

Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 3 Juni 2016



inform

physioaustria

P.b.b. Verlagspostamt 8000 Graz 02Z031875 M 7,00 EUR

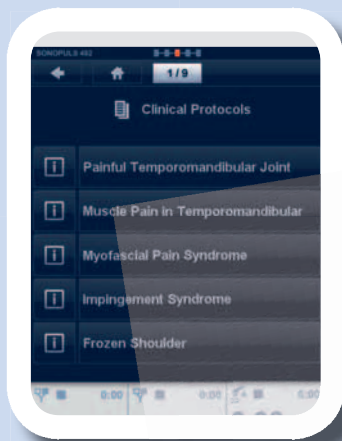
inform exklusiv
Nur in der Ausgabe für Mitglieder
von Physio Austria enthalten:
16 Seiten Berufspolitik, Tipps und
Services für PhysiotherapeutInnen

Lernen in der
Physiotherapie
Lebenslang, nachhaltig und vielfältig.

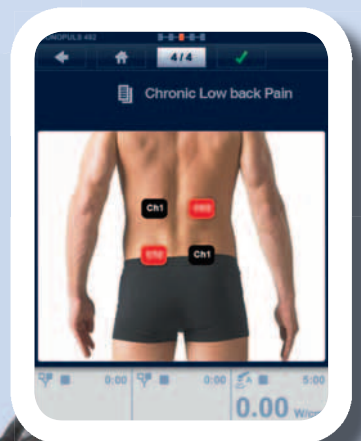


VON ENRAF-NONIUS: ENDOMED • SONOPULS • VACOTRON

NEU: jetzt mit ‚hands-free‘ Ultraschall!



**69 evidenz-basierte
Behandlungsprotokolle
alle nieder- und
mittelfrequenten Ströme**



**klare anatomische
Lokalisation
und Behandlungs-
information**



**sicher in der Behandlung
intuitiv in der Bedienung
perfektes Preis- Leistungsverhältnis**



ad rem team gmbh
therapie4you@ad-rem-team.com
exklusiv im www.therapieshop.at
oder rufen Sie uns an: 01 710 31 65

AUSTRIA *SKI TEAM* PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you

www.ad-rem-team.com



Liebe LeserInnen,

Als Menschen lernen wir ein Leben lang. Im Idealfall lernen wir nie aus, aber immer etwas dazu. Gerade als PhysiotherapeutInnen ist es zudem auch beruflich wesentlich, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Und das auf allen Ebenen.

In dieser Ausgabe des Inform finden Sie Beiträge zum Thema lebenslanges Lernen ebenso wie zur Anwendung des [Aufmerksamkeitsfokus im Bereich der Physiotherapie in Österreich](#) und den [Pionierinnen des motorischen Lernens](#). Es wird das [Inverted Classroom Modell](#) vorgestellt und ein Fokus auf den [Einsatz digitaler Medien](#) gelegt.

PhysiotherapeutInnen lernen aber nicht nur selbst, sondern lehren auch. Der Leitartikel beschäftigt sich daher mit dem [Rahmengesundheitsziel 3](#) und somit der Frage, wie PhysiotherapeutInnen die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung weiter stärken können. Rund um das Thema Unterstützung des Selbstmanagements der Betroffenen und Health Literacy liegen hier zudem neue Chancen für die Physiotherapie.

Dass die Physiotherapie gefordert ist, sich nicht nur selbst zu positionieren sondern auch andere in ihrer Lern-Leistung zu unterstützen, zeigt die [Rubrik Gesundheitspolitik](#) dieser Ausgabe. Die Ausbildung zur Spezialqualifikation Basismobilisation für Medizinische MasseurInnen und HeilmasseurInnen wurde Ende 2015 im Rahmen einer Änderung der Ausbildungsverordnung rechtlich geregelt. Die Verordnung ist nun Basis für die Etablierung von entsprechenden Ausbildungsangeboten. Im Zuge ihrer Umsetzung stellt sich die Frage der konkreten Ausbildungsinhalte und Einsatzbereiche.



2016 feiern wir 100 Jahre Physiotherapie in Österreich. Auch dieses Jubiläum spiegelt ein von Lernen geprägtes Jahrhundert für unseren Beruf wider. Viel hat sich bereits getan, vieles wird sich noch tun und wir blicken mit großer Freude und Optimismus in die Zukunft. Alles zur Geschichte und zu den Feierlichkeiten finden Sie auf www.100jahre.physio.

Ich wünsche Ihnen eine bewegte Lektüre mit diesem Inform. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen an chefredaktion@physioaustria.at

Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed.
PRÄSIDENTIN PHYSIO AUSTRIA

Impressum

MEDIENINHABER, HERAUSGEBER
UND REDAKTION

physioaustria

Bundesverband der
PhysiotherapeutInnen Österreichs
Linke Wienzeile 8/28, 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.

CHEFREDAKTION
Mag. Patricia Otuka-Karner
chefredaktion@physioaustria.at

GESTALTUNG
Dechant Grafische Arbeiten
FOTOS Helmut Wallner/
© Physio Austria, ausgenommen:
wo gesondert angegeben

FARBKORREKTUR UND RETUSCHE
Helmut Wallner
DRUCK Steiermärkische
Landesdruckerei, Graz

BEZUGSPREISE Einzelheft: 7 Euro;
Abo (5 Ausgaben/Jahr): 30 Euro
(Inland), 51 Euro (Ausland).
STORNO schriftlich 2 Monate
vor Ablauf des Abos.

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

Themenschwerpunkt Lernen in der Physiotherapie



06
**Gesundheitskompetenz
in der Bevölkerung stärken**
**Wo können PhysiotherapeutInnen
sich aktiv einbringen?**
Brigitte Swonar, MPH

16
Mit dem Zeitgeist gehen
**Fokus auf den Einsatz
von digitalen Medien**
Kerstin Lampel, MSc

12
**Die Anwendung des
Aufmerksamkeitsfokus**
**Auszug aus den Ergebnissen
einer Umfrage**
Ilse Igelsböck, MSc

18
Man lernt nie aus
**Lifelong Learning und Continuing
Professional Development**
Martina Sorge, MSc



21

Mag. Nicole Muzar
Ressort Berufspolitik
Physio Austria

21
Basismobilisation
Gesetz in Kraft getreten
Mag. Nicole Muzar



18, 36

Martina Sorge, MSc
Ressort Berufspolitik
Physio Austria

22
Lernen gelernt
**Transferleistung von praktischen
Kompetenzen aus dem Physio-
Unterricht auf die PatientInnen-
situation**
Barbara Gödl-Purrer, MSc
Julia Engel, MFKSc



26

Bernd Anderseck, MSc
IPNFA Instruktor, Lehrender
an der FH Physiotherapie
SUPSI -Schweiz und an der
Donau-Universität Krems



30

Gudrun Diermayr, PhD
in Motorischer Kontrolle & Motorischem
Lernen an der Columbia University,
New York, Professorin für Physiotherapie
SRH Hochschule Heidelberg



22

Julia Engel, MFKSc
Lehrende an der Schule
für Physiotherapeuten
des Universitätsklini-
kums Mannheim



38

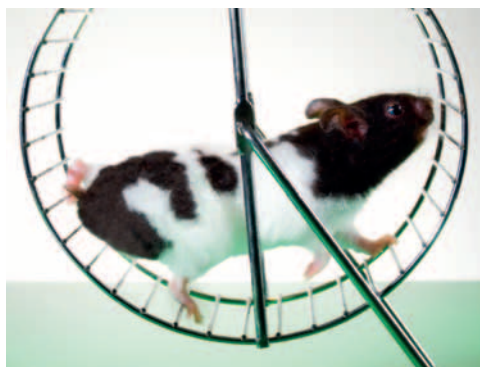
Regina Forstner,
Physiotherapeutin,
Schwerpunkt Tanztherapie



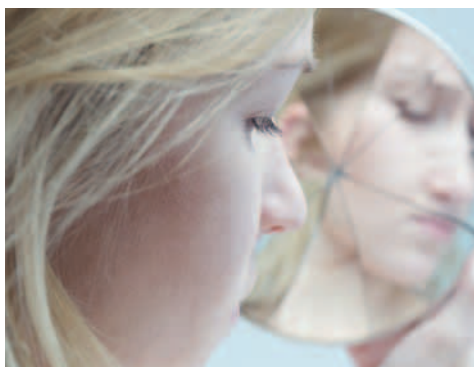
22

Barbara Gödl-Purrer,
MSc
Lehrende FH JOANNEUM

inform Inhalt Juni 2016



26
Lernen lernen
Motorisches Lernen versus Handlungskompetenz
Bernd Anderseck, MSc



34
Körpersprache der Seele
Psychosomatik in der Physiotherapie
Astrid Kathrein, BSc MSc



INFORM EXKLUSIV
Stark im Kurs
Berufsvertretung und Vernetzung

30
Pionierinnen des
Motorischen Lernens
Kurzporträts einflussreicher Frauen in der Physiotherapie
Gudrun Diermayr, PhD
Andrea Greisberger, Msc



32
Inverted Classroom
Ein Lernmodell auf das Studium der Physiotherapie angewandt
Andreas Stübler, MAS

36 PHYSIO STUDIEN
Studiert und kommentiert
Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund
Martina Sorge, MSc

38 ASSESSMENTS
Das Kestenberg
Movement Profile
Unterstützung des motorischen Lernens in der Physiotherapie
Regina Forstner

e2 Generalversammlung
von Physio Austria 2016
e4 Gruselkabinett Physiotherapie
Nathalie Wagner **PHYSIOFACES**
e6 Qualität und steigende Belastung
Tag der Gesundheitsberufe 2016
Mag. Agnes Görny
e8 INTERVIEW
Alles rund ums Thema Schmerz
Bernhard Taxer, MSc
e10 PHYSIO TALK 6.1
Das Kiefergelenk – stark unterschätzt!
Beate Bacher
e12 **PHYSIOWORLD**
Mehrwert internationaler Vernetzung
Mag. Nicole Muzar
e14 SERIE ARBEITSRECHT
Die wichtigsten Neuerungen
im Arbeitsrecht 2016
Valid Hanuna
e15 SERIE STEUERTIPPS
Registrierkassenpflicht ist
verfassungskonform
Mag. Wolfgang Leonhart



30

Andrea Greisberger, Msc.
freiberufliche Physiotherapeutin und Lehrende an der FH Campus Wien



12

Ilse Igelsböck, MSc
Lehrende FH Gesundheitsberufe OÖ, Schwerpunkte Neurorehabilitation und evidenzbasierte Physiotherapie



34

Astrid Kathrein, BSc MSc
Radiologietechnologin, Physiotherapeutin, Psychologin, arbeitet z.Z. an ihrem Fachbuch über Psychosomatik in der Physiotherapie



16

Kerstin Lampel, MSc
Studiengangsleiterin Physiotherapie an der FH St. Pölten



32

Andreas Stübler, MAS
Stellvertretender Studiengangsleiter und Dozent am Studiengang Physiotherapie der FH St. Pölten



06

Brigitte Swonar, MPH
Lehrende am Institut Physiotherapie der FH JOANNEUM

»PHYSIOTHERAPEUTINNEN KÖNNEN DABEI
DAS SELBSTMANAGEMENT DER BETROFFENEN
UNTERSTÜTZEN: ETWA DURCH VERSTÄNDLICHE
UND MOTIVIERENDE EMPFEHLUNGEN ZU
TRAININGSPROGRAMMEN UND ZUR INTEGRATION
VON REGELMÄSSIGER KÖRPERLICHER AKTIVITÄT
IN DEN PATIENTINNENALLTAG, VERBESSERUNG
DER STRESSBEWÄLTIGUNG DURCH ENTSPANNUNGS-
TECHNIKEN, ERKENNEN VON DIVERSEN SYMPTOMEN
MIT DER INFORMATION, OB EINE SELBST-
BEHANDLUNG ERFOLGEN KANN ODER UNTER-
STÜTZUNG VON HEALTH PROFESSIONALS IN
ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN SOLLTE.«

Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung stärken

**Wo können PhysiotherapeutInnen
sich aktiv einbringen?**



»VORGEGEBENE ORGANISATIONSABLAUFE IN
GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN UND STANDARDISIERTE,
EVIDENZBASIERTE THERAPIEABLAUFE ERSCHWEREN
ES DEN THERAPEUTINNEN OFT, DIE INDIVIDUELLEN
BEDÜRFNISSE UND PRÄFERENZEN DER EINZELNEN
PATIENTINNEN ZU BERÜCKSICHTIGEN.«



Das Ziel 3 der österreichischen Rahmengesundheitsziele lautet »Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken«. Was unter dem Begriff Gesundheitskompetenz zu verstehen ist und welche Möglichkeiten PhysiotherapeutInnen haben, die Gesundheitskompetenz von PatientInnen zu fördern, wird im folgenden Beitrag behandelt.

