die sich ab Seite 22 dem Thema physikalische Therapien in der Palliativmedizin gewidmet hat.

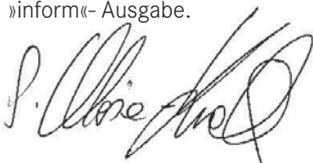
Tatsache ist ferner, dass auch Therapieformen wie Hydro-, Balneo-, Thermo- und Elektrophysiotherapie eindeutig der Sphäre der Physiotherapie zuzuordnen sind, auch wenn diese in der gängigen Praxis an PatientInnen leider oft nicht von PhysiotherapeutInnen sondern von fachfremdem Personal angewandt werden. Es sind jedoch nur PhysiotherapeutInnen, die von Ihrer Ausbildung her auch über das nötige Fachwissen bezüglich dieser Therapieformen und deren Anwendung verfügen und daher getreu dem Motto »SpezialistInnen leisten mehr« auch ein Mehr an Wissen und Hintergrund einbringen können.

Therapien im

Ein weiterer Aspekt der Debatte ist, dass gerade in der Kombination von passiver Therapie mit aktiver Therapie noch Potenzial zu liegen scheint, das erst ansatzweise gehoben wurde. Ludwig de Meyer bringt ab Seite 18 in einer grundlegenden Betrachtung seine jahrzehntelangen Erfahrungen in der Elektrotherapie und deren Kombination mit aktiver Therapie ein.

Gerade wenn man an den mitunter allzu kuriose Blüten treibenden Welless-Bereich denkt, stellt man fest, dass an physikalischen Therapien angelehnten »Anwendungen« jeglicher Form offensichtlich eine Nachfrage besteht. Man denke etwa an diverse Aromabäder oder Wärmebehandlungen, die mit exotischen Aspekten (zumindest im Namen) kommerziell erfolgreich aufgepeppt werden. Gerade PhysiotherapeutInnen sind aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung in der Lage, hier die Spreu vom Weizen zu trennen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre mit dieser »inform«- Ausgabe.

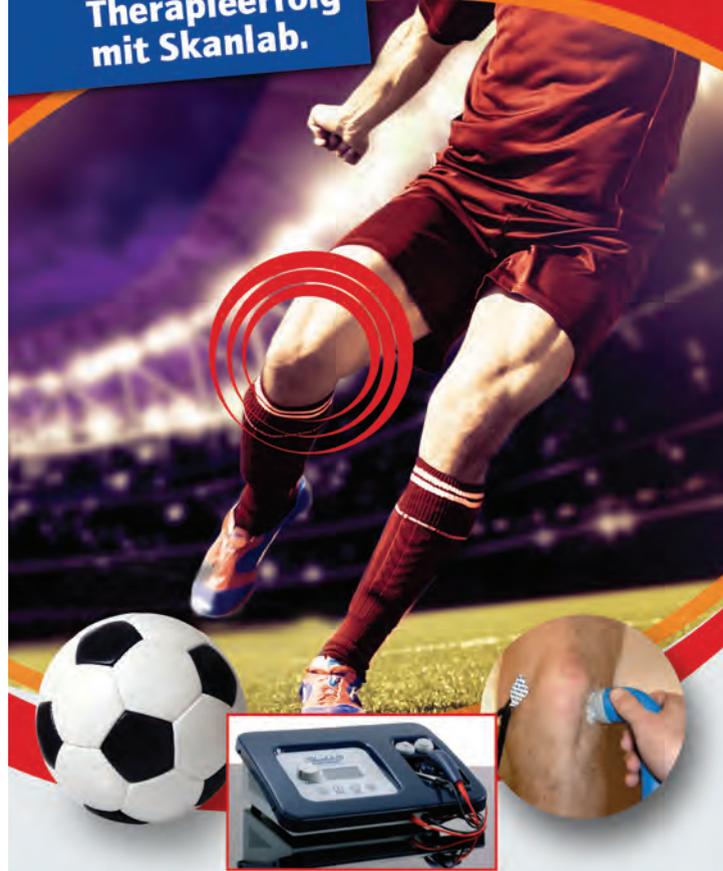


Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed.

Sanft, schnell und effektiv.

Tiefenwärme mit Skanlab 25 BODYWAVE®

25 Jahre Therapieerfolg mit Skanlab.



Erfahrung

Seit 25 Jahren profitieren Patienten von den angenehmen Wirkungen der Tiefenwärme des Skanlab 25 BODYWAVE®.

Wirkung

Tiefenwärme mit Skanlab 25 BODYWAVE® bewirkt einen sehr schnellen und effektiven Therapieerfolg bei schmerzhaften Verletzungen von Muskulatur und Gelenken.

Erfolg

Skanlab 25 BODYWAVE® wird weltweit im internationalen Spitzensport eingesetzt und ist aus der alltäglichen Physiotherapie-Praxis nicht mehr wegzudenken.

AUSTRIA SKI TEAM PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you

www.ad-rem-team.com

JETZT
400,-
SPAREN

Nur bis 31.3.2014
Besuchen Sie unseren
www.therapieshop.at



Physikalische Therapie

ein Anwendungsfeld der Physiotherapie

Der Begriff Physikalische Therapie setzt sich aus zwei Wörtern zusammen, »Physik« (lat. physica) und »Therapie« (griech. therapeia). »Physik« betrifft das Körperliche, die Naturwissenschaft, die sich mit den Naturgesetzen beschäftigt. »Therapie« erklärt sich mit den Begriffen Dienen, Pflegen, Behandeln, Heilen. Die Physikalische Therapie ist somit »die Behandlung von Krankheiten mit Heilmitteln, die auf physikalisch bedingten, äußeren Naturgesetzen beruhen«. (Hüter-Becker, 2007). Unter die Physikalische Therapie fallen: Massage, Reflexzonen-therapie, Thermo-therapie, Hydrotherapie, Elektrotherapie und Balneotherapie.

Alle Anwendungen der Physikalischen Therapie sind so genannte Reiztherapien. Unterschiedliche Reize (mechanischen, thermischen, elektrischen oder chemischen Ursprungs) werden an PatientInnen gesetzt, um eine Reaktion des Körpers hervorzurufen. Nach Gutenbrunner (2007) ist ein Reiz »... jeder Eingriff in das innere Gleichgewicht, jede äußere oder innere Einwirkung, die dieses System verändert«. Die Reaktion ist »... die Antwort eines Lebewesens auf einen inneren oder äußeren Störimpuls (Reiz). Diese Reaktion wird physiologischer Weise bei Überschreitung einer Mindestschwelle ausgelöst, wobei das Reaktionsausmaß abstuftbar ist und von der Zahl der erregten Rezeptoren und der sonstigen Intensität des Reizes abhängt ...«. Durch diese Aktion-Reaktion sollen Selbstheilungskräfte (damit gemeint ist die natürliche Fähigkeit des Organismus zur Erholung oder Heilung) angeregt werden (Gutenbrunner, Glaesner 2007).

Die Wurzeln der Physikalischen Therapie und somit auch der Physiotherapie sind vermutlich so alt wie die Menschheit selbst. So wurden unsere Hände als einfachstes Werkzeug schon in Urzeiten eingesetzt, um einfache Massagegriffe oder Einreibungen an schmerzenden Körperstellen durchzuführen. Erste balneotherapeutische Ansätze wurden geschichtlich im indischen Raum belegt und in Europa wurden Bäderanwendungen zu Heilzwecken als erstes von den Griechen praktiziert, die ihr Wissen ins römische Imperium brachten. Hier wurden unter anderem auch Gymnastik, Wandern und Reiten sowie Licht- und Luftbäder zu medizinischen Heilzwecken angewendet. Der Beginn der Elektrotherapie geht ins römische Reich zurück, wo bereits 500 nach Christus über die Behandlung von Kopfschmerzen und Gicht mit den elektrischen Impulsen des Zitterrochen berichtet wird.

Durch das Vorantreiben der Forschung im naturwissenschaftlichen und technischen Bereich erlebten die Medizin und die Physikalische Therapie Anfang des 19. Jahrhunderts einen sehr großen Aufschwung. Vor dem ersten Weltkrieg wurde die Elektrotherapie ebenso weiter entwickelt, wie die Behandlung mit Massage und gymnastischen Übungen. Durch die hohe Anzahl von Verwundeten in und nach den Weltkriegen gewann die Physikalische Therapie weiter an Bedeutung. Allerdings wurde uns PhysiotherapeutInnen zum damaligen Zeitpunkt als »ärztliche Hilfskräfte« nicht viel mehr zugestanden als die reine Anwendung der Maßnahmen. Bis zur Etablierung des »Physiotherapeutischen Prozesses« als strukturierter Untersuchungs- und Behandlungsprozess dauerte es noch einige Jahrzehnte. Physiotherapie ist Arbeit mit Bewegung. Sie umfasst physiotherapeutische Verfahren der Bewegungstherapie in einem sehr breiten Spektrum. Der Fokus der Physiotherapie liegt auf der Entwicklung und den Funktionsweisen des Bewegungssystems sowie auf dem Wechselspiel von Sensorik und Motorik. Die Maßnahmen der physikalischen Therapie als begleitende Maßnahmen der Therapie wie auch der physiotherapeutischen Diagnostik sind integraler Bestandteil des Berufsbildes und reichen von wissenschaftlich eher abgesicherten Einsatzbereichen der Physikalischen Therapie (Biofeedback Therapie, funktionelle Elektrostimulation oder Transkutane elektrische Nervenstimulation) bis hin zu komplementärtherapeutischen Behandlungsformen auf physikalischer Basis (Hot Stones, Ölbäder, ...) mit (noch) sehr geringer oder keiner wissenschaftlichen Evidenz.



Elisabeth Eckerstorfer, MA ist Physiotherapeutin, leitet den Standort des Bachelorstudienganges Physiotherapie der FH Gesundheitsberufe OÖ am Campus LHK Steyr und ist Mitglied des Präsidiums von Physio Austria.



Mag. Iris Frenner, MSc ist Physiotherapeutin und leitet den Standort des Bachelorstudienganges Physiotherapie der FH Gesundheitsberufe OÖ am Campus AKH Linz.



© Eckerstorfer

Heute dient die Physikalische Therapie in ihrem gesamten Spektrum als Werkzeug und Maßnahmentool im Rahmen des Physiotherapeutischen Prozesses. Im gesetzlichen Berufsbild (MTD-G, § 2. (1) ist dies wie folgt dargestellt: »Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen [...]. Hierzu gehören insbesondere die mechanotherapeutischen Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonen-therapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen ...«.

In der Ausbildung an den Fachhochschulen wird nicht nur dem gesetzlichen Berufsbild Rechnung getragen, sondern zudem auf ein umfassendes Verständnis des Physiotherapeutischen Prozesses, der einerseits die Vorgehensweise einer strukturierten Untersuchung und Behandlung und andererseits die fortlaufende Interpretation, Reflexion und Evaluation der einzelnen Schritte beinhaltet, Wert gelegt.

Im Rahmen der Lehrveranstaltungen und in den Pflicht- und Wahlpraktika wird darauf geachtet, dass die Studierenden die Wirkungsweise und Kontraindikationen der Verfahren der physikalischen Therapie kennen und diese patientenangepasst praktisch auswählen und anwenden können. Mit dem Erwerb der Berufsberechtigung sollen die PhysiotherapeutInnen, dem klinischen Zustandsbild von PatientInnen entsprechende, Maßnahmen der physikalischen Therapie zur Schmerzbeeinflussung und/oder zur Beeinflussung des neuromuskulären Systems sowie des Stoffwechsels zuordnen und patientenangepasst unter Berücksichtigung etwaiger Kontraindikationen anwenden können.

Der (ärztliche) Fachbereich der »Physikalischen Medizin und Rehabilitation« ist eng mit der Physikalischen Therapie verknüpft. Als Sonderfach umfasst er die »...Prävention, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten und Funktionsstörungen aller Organsysteme, insbesondere mit physikalischen Mitteln [...]«. Das Aufgabengebiet beinhaltet insbesondere die Mechano-, Elektro-, Thermo- und Photodiagnostik, die Mechano- und Bewegungstherapie, Ergo-, Elektro-, Thermo-, Photo-, Hydrotherapie, Inhalation, Balneo- und Klimatherapie. Die Durchführung physikalischer Maßnahmen zu Heilzwecken nach ärztlicher

LITERATUR

Gutenbrunner Ch., Glaesner J.-J., Rehabilitation, Physikalische Therapie und Naturheilverfahren, Springer, Heidelberg 2007

Hüter-Becker A., Dölken M. (Hrsg), Physikalische Therapie, Massage, Elektrotherapie und Lymphdrainage, 2. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2007

QUELLEN

www.physioaustria.at/system/files/general/berufsprofil.pdf

Lehrveranstaltungsbeschreibung Physikalische Therapie, Kompetenzerwerb, Modul PTR, FH-G OÖ GmbH, 2010

MAB-Gesetz i.d.g.F, Med. Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG i.d.g.F; § 5. (1) Berufsbild, § 14. Berufsausübung

Rasterzeugnis der ÖÄK; Sonderfach Physikalische Medizin und Rehabilitation



© Gespag

Anordnung ist aber auch anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich, insbesondere den medizinischen MasseurInnen und HeilmasseurInnen, erlaubt. Den medizinischen MasseurInnen allerdings nur unter Aufsicht von ÄrztInnen oder PhysiotherapeutInnen. In diesem Zusammenhang sei auch die Tatsache erwähnt, dass medizinische MasseurInnen ihren Beruf auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu freiberuflich tätigen PhysiotherapeutInnen ausüben dürfen. Wenn, wie in diesem Fall beschrieben, die Maßnahmen der physikalischen Therapie nicht von PhysiotherapeutInnen zur Anwendung kommen, sondern durch andere Berufsgruppen, bedeutet dies eine Bestätigung der Physikalischen Therapie als Kompetenzerfordernis der PhysiotherapeutInnen, erweitert durch den Aspekt der Leitungs- und Aufsichtsverantwortung.

Vor allem im intramuralen Bereich obliegt aufgrund organisatorischer Gegebenheiten und nicht zuletzt aus Kostengründen die Durchführung der klassischen physikalischen Therapiemaßnahmen im Sinne von Standardanwendungen häufig Personen der medizinischen Assistenzberufe wie medizinischen MasseurInnen oder Angehörigen des medizinisch technischen Fachdienstes. Im Gegensatz dazu ist bei komplexen Krankheitsbildern der gezielte Einsatz spezieller physikalischer Therapiemaßnahmen als Ergänzung zur Funktionellen Bewegungstherapie ein wichtiges Tool im physiotherapeutischen Prozess. So ist beispielsweise bei vielen neurologischen Erkrankungen die

Funktionelle Elektrostimulation (FES) als therapeutische Intervention der Physiotherapie fest etabliert. Auch im Tätigkeitsbereich der Uro-Prokto-Gynäkologie findet die Biofeedback-Therapie wertvollen und effizienten Einsatz im physiotherapeutischen Maßnahmenpektrum. Im extramuralen Bereich ist festzustellen, dass es im Vergleich der einzelnen Bundesländer (sowie auch im Vergleich der einzelnen Sozialversicherungsträger) unterschiedliche Tarife für die Maßnahmen der Physikalischen Therapie für freiberuflich tätige PhysiotherapeutInnen gibt. Dass diese (wirtschaftliche) Tatsache den Stellenwert der einzelnen physikalischen Maßnahme innerhalb des physiotherapeutischen Prozesses beeinflusst, scheint wohl nicht weiter verwunderlich.

Betrachtet man die eingangs erwähnte Definition von physikalischer Therapie als Reiztherapie, bei der unterschiedlichste Reize mit dem Ziel einer »gesundheitsfördernden« Reizbeantwortung durch den Organismus gesetzt werden, ist festzustellen, dass das Tun in der Physiotherapie in vielen Bereichen auf dieser »Reizreaktionstheorie« beruht.

Wenngleich die Physiotherapie als Beruf in den letzten Jahrzehnten einer rasanten Entwicklung unterlag und das aktuelle Verständnis von Physiotherapie heute viel mehr umfasst als das reine Anwenden von Maßnahmen, so hat die Physikalische Therapie innerhalb des Physiotherapeutischen Prozesses als therapierelevante Maßnahme unverändert ihren Stellenwert.

Unter der Lupe des Hauptverbandes

Physikalische Therapien geraten nach Studien zur Evidenz unter Druck

Der gesetzliche Auftrag an die Sozialversicherer sieht vor, dass die von ihm finanzierte Krankenbehandlung »ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf« (§ 133 Abs 2 ASVG). Um die dazu nötigen Entscheidungsprozesse wissenschaftlich zu fundieren, richtete der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) die Abteilung für Evidence Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) ein, deren primäres Ziel in der Erarbeitung wissenschaftlicher Standards und damit der Beratung des chefarztlichen Dienstes liegt. In den vergangenen zehn Jahren publizierte die Abteilung diverse Arbeiten zur Evaluation gängiger, sowie gerade im Trend befindlicher, medizinischer Diagnoseverfahren und Interventionen und trägt damit entscheidend zur Veränderung und Anpassungen der Leistungskataloge bei.

Diese Arbeiten betreffen selbstverständlich auch die Physiotherapie, als essentiellen Bestandteil des Gesundheitswesens, und in diesem Bereich auch die Anwendung physikalischer Therapieformen. Der folgende Beitrag soll einen Ein- und Überblick in die aktuelle Lage der vorliegenden Evidenzberichte und Einschätzungen verschiedener physikalischer Therapieformen durch den HVB geben.



Christian Blatakes

ist seit 2010 als freiberuflicher Physiotherapeut tätig und studiert derzeit auf der FH Campus Wien den berufsbegleitenden Masterstudiengang Health Assisting Engineering. Er war drei Jahre als Bundesfreiberuflichenvertreter für Physio Austria tätig und engagierte sich zudem in Arbeitsgruppen zu den Themen ehrenamtliche Funktionärstätigkeit, Berufsbild Physiotherapie und Kassenleistungen.

Das 2010 erschienene Review zur Bewegungstherapie bei Low Back Pain hatte in Physiotherapie-Kreisen bereits Wellen geschlagen und wurde zum Gesprächsthema. 2012 folgten dann mehrere Publikationen des HVB zu verschiedenen physikalischen Anwendungen wie Balneo-, Thermo- und Elektrotherapie. Interessanterweise führten diese Veröffentlichungen zu kaum erkennbarer Resonanz auf Seiten der PhysiotherapeutInnen. Ein Grund dafür ist womöglich ein rein wirtschaftlicher – in extramuralen Einrichtungen sind es in den seltensten Fällen PhysiotherapeutInnen die ihr Haupteinkommen durch die Verrechnung dieser physikalischer Anwendungen beziehen. Die wenigsten definieren ihre physiotherapeutische Tätigkeit über physikalische Maßnahmen, verstehen letztere vielmehr als adjuvante Therapieanwendungen und sich selbst, aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage als Ausführende der ärztlichen Anordnung.

Mangel an Evidenz = Evidenz des Mangels?

Die 2012 publizierten Übersichtsarbeiten bezogen sich auf folgende physikalische Maßnahmen:

- Elektrotherapie
- Thermotherapie
- Medizinalbäder und wasserunterstützte Therapieformen
- niederenergetisch gepulster Ultraschall (LIPUS) zur Frakturheilung
- Transkutane laterale Elektrostimulation bei ideopathischer Skoliose
- Traktion/Extensionsbehandlung
- Munaripackungen

Die Literaturrecherche wurde in allen hier vorgestellten Arbeiten umfassend und nach wissenschaftlichen Standards mittels medizinischer Datenbanken (Cochrane, Pubmed, MEDLINE, PEDRO) durchgeführt. Die AutorInnen des Gutachtens zu Munaripackungen raten aus Mangel an wissenschaftlicher Evidenz – die Literaturrecherche brachte keine relevanten Studien hervor – und der relativ häufig auftretenden Nebenwirkungen von der Anwendung ab.

Die Reviews zur Traktions-/Extensionsbehandlung bei Nacken und Kreuzschmerzen, zur Elektrostimulation bei ideopathischer Skoliose, sowie zum niederenergetischen, gepulsten Ultraschall fanden jeweils neun methodisch schwache bis mittelmäßige Referenzstudien und konnten ebenfalls keine, beziehungsweise widersprüchliche wissenschaftliche Evidenz finden.

In die Übersichtsarbeit zu den balneo- und hydrotherapeutischen Anwendungen wurden zwölf Studien inkludiert, welche die Wirksamkeit bei Kreuzschmerz, Fibromyalgie, sowie diversen Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis untersuchten. Die Ergebnisse dieser Studien präsentieren sich sehr heterogen und lassen daher keine eindeutige Aussage über die Evidenzlage zu. Ausschließlich die so genannte »Kurort-Therapie«, als stationäre Kombinationsbehandlung verschiedener balneo-, thermo- und hydrotherapeutischer Anwendungen zeigte in drei Studien signifikante und anhaltende Schmerzreduktionen. Dieses Ergebnis ist allerdings aufgrund der unüberschaubaren Menge an Confoundern kaum relevant.

Die vom HVB veröffentlichte Arbeit bezüglich der Elektrotherapie wurde als rapid Assessment, also grobe Übersichtsarbeit angelegt und inkludierte insgesamt 39 Studien zu neun verschiedenen Stromformen und deren Wirksamkeit in Bezug auf insgesamt 18 verschiedene Krankheitsbilder – darunter auch akute und chronische Kreuzschmerzen. In der analysierten Literatur konnte Evidenz für den Einsatz von TENS zur Schmerzreduktion beim myofaszialen Schmerzsyndrom gefunden werden. Die Evidenzlage der anderen Stromformen und Indikationen ist gering bis mäßig. Die AutorInnen weisen jedoch auf die geringe bis mittlere Qualität der Studien hin und schließen nicht aus, dass sich die Evidenzlage mit einem breiteren und homogeneren Datenpool anders präsentieren könnte.

Mit ca. 3,7 Millionen Abrechnungen jährlich (laut HBV) gilt die Thermotherapie, mit leichtem Vorsprung zur Elektrotherapie, als Spitzenreiterin der physikalischen Anwendungen in Österreich – entsprechend umfassend fiel die Publikation zu diesem Thema aus. 82 inkludierten Reviews und Primärstudien wiesen ebenfalls geringe bis mittlere Qualität auf und beziehen sich auf vier thermische Anwendungsarten: Ultraschall, direkte Wärme-/Kälteanwendungen, Kurzwelle und Low Level Laser (LLL). Die behandelten Pathologien sind dem Umfang der Arbeit entsprechend sehr reichhaltig und umfassen unter anderem unspezifische Nacken- und Rückenschmerzen, entzündliche, degenerative und rheumatoide Erkrankungen, sowie Schleudertrauma und Multiple Sklerose. Für den thermischen, also konstanten Ultraschall konnte eine generelle Besserung bei entzündlichen Erkrankungen wie Epicondylitis und Tendinitis Calcarea, und Überlegenheit im Vergleich zum LLL



© motorradcbr - Fotolia.com

nachgewiesen werden. Eine Kombinationsbehandlung aus Physiotherapie im Sinne der Bewegungstherapie und direkten thermischen Applikationen scheint der Physiotherapie ohne physikalische Anwendungen, bei der Gonarthrosebehandlung überlegen zu sein. Bezüglich unspezifischer Nacken und Rückenschmerzen konnte keine Evidenz, teilweise sogar Evidenz für die Nicht-Wirksamkeit gefunden werden. Die Untersuchungen zur Kurzwellendiathermie und dem LLL konnten jeweils keine signifikanten Ergebnisse feststellen.

Insgesamt sind die Ergebnisse zu den physikalischen Maßnahmen aufgrund der Inhomogenität bezüglich Applikationsform, -dauer und -intensität, aber auch dem Schweregrad der Pathologien, den unterschiedlichen Messinstrumenten und Parametern sehr inkonsistent und teilweise widersprüchlich. Studien untersuchen zudem häufig Kombinationsbehandlungen, liegen oft in zu geringer Anzahl und in geringer bis mittelmäßiger Qualität vor – Anforderungen an ein qualitativ hochwertiges Studiendesign sind allerdings bei der Analyse physikalischer Maßnahmen oftmals klinisch nicht realisierbar (Bsp.: Doppelverblindung, Placebo-Kontrollgruppe). Eindeutige Aussagen über die wissenschaftliche Evidenzlage einzelner physikalischer Anwendungen bleiben damit schwierig und die vorgestellten Arbeiten diesbezüglich eher zurückhaltend.

Dennoch zeigten die Publikationen Wirkung. In den Leistungskatalogen der GKK in Oberösterreich, sowie in Wien sind die physikalische Maßnahmen nun schon seit einigen Jahren nur reduziert vertreten, beziehungsweise einzelnen Instituten vorbehalten. Mit der Veröffentlichung der Reviews folgten 2012 Tarifsenkungen in den verbleibenden sieben Bundesländern und für die kommenden Jahre wurden weiter Kürzungen und Streichungen bezüglich physikalischer Maßnahmen angekündigt.

In Salzburg führte die GKK 2012 zuerst die therapeutischen und 2013 dann alle apparativen physikalischen Maßnahmen (Ultraschall, Thermo-Elektrotherapie) zu einer Position, der Passivtherapie zusammen.

Evidence basiert = Evidence forciert?