Gesundheitskompetenz ist die im deutschsprachigen Raum übliche Übersetzung von Health Literacy. Sie wird definiert als Motivation und Fähigkeiten, die es ermöglichen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (WHO, 2016). Health Literacy bezeichnet somit die Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die Menschen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit benötigen. Es geht dabei nicht nur um das Lesen- und Verstehen-Können von Informationsbroschüren, sondern vor allem um das Erkennen und Inanspruchnehmen der eigenen Ressourcen, um die individuelle Gesundheit möglichst lebenslang zu erhalten bzw. zu verbessern. Niedriges Health Literacy-Niveau korreliert mit einem höheren Risiko, an chronischen Erkrankungen zu leiden, einer geringeren Therapieadhärenz und auch mit einem höheren Mortalitätsrisiko (Bitzer et al., 2009; WHO, 2016).

Health Literacy europaweit

Die erste größere Untersuchung des Health Literacy-Niveaus der europäischen Bevölkerung erfolgte 2011. Das Ergebnis zeigt, dass 12 Prozent der Bevölkerung der acht teilnehmenden Staaten (in Österreich sogar 18%) über eine inadäquate Health Literacy verfügen. Am ehesten betroffen sind dabei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, geringerer Bildung, höherem Lebensalter und/oder hoher Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Sorenson et al., 2015). Auch in Österreich steht die Gesundheitskompetenz in Zusammenhang mit Gesundheitszustand und -verhalten. So schätzen Personen mit höherer Gesundheitskompetenz etwa ihre aktuelle Gesundheit besser ein, betreiben signifikant häufiger Sport, haben einen niedrigeren BMI und signifikant weniger Spitalsaufenthalte (Pelikan et al., 2015). Daher muss die Förderung der Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle aller AkteurInnen im Bildungs- und Gesundheitswesen sein. In den Bereichen von Public Health und Gesundheitsförderung wird die Health Literacy in Strategien eingebaut, es wird versucht Chancengleichheit zu verbessern und Risikogruppen durch spezifische und bestärkende Maßnahmen zu unterstützen.



© Patrick Daxenböhler - Fotolia.com

Die Förderung von Health Literacy sollte allerdings auch in der Rehabilitation als Ziel angestrebt werden. Eine optimale Behandlungstechnik kann nicht den gewünschten Erfolg erzielen, wenn TherapeutInnen sich keine Gedanken über das Health Literacy-Niveau ihrer PatientInnen machen. Aber gerade in diesem Bereich steht der Grundsatz der PatientInnenorientierung häufig im Widerspruch zu finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Vorgegebene Organisationsabläufe in Gesundheitseinrichtungen und standardisierte, evidenzbasierte Therapieabläufe erschweren es den TherapeutInnen oft, die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der einzelnen PatientInnen zu berücksichtigen. Gerade in der Rehabilitation von chronisch Kranken ist es wichtig, die RehabilitandInnen zu ExpertInnen in eigener Sache auszubilden. Neben dem Verständnis für die Notwendigkeit von therapeutischen Maßnahmen ist auch eine positive Selbstwirksamkeitserwartung Voraussetzung für die Verringerung von Risikofaktoren und/oder Symptomen.

Chancen für PhysiotherapeutInnen

Reha-Einrichtungen können zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz gezielt das Instrument der PatientInnen-schulung nutzen. Dazu zählen strukturierte Disease-Management-Programme, die Betroffene unterstützen, ihr Leben eigenverantwortlich zu bewältigen und ungünstige Krankheitsverläufe und Folgeerkrankungen zu vermeiden. PatientInnen sollen dadurch lernen, adäquat auf Symptome zu reagieren und einen risikoreduzierten und gesundheitsfördernden Lebensstil anzunehmen. Reine Informationsvermittlung – etwa in Form von Vorträgen, Broschüren etc. – hat in modernen Schulungsprogrammen allerdings einen sehr begrenzten Stellenwert. Die individuelle Wahrnehmung der Betroffenen mit ihren Zielen und Motiven muss Gegenstand der Schulung sein. Ein Transfer von Verhaltensänderungen in den Alltag muss erleichtert und in die Selbstverantwortung der PatientInnen gelegt werden. PhysiotherapeutInnen können dabei das Selbstmanagement der Betroffenen unterstützen: etwa durch verständliche und motivierende Empfehlungen zu Trainingsprogrammen und zur Integration von regelmäßiger körperlicher Aktivität in den PatientInnen-Alltag, Verbesserung der Stressbewältigung durch Entspannungstechniken, Erkennen von diversen Symptomen mit der Information, ob eine Selbstbehandlung erfolgen kann oder Unterstützung von Health Professionals in Anspruch genommen werden sollte. Derart strukturierte und individuelle Schulungsprogramme – umgesetzt von multidisziplinären Behandlungsteams – sind aktuell die am besten durch wissenschaftliche Studien belegte Intervention, um bei chronisch Kranken langfristig Verbesserungen zu erzielen (Bitzer et al., 2009).

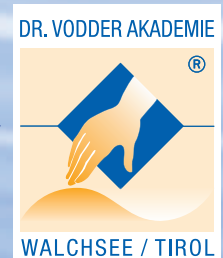
Kurse, die Sie weiter bringen: beruflich und persönlich.

Als führendes Therapie- und Ausbildungszentrum für Lymphologie genießen wir internationales Renommee. In unseren (Intensiv)-Kursen lehren wir die Manuelle Lymphdrainage/KPE nach der Dr. Vodder-Originalmethode, die weltweit Achtung und Anerkennung findet. Wer uns verlässt, zählt zur Elite. Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung.



Alle Kurstermine für Österreich, weitere Infos und Anmeldung finden Sie unter:
www.vodderakademie.com
Tel. +43 (0) 5374-5245-0

Dr. Vodder Akademie – Wittlinger Therapiezentrum, 6344 Walchsee/Tirol, Alleestraße 30, Tel. +43 (0) 5374-5245-0, office@vodderakademie.com, www.vodderakademie.com | Int. anerkanntes Aus-, Fort- und Weiterbildungszentrum für Ärzte, Physiotherapeuten und Masseure.





PhysiotherapeutInnen sollten in jedem Therapiesetting die Chance zu einer Verbesserung der Gesundheitskommunikation nutzen. Neben dem Angebot von symptombezogenen therapeutischen Interventionen sollte eine individuelle systematische Unterstützung bei Verhaltens- und Lebensstiländerungen in die Behandlung miteinfließen. Dabei sollte vor allem bei PatientInnen mit geringer Gesundheitskompetenz auf eine klare, einfache Sprache in der Kommunikation geachtet werden. Alle Gesundheitsinformationen – auch Informationen über Verhaltensänderung zur Risikoreduktion, über bewegungsfördernde Maßnahmen, Hilfsmittelgebrauch etc. – müssen auf die Bedürfnisse, das Alter, die Fähigkeiten, die Sprache und den kulturellen Hintergrund der PatientInnen abgestimmt sein.

Eigenverantwortung fördern

Auch eine persönliche Mitentscheidung von PatientInnen in der Versorgung und Behandlung ihrer Erkrankung (»shared decision making«) muss dabei Bestandteil der Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn sein. Es ist belegt, dass besonders PatientInnen mit chronischen Erkrankungen, die aktiv an Entscheidungsprozessen beteiligt werden, ihren Gesundheitszustand besser kontrollieren und bessere gesundheitliche Outcomes erzielen (Pelikan et al., 2013).

Im Reha-Zentrum, aber auch in allen anderen therapeutischen Settings, haben daher PhysiotherapeutInnen mit Kenntnissen im Clinical Reasoning-Prozess die Möglichkeit, auch Defizite im Bereich der Gesundheitskompetenz der PatientInnen zu erfassen und zusätzlich zu therapeutischen Interventionen Schulungsmaßnahmen einzusetzen, da nur beides in Kombination den gewünschten Behandlungserfolg erzielen kann. Somit sind ein Einbeziehen von präventiven Interventionen nicht nur in der Gesundheitsförderung sondern auch im rehabilitativen Bereich und eine optimale TherapeutInnen-PatientInnen-Kommunikation Voraussetzungen für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz.

Natürlich muss angemerkt werden, dass die Förderung von Health Literacy auch von gegebenen Rahmenbedingungen und der Organisation im Gesundheitssystem abhängig ist. Ein gleichberechtigter Zugang für alle Personen zu medizinischen Leistungen und eine Behandlung von chronischen Erkrankungen im Sinne eines multidisziplinären Disease-Managements – wie etwa im Rahmen von Primary Health Care – könnte somit das Health Literacy-Niveau der österreichischen Bevölkerung zusätzlich verbessern.

Brigitte Swonar, MPH

LITERATUR

- Bitzer, M., Dierks, M.L., Heine, W. et al. (2009). Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012). Inequalities in Health Literacy over the Life-Course – Results for Different Age Cohorts from the HLS-EU Study. Health Inequalities over the Life Course, Joint Congress of the ESHMS and DGMS, Hannover, 31.8.2012.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2013). Gesundheitswissenschaftendokument – Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. www.oegkk.at
- Sorenson, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F. et al. (2015). Health Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
- WHO (2016). Health Promotion – Track2: Healthy literacy and health behavior. www.who.int

Die Anwendung des Aufmerksamkeitsfokus

Auszug aus den Ergebnissen einer Umfrage

»DIE VORTEILE EINES EXTERNEN
AUFMERSAMKEITSFOKUS KONNTEN
MITTLERWEILE DURCH EINE VIELZAHL
AN STUDIEN SOWOHL BEI GESUNDEN
PERSONEN ALS AUCH IN DER
BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN
BELEGT WERDEN.«



Die Ergebnisse einer Umfrage zeigen, dass ein überwiegender Prozentsatz an österreichischen PhysiotherapeutInnen einen sogenannten externen Aufmerksamkeitsfokus bei der verbalen Anweisung von Bewegungsaufgaben verwenden.

Das motorische Lernen wird durch eine Vielzahl an Variablen beeinflusst: Neben der Aufgabenorientierung und der Übungsdauer (z.B. die Anzahl der Wiederholungen) spielen Instruktionen, Rückmeldungen und Demonstrationen eine wesentliche Rolle. Letztere Faktoren werden unter dem Aspekt der Information, welche den Lernenden vermittelt wird, genannt. Bestimmte Instruktionen bezüglich des Aufmerksamkeitsfokus können einen direkten Effekt auf die motorische Leistung und den Lernprozess haben (Mehrholz, 2011).

Das Richten der gedanklichen Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper bzw. auf Körperbewegungen während eines Lernprozesses – als interner Aufmerksamkeitsfokus bezeichnet – hat sich als relativ ineffektiv erwiesen. Wenn die Aufmerksamkeit jedoch auf den Bewegungseffekt bzw. auf das Ziel gerichtet wird, was als externer Aufmerksamkeitsfokus bezeichnet wird, so ist dies generell effektiver für die motorische Bewegungskonsequenz und Lernergebnisse (Wulf, 2009). Die Vorteile eines externen Aufmerksamkeitsfokus konnten mittlerweile durch eine Vielzahl an Studien sowohl bei gesunden Personen als auch in der Behandlung von PatientInnen belegt werden. Beispielsweise kam es bei SchlaganfallpatientInnen durch eine externe Fokusbedingung zu einer sofortigen Verbesserung der lateralen Gewichtsverlagerung im Sitzen (Mücket & Mehrholz, 2014).

Um die Situation in Österreich einschätzen zu können und die Einstellung von PhysiotherapeutInnen zu diesem Thema ermitteln zu können, wurde eine Online-Befragung durchgeführt. Dadurch wurde die Anwendungshäufigkeit von verbalen Instruktionen anhand von praktischen Beispielen durch Einschätzung der Art und der Häufigkeit des Aufmerksamkeitsfokus indirekt ermittelt. Darüber hinaus wurde die Häufigkeit der Anwendung verschiedener Lernstrategien (Wiederholungszahl, Instruktionen, Bewegungsbeobachtung, Korrektur von Fehlern, manuelle Führung, Mitbestimmung von Übungsinhalten und Pausen, Feedback) erhoben.

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine prospektive Querschnitts-Online-Befragung unter den Mitgliedern von Physio Austria durchgeführt. PhysiotherapeutInnen, die zum Zeitpunkt der Umfrage in Österreich klinisch tätig waren und ihre PatientInnen bei der Durchführung von Übungen bzw. Aufgaben verbal instruieren, wurden in die Studie eingeschlossen. Zur Entwicklung des Fragebogens wurden als erstes Expertinnen-Interviews durchgeführt, anschließend wurde der Fragebogenentwurf einer Pilotstudie durch eine heterogene Zielgruppe unterzogen. Der fertige Fragebogen wurde im Online-Umfragetool SurveyMonkey erstellt und anschließend per E-Mail an 4.090 Mitglieder ausgesandt – unter Anwendung der Dillman-Methode, um die Teilnahme und die Rücklaufquote zu verbessern (Dillman, 2007).