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist die Sicherstellung der bestmöglichen Krankenversorgung natürlich kein Leichtes, die Forderung des HVBs nach wissenschaftlicher Evidenz für angewendete Therapieformen daher nur verständlich. Allerdings beruht das Modell der Evidence Based Medicine nicht alleine auf wissenschaftlich erhobenen Daten sondern bezieht ebenso die individuelle klinische Erfahrung der behandelnden Person, sowie die persönlichen Bedürfnisse der PatientInnen ein. Eine Tatsache, die gerade im therapeutischen Bereich mit hoher PatientInnen-Interaktion von enormer Bedeutung ist. Das in der Physiotherapie bereits etablierte Clinical Reasoning als reflektierte Verknüpfung fachlichen Wissens, klinischer Erfahrung und individueller Fallanalyse kann bereits als erfolgreich in die Praxis umgesetzte evidenzbasierte Medizin betrachtet werden. Hinsichtlich der physikalischen Anwendungsmöglichkeiten kennen PhysiotherapeutInnen deren Wirkungsweisen und Kontraindikationen und sind in der Lage diese an die individuellen, momentanen Bedürfnisse ihrer PatientInnen angepasst und selektiv in die physiotherapeutische Behandlung zu integrieren.

LITERATUR

Studien des HBVs:
www.hauptverband.at

Evidenzbasierte Medizin
in der Physikalischen Medizin
und allgemeinen Rehabilitation;
European Journal Translational
Myology - Basic Applied Myology
2013; 23 (4): 131-136

Die Lösung der SGKK die physikalischen Maßnahmen unter einer Abrechnungsposition zu vereinen ist ein gangbarer Weg, da die therapeutische Autonomie den Einsatz gezielt angepasster physikalischer Maßnahmen fördert. Unnötige Kosten durch derzeit gängige Anwendungen generalisierter, oft widersinniger physikalischer Kombinationsbehandlungen könnten auf diese Weise reduziert werden. Dem Low Back Pain als unspezifischer Rückenschmerz gebührt aufgrund seiner volkswirtschaftlichen Bedeutung bekanntlich besondere Aufmerksamkeit. Der Verzicht auf passive Maßnahmen aufgrund der Chronifizierungsgefahr und die PatientInnenaktivierung als zentrales Therapieziel sind jedoch in diesem Zusammenhang seit Jahren schon physiotherapeutischer Usus und finden sich in den Ausbildungen, sowie entsprechenden Fortbildungen. Einzelne physikalischen Maßnahmen hingegen, die sich in vielen anderen Fällen vor allem durch sinnvolle Einbettung in die therapeutische Behandlung durchaus als zielführend erwiesen haben, aufgrund des momentanen Mangels an aussagekräftigen und qualitativ angemessenen Forschungsergebnissen aus dem Leistungsangebot zu streichen, würde jedoch einen Rückschritt unseres Gesundheitswesens bedeuten. Die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und des Bewusstseins für Qualitätssicherung und Gesundheitsökonomie sind im therapeutischen Bereich definitiv nachhaltiger und kosteneffizienter als die Entwicklung hin zu einer bloßen Evidence forced Medicine.

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat zur Förderung der Evidenzbasierten Wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung eine Abteilung eingerichtet (Evidence-Based-Medicine/Health Technology Assessment). Diese soll Standards erarbeiten und damit zur höchstmöglichen Versorgungsqualität im österreichischen Gesundheitswesen beitragen. Laut Selbstbeschreibung integriert die Abteilung »die bestmöglichen externen Nachweise aus systematischer Forschung, die klinische Expertise aus der individuellen ärztlichen Erfahrung und die Interessen und Bedürfnisse der Patienten.« Sie berät die Chefarztlichen Dienste unterstützend, welche Wechselwirkungen Medikamente beim Vorliegen einer bestimmten Grunderkrankung auslösen können oder welche Alternativen vorhanden sind.

»Neben den Chefarzten sind auch Vertragspartnerverhandler, Behandlungsökonomien und Patientenberater die unmittelbaren Gesprächspartner.«

Quelle: www.hauptverband.at

Der kleine Kredit für große Ziele.

www.dermikrokredit.at

der **mikro**credit
DAS SOZIALMINISTERIUM FÖRdert IHRE SELBSTÄNDIGKEIT

Sie sind arbeitslos, aber haben eine tragfähige Geschäftsidee, oder möchten Ihr kleines Unternehmen erweitern?

Der Mikrokredit ist eine Initiative des **Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK)** in Kooperation mit der Erste Bank und den Sparkassen zur Förderung Ihrer Selbstständigkeit.

Verwirklichen Sie Ihre Geschäftsidee!

- ✓ **Bis zu 12.500,- Euro für Einzelpersonen**
- ✓ **Keine Bearbeitungsgebühren, fixer Zinssatz**
- ✓ **Kostenlose Info-Hotline: 0800-800 807, E-Mail: dermikrokredit@oesb.at**
- ✓ **Beratung bei der Antragstellung via Telefon, E-Mail oder persönlich**

Gefördert aus Mitteln des **Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz** sowie der **ERSTE Bank der oesterreichischen Sparkassen AG**, der Steiermärkische Bank und Sparkassen AG, unterstützt durch Schweighofer Privatstiftung, Humer Privatstiftung, Martin und Gerda Essl gemeinnützige Privatstiftung, Katharina Turnauer gemeinnützige Privatstiftung, Unruhe Privatstiftung, ERSTE Stiftung, gefördert durch die Kärntner Sparkasse Aktiengesellschaft, unterstützt durch Kostmann Privatstiftung, Bischöflicher Arbeitslosenfonds der KAJ-Kärntens, gefördert durch die Allgemeine Sparkasse Oberösterreich Bankaktiengesellschaft, unterstützt durch Familie Scheuch Privatstiftung, gefördert durch die Salzburger Sparkasse Bank AG, unterstützt durch Dreyer Ventures & Management GmbH, gefördert durch die Tiroler Sparkasse Bankaktiengesellschaft Innsbruck, die Dornbirner Sparkasse Bank AG, die Wiener Städtische Versicherung AG Vienna Insurance Group, CARE Österreich sowie das Land Burgenland, das Land Kärnten, das Land Niederösterreich, das Land Oberösterreich, das Land Salzburg, das Land Steiermark, das Land Tirol und das Land Vorarlberg, die Stadt Wien.

Umgesetzt von der OSB Consulting GmbH in Kooperation mit der Austria Wirtschaftsservice GmbH.

Diese Finanzierung profitiert von einer Bürgschaft, die im Rahmen der „Europäischen Mikrofinanzierungsfazilität Progress“ von der Europäischen Union geschaffen wurde.

Was bringt das Regierungsabkommen?

Regierungsabkommen 2013 – 2018 trifft Gesundheitsreform 2013

Wie passen die MTD-Forderungen an die Politik in den Rahmen des Regierungsprogrammes?

Das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013-18 »Erfolgreich. Österreich.« ist seit Dezember 2013 fixiert und für jedermann einsehbar. Das Ziel für die Gesundheit wird auf S. 58 folgendermaßen dargestellt: »Die Patientin und der Patient im Mittelpunkt: flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen unabhängig von Alter, Einkommen, Geschlecht, Herkunft und Gesundheitszustand in bestmöglicher Qualität sicherstellen und die Gesundheitsreform über das Jahr 2016 fortführen. Die Bundesregierung bekennt sich zur Gesundheitsreform 2013 (Art. 15a B-VG-Vereinbarungen und Zielsteuerungsverträge) als das maßgebliche Reformvorhaben für das österreichische Gesundheitssystem. Der Schlüssel beim Zugang zu medizinischen Leistungen ist ein System von flächendeckenden und wohnortnahen Gesundheitsdienstleistungsangeboten, die rund um die Uhr eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung garantieren.«

Unsere Position als MTD-Austria erlaubt es, die Situation der MTD-Berufsangehörigen im Gesundheitswesen hinsichtlich der bisherigen Entwicklung und vor allem des künftigen Bedarfs am Besten zu kennen und entsprechend einzuschätzen. In diesem Sinne befürworten wir grundsätzlich das Ansinnen der Gesundheitsreform und somit des aktuellen Regierungsabkommens. Erste wesentliche strategische Schritte dieser Gesundheitsreform sind in Form des Bundes- und etlicher bereits vorliegender Landeszielsteuerungsverträge bereits erfolgt. Es erscheint aber unerlässlich, in einem nächsten logischen Schritt jene operativen Einheiten in den Reformprozess einzubinden, die letztlich die Säulen des Gesundheitssystems ausmachen und dazu zählen unter anderem die gehobenen MTD-Berufe.

Wir stellen, auf Basis des Bundeszielsteuerungsvertrages, unsere MTD-Forderungen in Bezug zu einigen Passagen dar, die von MTD-Austria bereits an allen wesentlichen Bundes- und Landespolitikbereiche deponiert wurden und in weiterer Folge dringend in alle folgenden Überlegungen zur Gesundheitsreform einfließen müssen:

1

Im Sinne der angestrebten Forcierung der Prävention ist die Einbindung der gehobenen MTD-Berufe unerlässlich. Schon jetzt übernehmen die von uns vertretenen Berufsgruppen wesentliche Aufgaben in der Gesundheitsförderung/Prävention. Diese Leistungen müssen, einem ganzheitlichen Reformansatz Rechnung tragend, systematisch in moderne/reformierte Präventionskonzepte einfließen (zu Teil A, Artikel 2, Abs. 4).

2

MTD-Austria hat Ende 2011 eine an europäischen Standards orientierte Fort- und Weiterbildungsrichtlinie entwickelt, mit der die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht als sog. »Continuing Professional Development« für MTD-Angehörige konkretisiert und systematisiert wurde (MTD-CPD-Richtlinie). Es ist sinnvoll, bereits vorliegende und bewährte Konzepte in die Reformüberlegungen betreffend die Qualitätssicherung einfließen zu lassen. MTD-Austria stellt einschlägiges Know-how jederzeit gerne zur Verfügung (zu Teil A, Artikel 3, Kap. 3.4 und Teil B, Artikel 8, Kap. 8.2.2).

3

Es erscheint uns eminent wichtig, darauf hinzuweisen, dass die hier erwähnte »hohe Versorgungssicherheit« mit den derzeit vorhandenen Ausbildungsplätzen nicht annähernd gewährleistet werden kann. Die hierzu kursierenden Statistiken verzerren offensichtlich die Realität. Zweifellos kann im statistischen Durchschnitt ein möglicher Überhang einzelner Berufsgruppen in Ballungsräumen argumentiert werden. Von einer flächendeckenden Versorgung in allen gehobenen MTD-Sparten darf aber keinesfalls die Rede sein. MTD-Austria hat im engen Austausch mit den Berufsverbänden und den Fachhochschulen ein konsistenteres Bild der Versorgungslage entwickelt (zu Teil A, Artikel 3, Kap. 3.6).



Mag. Gabriele Jaksch

ist seit Dezember 2006 Präsidentin von MTD-Austria, Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs.

4

Die von MTD-Austria vor ca. sechs Jahren initiierte Berufsliste auf freiwilliger Basis, die derzeit gerade aktualisiert wird, nimmt das in diesem Punkt formulierte Reformvorhaben quasi vorweg. Die gesetzliche Beauftragung des Dachverbands oder einer neutralen Stelle mit der Listenführung ist (auch im Hinblick auf den sukzessiven Ausbau von ELGA) seit jeher ausdrückliches Ziel der MTD-Berufspolitik. Es zeichnet für die vorausschauende Haltung des Dachverbands und die ausschließliche Orientierung an PatientInnensicherheit, Berufsschutz und Versorgungsqualität (zu Teil A, Artikel 3, Kap. 3.8).

5

Die Berufsverbände der gehobenen MTD haben sich bereits lange vor der Gesundheitsreform mit dem Thema »Primary Health Care« befasst und dazu unter anderem im Austausch mit den internationalen Verbänden Konzepte entwickelt, die sich jederzeit (also sofort) umsetzen lassen/ließen und sich mitunter nahtlos in den Gesundheitsreformprozess eingliedern lassen (zu Teil B, Artikel 4, Abs. 7).

6

Der diesbezügliche Maßnahmenkatalog sollte die Begriffe »multiprofessionell« und »interdisziplinär« konkretisieren und insbesondere die Rolle der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bzw. der gehobenen MTD wenigstens hervorheben. Wie international vielfach üblich, empfehlen wir den sog. »direct access«. Studien zeigen deutlich, dass dieser Modus ein immenses Kosteneinsparungspotential birgt (zu Teil B, Artikel 6, Kap. 6.1.2).

7

Wir erachten es angesichts der angespannten Budgetlage und der insbes. im Gesundheitswesen suboptimal allozierten Gemeinmittel für unumgänglich die Gesundheitsreform an ein Kostendämpfungsprogramm zu koppeln. Wir ersuchen jedoch, die Ihnen als Entscheidungsgrundlage dienenden Statistiken nochmals zu prüfen. Es wäre fatal, auf Basis mangelnder Relevanz von Zahlenmaterial womöglich versorgungstechnisch dramatische Fehlentwicklungen anzustoßen. Es ist jedoch sicher nicht damit getan, mitunter offensichtliche Überkapazitäten abzubauen und Über- bzw. Fehlversorgungen zu beseitigen, ohne gleichzeitig die inexistent flächendeckende Versorgung (v.a. in der Peripherie) sicherzustellen (zu Teil B, Artikel 11, Kap. 11.1 lit. c).

Als überbetriebliche Interessensvertretung vertritt MTD-Austria gemeinsam mit den sieben Berufsverbänden die drittgrößte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Wir gehen davon aus, dass den hiermit essentiell zusammengefassten Vorbringungen dieser hochqualifizierten Leistungsträger die entsprechende Beachtung geschenkt wird und unsere Berufe im weiteren Reformprozess eingebunden werden. Seitens des Landes Niederösterreich gibt es bereits positive Reaktionen.

Neuerwerbungen der Bibliothek



F.-P. Bossert/K. Vogedes (2013)

Elektrotherapie, Licht- und Strahlentherapie

Grundlagen für Physiotherapeuten und Masseure
3. Auflage. München: Urban & Fischer



C. Larsen/B. Miescher/D. Dommitzsch (2010)

Starker Rücken, starkes Kind

32 spielerische Übungen auch für kleine Bewegungsmuffel
Stuttgart: TRIAS Verlag



V. Fialka-Moser (Hrsg.) (2013)

Kompendium Physikalische Medizin und Rehabilitation

Diagnostische und therapeutische Konzepte
3. überarbeitete und erweiterte Auflage
Wien: Springer Verlag



W. Laube (2009) (Hrsg.)

Sensomotorisches System

Physiologisches Detailwissen für Physiotherapie
Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Literatur zum Schwerpunkt

F.-P. Bossert/K. Vogedes (2013)

Elektrotherapie, Licht- und Strahlentherapie. Grundlagen für Physiotherapeuten und Masseure

3. Auflage. München: Urban & Fischer

V. Fialka-Moser (Hrsg.) (2013)

Kompendium Physikalische Medizin und Rehabilitation. Diagnostische und therapeutische Konzepte

3. überarbeitete und erweiterte Auflage
Wien: Springer Verlag

V. Fialka-Moser (Hrsg.) (2005)

Elektrotherapie

München: Richard Pflaum Verlag

G. Werner/R. Diehl/K. Klimczyk/J. Rude (2000):

Checkliste Physikalische und Rehabilitative Medizin

2. überarbeitete und erweiterte Auflage
Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Kurse zum Schwerpunkt

Apparategestütztes Feedback in der Physiotherapie

Grundlagenkurs

19. – 20.09.2014, Graz, FH Joanneum

Apparategestütztes Feedback in der Physiotherapie

Inkontinenz beim Mann

24. – 25.10.2014, Graz, FH Joanneum

Apparategestütztes Feedback in der Physiotherapie

Feedbackgesteuertes Üben bei Funktionsstörungen der unteren Extremitäten

28. – 29.11.2014, Graz, FH Joanneum

Kursanmeldungen bitte schriftlich an bildungsreferat@physioaustria.at

Für Praxis und Arbeitsstelle: Der Physiotherapeutische Prozess

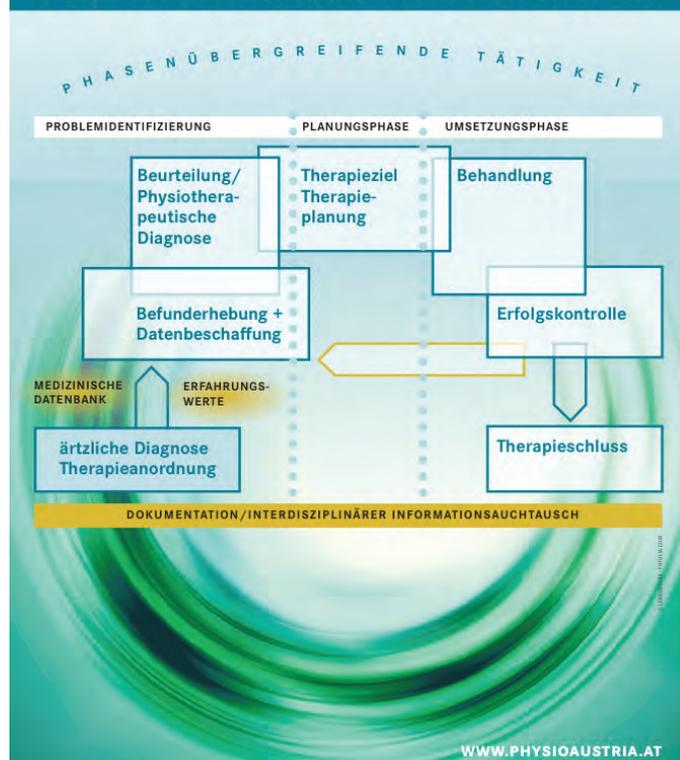
Für seine Mitglieder erarbeitet Physio Austria laufend neue Drucksorten und Materialien. Neu aufgelegt wurde jetzt das Poster »Der Physiotherapeutische Prozess«. Neben der eigenen Reflexion soll die Darstellung nicht zuletzt der PatientInnen-aufklärung und Präsentation des Berufes z.B. bei Informationsveranstaltungen, Gesprächen mit Interessenspartnern dienen sowie den Wiedererkennungswert der Physiotherapie steigern. Mitglieder finden das Poster im exklusiv-Teil dieser Ausgabe kostenlos beigelegt. Auf Anfrage ist es zudem via der Homepage von Physio Austria www.physioaustria.at oder unter office@physioaustria.at erhältlich.

Der Physiotherapeutische Prozess beinhaltet mehrere wesentliche Arbeitsschritte. Auf Grundlage der Befunderhebung und Erstellung der physiotherapeutischen Diagnose vereinbart die/der PhysiotherapeutIn mit dem Patienten/der Patientin gemeinsam das individuelle Therapieziel und erstellt einen Behandlungsplan, der die entsprechenden Maßnahmen enthält. Nach jeder Behandlung werden die Ergebnisse geprüft und der Behandlungsplan bei Bedarf angepasst.

Die drei großen Bereiche sind Problemidentifizierung, Planungs- und Umsetzungsphase sowie phasenübergreifend Dokumentation und interdisziplinärer Informationsaustausch. Die relevanten aufgegliederten Einzelschritte sind der ärztlichen Diagnose und Therapieanordnung (im Falle einer Krankenbehandlung) folgend die Befunderhebung und Datenbeschaffung durch die Physiotherapeutin/den Physiotherapeuten, Beurteilung/Physiotherapeutische Diagnose, Therapieziel und -planung, Behandlung, Erfolgskontrolle mit Evaluierungsschleifen und Therapieschluss.



DER PHYSIOTHERAPEUTISCHE PROZESS



Krumme G'schicht

Fachtagung zum Thema Wirbelsäulenverkrümmung - Skoliose

Mag. Dr. Petra Gröbl, Studiengang
Physiotherapie FH JOANNEUM Graz
Priv. Doz. Dr. med. Vinay Saraph,
Univ.-Klinik für Kinderchirurgie Graz

FREITAG
28. März 2014
9:00 bis 18:00 Uhr

Eingeladen sind PhysiotherapeutInnen,
ÄrztInnen, OrthopädietechnikerInnen und
Betroffene, die sich zu diesem Thema
vernetzen und austauschen wollen.

- Kosten **35 €**
- Studierende **15 €**
- für Betroffene und deren Angehörige
kostenlose Teilnahme

Anmeldefrist
21. März 2014

FH JOANNEUM
Eggenberger Allee 11, 8020 Graz
AUDIMAX Studiengang Physiotherapie

Weitere Informationen und Anmeldung
www.fh-joaanneum.at/aw/home/Studienangebot_Uebersicht/departement_gesundheitsstudien/pth/News_Events/~nbk/pth_events/?lan=de



Ludwig de Meyer
ist freiberuflicher
Physiotherapeut in
Vorarlberg und
Lehrender für
Elektrotherapie.

Elektrotherapie »Quo Vadis?«

Ein Erfahrungsbericht

Der Einsatz von Elektrotherapie in der gelebten Praxis steht in der Anerkennung und wissenschaftlich fundierten Berechtigung mehr denn je auf dem Prüfstand. Dabei liegt die Sache klar auf der Hand: Berechtigt und evidence based ist die Elektrotherapie »richtig eingesetzt« alle mal, nur wird dies in der Praxis auch demensprechend umgesetzt? Nach nunmehr 25-jähriger Berufserfahrung ist dies ganz klar in Frage zu stellen. In umfangreichen Recherchen hat sich gezeigt, dass sich im Bereich der Elektrotherapie inzwischen einfach zu viele Personen ohne Kenntnis (teils aus esoterischen Randbereichen) tummeln. Das beginnt schon bei Vertretern, die irgendwelche Geräte als Elektrotherapie anpreisen, die es definitiv nicht sind, bis zu Anwendern die weder Kenntnisse noch Ausbildung haben. Dieser »unkontrollierte« Wildwuchs hat auch inzwischen dazu geführt, dass die praktische Anwendung völlig falsch erfolgt und von einigen Stellen, wie Sozialversicherungsträgern, die klassische Elektrotherapie in Frage gestellt wird. Dies hat natürlich zur Folge, dass keine Honorierung mehr gewährleistet wird und die Türen für fragwürdige Methoden noch weiter geöffnet werden. Zudem tritt die klassische Elektrotherapie in ihrer Entwicklung derzeit auf der Stelle und bedarf einer Änderung in ihrer Sichtweise.

Es gibt aber zahlreiche neue Erkenntnisse, und vor allem auch neue technische Standards, die neue Türen aufstoßen. Darauf sollte schnell reagiert werden. Auch alle neuen medizinischen Aspekte – wie diese umgesetzt und angewendet werden – sollten bei diesen Überlegungen mit ins Kalkül gezogen werden. ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen sollten sich des Themas gemeinsam annehmen – und auch gemeinsam Lösungen entwickeln. Bisher erfolgte für die Elektrotherapie auf Grundlage einer Anweisung für eine spezifische Therapieform von zuweisenden ÄrztInnen, die von der PhysiotherapeutIn

entsprechend durchgeführt wurde. Heute sollte die Vorgangsweise doch eher eine sein, in der die TherapeutInnen schnell und vor Ort die richtigen Entscheidungen für die Behandlungsparameter, d.h. auch die passende E-Therapieform, eigenständig treffen, und somit von der bisherigen Vorgehensweise Abstand genommen wird. Gefordert sind hier in erster Linie TherapeutInnen. Diese sollten dazu übergehen, im Rahmen der Dokumentation auch Behandlungsprotokolle und Aufzeichnungen speziell für die E-Therapie, zu führen – und daraus ihre Schlüsse zum Wohle der PatientInnen zu ziehen.

Die bestehenden Lehrpläne sollten, so dies nicht ohnedies der Fall ist, in diesem Sinne evaluiert werden, um sicher zu stellen, dass neue, durch technische Verbesserungen ermöglichten Stromformen in die Therapie korrekt integriert werden können. Es sollte dies auch ein Plädoyer dafür sein, dass ein ständiger Wissenstransfer zwischen PhysiotherapeutInnen und technischen EntwicklerInnen oder ProduzentInnen von Elektrotherapiegeräten nie abreißt.

Verschiedene Anwendungsmöglichkeiten von Stromformen in der Elektrotherapie

Die klassische Elektrotherapie lehnt sich sehr stark an die ärztliche Diagnose an. (Das heisst: Einer bestimmten Diagnose durch den/die Arzt/Ärztin festgestellt wird eine bestimmte Stromform standardisiert zugewiesen). Dies führt eben dazu, dass die Elektrotherapie meist nur passiv und nach oder am Ende einer anderen Therapieform wie beispielsweise Bewegungstherapie durchgeführt wird. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass eine mögliche positive Wirkung nur zum Teil erreicht wird.

Die symptomatisch bezogen eingesetzte Elektrotherapie ermöglicht hingegen eine Vielfalt weiterer Aspekte und kann möglicherweise in Art der Anwendung folgendermaßen eingeteilt werden:

- 1 Rein passiver Einsatz
- 2 Passiver Einsatz mit aktiven externen Komponenten
- 3 Aktiver Einsatz
- 4 Kombierter Einsatz
- 5 Analytischer Einsatz



© Africa Studio - Fotolia.com

ZU 1

Dies entspricht am ehesten der klassischen Vorgangsweise. Bei dieser wird auf das Symptom eingegangen und rein passiv therapiert.

ZU 2

Bei dieser Art wird zu der adaptierten Stromform eine durch den/die Therapeuten/in durchgeführte aktive Komponente kombiniert. Das heißt, der/die Patient/in bleibt während der Behandlung selbst passiv, und der/die TherapeutIn führt während der Behandlung beispielsweise eine Gelenkmobilisation durch.

ZU 3

Bei dieser Form wird eine symptomatisch angepasste Stromanwendung appliziert und die PatientInnen führen gleichzeitig aktive Elemente wie beispielsweise Widerstandsbewegungen durch.