Die gesamte Studie wurde im Rahmen des Masterstudiums »Neurorehabilitationsforschung« als Abschlussarbeit durchgeführt (Betreuerin: Gudrun Diermayr, PhD). Auszüge aus den Ergebnissen der Masterarbeit wurden beim »3rd European Congress of Neurorehabilitation« im Dezember 2015 in Wien präsentiert.

»Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, um an dieser Befragung teilzunehmen.« Ilse Igelsböck

Zur Ermittlung der Anwendung entweder eines externen bzw. internen Aufmerksamkeitsfokus standen Fallbeispiele mit fünf vorgegebenen und häufig vorkommenden Therapiesituationen im Mittelpunkt. Inhaltlich bezogen sich die fünf Fallbeispiele auf folgende Aufgaben: Gleichgewicht, Kniebeugen, Fingerbeugung, Standbeinaktivität und Armelevation. Die Verwendung von zwei unterschiedlichen Instruktionmöglichkeiten (extern fokussierte bzw. intern fokussierte Instruktion) sollten anhand einer fünfteiligen Skala eingeschätzt werden. Um Anwendungshäufigkeiten der verschiedenen Variablen des motorischen Lernens zu ermitteln, sollten Aussagen dazu hinsichtlich der Häufigkeit ihrer persönlichen Anwendung ebenfalls mittels einer fünfteiligen Skala eingeschätzt werden. Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv durch Berechnung der Antworthäufigkeiten und Prozente.

Auszug aus den Studienergebnissen

Für die Hauptfragestellung verblieben schlussendlich 793 auswertbare Fragebögen (Rücklaufquote 19,4%). Die Tabelle 1 zeigt die erhobenen soziodemografischen Daten der TeilnehmerInnen.

TABELLE 1

Soziodemografische Daten ANZAHL (N) PROZENT %

Altersgruppe

Bis 29	124	15,7
30 – 39	256	32,4
40 – 49	261	33,0
50+	149	18,9

Geschlecht

Weiblich	648	81,9
Männlich	143	18,1

Höchster Abschluss

Diplom Physiotherapie	516	65,2
Bachelor of Science	117	14,8
Master/Mag/DI/Dr/PhD	158	20,0

Berufsjahre

bis 4	122	15,4
5 bis 9	105	13,3
10 bis 19	250	31,6
20+	314	39,7

Klinischer Fachbereich

Neurologie	103	13,0
Orthopädie/Traumatologie	505	63,8
Innere Medizin/Geriatrie	77	9,7
Sonstige	106	13,4

Arbeitsstunden pro Woche

< 20 Stunden	115	14,5
> 40 Stunden	138	17,4
20 – 30 Stunden	269	34,0
31 – 40 Stunden	269	34,0

Fortbildungen

Ja	215	27,2
Nein	576	72,8

Die Hauptergebnisse der fünf Fallbeispiele stellten sich wie folgt dar: In vier der fünf Fallbeispiele zeigte sich, dass zwischen 80 und 88,6 Prozent der Personen »immer« oder »häufig« einen externen Antwortfokus bevorzugt anwenden.

Bei dem fünften Fallbeispiel (Armelevation) verwenden 53,6 Prozent der PhysiotherapeutInnen einen nach extern gerichteten Aufmerksamkeitsfokus »immer« und »häufig«, hingegen 41,5 Prozent einen nach intern gerichteten Aufmerksamkeitsfokus in den Kategorien »immer« und »häufig«. Während also die ersten vier Fallbeispiele eine deutliche Tendenz in Richtung der Verwendung eines externen Aufmerksamkeitsfokus zeigen, wird bei dem fünften Beispiel ein externer und interner Aufmerksamkeitsfokus mit ähnlichen Häufigkeiten angewendet. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Anwendungshäufigkeiten der fünf Fallbeispiele für den internen bzw. für den externen Aufmerksamkeitsfokus.

Bei der Anwendung der verschiedenen Variablen des motorischen Lernens konnten folgende Häufigkeiten ermittelt werden: Instruktionen, Fehlerkorrektur und positives verbales Feedback werden von über 90 Prozent »immer« und »häufig« verwendet. Des Weiteren zeigt sich, dass dreiviertel der Personen (76,7%) die Wiederholungszahlen »immer« und »häufig« vorgeben, ebenso viele (77,2%) demonstrieren eine neue Bewegung »immer« und »häufig«. Außerdem wenden 60 Prozent eine manuelle Führung beim Erlernen einer neuen Bewegung »immer« und »häufig« an. 54 Prozent der PhysiotherapeutInnen (in den Kategorien »immer« und »häufig«) lassen Übungsinhalte und Pausen mitbestimmen.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Umfrage zeigen, dass in vier von fünf Fallbeispielen 80 bis 88 Prozent der PhysiotherapeutInnen eine extern fokussierte Instruktion bevorzugt anwenden. Vor dem Hintergrund der bereits durchgeführten Studien sind diese Ergebnisse als äußerst interessant zu bewerten: Zum einen können die Resultate dieser Umfrage bei österreichischen PhysiotherapeutInnen im Kontext der zahlreichen Forschungsergebnisse, die einen auf den Bewegungseffekt gerichteten, externen Aufmerksamkeitsfokus als vorteilhaft für das motorische Lernen ansehen, als durchaus positiv interpretiert werden. Zum anderen stehen diese Ergebnisse im eindeutigen Gegensatz zu Untersuchungen aus Großbritannien, welche die gegebenen Instruktionen hinsichtlich der Verwendung eines extern oder intern gerichteten Aufmerksamkeitsfokus in der tatsächlichen Anwendung bei physiotherapeutischen Behandlungen ermittelten. Dabei lag die tatsächliche Anwendungshäufigkeit eines externen Aufmerksamkeitsfokus bei 22 Prozent (Instruktionen und Feedbacks), 67 Prozent verwendeten einen internen Aufmerksamkeitsfokus (Johnson et al., 2013).

Hinsichtlich der Variablen »verbale Instruktionen« und »positives verbales Feedback« als Einflussfaktoren für motorisches Lernen kann festgestellt werden, dass diese von österreichischen PhysiotherapeutInnen zu einem sehr hohen Maße angewendet werden. Genauere Details hinsichtlich der Dauer, des Zeitpunktes und der Art der Verwendung beider Einflussfaktoren konnten dabei nicht ermittelt werden.

Die ermittelten Zahlen bei der Anwendung von »manueller Führung« beim Erlernen einer neuen Bewegung oder Aktivität lassen keine zuverlässige Interpretation zu, da die tatsächliche Frequenz sowie die zeitliche Dauer der manuellen Führung nicht ermittelt werden konnten.

Die Anzahl der Personen allerdings, die eine fehlerhafte Bewegung korrigiert, liegt mit 95 Prozent in einem Bereich, der im scharfen Gegensatz zu vorhandener Literatur steht.

Die ermittelten Ergebnisse der beiden Faktoren »Bewegungs demonstration« und »Wiederholungszahl« sind vor den Tatsachen der Forschungsergebnisse als unzureichend anzusehen – etwas weniger als ein Viertel der Befragten messen diesen beiden Einflussvariablen eine zu geringe Bedeutung bei. Hinsichtlich der Frage nach einer gewissen Autonomie für PatientInnen (»Mitbestimmung von Übungsinhalten und Pausen«) zeigt sich, dass nur von etwas mehr als der Hälfte der Befragten diese vorteilhafte Lernkondition in physiotherapeutische Behandlungen miteinbezogen wird.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen eine eindeutige – mit der wissenschaftlichen Evidenz einhergehende – Bevorzugung eines nach extern gerichteten Aufmerksamkeitsfokus bei vier von insgesamt fünf Therapiesituationen. Um grundlegende Daten hinsichtlich der tatsächlichen Anwendungshäufigkeit eines externen oder internen Aufmerksamkeitsfokus von PhysiotherapeutInnen in Österreich zu erhalten, wäre es notwendig, entsprechende Beobachtungsstudien durchzuführen.

Hinsichtlich der Häufigkeit der Anwendung verschiedener Lernstrategien zeigen die Ergebnisse auf, dass die Faktoren Korrektur von Bewegungsabläufen, Mitbestimmung von Übungsinhalten und Pausen, Demonstrationen von Bewegungen und Wiederholungszahlen bei einem Vergleich mit der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz abweichen. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen auch, dass es mitunter zu deutlichen Unterschieden zu den Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Forschung kommt. Die Notwendigkeit, das eigene therapeutische Tun im Hinblick auf die Effektivität reflektieren zu können, erfordert Strategien zur Implementierung von evidenzbasiertem Wissen.

Ilse Igelsböck, MSc

LITERATUR

Mehrholz, J. (2011). Neuroreha nach Schlaganfall, Physiofachbuch, Thieme, Stuttgart.

Wulf, G. (2009). Aufmerksamkeit und motorisches Lernen, 1. Aufl, Urban & Fischer in Elsevier, München.

Mükel, S. & Mehrholz, J. (2014). »Immediate effects of two attention strategies on trunk control on patients after stroke. A randomized controlled pilot trial«, Clinical rehabilitation, Vol. 28 No. 7, pp. 632–636.

Dillman, D.A. (2007). Mail and internet surveys: The tailored design method, 2nd ed., 2007 update with new internet, visual, and mixed-mode guide, Wiley, Hoboken, N.J.

Johnson, L., Burridge, J.H. & Demain, S.H. (2013). »Internal and external focus of attention during gait re-education: an observational study of physical therapist practice in stroke rehabilitation«, Physical therapy, Vol. 93 No. 7, pp. 957–966.

interner Antwortfokus

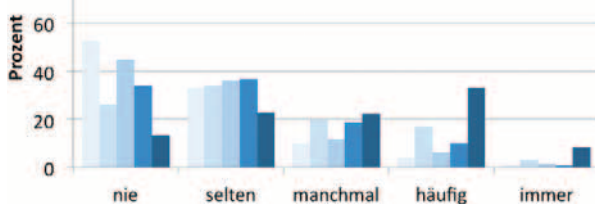


ABBILDUNG 1 Anwendungshäufigkeiten der Fragen 2a - 2e für den internen Aufmerksamkeitsfokus, V2a_i bis V2e_i = Variable 2a - 2e

externer Antwortfokus

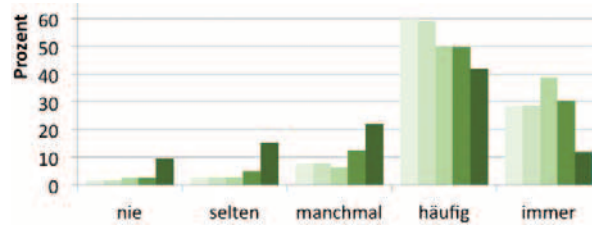


ABBILDUNG 2 Anwendungshäufigkeiten der Fragen 2a - 2e für den externen Aufmerksamkeitsfokus, V2a_e bis V2e_e = Variable 2a - 2e

FRAGE 2A

Sie wollen mit einer Patientin/einem Patienten das Gleichgewicht trainieren, indem Sie die Balance auf einem labilen Brett üben. Welche Form der Instruktion wird von Ihnen wie oft verwendet?

FRAGE 2B

Sie wollen, dass die Patientin/der Patient Kniebeugen macht. Welche Form der Instruktion wird von Ihnen wie oft verwendet?

FRAGE 2C

Sie wollen mit einer Patientin/einem Patienten die Beugung der Finger verbessern, indem Sie einen Ball zusammendrücken lassen. Welche Form der Instruktion wird von Ihnen wie oft verwendet?

FRAGE 2D

Sie wollen die Standbeinaktivität des linken Beines verbessern, indem Sie die Patientin/den Patienten mit dem rechten Bein über ein Hindernis steigen lassen. Welche Form der Instruktion wird von Ihnen wie oft verwendet?

FRAGE 2E

Sie wollen die aktive Elevation des Armes im Schultergelenk verbessern, indem Sie die Patientin/den Patienten auf eine Sprosse hinaufgreifen lassen. Welche Form der Instruktion wird von Ihnen wie oft verwendet?

Mit dem Zeitgeist gehen

Fokus auf den Einsatz von digitalen Medien

Das Hauptziel aller AkteurInnen im Bildungs- und Gesundheitssektor ist die Gewährleistung hoher Qualität in der Aus- und Weiterbildung von PhysiotherapeutInnen. Die Übernahme von Selbstverantwortung für das Lernen bildet die Grundlage für ein erfolgreiches Vorankommen in der schulischen als auch beruflichen Ausbildung.