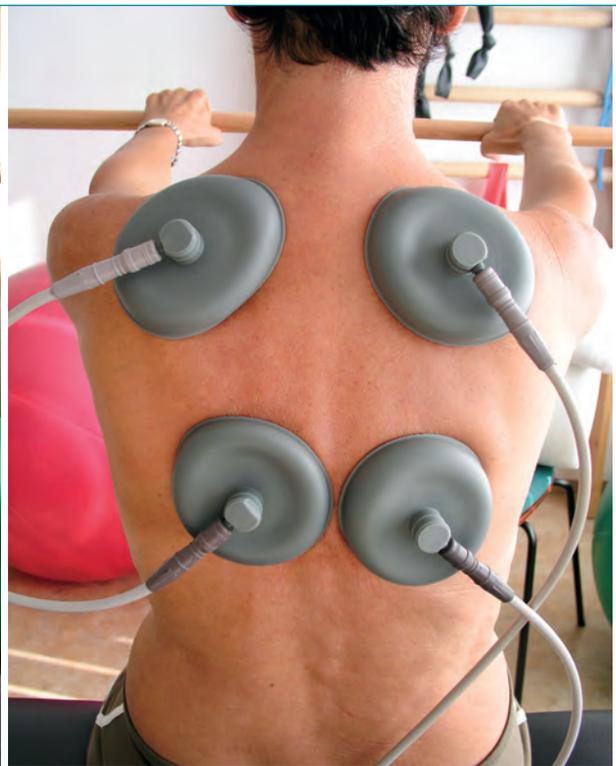
ZU 4

Diese Form stellt eine Kombination aus passiven Einsatz und aktivem Einsatz des/der Patienten/in und der TherapeutInnen dar, wie beispielsweise die Integration von PNF-Übungen.

ZU 5

Dieser dient der Verlaufskontrolle und einem gezielten Einsatz der auszuwählenden Elektrotherapie.

© de Meyer



Beschreibung einer neuen Einteilung der Elektrotherapie

In dieser Einteilung wird versucht, den therapeutischen Effekt in den Vordergrund zu stellen. Für die Übersicht wurde eine Form gewählt, die es den AnwenderInnen um vieles leichter machen sollte, die gewünschte E-Therapie auf das betreffende Beschwerdebild anzupassen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt, der zu dieser Übersicht geführt hat, sind die vielen Untersuchungen der verschiedensten Stromformen in der Berufspraxis und die damit zusammenhängenden Ergebnisse therapeutischer Art. Aus therapeutischer Sicht sind vier Hauptgruppen hinsichtlich der Wirkungsweisen zu unterscheiden: entzündungshemmend, nervenregenerierend, muskelstimulierend und stoffwechsellanregend. Diese vier Hauptgruppen decken nahezu alle relevanten therapeutischen Bereiche ab. Bei der der Zuordnung der Stromformen aus technischer Sicht ergab sich in Bezug auf die klassische Einteilung folgendes Bild: niederfrequente Stromformen haben ihre Wirkungsweise am ehesten in der Entzündungshemmung und Nervenregeneration, mittelfrequente eher im Bereich der Muskelstimulation und Stoffwechsellanregung.

In den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde eine Vielzahl an Stromformen entwickelt, patentiert und mit eigenen Namen ausgestattet auf den Markt gebracht. Auch dies ist wieder eine typische Antwort auf die klassische Sichtweise. Viele dieser Stromformen können aber in eine einzige Gruppe, und somit übersichtlicher für den Anwender, zusammengefasst werden.

Von der technischen Seite kann die Elektrotherapie weiters folgendermaßen eingeteilt werden:

- a Stromformen auf Gleichstrombasis
- b Stromformen auf Trägerstrombasis

Die unter a fallenden Stromformen können wiederum in unterbrochene und nicht unterbrochene Stromformen eingeteilt werden. Die unterbrochenen können ohne Polaritätswechsel und mit Polaritätswechsel eingeteilt. Die unter b fallenden Stromformen werden nur in vertikal gesteuerte und horizontal gesteuerte kategorisiert werden. Jedenfalls können sämtlich auch in Zukunft entwickelte Stromformen problemlos in diese Tabelle integriert werden. Sie stellt somit eine klarere Erfassbarkeit dar.

Quelle: Ludwig de Meyer, eigene Darstellung

STROMFORMEN – WIRKUNGSTECHNISCHE ÜBERSICHT

Gleichstrombasis GSB		Trägerstrombasis (TSB)				
nicht unterbrochen N	unterbrochen U	vertikal V		horizontal H		
	ohne Polaritätswechsel (monophasisch) M	mit Polaritätswechsel (biphasisch) B	dynamisch D	statisch S	dynamisch D	statisch S
GSBN Formen	GSBUM oder GS BUB Formen		TSBVD oder TSBVS Formen		TSBHD oder TSBHS Formen	
Galvanisation Stangerbad, 4 Zellen Bad, Iontophorese	Diadynisch, LéDuc, Träbert, Exponential, Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolt, Tens, Reizstrom		Interferenz, Mittelfrequenz, Wymoton, Freqodyn, etc.		Hochton, Schwebungsmodulation, VSM	

Indikationen

In der klassischen Literatur werden die Indikationen immer in Bezug auf die Diagnose erwähnt, wobei diese auf einfache Art global zusammengefasst werden können. Indiziert sind prinzipiell alle Stromformen, die in die neue Einteilung der Elektrotherapie hinein fallen, unabhängig von der Diagnose. Im eigentlichen Sinne ist es eher notwendig zu wissen, welches die Kontraindikationen sind.

Kontraindikationen

Einige Stromformen sind unter bestimmten Voraussetzungen teilweise und andere absolut kontraindiziert. Absolute Kontraindikationen stellen nicht unterbrochene Stromformen auf Gleichstrombasis im Zusammenhang mit Metallimplantaten dar. Dies bezieht sich aber auch nur auf diejenigen Fälle, in denen das Metallimplantat innerhalb oder im Umfeld von circa 10cm der Stromapplikation liegt. Eine zweite absolute Kontraindikation stellen Herzschrittmacher dar. Weitere absolute Kontraindikationen sind infektiöse akute Erkrankungen, Fieber und infektiöse Hauterkrankungen.

Zu den relativen Kontraindikationen zählen Metallimplantate im Zusammenhang von unterbrochenen Stromformen auf Gleichstrombasis. Hier ist zu bedenken, dass bei Reizströmen ohne Polaritätswechsel und langen Impulsen Vorsicht angesagt ist. Die mit Polaritätswechsel unterbrochenen Gleichstrombasisformen und sämtliche Trägerstrombasisformen sind unbedenklich.

Eine weitere Problematik stellen Tumore und tumorähnliche Erkrankungen dar. Im Prinzip gilt, dass keine Elektrotherapie bei diesen Komplikationen angewendet werden sollte, da alle Stromformen eine anregende systematische Wirkung auf Organsimen haben, und somit auch die Gefahr bestünde, dass eben Tumore oder tumorähnliche Erkrankungen gefördert werden könnten. Einige Studien in verschiedenen Kliniken durchgeführt haben aber sehr wohl gezeigt, dass Stromanwendungen in solchen Fällen auch positive Wirkungen zum Ergebnis haben können. Es ist also in solchen Fällen unbedingt notwendig, das Prozedere mit den überweisenden ÄrztInnen gut abzuklären und den Verlauf der Erkrankung sehr genau zu beobachten zu kontrollieren.

Eine letzte Problematik stellen noch die zentralen Nervenschädigungen wie Schlaganfälle, und systematische Erkrankungen wie MS oder ALS dar. Auch hier gibt es Studien, die sehr wohl positive Ergebnisse aufweisen, wobei aber auch Gegenteiliges eintreten kann. Auch hier gilt es, klare Richtlinien mit den überweisenden ÄrztInnen zu besprechen.



© de Meyer

Aufzeichnung und Dokumentation als Qualitätsstandard

Ein wesentliches Merkmal in der modernen Sicht der Elektrotherapie ist die Dokumentation. Erst wenn diese zum Einsatz kommt, können Rückschlüsse auf die Wirksamkeit erfolgen. Zudem zeigt eine laufend gehaltene Dokumentation die Wirkbereiche der Elektrotherapie klar auf.

Die klassisch angewandte Elektrotherapie und so wie sie in der Praxis gelebt wird, kann dies nicht und basiert in ihrer Wirksamkeit auf dem »Zufallsprinzip«. Da die unterschiedlichen Wirkungen in der Elektrotherapie ja nicht abzuweisen sind und auch nachvollziehbar belegbar sind, wird es immer wieder zu positiven Ergebnissen kommen. Vergleichbar wäre ein Arzt, der allen PatientInnen, die mit Fieber kommen, Antibiotika verschreiben würde. Auch da wird es positive Treffer geben. Das bedeutet: Bei einer bestimmten Diagnose bekommen alle PatientInnen die gleiche Stromeinstellung – in dem Fall wird die Trefferquote da sein, aber sehr gering ausfallen. Eine individuelle Adaptierung oder gar Aufzeichnung der eingestellten Parameter findet nicht statt. Es wird also, um auch die Wirksamkeit in der Elektrotherapie zu belegen, unumgänglich sein – auch im Bereich der E-Therapie – umfassender zu dokumentieren. Nur so ist dem derzeitigen Trend betreffend dem Stellenwert der Elektrotherapie entgegen zu wirken.

Physikalische Therapie in der Palliativmedizin

Rehabilitation am Lebensende und passive Maßnahmen – ein Widerspruch?

»Linderung, Rehabilitation und Partizipation sind zentrale Eckpunkte in der Palliative Care und auch in der Physiotherapie« ist auf der Rückseite des 2013 erschienen Buches »Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende Physiotherapie in der Palliative Care« zu lesen. Doch mit welchen Methoden stellen wir uns der Herausforderung? Sind Maßnahmen der physikalischen Therapie wirklich noch zeitgemäße Aufgaben der Physiotherapie in diesem Kontext?

Woitha et al. stellen in ihrer systematischen Literaturanalyse über Entwicklung und Einsatz der Physiotherapie in der Palliativversorgung fest, dass bezogen auf die PatientInnenrolle im Therapieprozess zwischen primär passiven und primär aktiven Therapieansätzen unterschieden werden kann. Zu den primär passiven Ansätzen zählen klassische Methoden aus der physikalischen Medizin wie Massage, Elektrotherapie oder auch Maßnahmen aus der Balneologie. Diese finden sich in Publikationen über den gesamten betrachteten Zeitraum von 45 Jahren. Arbeiten jüngerer Datums setzen sich häufiger mit vermehrt aktivierenden Therapieansätzen auseinander wie z.B. Bewegungstherapie sowie Ausdauer- und Krafttraining. Zunehmend finden sich auch Studien, die sich mit aktivierenden Therapieansätzen aus der Komplementärmedizin befassen. Es stellt sich die Frage, ob auch dieser Zugang eine Domäne der Physiotherapie ist bzw. sein soll.

Im Folgenden wird auf drei ausgewählte Maßnahmen der physikalischen Medizin eingegangen, die in der Palliative Care häufig und mit Erfolg Anwendung finden und durchaus auch im »Repertoire der PhysiotherapeutInnen« enthalten sein sollten und nicht nur ins Aufgabengebiet medizinischer Assistenzberufe fallen.

Massage

Es gibt zahlreiche Studien die sich mit der Wirkungsweise von unterschiedlichen Massagetechniken auch im Bereich der Palliativmedizin/Palliative Care auseinandersetzen. Die häufigsten Symptome, die mit Hilfe von Massage beeinflusst und gelindert werden können, sind Schmerz und Angst. Zusätzlich tragen Entspannung, die durch Massage erzielt werden kann, eine Minderung von Müdigkeit und Übelkeit sowie ein besserer Schlaf als Folge dieser passiven Maßnahme zur Verbesserung der Lebensqualität der PalliativpatientInnen bei. Besonderer Stellenwert in der Behandlung von PalliativpatientInnen kommt der Colonmassage zu, da diese in Bezug auf eine häufig auftretende Obstipation hilfreich eingesetzt werden kann. Dehydration, Bewegungsmangel und der Einsatz von Opiaten liegen als Ursache zugrunde

und Laxantien werden routinemäßig verordnet. Dennoch geben die PatientInnen häufig schmerzhafte Bauchbeschwerden und weiterhin Verstopfung an. Låmas et al konnten 2009 in ihrer Studie nachweisen, dass die Colonmassage, parallel zu der Verabreichung von Laxantien durchgeführt, deren Wirkung verstärkt und das Symptom Bauchschmerz deutlich verringert. Dies kann durch Erfahrungen aus der täglichen Praxis bestätigt werden. Neben der Schmerzlinderung, die mittels VAS oder NRS überprüft werden kann, ist häufig auch eine deutliche Reduktion des Muskeltonus und eine Minderung der erhöhten Atemfrequenz während und nach der Behandlung zu beobachten.

TENS (transcutane elektrische Nervenstimulation)

Diese Form der Elektrotherapie ist in der Schmerzbehandlung von PalliativpatientInnen inzwischen international etabliert, obwohl die Wirksamkeit bei Tumorschmerz noch kontrovers diskutiert wird. Die Rückmeldung der PatientInnen ist jedoch größtenteils positiv. Dies lässt sich einerseits dadurch erklären, dass nicht nur der Tumorschmerz selbst, sondern auch andere Schmerzzustände, die durch Arthrosen oder Weichteilschäden hervorgerufen wurden, behandelt werden und die TENS eine Erfolg versprechende Option zur Reduktion von neuropathischen Schmerzen darstellt. In Kombination mit anderen Therapieformen wie z.B. der Entspannungstherapie kann die Effizienz beider Methoden gesteigert werden. Auch die gezielte Anlage über Akupunkturpunkte kann die Wirkung zusätzlich erhöhen. Die Anwendung ist einfach und kann von dem Patienten bzw. der Patientin oder deren Angehörigen nach Einweisung durch die PhysiotherapeutIn ohne Hilfestellung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal durchgeführt werden. Ein weiterer positiver Faktor sind sicher auch die geringen Kosten, die anfallen. Speziell in Entwicklungsländern, wo der Zugang zu adäquater Schmerzmedikation oft vielen PatientInnen verwehrt bleibt, stellt die TENS eine mögliche Alternative bzw. Ergänzung zu reduzierter medikamentöser Therapie dar, wie Tashani und Johnson in ihrer Arbeit »Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) A Possible Aid for Pain Relief in Developing Countries?« erläutern.



© Ocskay Bence - Fotolia.com

NMES (neuromuskuläre elektrische Stimulation)

Die Anwendung von elektrischer Muskelstimulation v.a. für die Beinmuskulatur zeigt bei PalliativpatientInnen, die an Tumorkachexie, fortgeschrittener COPD oder chronischer Herzinsuffizienz leiden, erfreulich positive Wirkung. So kann dadurch u.a. die Dyspnoe der Betroffenen bei malignen und nicht malignen Erkrankungen gesenkt werden, wie im Cochrane Review von Bausewein et al (2008) nachgelesen werden kann. PatientInnen mit Tumorkachexie könnten durchaus von einem Krafttraining profitieren, da nachgewiesen werden konnte, dass die Muskulatur trotz der Kachexie auf das Training zu reagiert und die Proteinsynthese gesteigert werden kann. Dennoch sind viele der Betroffenen nicht in der Lage oder auch Willens ein Trainingsprogramm durchzuführen. Die NMES bietet eine Möglichkeit auch PatientInnen in schlechtem Allgemeinzustand oder mit mangelnder Compliance zu mehr Muskelmasse, weniger Dyspnoe und damit wiederum zu mehr Lebensqualität zu verhelfen. Maddocks et al zeigen in ihrem Review, dass durch NMES bei den erwähnten PatientInnen-Gruppen signifikante Verbesserungen der Kraft des M. quadriceps erreicht werden konnten und die Ergebnisse diverser Ausdauertests wie des 6MWT (six-minute walk test) oder des incremental shuttle walk test Hinweise auf eine bessere Ausdauerleistung nach Einsatz von NMES zeigen.

Eva Müllauer

ist seit 1983 Physiotherapeutin und derzeit an der Lungenabteilung im KH Hietzing in Wien, mit Schwerpunkt Onkologie und Palliative Care, tätig. Sie ist stellvertretende Leiterin des fachlichen Netzwerkes Palliative Care und Hospizwesen bei Physio Austria und Mitglied der Steuerungsgruppe »task force physiotherapy« innerhalb der EAPC (Europäische Palliativgesellschaft).





Sind die vorgestellten Maßnahmen der physikalischen Medizin nun tatsächlich noch zeitgemäß und sollten Teil des physiotherapeutischen Repertoires sein? Eine Frage, die sich aus subjektiver Sicht der Autorin nur mit »Ja« beantworten lässt. Sowohl die TENS als auch die NMES sind Methoden, die einfach und kostengünstig anzuwenden sind und deren Wirkungsweise evident ist. Neben der Verbesserung der Lebensqualität durch weniger Schmerz, weniger Dyspnoe und mehr Kraft- und Ausdauerleistung, geben wir PhysiotherapeutInnen den PatientInnen ein Stück Unabhängigkeit zurück, in dem wir sie ermächtigen durch eigenständiges Anlegen von Elektroden und der Nutzung der Geräte selbstbestimmt zu agieren. Dieses Empowerment ist ein wesentlicher Schritt aus der Ohnmacht, in der sich manche unserer PalliativpatientInnen gefangen fühlen. Massagen werden von verschiedenen Berufsgruppen den PatientInnen angeboten, v.a. die Pflege bedient sich zunehmend meist in Kombination mit Aromatherapie dieser Methode. Welchen Stellenwert hat nun die Massage im Berufsalltag der palliativ arbeitenden PhysiotherapeutInnen? Eine Frage, die ich gerne aus meiner ganz persönlichen Sichtweise und Erfahrung beantworten möchte. Bei vielen PatientInnen, die erst sehr spät zur Physiotherapie zugewiesen wurden, war eine Colonmassage oder auch eine Entspannungsmassage der Füße und Unterschenkel gleichsam der Schlüssel, um das Vertrauen der PatientInnen zu gewinnen, da sie erstmal seit langem Schmerzlinde- rung, Entspannung und angenehme Berührung in einer durchaus auch aus eigenem Wunsch berührungsarmen Lebenssituation erleben konnten. Andere auch wesentlich aktivere Therapien konnten folgen und den Betroffenen mehr Partizipation und damit Lebensqualität ermöglichen.

Oft ist der Einsatz einer Fuß- oder Handmas- sage mit einem Aromaöl frei nach der Wahl des Patienten bzw. der Patientin – sie wissen am besten, welcher Duft ihnen jetzt unabhängig von der zugeschriebenen Wirkung gut tut – eine Erste-Hilfe-Maßnahme in bedrohlichen Situatio- nen, wie ich sie in der onkologischen Tages- bettenklinik nach einem Re-staging häufig er- lebe. Wenn das Screening nicht das erhoffte Ergebnis eines verkleinerten Tumors sondern neue Metastasen in Knochen, Leber und/oder Gehirn zum Vorschein brachte, brechen Welten zusammen. In diesen Moment sind meine Hände und die Zuwendung durch Berührung gepaart mit Zuhören oder einfach nur Schweigen mindestens so hilfreich wie die Gespräche mit der Psychotherapeutin und legen eine gute Basis für weitere physiotherapeutische Inter- ventionen und Zusammenarbeit mit den Betroffenen.

Schlussendlich steht mir mit der Massage noch eine Therapiemethode zur Verfügung, die in an- gepasster Form auch in der präterminalen und terminalen Phase bei vielen PatientInnen ange- wendet werden kann, um diverse Symptome zu lindern. Worte wie »Ach, wie gut das tut«, einer Patientin mit Lungenfibrose nicht einmal 24 Stunden vor ihrem Tod, die für wenige Minu- ten ihre bedrohliche Atemnot kaum mehr wahr- genommen hat, oder auch das »Danke, danke«, eines sterbenden Familienvaters, der angstfrei seine restliche Lebenszeit nach einer sanften Streichmassage erleben konnte, rechtfertigen zumindest für mich den Einsatz.

LITERATUR

P. Nieland, R. Simader, J. Taylor (Hrsg.) Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende Phy- siotherapie in der Palliative Care (2013), Elsevier GmbH München

Woitha K et al. Entwicklung und Ein- satz der Physiotherapie in der Pallia- tivversorgung – Eine systematische Literaturanalyse, Z Palliativmed 2013; 14: 210–219

Cassileth B.R., Vickers A.J. Massage therapy for symptom control: out- come study at a major cancer cen- ter. Journal of Pain and Symptom Manage 2004, 28, S. 244–249

Lämas K. et al (2009) Effects of ab- dominal massage in management of constipation – a randomized con- trolled trial. International Journals of Nursing Studies 46(6) S. 759–67

Wilkinson S.M. et al (2007) Effectiv- ness of Aromatherapy Massage in the Management of Anxiety and De- pression in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Journal of clinical oncology, 2007, 25,5, S. 532–539

Tashani O, Johnon MI Transcutane- ous Nerve Stimulation (TENS) A Possible Aid for Pain Relief in Devel- oping Countries? Libyan J Med. 2009; 4 (2); 62–65

Bausewein C. et al Non-pharmaco- logical interventons for breathles- ness in advanced stages of malignant and non-malignant disea- ses (Review) The Cochran Library 2008, Issue 3

Maddocks M. et al Neuromuscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease, Cochrane Database Syst Rev, 2013 Jan 31; 1:CD009419

Maddocks M. et al Therapeutic exercise in cancer cachexia Crit Rev Oncog. 2012; 17(3):285–92

Förderpreis 2014

der Österreichischen Gesundheitsberufekonferenz



Ausgezeichnet:
Constance Schlegl und
Catharina Barcsak, BSc.

Im Rahmen des 4. Tages der Gesundheitsberufe am 16. Jänner 2014 wurde heuer – ebenfalls bereits zum vierten Mal – der »Förderpreis der Österreichischen Gesundheitsberufekonferenz« vergeben. Den ersten Platz belegte das interdisziplinäre Projekt »Alltagsorientiertes Gangsicherheits- und Sturztraining im Setting Pensionistenhaus« durchgeführt und eingereicht von Constance Schlegl, Physiotherapeutin und Catharina Barcsak, BSc, Ergotherapeutin.

Das Projekt wurde im KWP-Pensionistenhaus Gustav Klimt, Wien Penzing initiiert und durchgeführt. Zielsetzung war, ein alltagsorientiertes Gangsicherheits- und Sturztraining, basierend auf dem evidenzbasierten ÖTAGO Sturztraining, für die noch selbstständig mobilen BewohnerInnen zu etablieren.

Dazu wurden – laut ärztlicher Verordnung – gangunsichere und sturzgefährdete BewohnerInnen einem Eingangsscreening mit validen Assessments unterzogen. Je nach dem Grad der Sturzgefährdung (leicht, mittel oder hoch) erfolgte die Einteilung in zwei Gruppen, welche über einen Zeitraum von 5 Wochen je 1x/Woche über eine Stunde stattfinden. Beide Gruppen beinhalteten auch ein Boden-Aufstehtraining. Die Teilnehmerzahl war auf zehn Personen/Gruppe beschränkt.

Mittels Eingangs- und Abschluss Assessments konnte eine Verbesserung der Gangsicherheit und somit Reduzierung des Sturzrisikos nachgewiesen werden. Die Implementierung eines alltagsorientierten, evidenzbasierten Sturztrainingsprogramms für ältere und hochaltrige Menschen gelang in diesem Setting mit großem Erfolg. Die Nachhaltigkeit wird durch Recalls in regelmäßigen Abständen gewährleistet.

Eine ausführliche Projektvorstellung erfolgt in der April-Ausgabe des inform.



AUTORINNEN

Leonardo OP Costa¹, Chung-Wei Christine Lin¹,
 Debora Bevilaqua Grossi², Marisa Cota Mancini²,
 Anne K Swisher³, Chad Cook⁴, Dan Vaughn⁴,
 Mark R Elkins⁵, Umer Sheikh⁶, Ann Moore⁷, Gwendolen Jull⁷,
 Rebecca L Craik⁸, Christopher G Maher⁸,
 Rinaldo Roberto de Jesus Guirro⁹, Amélia Pasqual Marques⁹,
 Michele Harms¹⁰, Dina Brooks¹¹, Guy G Simoneau¹²,
 John Henry Strupstad¹³

- 1 International Society of Physiotherapy Journal Editors
- 2 Brazilian Journal of Physical Therapy/
Revista Brasileira de Fisioterapia
- 3 Cardiopulmonary Physical Therapy Journal
- 4 Journal of Manual and Manipulative Therapy
- 5 Journal of Physiotherapy
- 6 Journal of Physiotherapy & Sports Medicine
- 7 Manual Therapy
- 8 Physical Therapy
- 9 Physical Therapy & Research/Fisioterapia e Pesquisa
- 10 Physiotherapy
- 11 Physiotherapy Canada
- 12 Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy
- 13 Tidsskriftet Fysioterapeuten/
Norwegian Journal of Physiotherapy

LITERATUR

- Sim I et al (2006) Lancet
367: 1631-1633
- Herbert RD (2008) Aust J Physioth 54: 3
- Smith J, Goodlee F (2005) BMJ 331: 245-246
- De Angelis C et al (2004)
N Engl J Med 351: 1250-1251
- Laine C et al (2007)
N Engl J Med 356: 2734-2736
- World Medical Association (2008) WMA
Declaration of Helsinki – Ethical Principles
for medical research involving human subjects.
World Medical Association
- Askie L et al (2008) Aust J Physioth 52: 237-239
- Harms M (2011) Physiother 97: 181
- Costa LO et al (2010) Rev Bras Fisioter 14: V-VI
- World Health Organization (2012) International
Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).
Available from: www.who.int/ictcp/en.
Accessed 09/07/2012

Registrierung klinischer Studien

Empfehlungen der »Internationalen Gesellschaft der HerausgeberInnen« von Physiotherapie-Zeitschriften.