© FH St. Pölten/Anna Achleitner

Der Begriff »digitale Medien« wird in fach einschlägiger Literatur meist als Überbegriff für die Digitalisierung der gesamten Medienwelt verstanden. Im Wissensbereich ist dafür die Bezeichnung E-Learning gebräuchlich. Der Artikel gibt einen Überblick zu Nutzungsmöglichkeiten digitaler Medien in der Wissensvermittlung und beschreibt ein didaktisches Modell für Gesundheitsberufe.

E-Learning

E-Learning beschreibt alle Formen des computerunterstützten Lernens wie netzbasierte Lehr- und Lernformen sowie Lernsoftware zum Offline-Lernen. Die Entwicklung von E-Learning-Konzepten reicht von computerbasierten über webbasierte Trainingsprogramme und geht hin bis zu mobilen Lernvarianten. Zunehmend setzen sich vor allem Konzepte durch, die kooperatives Lernen ermöglichen.

Vorteile von E-Learning sind:

- Lernende können sich ohne Präsenz von Lehrenden neues Wissen aneignen.
- Lernende können Ort, Zeit und Dauer ihres Lernens selbst bestimmen.
- Lernende sind nicht von den Bildungsangeboten der Institutionen alleine abhängig.
- Lernende erwerben Routine bei der permanenten Überprüfung des eigenen Wissens.
- Lernende haben verbesserten Zugriff auf Informationen.

Auch der Einsatz von Gamification (Spielementen) im Lernkontext bzw. das Digital Game-Based Learning ist seit einigen Jahren nicht mehr aus den Diskussionen um eine Neuorientierung in der Vermittlung von Lehrinhalten wegzudenken. Die Motivation des Spiels bringt die SpielerInnen unbewusst zum Lernen. Allerdings funktioniert Digital Game-Based Learning nur dann, wenn Engagement bzw. Begeisterung und Lernen gleich gewichtet sind. Ansonsten wird das Spiel zu einem Lernprogramm oder bleibt lediglich ein Computerspiel.

Einteilung digitaler Medien in Lehr-/Lernsettings

- Medien zur Sammlung von Wissen und zur Wissensvermittlung: dienen dazu, Wissen zu einem bestimmten Wissensgebiet zu sammeln und zu systematisieren sowie dabei auch Wissen zu vermitteln (z.B. Wikis, Lernplattformen, E-Books, Audio- und Video-Podcasts).
- Medien für die soziale Vernetzung: ermöglichen den Austausch nach thematischen Gesichtspunkten, indem alltägliche und/oder berufliche (Lern-)Erfahrungen und Fundstücke aus dem Internet mit anderen geteilt werden (z.B. Soziale Netzwerke wie Facebook oder Xing, Social Bookmarks).
- Medien für die Reflexion von Arbeits- und Lernprozessen: darunter versteht man netzbasierte Sammelmappen, die sich dazu eignen, die persönliche Kompetenz auszuweisen oder Prozesse in Lern-, Arbeits- oder Projektsettings zu reflektieren (z.B. Weblogs, E-Portfolios wie Mahara).



© FH St. Pölten/Christian Gradl

GAIT-Score: GangAnalyse Interaktiv Trainieren

GAIT-Score ist ein Projekt des Instituts für Gesundheitswissenschaften der FH St. Pölten zur Entwicklung einer Lernsoftware mit multimedial eingebetteten Gangvideos zum interaktiven Erlernen von grundlegenden Fähigkeiten und speziellen Aspekten im Bereich der beobachtenden klinischen Ganganalyse für medizinische und therapeutische Berufe.

www.fhstp.ac.at/de/forschung/projekte/gait-score-ii

- Komplexe Ausgangsprobleme durch Gangvideos mit unterschiedlichen Pathologien.
- Authentizität und Situiertheit durch reale Fallbeispiele und in der Praxis verwendete Beurteilungsbögen.
- Multiple Perspektiven durch Videoanalysen aus mehreren klinischen Fachbereichen (Orthopädie, Traumatologie und Neurologie).
- Artikulation und Reflexion durch eigenständige Beurteilung und anschließenden Vergleich mit der ExpertInnenbeurteilung.
- Lernen im sozialen Austausch durch Möglichkeit der Vernetzung mit KollegInnen und ExpertInnen.



- Medien für Kommunikation und Interaktion: dienen der synchronen oder asynchronen Kommunikation in alltäglichem, ebenso wie in beruflichem Austausch von (Lern-)Erfahrungen in unterschiedlichen Kontexten (z.B. Microblogs, Foren und Chats, Videokonferenzsysteme).
- Medien zum Teilen von multimedialen Inhalten: unterstützen gemeinsame Schreib- und Arbeitsprozesse (z.B. Text-Editoren) bzw. das Bereitstellen und Teilen eigener multimedialer Inhalte (z.B. Foto- und Videoplattformen wie Vimeo oder Youtube).
- Mobiles Lernen – Lernen mit Smartphone und Tablet PC: beschreibt das Lernen mit mobilen Endgeräten und fokussiert auf das Phänomen des Microlearnings (Lernen in kleinen Wissensseinheiten). Als Beispiel in der Physiotherapie sei hier auf die Lernsoftware GAIT Score (siehe Infokasten) verwiesen.
- Bei allen Formen von digitalen Medien geht es neben der Mediengestaltung vor allem auch um die Frage der Inszenierung von »realen« Lernsituationen.

Fallsimulationen mit digitalen Medien

Insbesondere in der Ausbildung der Gesundheitsberufe finden sich Ansätze umgesetzt, in denen multimediale Fallsimulationen den Erwerb von anwendungsorientiertem Wissen ermöglichen (Cognitive Apprenticeship). Zentrales Kennzeichen dieses Ansatzes ist der Austausch zwischen Lernenden und ExpertInnen. Die Aufgaben werden zunehmend komplexer, in ihren Varianten unterschiedlicher und spezieller. Dadurch wird gewährleistet, dass das Wissen auf weitere Situationen übertragen werden kann und damit an Abstraktion und Flexibilität gewinnt.

Authentisches Lernen, welches in realen Zusammenhängen durch Interaktionen zwischen Vortragenden und Lernenden jeweils das Wissen neu konstruiert, ist in diesem Ansatz gefordert. Daraus lässt sich ableiten, dass die Verbindung von Präsenzveranstaltungen und selbstgesteuertem Lernen mittels E-Learning gerade in komplexen, problemorientierten Fallbeispielen unabdingbar ist. Digitale Medien können in den verschiedenen Lernphasen didaktische Funktionen übernehmen und unterstützen den Lernprozess. Unmittelbare Reflexion, Supervision und Feedback durch ExpertInnen sind allerdings verpflichtend notwendig. Aus diesem Grund ist eine zielgerichtete Gesamtkonzeption erforderlich.

Lernen im Bachelorstudium Physiotherapie Bei Betrachtung der Altersdemographie und zunehmenden Digitalisierung der Lebenswelt von Physiotherapiestudierenden gewinnt der Aspekt des E-Learnings an den Hochschulen an Relevanz. Die Generation Z (geboren nach 1995) von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen ist eine sogenannte Multimedia-Generation. Der erweiterte oder komplexe Umgang mit digitalen Medien im Lernprozess erhöht zusätzlich die Medienkompetenz. Dafür gelernt werden muss nicht nur die Mediennutzung, sondern auch der Umgang mit Medien wie die kritische Auseinandersetzung mit Medien und richtige Handhabung von Datenschutzbestimmungen. Um den Ansprüchen unserer zukünftigen BerufskollegInnen entgegenzukommen bzw. ihr Interesse zu wecken, ist der Einsatz von digitalen Medien in der Ausbildung zu empfehlen. Trotzdem gilt vor allem in diesem Zusammenhang ein Zitat von Albert Einstein: »Alle Mittel bleiben nur stumpfe Instrumente, wenn nicht ein lebendiger Geist sie zu gebrauchen versteht.«

Kerstin Lampel, MSc

LITERATUR

Issing, L. & Kaltenbaek, J. (2006). E-Learning im Hochschulbereich – Stand und Ausblick. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hochengehren GmbH.

Lampert, C., Schwinge, C. & Tolks, D. (2009). Der gespielte Ernst des Lebens: Bestandsaufnahme und Potenziale von Serious Games (for Health). Medienpädagogik – Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung. Themenheft 15/16. www.medienpaed.com.

Wiater, W. (2007). Wissensmanagement eine Einführung für Pädagogen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Witt, C. de & Czerwionka, T. (2007). Mediendidaktik. Bielefeld: Bertelsmann-Verlag.

Gruber-Rotheneder, B. (2011). Lernen mit digitalen Medien. Österreichisches Institut für Erwachsenenbildung. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.

»DIGITAL GAME-BASED LEARNING FUNKTIONIERT NUR DANN, WENN ENGAGEMENT BZW. BEGEISTERUNG UND LERNEN GLEICH GEWICHTET SIND.«



Man lernt nie aus

Lifelong Learning (LLL) und Continuing Professional Development (CPD) in der Physiotherapie

Der englische Fachbegriff Continuing Professional Development (CPD) hat sich im internationalen Sprachgebrauch für die kontinuierliche berufliche Fort- und Weiterbildung durchgesetzt. Unter CPD ist die Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme organisierten Lernens nach der Grundausbildung zu verstehen. Ziel ist es, die persönlichen und beruflichen Fähigkeiten, Wissen und Verhalten sowie Kompetenz zur Berufsausübung aufrecht zu erhalten, zu entwickeln und zu verbessern. CPD, die kontinuierliche professionelle Entwicklung, bedeutet also das (arbeits-)lebenslange Lernen, um mit Veränderungen in der Praxis mithalten und den PatientInnen und KlientInnen qualitativ hochwertige evidenzbasierte Serviceleistungen bieten zu können. CPD beschreibt dabei einen dokumentierten, systematischen, geplanten und stets weiterlaufenden Prozess, der die professionelle Praxis untermauert.

Sinn und Zweck der kontinuierlichen professionellen Entwicklung ist neben der Gewährleistung hoher Qualitätsstandards das Streben nach beruflicher Exzellenz und PatientInnensicherheit. Ein Bekenntnis zum Angebot effektiver Services ist wesentlich – egal ob die Berufsangehörigen in direktem oder indirektem Kontakt mit PatientInnen stehen (z.B. in der klinischen Praxis, als Lehrende, ForscherInnen oder in leitenden Funktionen).

Das Kursprogramm des Physio Austria Bildungsreferates orientiert sich an (inter)nationalen Standards zu qualitätsgesicherten CPD-Aktivitäten. Die Teilnahmebestätigungen der besuchten Kurse und Vorträge können daher im Rahmen einer Antragsstellung auf das MTD-CPD-Zertifikat eingereicht werden. Weitere Kriterien und Informationen zur Einreichung entnehmen Sie den Informationen unter www.physioaustria.at >> **weiterbildung** >> **mtd-cpd-zertifikat**.

In Österreich zählt die regelmäßige Fortbildung zu den Berufspflichten der gehobenen MTD-Berufe. Dies ist im MTD-Gesetz unter § 11 festgehalten, jedoch nicht genauer beschrieben. Im Rahmen des MTD-CPD-Zertifikats haben die MTD-Verbände, darunter auch Physio Austria, Kriterien festgelegt deren Einhaltung eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung gewährleisten soll.

ER-WCPT und WCPT halten fest, dass CPD Aktivitäten für PhysiotherapeutInnen gewisse Qualitätsstandards einhalten sollten, und beschreiben diese. In engem Zusammenhang mit CPD steht auch die Spezialisierung und Master-Programme mit unterschiedlichen spezifischen klinischen Inhalten können neue Möglichkeiten zu Wissenserweiterung und Karrierepfaden bieten. Aber auch übergeordnete Organisationsstrukturen wie die Europäische Kommission haben die Themen CPD und LLL auf der Agenda und bezeichnen diese als Eckpfeiler der professionellen Praxis über alle Qualifikationen hinweg. Hier wird CPD zudem als Werkzeug zum Schutz der PatientInnensicherheit im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Mobilität der Gesundheitsberufe und PatientInnen verstanden.

Martina Sorge, MSc

LINKS

»Anticipating future skills needs« www.ec.europa.eu

»WCPT guideline for delivering quality continuing professional development for physical therapists« www.wcpt.org

»Education« www.erwcpt.eu

MASSAGE by NATURE!

JETZT SPAREN!

Bestellen Sie direkt beim Importeur
und profitieren Sie von niedrigen
Preisen und starken Angeboten!

☎ 06245 / 89 51-32

PERSKINDOL MASSAGE ALS OIL.