Die Registrierung klinischer Studien bedeutet, dass deren Studienprotokolle in einer gebührenfreien, öffentlich zugänglichen und elektronisch durchsuchbaren Datenbank, einem Register, gelistet werden. Die Registrierung wird als prospektiv betrachtet, wenn das Studienprotokoll gelistet wurde, bevor die Studie begann (d.h. bevor der erste Proband in die Studie aufgenommen wurde). Prospektive Registrierung hat mehrere potenzielle Vorteile. Sie könnte unnötige Duplizierung von Studien vermeiden, und sie könnte Menschen mit Gesundheitsproblemen ermöglichen, Studien zu finden, in denen sie als ProbandInnen teilnehmen könnten. Aber vielleicht ist es noch wichtiger, dass prospektive Registrierung zwei Probleme der klinischen Forschung angeht: Selektive Berichterstattung und Publikationsbias.

Selektive Berichterstattung meint, dass ForscherInnen nur die »günstig ausgefallenen« Ergebnisse anstatt die Resultate aller gemessenen Outcomes berichten, wenn sie ihre Studie veröffentlichen. Wenn aber nur die günstig ausgefallenen Ergebnisse berichtet werden, so kann das zu einem irreführenden Eindruck hinsichtlich der Effekte einer Therapie in der veröffentlichten Literatur führen. Stellen wir uns zum Beispiel vor, eine völlig ineffektive Intervention würde in verschiedenen Studien getestet, und jede Studie würde eine Reihe von Outcomes messen. Dann würde sich auf den meisten Outcomes kein Effekt dieser Intervention abbilden. Aber gelegentlich würde sich doch aus Zufall auf einem Outcome ein signifikanter Effekt oder eine signifikante Schädigung abzeichnen. Wenn nun die ForscherInnen die positiven Outcomes veröffentlichen, aber nicht alle nicht-signifikanten oder negativen Outcomes, könnten die LeserInnen den falschen Eindruck gewinnen, dass die Intervention nützlich sei. Ein ähnliches Problem kann auftreten, wenn Outcomes zu multiplen Messzeitpunkten gemessen werden. Dann kann es auftreten, dass ForscherInnen veröffentlichen, dass eine bestimmte Intervention die Gehgeschwindigkeit nach sechs Monaten erhöht hat, aber nicht erwähnen, dass die Gehgeschwindigkeit nach 1, 2, 3, 9, 12 und 24 Monaten nicht verbessert war.

Die prospektive Registrierung klinischer Studien bekämpft dieses Problem auf verschiedene Weisen. So können HerausgeberInnen von Fachzeitschriften und ReviewerInnen vergleichen, ob über die Outcomes, die im registrierten Studienprotokoll aufgeführt sind, auch in der Veröffentlichung berichtet wird, und ggf. auf Auflösung von Diskrepanzen hinwirken. Und auch LeserInnen können die im Register klinischer Studien aufgeführten Outcomes vergleichen mit denen, über die in der Veröffentlichung Ergebnisse berichtet werden, und mehr Vertrauen den Studien schenken, die sich hierbei als in sich konsistent erweisen.

Publikationsbias entsteht, wenn Studien mit positiven Ergebnissen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, veröffentlicht zu werden als solche mit nicht-signifikanten Ergebnissen. Wie selektive Berichterstattung kann dies den Effekt, wie er sich durch die veröffentlichten Daten darstellt, künstlich aufblähen. So kann zum Beispiel eine Studie, in der die Intervention effektiv erschien, veröffentlicht werden, während drei weitere, in denen die gleiche Intervention ineffektiv oder schädigend erschien, in den Aktenordnern der ForscherInnen vergraben. Wenn eine Studie registriert wurde, aber niemals veröffentlicht wurde, dann können die AutorInnen eines systematischen Reviews sie immer noch im Register finden, können Kontakt zu den AutorInnen aufnehmen, um die unpublizierten Daten im Review mit zu berücksichtigen. Auf diese Weise kann prospektive Registrierung mit dazu beitragen, den im Fundus der in den veröffentlichten physiotherapeutischen Studien verfügbaren Evidenz anzunehmenden Bias zu begrenzen.

Prospektive klinische Registrierung von Studien fördert Transparenz (Sim et al 2006) und kann es außerdem betrügerischen AutorInnen erschweren, Daten zu fälschen. Zum Beispiel fordern mittlerweile manche Zeitschriften routinemäßig individuelle PatientInnenendaten zur Überprüfung an (Herbert 2008) oder überprüfen Daten bei Betrugsverdacht (Smith u. Godlee 2005). Die Messungen sollten tatsächlich in dem Zeitraum durchgeführt worden sein, der als Datenerhebungszeitraum im registrierten Studienprotokoll ausgewiesen ist. Da viele Outcomes elektronisch gemessen und gespeichert und dabei mit einem elektronischen Datumsstempel versehen werden, vermehrt und verkompliziert dies den Aufwand, der mit Datenmanipulationen verbunden ist; vor allem, wenn die manipulierten Daten der Prüfung durch ein Audit standhalten sollen. Ebenso kann es sein, dass ForscherInnen, denen unliebsame Ergebnisse von einer bestimmten Subgruppe vorliegen, versucht sind, diese zu eliminieren, indem im Nachhinein ein zusätzliches Ausschlusskriterium eingeführt wird. Wenn das Studienprotokoll prospektiv registriert wurde, dann würde dies aber öffentlich evident für jeden, der das registrierte Studienprotokoll mit dem Bericht von der Studie vergleicht.

Wie verbreitet ist die Registrierung klinischer Studien?

Das erste große Register für Studien im Bereich Gesundheitsversorgung wurde 1998 eingerichtet (De Angelis et al 2004). Obwohl bald tausende von Studien registriert waren, blieb die Mehrzahl der Studien doch unregistriert. 2004 empfahl das Internationale Komitee der Herausgeber Medizinischer Fachzeitschriften (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) die Registrierung klinischer Studien. Über die Empfehlung hinaus machten seine Mitgliedszeitschriften die prospektive Registrierung zur Voraussetzung für eine Veröffentlichung von Studien,



© ThesMPLIFY - Fotolia.com

die nach dem 1. Juli 2005 mit der Rekrutierung von ProbandInnen begannen (De Angelis et al 2004). Viele andere Fachzeitschriften empfahlen ebenfalls die Registrierung klinischer Studien. Infolgedessen nahm die Zahl registrierter Studien schnell zu (Laine et al 2007). Seitdem haben sich viele Organisationen der Empfehlung zur Registrierung von klinischen Studien angeschlossen. So ergänzte der Weltärztebund 2008 die Erklärung von Helsinki um einen neuen Passus, der besagt, dass »Jede klinische Studie (...) vor der Rekrutierung der ersten Versuchsperson in einer öffentlich zugänglichen Datenbank zu registrieren« ist (Weltärztebund (WMA) 2008). Für manche Ethikkommissionen ist die Registrierung eine Voraussetzung für die ethische Befürwortung.

Obwohl auch einige physiotherapeutische Fachzeitschriften die Registrierung klinischer Studien befürworten (Askie et al 2006, Harms 2011, Costa et al 2010), wurden 2009 nur 6% aller randomisierten Studien, die die Effekte von physiotherapeutischen Interventionen untersuchten, prospektiv registriert (Pinto 2012). In der Absicht, dieses zu korrigieren, wurde dieses Editorial von mehreren Mitgliedern der Internationalen Gesellschaft der HerausgeberInnen Physiotherapeutischer Zeitschriften (International Society of Physiotherapy Journals, ISPJE) gemeinsam verfasst.

Die weiteren Abschnitte dieses Editorials werden definieren, welche Studien registriert werden sollten, erklären, wie ForscherInnen ihre Studien registrieren können, die strengere Handhabung erläutern, die diesbezüglich von einigen Mitgliedszeitschriften der ISPJE zukünftig praktiziert wird, und erörtern, wer dazu beitragen kann, das Potenzial, das in der Registrierung klinischer Studien steckt, zu entfalten.

Welche Studien sollten registriert werden

Jede klinische Studie sollte prospektiv registriert werden, bevor der/die erste TeilnehmerIn in die Studie aufgenommen wird. Die Weltgesundheitsorganisation definiert klinische Studie als »jede Forschungsstudie, die prospektiv menschliche TeilnehmerInnen oder Gruppen von Menschen einer oder mehreren gesundheitsbezogenen Interventionen zuordnet, um deren Effekt auf Gesundheits-Out-comes zu evaluieren« (WHO 2012, Übers. E. Scherfer).

Wie kann ich meine Studie registrieren?

Die Registrierung klinischer Studien sollte schnell gehen, leicht und gebührenfrei sein. Viele Register für klinische Studien wurden eingerichtet, wovon einige auf bestimmte Krankheitsbilder fokussieren (z.B. das Internet Stroke Center Trials Register, www.strokecenter.org/trials), oder sich auf eine bestimmte Region beziehen (z.B. das Pan African Clinical Trials Registry, www.pactr.org). Oft registrieren ForscherInnen ihre Studien im nationalen Register ihres Landes, obwohl dies nicht verpflichtend ist. Wichtiger ist, dass das gewählte Register alle relevanten Inhalte des Original-Protokolls abfragt und dokumentiert (s.u.), und dass es eine befriedigende Qualität, Validität, Zugänglichkeit und technische Kapazität hat, sowie eine eindeutige Identifizierung ermöglicht und angemessen gepflegt wird. Um ForscherInnen zu assistieren, unterhält die WHO eine Liste von Registern, die diesen Kriterien entsprechen (<http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>). Gegenwärtig sind 16 Register gelistet (hierunter befindet sich auch das Deutsche Register für Klinische Studien DRKS https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/ Ergänzung d. Übersetzers). Aus diesen können ForscherInnen eines aussuchen, das entweder Anfragen zügig beantwortet, oder das Kommunikation in der eigenen Muttersprache ermöglicht.

Die Registrierung eines Studienprotokolls erfordert, dass die ForscherInnen eine Reihe von Informationen über die geplante Studie bereitstellen: Beschreibungen der untersuchten Intervention(en) und Vergleichsbehandlung(en), Arbeitshypothesen, primäre und sekundäre Outcomes, Ein- und Ausschlusskriterien, Stichprobenumfänge, Verblindung, Finanzierung, StudienleiterInnen, Beginn der Datenerhebung und voraussichtlicher Abschluss der Studie. Üblicherweise überprüfen die Register die Angaben hinsichtlich Vollständigkeit und Klarheit, so dass manchmal etwas Nacharbeit erforderlich werden kann. Dem Studienprotokoll wird dann eine eindeutige Registriernummer zugeteilt. Diese Nummer sollte dann bei allen Berichten über die Studienresultate angegeben werden, um HerausgeberInnen, ReviewerInnen und LeserInnen zu ermöglichen, schnell Zugang zum ursprünglichen Studienprotokoll zu finden.

Eine prospektive Registrierung kann erfolgen, bis der/die erste StudienteilnehmerIn für die Studie rekrutiert wird. Viele ForscherInnen warten mit der Registrierung bis unmittelbar vor Beginn der TeilnehmerInnenrekrutierung, so dass im letzten Moment vorgenommene Änderungen des Studienprotokolls (wie zum Beispiel Änderungen, die von einer Ethikkommission gefordert wurden) keine Korrektur des Eintrags im Register erfordern. Auch wenn dies nicht ideal ist, so werden Protokolländerungen nach Beginn der Rekrutierungsphase doch manchmal gemacht. Solche Änderungen sollten auch eine Aktualisierung des Eintrags im Register zur Folge haben. Das Register wird dann öffentlich dokumentieren, welche Änderungen wann gemacht wurden.