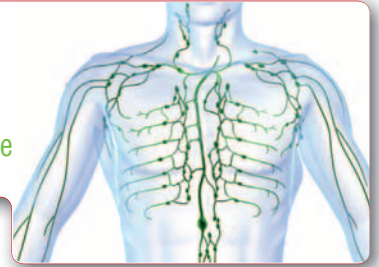
Die beste Wahl für Profis, die bei ihrem Massageöl Wert auf Qualität und Wirksamkeit legen. Das neue PERSKINDOL MASSAGE OIL ist ideal für Langzeit- und Sportmassagen geeignet und sorgt zugleich für Linderung bei Muskel- und Gelenkbeschwerden.

- **Optimale Gleitfähigkeit**
- **Aktiver Zellschutz durch Vitamin E**
- **Löst Verspannungen und beugt Krämpfen vor**
- **Keine künstlichen Farbstoffe**
- **Dermatologisch getestet**
- **Rein pflanzliche Wirkstoffkombination**





Lehrinstitut
für Manuelle Lymphdrainage,
Komplexe Physikalische Entstauungstherapie



Ausbildung ML/KPE nach der Original Földi-Methode

Földischule GmbH

Zum Engelberg 18
D-79249 Merzhausen
Tel. +49 761 40 69 21
info@foeldischule.de
www.foeldischule.de



- Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Lymphgefäßsystems auf dem aktuellen medizinischen und therapeutischen Stand
- Exklusive Seminarreihen für erfolgreiche Absolventen der Földi-Methode
- Möglichkeit der Teilnahme an speziellen Klinikworkshops in der Földiklinik
- International anerkannt

Lehrgangsort ist das Fortbildungszentrum
FBZ Klagenfurt

Waaggasse 18
9020 Klagenfurt am Wörthsee
Tel.: +43 463 55141
web: www.fbz-klagenfurt.at

Sichern Sie sich Ihren Kursplatz
und melden sich einfach und direkt
online an:
www.foeldicollege.com



bezahlte Anzeige

Master of Science in Osteopathie* und Diplom in Osteopathie

an Europas führender Akademie für Osteopathie



Akkreditierter Ö-Cert-Qualitätsanbieter für Erwachsenenbildung

The International Academy of Osteopathy (IAO)

Postfach 662314, 81220 München | Tel. +49 221 130 86 28 | info@osteopathie.eu | www.osteopathie.eu

fhg

* In Zusammenarbeit mit der fhg –
Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol

bezahlte Anzeige



Basismobilisation

Gesetz in Kraft getreten

Die Ausbildung zur Spezialqualifikation Basismobilisation für Medizinische MasseurInnen (MM) und HeilmasseurInnen (HM) wurde Ende 2015 im Rahmen einer Änderung der Ausbildungsverordnung (MMHm-AV) rechtlich geregelt. Die Verordnung ist nun Basis für die Etablierung von entsprechenden Ausbildungsangeboten. Im Zuge ihrer Umsetzung stellt sich die Frage der konkreten Ausbildungsinhalte und Einsatzbereiche. Der gesetzlichen Regelung dieser Spezialqualifikation Basismobilisation für MM bzw. HM im Medizinischer Masseur Heilmasseurgesetz (MMHmG) ging die Diskussion um die Einführung von RehaassistentInnen im MAB-Gesetz voraus. Dies wurde zwar im MAB-Gesetz nicht umgesetzt, der politische Wille, Grundzüge der Mobilisation im stationären Bereich einem weiteren Beruf nebst PhysiotherapeutInnen – jedoch im Assistenzbereich – rechtlich zu ermöglichen, blieb weiterhin bestehen. Ergebnis ist, dass die Basismobilisation als Spezialqualifikation für MM bzw. HM im MMHmG geregelt wurde. Die diesbezügliche Ausbildungsverordnung regelt zudem die Ausbildung im Umfang von 80 Stunden, davon 40 Stunden praktische Ausbildung in Einrichtungen, die der stationären Betreuung dienen. Der fachspezifische Unterricht muss von PhysiotherapeutInnen durchgeführt werden.

Tätigkeitsbeschreibung und Ausbildungsinhalte

Laut § 60 Abs. 4 MMHmG umfasst die »Basismobilisation [...] die Unterstützung der Patienten bei der Verbesserung ihrer Mobilität und im sicheren Umgang mit Gehhilfen«. Dies beinhaltet Lagewechsel, wie Transfer im und aus dem Bett sowie Begleitung und Sichern der PatientInnen beim Gehen. Voraussetzung für die Durchführung ist, dass die Basismobilisation durch »Medizinische MasseurInnen (Basismobilisation)« bzw. »HeilmasseurInnen (Basismobilisation)« – der Zusatz »Basismobilisation«, so ist es rechtlich geregelt, wird in Klammern hinter der Berufsbezeichnung geführt – erst nach dem Erstkontakt und Befundung durch PhysiotherapeutInnen erfolgt. Nur dann, wenn aus der physiotherapeutischen Befundung ersichtlich ist, dass kein komplexes Geschehen hinter der Immobilität steht, kann die weitere Mobilisation und Gangschulung durch MM/HM mit der Zusatzqualifikation Basismobilisation übernommen werden bzw. können PatientInnen von MM/HM (Basismobilisation) zu Fuß zur Therapie gebracht werden. Dies trifft zu, wenn geschulte Laienhilfe möglich ist oder wenn der/die zu betreuende PatientIn unter Supervision, mit oder ohne Hilfsmittel, gehen kann. Nicht zu verwechseln ist die Basismobilisation u.a. mit Mobilisationstechniken aus der manuellen Therapie, bewegungstherapeutischen Interventionen oder der Ganganalyse und Trainingstherapie.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Grenzen der Basismobilisation durch MM bzw. HM sind auch die Inhalte des Unterrichtsfaches »Grundzüge der Rehabilitation und Mobilisation« zu gestalten.

... TWEET 1 ... TWEET 1 ... TWEET 1 ...

Diabetes Strategie

Das Gesundheitsministerium hat die Erarbeitung einer österreichweiten Diabetesstrategie beauftragt. Diese soll die Aufgaben für die kommenden fünf bis zehn Jahre definieren und einen inhaltlichen Rahmen mit klaren Zielen und Schritten, die zur Umsetzung notwendig sind, vorgeben. Sie wird zusammen mit allen beteiligten Gruppen, darunter auch Physio Austria, erarbeitet.

Weitere Information zur »Österreichweite Diabetes-Strategie« auf www.bmg.gv.at

... TWEET 2 ... TWEET 2 ... TWEET 2 ...

Rahmengesundheitsziel 9 »psychosoziale Gesundheit«

Mit April 2016 hat sich die Arbeitsgruppe zur Bearbeitung des Rahmengesundheitsziels 9 »Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern« konstituiert. Die Expertise der Physiotherapie in diesem wichtigen Bereich, wird in Zusammenarbeit mit MTD-Austria in die Arbeitsgruppe eingebracht.

Weitere Information auf www.gesundheitsziele-oesterreich.at

... TWEET 3 ... TWEET 3 ... TWEET 3 ...

WHO Report über Diabetes

Anlässlich des Weltgesundheitstages 2016 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dazu aufgerufen, das Augenmerk verstärkt auf die Diabetes, deren Prävention und Behandlung zu richten.

Dieser erste WHO-Bericht über Diabetes zeigt, dass sich die Zahl der Erwachsenen mit Diabetes seit 1980 fast vervierfacht hat. Dieser dramatische Anstieg ist im Wesentlichen auf den Anstieg der Typ-2-Diabetes fördernden Faktoren wie Übergewicht und Adipositas zurück zu führen.

Bericht zum Download auf www.who.int

Lernen gelernt

Transferleistung von praktischen Kompetenzen aus dem Physio-Unterricht auf die PatientInnensituation

Das Studium der Physiotherapie schließt mit dem akademischen Grad des Bachelor of Science ab und führt zur Berufsbefähigung als PhysiotherapeutIn. Die Ausbildung wird in dualer Form durchgeführt. Der Umfang der zu vermittelnden Kompetenzen ist im Zuge der Akademisierung der Lehre komplexer geworden. Zudem bestehen am physiotherapeutischen Markt unterschiedlichste Konzepte und Techniken, die ein breites Spektrum an Zugangsmöglichkeiten in der Therapie anbieten.

Die Qualität der universitären Lehre orientiert sich am Stand der aktuellen Forschung und Wissenschaft, die Qualität der Berufspraxis wird durch Übung und Erfahrung gesteigert. Es stellt sich die Frage, wie die Lehre der praktischen Berufskompetenz den unterschiedlichen Anforderungen gerecht werden und die Studierenden optimal für die Berufsausübung vorbereiten kann. Ein in dualen Ausbildungen diskutiertes Merkmal qualitativ hochwertiger Lehre ist die Transferfähigkeit. Die Forschung dazu kommt aus dem Fachbereich der Lernpsychologie. Die Vorbereitung zu positiven Transferleistungen als didaktische Herausforderung wird in der physiotherapeutischen Lehre noch wenig diskutiert.

Transferfähigkeit

Magill und Anderson (2014) beschreiben für motorische Handlungen, dass unter »Transfer« das Übertragen von gelernten Bewegungen oder Fähigkeiten in neue Situationen, beziehungsweise der Übertrag des früheren Lernens auf das aktuelle Lernen, verstanden wird. Eine erfolgreiche Transferleistung gilt als Kennzeichen effektiven Lernens. Generell können drei Transfereffekte unterschieden werden. Ein positiver Transfer findet statt, wenn die vorangegangene Erfahrung das Lernen von neuen Bewegungen bzw. das Ausführen von Bewegungen in einem neuen Kontext unterstützt oder erleichtert. Ein negativer Transfer liegt vor, wenn vorangegangene Erfahrungen das Lernen bzw. Ausführen von Bewegungen in einem neuen Kontext behindern oder hemmen. Bleibt der Effekt aus, wird von einem Nulltransfer gesprochen.

Physiotherapeutische Behandlungsprozesse sind komplexe Handlungen in denen motorische Leistungen und ständig ablaufende Lösungsprozesse erforderlich sind. Um die Behandlungssituation kompetent meistern zu können wird also mehr als nur präzises Anwenden einer Technik gefordert. Die Vermittlung dieser praktischen Kompetenzen erfolgt über zwei Lernprozesse. Der erste Lernprozess findet institutionell statt, im theoretisch exemplarischen Lernfeld und außerhalb der praktischen Anwendungsvollzüge und berufsspezifischen Wirklichkeiten. Der zweite Lernprozess erfolgt am Praktikums- und Arbeitsplatz, in der »Welt der Wirklichkeit«. Der institutionelle Lernprozess muss auf den prozeduralen Lernprozess am Praktikumsort und in der späteren Berufspraxis

optimal vorbereiten. Erarbeitete Kompetenzen müssen also auf das reale Arbeitsfeld transferiert werden können, um in der berufspraktischen Umsetzung abrufbar zu sein und durch Übung weiter gefestigt und automatisiert zu werden. Im optimalen Fall werden die so erworbenen Handlungskompetenzen im weiterführend universitären Unterricht wieder aufgegriffen, weiterentwickelt und so zu immer komplexerer Lösungskompetenz herangeführt. Es stellt sich die Frage, ob die wechselweise Transferleistung zwischen institutionellem und praktischem Lernfeld durch spezifische didaktische Vorgehensweisen besonders günstig beeinflusst werden kann. Dafür gibt es verschiedene Methoden und Konzepte:

Vormachen – Nachmachen

Die Methode »Vormachen– Nachmachen« wird im fachpraktischen Unterricht gerne verwendet. Vortragende demonstrieren eine praktische Fertigkeit und diese wird von den Studierenden imitiert. Diese Methode lehnt sich an das Lernen am Modell an, das davon ausgeht, dass das Imitieren von Verhaltensweisen dem Menschen angeboren ist. Diskutiert man diesen didaktischen Ansatz in Bezug auf die Bloom'sche Taxonomie für psychomotorische Lernprozesse, so ist die Stufe der Imitation die niederste Kompetenzstufe (Anderson et. al 1994). In dieser wird ausschließlich die Fähigkeit der groben Imitation der von ExpertInnen gezeigten Techniken durch die NovizInnen erlangt. Erst in der dritten Stufe (Präzision) werden Lernende unabhängig vom »Modell« – also von den vormachenden und korrigierenden ExpertInnen. Die fünfte und höchste Stufe (Naturalisierung) führt dazu, dass gelernte Handlungen automatisch ausgeführt werden. Die Handlungsgewohnheit wird zur »zweiten Natur« und kann situativ ohne konzentrierte Anstrengung benützt werden. Um also eine Transferleistung in die Situation der Berufspraxis zu ermöglichen, muss nachahmendes Üben mindestens auf die Präzisionsstufe geführt werden. Dies bedeutet für die institutionelle Lehre, dass Lerninhalte variiert und in praxisbezogene Kontexte gebracht werden sollen. Zudem ist es sinnvoll, angelegte Fertigkeiten, die in Praktika bereits begleitet umgesetzt worden sind, im fachtheoretischen Unterricht immer wieder aufzugreifen und neuen Verknüpfungen zuzuführen.

»PHYSIOTHERAPEUTISCHE
BEHANDLUNGSPROZESSE SIND
KOMPLEXE HANDLUNGEN,
IN DENEN MOTORISCHE
LEISTUNGEN UND STÄNDIG
ABLAUFENDE LÖSUNGSPROZESSE
ERFORDERLICH SIND.«



Theorie der identischen Elemente

Die Theorie der identischen Elemente geht davon aus, dass ein Transfer nur möglich wird, wenn in der neuen Lernsituation Elemente enthalten sind, die identisch mit Elementen aus einer vorgelagerten Lernsituation sind. Für die Lehre könnte dies bedeuten, dass die im Unterricht gelehrteten Techniken und Fertigkeiten in den Praktika wiederaufgegriffen und umgesetzt werden sollten. Bei der Auswahl der zu erlernenden Techniken wäre demnach ein maximaler Konsens zwischen Universität und Praktikumstelle anzustreben. Ist dies nicht gegeben, könnten Transfereffekte möglicherweise verhindert werden oder sich sogar negative Effekte für die praktische Kompetenzentwicklung Studierender ergeben.

Gestaltendes Lernen

Versuche im Bereich der Gestalttheorie konnten zeigen, dass ein mechanisches Lernen eines vorgegebenen Lösungsweges einen geringeren Transfererfolg zeigt als »einsichtiges« Lernen. Hierbei wird über die Kenntnis des Lösungswegs hinaus auch ein grundlegendes Verständnis der Zusammenhänge erworben. Insbesondere scheint das Verstehen der Frage, warum ein bestimmter Lösungsweg zum Erfolg führt bedeutsam zu sein. Diese Form des Lernens kann über das Einbetten von Lernaufgaben in praxisnahe physiotherapeutische Problemstellungen erreicht werden. Dafür muss die Aufgabe so gestellt werden, dass im Lernenden der eigene Wunsch und das Interesse geweckt werden, sich neue Kompetenzen aneignen zu wollen. Somit wird auch auf affektiver Ebene eine lustvolle Lernsituation hergestellt, die ebenfalls auf die Transferleistung positiv wirksam ist. Wahrscheinlich ist dies eine der besten Möglichkeiten, Situationen, die im Praktikum häufig vorkommen, bereits in Aufgabenstellungen zu integrieren und so einen Transfer zu unterstützen.

Barbara Gödl-Purrer, MSc, Julia Engel, MFKSc

LITERATUR

- Anderson, L. W. et. al (1994). »Bloom's taxonomy: A forty-year retrospective«. Yearbook of the National Society for the Study of Education. (Chicago: National Society for the Study of Education.
- Bandura, A. (1976). Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Klett.
- Engel, J. (2016). Transfer und Instruktion von Bewegung bei Physiotherapielernen fördern. Der didaktische Ansatz FBL-Functional Kinetics im Vergleich zu Vormachen/Nachmachen. Nicht veröffentlichte Masterthesis des Studiengangs MAS in Funktional Kinetic Sciens (MFKSc) an der Universität Basel.
- Klemme, B. (2012). Lehren und Lernen in der Physiotherapie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Magill, R. & Anderson, D. (2014). Motor learning and control: Concepts and Applications (10. Auflage) International Edition. Singapore: McGraw-Hill Education (Asia).
- Meinel, K. & Schnabel, G. (2015). Bewegungslehre – Sportmotorik. Abriss einer Theorie der sportlichen Motorik unter pädagogischem Aspekt (12. Auflage). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Mulder, T. (2007). Das adaptive Gehirn. Über Bewegung, Bewusstsein und Verhalten. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Qasem, M. (2015). Constructiv Learning Theory in Physiotherapy Education: A Critical Evaluation of Research. Journal of Novel Physiotherapies Nr.5.
- Thorndike, E. L. (1924). Mental discipline in High School studies. Journal of Educational Psychology 15,1/2, 1-22, 83-98.
- Wulf, G. (2007a). Motorisches Lernen, Teil 1). Physiopraxis Refresher, 3, 3-11.
- Wulf, G. (2007b). Motorisches Lernen, Teil 2). Physiopraxis Refresher, 5, 3-13.

Physiotherapie kombiniert mit einer einzigartigen Technologie

INDIBA® **activ**

Advertorial

INDIBA® activ Cell Therapy bringt neue Dimensionen in der Regeneration und Schmerzlinderung. Zusammen mit dem PROIONIC® System bewirkt sie den intra- und extrazellulären Ionenaustausch und ermöglicht eine RASCHE SCHMERZLINDERUNG, VERBESSERT DIE BEWEGLICHKEIT, REGENERIERT BESCHÄDIGTES GEWEBE und BESCHLEUNIGT DEN HEILUNGSPROZESS.

Auch Claudia Hofstätter, MSc. freiberufliche Physiotherapeutin setzt dieses Therapiekonzept bei ihren PatientInnen ein und berichtet über ihre Erfahrungen:

■ Sie arbeiten schon seit längerer Zeit mit INDIBA® activ Cell Therapy, was kann man sich darunter vorstellen?

INDIBA activ ist eine hochfrequente Therapiemethode, die aufgrund des Proionic® Systems den Zellstoffwechsel erhöht und dadurch (nachweislich) die Zellregeneration beschleunigt. Es gibt noch eine Reihe von gewünschten Nebeneffekten, einer davon ist die erhöhte Vaskularisation, wodurch der/die PatientIn ein Wärmegefühl wahrnimmt. Das Feine an der Arbeit mit INDIBA ist, dass es sich nicht um eine rein passive Therapieform handelt, sondern es auch ein aktives/funktionelles Training ermöglicht.

■ Bei welchen Indikationen empfehlen Sie es?

Es gibt eine Vielzahl von Indikationen, derzeit empfehle ich es v.a. bei den Diagnosen/Symptomen: Tendinitiden, Muskelfasereintrisse, Fersensporn, Triggerpunkte, Bursitis, Narbenbeschwerden.

■ Werden die Behandlungskosten von der Kasse übernommen?

Die Kosten sind von den PatientInnen selbst zu tragen.

■ Wie lässt sich INDIBA® activ in Ihre Behandlung als PT integrieren?

Das Gerät lässt sich bei vielen therapeutischen Maßnahmen integrieren, wie z.B. manuellen Techniken, Faszientechniken, Kräftigungsmaßnahmen, etc.

■ Gibt es wissenschaftliche Nachweise zu diesem Therapiekonzept?

Ja, es gibt Metaanalysen, RCT's,...

■ SportlerInnen müssen nach einer Verletzung häufig wieder schnell fit werden. Inwiefern ist INDIBA® activ dabei von Vorteil?

Die SportlerInnen durchlaufen einen beschleunigten Heilungsprozess, eine rasche Schmerzlinderung und somit eine schnellere Rückkehr zur sportlichen Betätigung.

■ Kann INDIBA® activ auch präventiv eingesetzt werden?

Ja, vor allem im Bereich der Regeneration.

■ Was ist Ihr größter Erfolg mit INDIBA® activ Cell Therapy?

Aus einer ganzen Reihe von tollen Erfolgen möchte ich einen Fall hervorheben:



Im Juni 2015 fand ein ÖSV Snowboarder mit einer seit 4 Monaten verschleppten Fraktur im Sprunggelenk und dem Zusatz bone bruise den Weg zu mir. Erst zwei Wochen vor Therapiebeginn erhielt er die ärztliche Freigabe zur Vollbelastung. Zu diesem Zeitpunkt war eine volle Belastung im Training aufgrund der Schmerzen nicht möglich. Wir hatten 5 Wochen Zeit bevor er wieder zur Weltcupvorbereitung fuhr. Das bedeutete, sein Sprunggelenk sollte bei voller sportlicher Belastung 100%ig schmerzfrei sein. Das Ziel konnte erreicht werden und er konnte die Weltcupseason starten.

■ Was hat Sie überzeugt, diese Therapielösung zu erwerben?

Es war der Erfolg in der Anwendung. Vor dem Erwerb konnte ich das Gerät in meiner Praxis ausprobieren.

■ Welche Vorteile hat INDIBA® activ gegenüber herkömmlichen Elektrotherapien?

Es ist eine aktive Therapieform. Die Handhabung des Geräts lässt sich an meine Art zu arbeiten anpassen. Ein weiterer Vorteil ist die Anwendungsmöglichkeit bei metallischen Implantaten.

■ Gibt es eine Weiterbildung oder regelmäßige Workshops dazu?

Ja, diese werden von der Firma Drott Medizintechnik GmbH organisiert.

Drott

Drott Medizintechnik GmbH
Ricoweg 32D
2351 Wiener Neudorf

Tel.: +43 (0) 2236 660 880
Fax: +43 (0) 2236 660 880 - 10

www.drott.at
office@drott.at

Lernen lernen

Motorisches Lernen versus Handlungskompetenz



© Stockdonkey - Fotolia.com

»DAS, WOMIT WIR UNS BESCHÄFTIGEN, DAS,
WAS WIR WAHRNEHMEN IN UNSEREM LEBEN,
HINTERLÄSST SPUREN IN UNSEREM GEHIRN.
ES PRÄGT UNSER DENKEN, VERSTEHEN UND
HANDELN.«

Die meisten PhysiotherapeutInnen befassen sich tagtäglich mit dem Thema des motorischen Lernens. Sie überlegen, wie sie Alltagsfunktionen bei den PatientInnen bestmöglich wiederherstellen können, und dabei natürlich, wie sie am effektivsten dieses Ziel erreichen können.

Schon Santiago Ramon y Cajal, ein spanischer Neurowissenschaftler, hatte Ende des 19. Jahrhunderts die Idee, dass Lernen durch die Stärkung der Verbindung zwischen existierenden Neuronen gebildet werde, wodurch es zur Verbesserung ihrer Übertragungseffektivität kommt. Dies wurde durch Donald O' Hebb, durch die sogenannte Hebb'sche Regel bestätigt, die besagt, »what fires together, wires together«. Diese Langzeit-Potenzierung ist ein an Synapsen von Nervenzellen beobachtetes Phänomen. Sie stellt eine Form der synaptischen Plastizität dar. Diese Erkenntnisse münden in der heutigen Ansicht dass motorisches Lernen mit dem Begriff der Neuroplastizität gekoppelt ist.

Ein Lernmodell

Neurophysiologisch passiert sehr viel beim Lernen, das bereits erforscht ist, und wir wissen, wie es zur Neuroplastizität kommt. Aber inwieweit hilft uns die Erkenntnis im Alltag mit den PatientInnen? Hilfreich ist, sich anzuschauen, wie jemand lernt und welche Grundlagen vorhanden sein müssen, um optimal lernen zu können. Es gibt verschiedene Konzepte des Lernens, die wir kennen, die dann zur Anwendung kommen.



Quelle: Motor Control Translating Research into Clinical Practice 2016
Anne Shumway-Cook, Marjorie Woolacott

Der Lernprozess der zur Erreichung einer Handlungskompetenz führen soll, wird im Wesentlichen durch die Aufgabe, durch die Umwelt und durch die Person, die lernt, bestimmt. Die Person hat gewisse körperliche Voraussetzungen zum Lernen. Die Aufgabe bestimmt, wie die Person agiert oder darauf reagiert. Die Umwelt beeinflusst den Lernprozess, z.B. indem sie ein sicheres Umfeld bietet oder auch den Vorgang des Lernens erschwert. Diese drei Bereiche beeinflussen den Lernvorgang dominant. Um den Lernvorgang zu gestalten und zu beeinflussen, muss man sich über alle drei Bereiche im Klaren sein und kann dann gestaltend und fördernd einwirken.

Die Grundlagen des Lernens beschreibt der Neurowissenschaftler Manfred Spitzer (2007) so:

Lernen findet im Gehirn statt:

- ist ein langsamer Prozess
- auf Wiederholung angewiesen
- produziert mehr Können als Wissen
- repräsentiert sich in spezifischen Regionen
- wird im Tiefschlaf vom Hippokampus in die Großhirnrinde überspielt (replay)
- ist stark von Aufmerksamkeit abhängig (Vigilanz; selektive Aufmerksamkeit).

Zum Lernen braucht es Motivation:

- entsteht durch nicht erwartete Resultate
- wird im Belohnungssystem chemisch (Dopamin) hervorgerufen
- gelernt wird, wenn positive Erfahrungen gemacht werden
- entsteht vor allem bei gemeinschaftlichen Aktivitäten
- ist nicht zu erzeugen, sondern naturgemäß im Menschen angelegt.