Tabelle 1: Einführung obligatorischer Registrierung klinischer Studien durch Mitgliedszeitschriften

JOURNAL	Datum, nach dem prospektive Registrierung klinischer Studien obligatorisch wird	Diese Praxis wird angewandt auf Studien, deren ProbandInnenrekrutierung beginnt nach dem ...
Brazilian Journal of Physiotherapy/ Revista Brasileira de Fisioterapia	01. Jänner 2014	01. Jänner 2013
Cardiopulmonary Physical Therapy Journal	01. Jänner 2015	01. Jänner 2014
Journal of Manual and Manipulative Therapy	01. Jänner 2014	06. Juni 2013
Journal of Physiotherapy	01. Jänner 2013	01. Jänner 2006
Journal of Physiotherapy and Sports Medicine	01. Jänner 2014	01. Juni 2013
Manual Therapy	01. Jänner 2014	01. Juni 2013
Physical Therapy & Research/ Fisioterapia e Pesquisa	01. Jänner 2014	31. Dezember 2013
Physiotherapy	01. Jänner 2013	01. Jänner 2013
Physiotherapy Canada	01. Jänner 2013	01. Jänner 2013
The Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy	01. Jänner 2013	01. Jänner 2013
Tidsskriftet Fysioterapeuter/ Norwegian Journal of Physiotherapy	01. Jänner 2014	01. Jänner 2013

ISPJE-Mitgliedszeitschriften führen Verpflichtung auf prospektive Registrierung ein

Die Leitung der ISPJE empfiehlt ihren Mitgliedszeitschriften mit Nachdruck, die prospektive Registrierung als verbindliche Voraussetzung für eine Veröffentlichung aller klinischen Studien einzuführen. Einige Mitgliedszeitschriften haben dies bereits implementiert. Die Physical Therapy hatte bereits eine Politik der obligatorischen Registrierung klinischer Studien, deren ProbandInnenrekrutierungsphase nach dem 1. Januar 2009 begann, eingeführt. Tabelle 1 listet weitere Mitgliedszeitschriften und die von ihnen bestimmten Daten zur Einführung der obligatorischen Registrierung klinischer Studien sowie auf welche Studien diese Politik Anwendung findet (basierend auf dem Datum, an dem die Rekrutierung begann).

Wer kann noch dazu beitragen, den potenziellen Nutzen der Registrierung klinischer Studien zu realisieren?

Über die soeben dargestellten Empfehlungen für ForscherInnen und HerausgeberInnen hinaus können auch andere Akteure dazu beitragen, die Potenziale, die in der prospektiven Registrierung klinischer Studien liegen, zu realisieren. So kann jeder Angehörige der Profession dazu beitragen, dass seine KollegenInnen über die Registrierung von klinischen Studien und deren Wichtigkeit informiert sind. Im Bildungsbereich tätige Berufsangehörige sollten sicherstellen, dass die Forschungskomponente von Ausbildungsprogrammen die Bedeutung der Registrierung klinischer Studien vermittelt. PraktikerInnen können

PatientInnen auf die Register aufmerksam machen oder ihnen dabei helfen, in ihnen relevante Studien zu recherchieren, für die sie sich als potenzielle ProbandInnen melden können. AdministratorInnen, deren Register nicht den WHO-Kriterien entsprechen, können danach streben, diesen Status zu erreichen. Bei der Verteilung von Forschungsgeldern kann Förderung von der prospektiven Registrierung der zur Förderung eingereichten Studien abhängig gemacht werden. Weitere Ethikkommissionen können die ethische Befürwortung von Studienprotokollen auch von deren prospektiver Registrierung abhängig machen. Allerdings wird nicht einmal eine weltweite eingeführte prospektive Registrierung Publikationsbias und selektive Berichterstattung einschränken, so lange nicht erwartet wird, dass Berichte über Studien vor der Veröffentlichung tatsächlich mit dem ursprünglich registrierten Studienprotokoll verglichen werden. Deshalb gehört es auch zur Aufgabe von Zeitschriften-HerausgeberInnen und von Peer-ReviewerInnen Manuskripte auf Diskrepanzen zum Registereintrag zu überprüfen.

Physiotherapeutische klinische Studien, die entsprechend eines im Vorhinein spezifizierten Protokolls durchgeführt und veröffentlicht werden, enthalten mit größerer Wahrscheinlichkeit glaubwürdige Informationen als solche, bei denen dies nicht gegeben ist. Prospektive Registrierung klinischer Studien ist daher von einem hohen potenziellen Wert für PraktikerInnen, VerbraucherInnen und ForscherInnen, die auf Daten aus klinischen Studien angewiesen sind. Deshalb empfiehlt ISPJE seinen Mitgliedern, eine Politik der prospektiven Registrierung klinischer Studien zu verfolgen.

Sportphysiotherapie Symposium



Karl Lochner
ist Physiotherapeut
und Leiter des fachlichen
Netzwerkes
Sportphysiotherapie
bei Physio Austria.

Am 8. und 9. November 2013 fand im Unipark Nonntal das bereits dritte Sportphysiotherapie-Symposium zum Thema »Core Stability« statt. Ausrichter waren der Fachbereich für Sport- und Bewegungswissenschaft/USI der Universität Salzburg in Kooperation mit »spt-education« und dem fachlichen Netzwerk Sportsphysiotherapie von Physio Austria.

»Gerade in der Rehabilitation, aber auch in der Prävention ist es wichtig, dass alle involvierten Disziplinen an einem Strang ziehen. Es freut uns, dass wir die wichtigsten Experten auf dem Gebiet der Rumpfstabilität gewinnen konnten«, so Universitätsprofessor Erich Müller, der wissenschaftliche Leiter des Symposiums, das 16 Vorträge und 13 Workshops beinhaltete.

Die Präsidentin von Physio Austria, Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed., gratulierte in den Eröffnungsworten zum Wachsen der Veranstaltung von 120 TeilnehmerInnen 2009 auf 300 TeilnehmerInnen im Jahr 2013. Auch Hans-Josef Haas (Sportwissenschaftler, spt-education) betonte in seinen Eröffnungsworten: »...ich freue mich, dass auch die Sportwissenschaft endlich die Bedeutung einer guten Rumpfstabilität erkannt hat für die Vermeidung von Verletzungen wie auch für die Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit«.

Als Partner für die weltweite Ausrichtung der Veranstaltung wurde die internationale Sportphysiotherapiegesellschaft IFSPPT gewonnen. Nicola Phillips (Präsidentin der IFSPPT) informierte über die Aktivitäten der Organisation, die sich momentan vor allem auf Qualitätssicherung (Registrierung) und Mitwirkung an Forschung (»Return to Play Following Musculoskeletal Injury«) konzentriert. Karl Lochner, Leiter des fachlichen Netzwerkes Sportphysiotherapie, präsentierte interessante Zahlen: In den letzten 20 Jahren haben ca. 1000 SportphysiotherapeutInnen eine Ausbildung in Sportphysiotherapie absolviert (Masterausbildung und vom fachlichen Netzwerk anerkannte Ausbildungen für Sportphysiotherapie), aber nur 70 KollegInnen ließen sich in die Liste des fachlichen Netzwerkes Sportphysiotherapie eintragen. Im Zusammenhang mit der Thematik der Spezialisierung wird es ein Pilotprojekt von Physio Austria mit dem fachlichen Netzwerk Sportphysiotherapie geben. Dieses baut auf dem erarbeiteten Modell zur Spezialisierung auf und soll zudem die IFSPPT Kriterien erfüllen, sowie Kriterien für die Arbeit im Sport beinhalten.

Themenschwerpunkte

Das Symposium hatte drei Themenschwerpunkte: Zum Einen wurde der Rumpf in Zusammenhang mit der Leistungsoptimierung im Spitzensport betrachtet. Ein anderer Fokus lag auf der präventiven Wirkung der Rumpfstabilität im Hinblick auf Sportschäden – wie etwa Knie- oder Schulterverletzungen. Schließlich war auch das Thema »low back pain« (die klassischen Rückenschmerzen) und mögliche therapeutische Interventionen ein zentraler Punkt.

Beim Social Event am Abend des ersten Symposiumstages wurde Mario Bizzini für seine Verdienste um die Sportphysiotherapie in Österreich vom fachlichen Netzwerk Sportphysiotherapie geehrt. Das Symposium wurde perfekt organisiert von Gerald Mitterbauer (spt - education) und fachliches Netzwerk Sportphysiotherapie) und Erik Hogenbirk (IFFB der Universität Salzburg).

Renommierte Referenten

Der Australier Angus Burnett, einer der führenden Forscher im Bereich Verletzungsprävention und Biomechanik der Wirbelsäule, wies auf die vielen Faktoren hin, denen Rückenschmerzen zugrunde liegen können (Biomechanische Aspekte, individuelle Bewegungsmuster, spezifische Belastungssteuerung und auch psychologische Interventionen).

Ein viel beachtetes Referat hielt Faszienforscher Robert Schleip von der Universität Ulm. Der Wissenschaftler zeigte auf, dass nicht nur die Rückenmuskulatur, sondern auch das Bindegewebe für Rückenschmerzen verantwortlich sei und dies sowohl in der Rehabilitation als auch in der Leistungsoptimierung beachtet werden müsse. Ajit Chadhari, USA, definierte den Begriff Rumpfstabilität als zu ungenau und schlug die Bezeichnung »lumbo-pelvic control« vor. Es wurde nachgewiesen, dass ein aktiv gehaltenes Becken (Vermeidung des ventralen Kippens) Leistung und Verletzungsrisiko positiv beeinflusst.



© Lochner/Fachliches Netzwerk



Klaus Wirth stellte die Frage, ob im Spitzensport immer mit den richtigen Übungen und der adäquaten Intensität gearbeitet wird. Er denkt, dass Squats, Dead - Lifts und vor allem das Umsetzen und Stoßen beim Gewichtheben die optimalen Übungen sind. Christian Haid präsentierte anhand von Videos von Top-Golfern, dass eine Reduzierung der Rotationskräfte beim Golf nur über eine stabilisierende Muskulatur möglich ist. Er nennt seine Konzept den »Healthy Swing« und plädierte dafür, dass sich mehr SportphysiotherapeutInnen dem Lehren dieses Schwungs widmen sollen. Guillaume Mornieux und Dominic Gehring, Freiburg, präsentierten eine Untersuchung über den Einfluss der Beckenstellung auf die Valgisierung des Kniegelenkes bei Cuttingbewegungen (Seitwärtssprüngen): Frauen sind verletzungsanfälliger, weil sie dazu tendierten den Oberkörper zur unbelasteten Seite zu rotieren.

Prof. Lieven Danneels (Gent, Belgien) zeigte quantitative und/oder qualitative Veränderungen in den lumbalen Muskeln (Multifidus, Erector Spinae, Psoas) bei RückenschmerzpatientInnen auf.

Professor Dr. Hannu Luomajoki (Winterthur) erörterte wie mit einer einfachen Testbatterie die Bewegungskontrolle und Körperwahrnehmung im unteren Rücken untersucht werden kann.

Sportmediziner Phil Glasgow aus Belfast stellte fest, dass der Rückenschmerz des Athleten primär ein Problem der Bewegungsqualität und Bewegungskontrolle ist. Erst die effektive Koppelung von Rumpf, Becken und Extremitäten ermöglicht eine entsprechende sportliche Leistung. Schlüsselpunkt im Training und Therapie ist die Schulung der Stellung des LWS-Beckenbereiches.

Mario Bizzini aus Zürich wies darauf hin, dass gerade bei Fußballerinnen die Verletzungsprävention eine hohe Bedeutung hat, es liegt eine ca. 4-6 mal höhere Inzidenz für Kreuzbandverletzungen vor. Vom FIFA Medical Assessment and Research Centre (FMARC) wurde der Erfolg des Warm-Up Programms »Die 11+« in einer Studie bewiesen: Es konnte eine Reduktion der Verletzung von 30-50 Prozent erzielt werden.

Übrigens: Es ist geplant, ab 2014 jährlich ein Sportphysiotherapiesymposium abwechselnd in Deutschland/Österreich/in der Schweiz, beginnend in Bern durchzuführen.



25 Gründe 1 2 3 4 5

für eine Mitgliedschaft bei **physioaustria**

Warum Mitglied werden?

Die Stärke der Berufsvertretung hängt ganz wesentlich von der Anzahl ihrer Mitglieder ab. Politische Entscheidungsträger setzen sich mit unseren Anliegen nur auseinander, wenn wir als Berufsvertretung auch einen hohen Prozentsatz von berufstätigen Angehörigen unseres Berufs vertreten. Tragen auch Sie diese Verantwortung mit. Je mehr Unterstützung wir erhalten, umso schlagkräftiger können wir auftreten.

Ihre Mitgliedschaft zählt!

Gestalten Sie mit Ihrer Mitgliedschaft Ihre berufliche Zukunft und unterstützen Sie uns ...

- 1** in der klaren Positionierung des Berufsbilds
»Physiotherapie« im Gesundheits- und Sozialwesen!
- 2** in der Stärkung der Autonomie des Berufes!
- 3** in der Sicherung der Qualität
in der Physiotherapie!
- 4** in unserer Arbeit, sich mit Ihnen und für Sie
gegen Berufsübergriffe zu wehren!
- 5** in der Sicherstellung, dass physiotherapeutische
Leistungen auch zukünftig angemessen von den
Sozialversicherungsträgern honoriert werden!

...

Nur durch Stärke
in Zahlen können wir
von der Politik und
der Öffentlichkeit als
einflussreiche
Berufsvertretung
gehört werden!

**Ihre Mitgliedschaft sichert
die Zukunft des Berufs!**

aberjetzt!

Melden Sie sich an unter
[www.physioaustria.at/
inhalt/mitglied-werden-online-anmeldung](http://www.physioaustria.at/inhalt/mitglied-werden-online-anmeldung)