Was behindert lernen:

Überanstrengung, Überforderung, Erschöpfung, Angst, Langeweile Überforderung, Frustration, Schmerz, Zeitnot.

KURSAANKÜNDIGUNGEN

Multiple Sklerose – Rehabilitation bei MS

10. bis 11. November 2016

Physio Austria Kurszentrum, Wien
Bernd Anderseck, MSc

Gangrehabilitation bei neurologischen Störungen – Funktionsorientierte Therapie

13. bis 14. November 2016

Physio Austria Kurszentrum, Wien
Bernd Anderseck, MSc

WEITERE INFORMATION UND ANMELDUNGEN VIA

www.physioaustria.at/kursprogramm



© Bernd Anderseck, MSc

NEUROLOGIE

Bernd Anderseck, MSc

Erfahrungen formen Denken, Verstehen und Handeln

Das Gehirn ist ein Organ zur Produktion von Gebrauchsspuren: Das, womit wir uns beschäftigen, das, was wir wahrnehmen in unserem Leben, hinterlässt Spuren in unserem Gehirn. Es prägt unser Denken, Verstehen und Handeln. Dies ist kein abgeschlossener Prozess. Abwechslung und Veränderung sind lebendiger Bestandteil unserer Wirklichkeit und unserer Lernprozesse. Was aber, wenn PatientInnen zum Beispiel nach einem Hirnschlag im Bett liegen und nichts tun können oder auch nichts tun wollen? Wenn sie in eine depressive Phase fallen oder enttäuscht sind, dass ihr Körper bei Multipler Sklerose etwa mehr und mehr

abbaut. Üblicherweise gehören Neugier, Interesse und Motivation zu Lernprozessen dazu, diese sind aber je nach Phase der Erkrankung nicht vorhanden. In diesem Moment kommt es darauf an, die PatientInnen aufzuklären, ihnen Mut zu machen und sich als PhysiotherapeutIn als ExpertIn auszuweisen.

Interdisziplinärer Ansatz gefragt

Moderne Neurorehabilitation ist gekennzeichnet durch einen interdisziplinären Ansatz, in dem die verschiedenen Professionen wie ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, Pflegekräfte, LogopädInnen, NeuropsychologInnen, ÄrztInnen und andere an gemeinsamen Zielen arbeiten, die sie im Gespräch mit PatientInnen formulieren und untereinander abgestimmt anstreben. Nun stellt sich die Frage, was der beste Weg ist, diese Ziele – diese Handlungskompetenz – zu erreichen. Oftmals gibt es einen interdisziplinären Ansatz, der sich jedoch als multidisziplinärer Ansatz herausstellt. Das bedeutet: alle Beteiligten arbeiten autonom, man trifft sich und bespricht die Arbeit und die Ziele. Wenn allerdings die Handlungskompetenz der PatientInnen im Vordergrund stünde, hätten transdisziplinäre Teamarbeiten große Vorteile. Die Handlungskompetenz in den Vordergrund zu stellen und therapieübergreifend zu denken und zu handeln sind hier erforderlich. Dieses erweiterte Rollenverständnis wird als »advanced scope of practice« bezeichnet. Dadurch entsteht mehr Verständnis füreinander und man lernt sehr intensiv als PhysiotherapeutIn von den anderen Disziplinen. Alle Gesundheitsberufe bleiben aber in ihren Kernkompetenzen die ersten AnsprechpartnerInnen. Als PhysiotherapeutInnen besitzen wir Kenntnisse über die neurologischen Störungen und deren Behandlungsansätze. Bei fehlendem Gleichgewicht, Spastizität, Kraftverlust, Wahrnehmungs- und Koordinationsstörungen hilft uns dieses Wissen, Herausforderungen bestmöglich zu gestalten. PatientInnen brauchen Beziehungsstabilität und ein warmes, stabiles, sicheres Umfeld, um fehlende Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen.

LITERATUR

Karnath, H. & Thier, P. (2012). Kognitive Neurowissenschaft. Springer Verlag.

Kesselring, J. (2007). Neurologische Aspekte des Lernens. In: Holderegger, A., Sitter-Liver, B., Hess, C.W. & Rager, G. (Hrsg.): Hirnforschung und Menschenbild. Beiträge zur interdisziplinären Verständigung. Academic Press Frybourg.

Spitzer, M. (2007). Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrumverlag.

Dudel, J., Menzel, R. & Schmidt, R. (2001). Neurowissenschaft: Vom Molekül zur Kognition. Springer Verlag.

Hebb, D. (2002). The organization of behavior. A neuropsychological theory. Erlbaum Books Mahwah, N.J. (Nachdruck der Ausgabe New York 1949).



Musculoskeletal Physiotherapy

Das Ziel ist es, aufbauend auf einer entsprechenden Berufserfahrung, theoretisches und praktisches Wissen auf dem Gebiet der muskuloskelettalen Physiotherapie und der manuellen Therapie konzeptübergreifend zu erweitern und zu vertiefen.

Dauer: 5 Semester, berufsbegleitend
Start: 5. September 2016
Abschluss: Master of Science (MSc) & OMT-Diplom

Donau-Universität Krems
Die Universität für Weiterbildung
martina.tuechler@donau-uni.ac.at
Tel. +43 (0)2732 893-2744
www.donau-uni.ac.at/muscu



Bernd Anderseck, MSc

bezahlte Anzeige



Doktoratsstudium

für

Physiotherapeuten und Mediziner

in Kooperation mit der

**der Hochschule für Physiotherapie - Fakultät für
Bewegungsrehabilitation in Krakau (Polen)**

Abschluss: PhD

Dauer: 6 Semester

Voraussetzung: 300 ECTS

Kosten: € 15.800,-

Sprache: Deutsch

Qaly-med Akademie GmbH

- stellt eine adäquate Betreuung durch fachlich erstklassige Experten sicher
- sieht sich als Pfeiler Ihres Dissertationsprozesses
- bietet Qualitätssicherung, Betreuungszusage, Mobilität, Dissertationsvereinbarung und Fortschrittsüberprüfung, sowie Supervision

Informationsveranstaltung in den Räumen der

Qaly-med Akademie GmbH

am 10. Juni 2016 um 18 Uhr

Kontakt:

**Qaly-med Akademie GmbH, Plankengasse 7/26, 1010 Wien
office@quma.at, www.quma.at**

bezahlte Anzeige

Neuerwerbungen der Bibliothek



Becker, H. (2016)

KörperLernen.

Therapieansätze und Strategien für motorisches und Handlungslernen.
München: Elsevier Urban & Fischer.

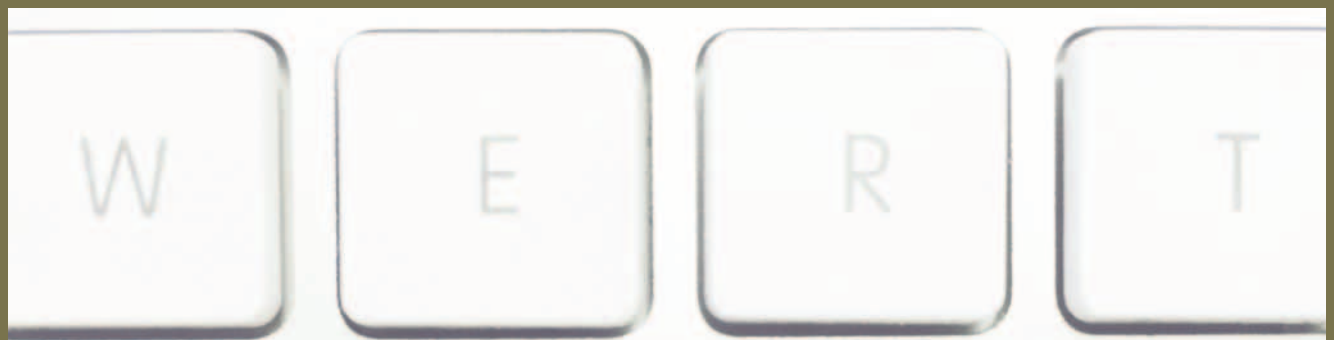


Buchbauer, J. & Steininger, K. (2016)

Funktionelles Kraftaufbau- training in der Rehabilitation.

Komplettes Trainingsprogramm.
München: Elsevier Urban & Fischer.

**Bestellmöglichkeit via
bibliothek@physioaustria.at**



AUSSCHREIBUNG

Innovative Masterarbeiten werden prämiert!

**Wir feiern 100 Jahre Physiotherapie
in Österreich.**

Um das Jubiläumsjahr 2016 gemeinsam abzuschließen findet am 18. November das **Symposium Physiotherapie quo vadis** in Wien statt. Im Rahmen des Events werden Masterthesen der letzten vier Jahre prämiert!

Eingereicht werden können fertige positiv beurteilte Masterthesen der letzten vier Jahre, sofern diese nicht zuvor schon bei Physio Austria oder MTD-Austria eingereicht wurden und sofern sie nicht gerade in einem anderen Reviewverfahren sind oder schon woanders prämiert wurden.

Der Einreichungszeitraum ist von **15. Juni bis 1. August 2016.**

Weitere Informationen und alle Dokumente auf **www.physioaustria.at**

Für den ersten Preis sind 1.000 Euro, für den zweiten Preis 600 Euro und für den dritten Preis 300 Euro ausgeschrieben.

Pionierinnen des Motorischen Lernens

Kurzporträts einflussreicher Frauen in der Physiotherapie

In diesem Artikel werfen wir einen Blick auf die Entwicklung bzw. Implementierung des motorischen Lernens in der Physiotherapie. Diese von uns beschriebene Entwicklung fand primär in den USA statt, initiiert und vorangetrieben von Frauen in unserem Beruf.

Die hier porträtierten Frauen kritisierten seit den 1980er Jahren – basierend auf ihrer praktischen Tätigkeit und v.a. auf aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, unter anderem des Neurowissenschaftlers Nikolai Bernstein – die damals etablierten neurophysiologischen Ansätze. Sie führten wissenschaftlich basierte und auf Effektivität überprüfte therapeutische Ansätze ein; allen voran das »Aufgaben-orientierte Training«. In diesem Sinne sind sie Wegbereiterinnen der evidenzbasierten Physiotherapie in der Neurologie.

Die Neuro-Physiotherapie verändert sich

Am Beginn steht die erst kürzlich verstorbene **Ann Gentile** (1936 bis 2016; PhD in Physical Education & PhD in Neuropsychologie). Über 40 Jahre unterrichtete und forschte sie am Teachers College der Columbia University in New York. Sie gründete den ersten interdisziplinären Studiengang zum motorischen Lernen und war 1976 eine der ersten Frauen im ProfessorInnen-Team am Teachers College.

Bekannt in der Physiotherapie wurde vor allem ihre Task Taxonomie (Gentile, 1972), mit der sie die Überlegung verband, dass Anforderungen in der Durchführung motorischer Aufgaben stark von Umweltbedingungen beeinflusst werden. In ihren späteren Forschungsarbeiten zeigte sie, dass die Wiederherstellung der Funktion nach Schlaganfall durch aktives Training in förderlicher Umgebung möglich ist (Held et al., 1985). Durch ihre intensive Lehrtätigkeit und Betreuung von Master- und Doktorarbeiten beeinflusste sie viele PhysiotherapeutInnen in deren praktischer und wissenschaftlicher Arbeit.

Zwei dieser StudentInnen waren **Janet Carr** (1933 bis 2014) und **Roberta Shepherd** (Diplom in Physiotherapie 1956), zwei australische Physiotherapeutinnen. Wie niemand vor ihnen verbreiteten sie den Aufgaben-orientierten Ansatz, unter anderem durch ihre Fachbücher, die in der Ausbildung von PhysiotherapeutInnen heute kaum noch wegzudenken sind (z.B. Shepherd & Carr, 1987). Außerdem definierten sie primäre und sekundäre Beeinträchtigungen nach einem Schlaganfall und forderten, diese in der Behandlung entsprechend zu berücksichtigen (z.B. durch Kraft- oder Ausdauertraining; also Maßnahmen, die lange Zeit abgelehnt wurden).

Anne Shumway-Cook (geb. 1947) wird einigen LeserInnen bekannt sein: Sie gab gemeinsam mit ihrer Kollegin **Marjorie Woollacott** im Juni 2013 einen von Physio Austria organisierten Kurs an der Med Uni Wien zum Thema Balance. Shumway-Cook gilt international als »die« Balance-Expertin. Ihr Buch »Motor Control: Translating Research into Clinical Practice« (Shumway-Cook & Woollacott, 1995) ist fester Bestandteil der Physiotherapie-Ausbildung im anglo-amerikanischen Raum. Neben ihrer äußerst erfolgreichen wissenschaftlichen Karriere (mit über 70 Artikeln) und intensiver Unterrichtstätigkeit arbeitet sie bis heute als Physiotherapeutin.

LITERATUR

- Gentile, A. (1972). A Working Model of Skill Acquisition with Application to Teaching. *Quest*, 17, 3-23.
- Held, J., Gordon, J. & Gentile, A. (1985). Environmental influences on locomotor recovery following cortical lesions in rats. *Behav Neurosci*, 99, 678-90.
- Carr, J. & Shepherd, R. (1987). A motor relearning programme for stroke. 1st ed., Aspen Publishers, New York.
- Shumway-Cook, A. & Woollacott, M. (1995). *Motor Control: Translating Research into Clinical Practice*. 1st ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Wolf, S., Winstein, C., Miller, J. et al. (2006). Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke - The EXCITE randomized clinical trial. *JAMA*, 296, 2095-104.
- Winstein, C. et al. (1996). Learning a partial-weight-bearing skill: Effectiveness of two forms of feedback. *Physical Therapy*, 76, 985-93.
- Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (2009). S2e-Leitlinien der DGNR zur motorischen Rehabilitation der oberen Extremität nach Schlaganfall. *Neurol Rehabil* 15,81-106.
- Lang, C. et al. (2007). Counting repetitions: an observational study of outpatient therapy for people with hemiparesis post-stroke. *J Neurol Phys Ther*, 31, 3-10.
- Birkenmeier, R., Prager, E. & Lang, C. (2010). Translating animal doses of task-specific training to people with chronic stroke in 1-hour therapy sessions: a proof-of-concept study. *Neurorehabil Neural Repair*, 24, 620-35.

»GEMEINSAM IST ALLEN PIONIERINNEN, DASS SIE IN IHRER ARBEIT EINE AKTIVE THERAPIE FORDERN.«



© Ulla Koltyrina - Fotolia.com

Aktuelle Entwicklungen

Carolee Winstein (BSc in Physiotherapie 1973) war Co-Principal Investigator der EXCITE-Studie (Wolf et al., 2006), einer der ersten großen multi-zentrischen Studien in der Physiotherapie. In dieser Untersuchung, die in einer der bedeutendsten medizinischen Fachzeitschriften publiziert ist, wurden die Effekte der Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) auf die Wiederherstellung der Armfunktion nachgewiesen. Hauptbestandteile von CIMT sind der erzwungene Gebrauch des betroffenen Arms, Aufgabenspezifisches Üben mit hoher Wiederholungszahl, und das sog. »Shaping« (Erhöhen der Aufgabenanforderung & positives Feedback). Mittlerweile ist CIMT eine der bestuntersuchten Therapieansätze nach Schlaganfall und in zahlreichen Leitlinien vertreten (u.a. in der deutschen Leitlinie, 2009). Außerdem beschäftigte sie sich mit grundlegenden Fragen zum motorischen Lernen (z.B. welche Art des Feedbacks fördert das Erlernen einer Teilbelastung im Krückengehen (Winstein et al., 1996)).

Unsere jüngste Pionierin ist **Catherine Lang** (BSc 1993), die derzeit an der Washington University in St. Louis, Missouri arbeitet. Sie beforcht konsequent und praxisrelevant das Thema Wiederholungszahl. Aufbauend auf der Erkenntnis aus Tierstudien, dass mehrere 100 Wiederholungen

pro Einheit notwendig sind, um langfristige Verbesserungen zu erreichen, beschrieb sie den Ist-Zustand in der Praxis, indem sie Therapieeinheiten beobachtete und Wiederholungszahlen eruierte (Lang et al., 2007). Die Ergebnisse waren ernüchternd: Die Wiederholungszahlen in der Praxis lagen weit von den für Plastizität und Funktionswiederherstellung notwendigen. In weiterführenden Studien zeigte ihr Team, dass 300 Wiederholungen von Aufgabenspezifischen Übungen in einer einstündigen Behandlung bei Menschen nach Schlaganfall umsetzbar sind und eine höhere Wiederholungszahl, im Vergleich zu niedrigeren Dosen, zu größeren Fortschritten führt (Birkenmeier et al., 2010). Neben der enormen Praxisrelevanz ihrer Arbeit ist Lang für all jene, die eigenständig in der Forschung arbeiten wollen, durch ihre genaue, systematische Vorgehensweise ein großes Vorbild.

Gemeinsam ist allen Pionierinnen, dass sie in ihrer Arbeit eine aktive Therapie fordern, die auf Prinzipien des motorischen Lernens basiert und damit die lang favorisierte Fokussierung auf Plus-Symptome (v.a. Tonuserhöhung) in den Hintergrund stellen. Außerdem zeigen die Lebensläufe dieser mutigen Frauen, dass ein Weg von der Praxis in die Wissenschaft möglich ist, und, dass dieser Weg zu wertvollen Ergebnissen für die Weiterentwicklung der Physiotherapie führt.

Gudrun Diermayr, PhD, Andrea Greisberger, Msc

Inverted Classroom

Ein Lernmodell auf das Studium der Physiotherapie angewandt

Die Lehrenden in Studiengängen der Physiotherapie stehen vor der Herausforderung, dass immer größere Wissensbereiche theoretisch bearbeitet werden müssen, gleichzeitig aber auch genügend Zeit für die praktische Umsetzung einzuplanen ist, um unserem handlungsorientierten Beruf in der Ausbildung gerecht zu werden. Das Inverted Classroom Model (ICM) scheint als Lösung dieses didaktischen Dilemmas geeignet.

Im Gegensatz zur herkömmlichen Vorlesung, in der die Lehrenden »dozieren« und die Studierenden zu Hause (häufig alleine) den Prozess der Aufarbeitung, der kritischen Auseinandersetzung und der Implementierung des neu gewonnenen Wissens in die praktischen Handlungsweisen alleine durchlaufen müssen, versucht das Inverted Classroom Model (ICM) das Theorielernen in das Heimstudium zu verlegen. So wird die gemeinsame Präsenzzeit vermehrt für die praktische Umsetzung genutzt.

Wie ist eine ICM Lehrveranstaltung aufgebaut?

Die Studierenden erhalten jeweils vor den Präsenzphasen über die E-Learning Plattform Materialien zum Aneignen des theoretischen Wissens zur Verfügung gestellt. Dabei können sie im eigenen Tempo und an dem Ort, an dem sie gut lernen können, arbeiten und kommen vorbereitet in den Unterricht. Dort erfolgt die praktische Anwendung des Wissens.

Wie können Lehrende begleiten?

Für die Planung und Umsetzung einer Lehrveranstaltung nach dem ICM gilt es, einige Punkte zu beachten. Zuerst muss überlegt werden, welche Teile des Stoffes sich für die Auslagerung in das Selbststudium eignen und wie die Überprüfung des angeeigneten Wissens sowie die praktische Umsetzung in der Präsenzlehrveranstaltung erfolgen werden.

In der zweiten Phase wird bestimmt, in welcher Form die Inhalte zur Verfügung gestellt werden. Charakteristisch ist die Bereitstellung von selbst produzierten oder im Internet gefundenen Lehrvideos. Es können jedoch auch Skripten, Artikel, Buchausschnitte etc. zur Verfügung gestellt werden.

Um Überforderung zu vermeiden, ist es notwendig, eine genaue Einschätzung der Vorbereitungszeit vorzunehmen. Die Hinterlegung aller Lehrveranstaltungen mit ECTS (European Credit Transfer System; 1 ECTS entspricht 25 Stunden Workload) erleichtert die Planung der Arbeitsaufgaben. Die aufgewendete Zeit soll von den Studierenden in einem Lerntagebuch dokumentiert werden. Überschreitungen der geplanten Arbeitszeit werden den Vortragenden kommuniziert und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten gesucht.

PRODUKTIONSTIPPS

Do's and don't's

- o Kurze Lehrvideos produzieren (max. 15 Minuten)
- o Arbeitsaufträge klar formulieren - Bezug auf das Lehrvideo oder die Inhalte der Lernunterlagen nehmen
- o Workload festlegen - nachfragen, ob die Einschätzung mit dem tatsächlichen Aufwand übereinstimmt
- o Inhalt der Vorbereitungsarbeit in der Präsenzphase anwenden
- o Inhalte des Vorbereitungsauftrags nicht noch einmal vortragen
- o Keine Fragen wie: »Wer hat sich das Video angesehen?« stellen
- o Studierende in Kleingruppen arbeiten lassen
- o Vielfältige Lernunterlagen verwenden (z.B. Videos, Skriptum, Arbeitsblätter, Forum im Moodle etc.)



ABB 1
Videoausschnitt -
Laptopkamera
(Stübler)



ABB 2
Videoausschnitt -
Camtasia Studio ®
(Stübler)

Ulo

führend in den Ausbildungen:
Upledger CranioSacral Therapie®
Viszerale Manipulation nach Barral®
Osteopathische Therapie und Heilkunde

Ein Kursprogramm im Besonderen für die tägliche Praxis der Physiotherapie.

NEU im Programm: Die Osteopathieausbildung mit freier Modulwahl. Kostenlos anfordern unter: www.upledger.at



Upledger Institut Österreich | Sparbersbachg. 63 | 8010 Graz
Tel.: 0316/84 00 50-0 | E-Mail: office@upledger.at | www.upledger.at

Ulo



Was gilt es bei der Produktion von Lehrvideos zu beachten?

Das Produzieren eines Lehrvideos ist anfangs ungewohnt. Mit einiger Übung verliert man jedoch die Scheu und die Freude an Experimenten steigt. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, selbst Videos herzustellen. Die einfachste Art ist das Abfilmen von Lehrenden vor einer Flip Chart (Abb. 1) mit der Laptop Kamera (externes Mikrofon verwenden). Einfach anwendbar sind Programme, auf denen man den Bildschirm des Computers sowie die Lehrveranstaltungsleitung sehen kann. Es ist wichtig, verschiedene Systeme auszuprobieren und nach den persönlichen Vorlieben zu entscheiden.

Wie kann man den Wissensstand überprüfen?

Es liegt in der Verantwortung der Studierenden, die gestellten Aufgaben zu erfüllen, da sie die Voraussetzung für die praktisch orientierten Einheiten darstellen. Eine kurze Überprüfung am Beginn der Präsenzlehrveranstaltung ist zu empfehlen. Es können z.B. One-Minute-Paper erstellt (eine Frage – eine Minute – schriftlich), ein Gallery Walk durchgeführt (Plakate mit Fragen an der Wand, die schriftlich beantwortet werden) oder Multiple Choice Tests bereitgestellt werden. Nach der kurzen Wissensüberprüfung werden die erlernten theoretischen Inhalte praktisch umgesetzt. In physiotherapeutischen Fächern bieten sich die Bearbeitung von Fallbeispielen, Rollenspiele (Anamnese-gespräche) oder das Erarbeiten von Übungsprogrammen etc. an. Es ist darauf zu achten, dass die Übungen an der vorbereiteten Theorie anknüpfen.

Persönliche Erfahrungen

Seit mehreren Jahren stelle ich Teile meiner Lehrveranstaltungen im Sinne des ICM um. Die Dynamik, die mit dieser Art der Lehrveranstaltung entsteht, finde ich spannend. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Umstellung nicht sofort gelingt und man in Kauf nehmen muss, dass die Evaluierungen in den ersten Jahren schlechter werden. Dieses von vielen AnwenderInnen des ICM beobachtete Phänomen scheint mit der vermehrten Belastung der Studierenden während des Semesters in Zusammenhang zu stehen, ist aber auch den Schwierigkeiten gezollt, die jede Systemumstellung bei den LehrveranstaltungsleiterInnen hervorruft. Die Prüfungsergebnisse haben sich in meiner Beobachtung nicht verändert, jedoch wird von einigen Studierenden das System des selbstgesteuerten Theorielearnens als Vorteil gesehen. Trotz aller anfänglichen Probleme kann ich dieses didaktische Modell für die Ausbildung von PhysiotherapeutInnen empfehlen.

Andreas Stübler, MAS

LITERATUR

Handke, J., Kiesler, N. & Wiemeyer, L (Eds.) (2013). The Inverted Classroom Model. The 2nd German ICM-Conference-Proceedings. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Weiterführende Informationen zum ICM
www.skill.fhstp.ac.at

»DAS PRODUZIEREN EINES LEHRVIDEOS IST ANFANGS UNGEWOHNT. MIT EINIGER ÜBUNG VERLIERT MAN JEDOCH DIE SCHEU UND DIE FREUDE AN EXPERIMENTEN STEIGT.«

Körpersprache der Seele

Psychosomatik in der Physiotherapie

Ein Befund, der die Beschwerden nicht erklären kann.
Keine Besserung durch die Behandlung. Haben Sie eine solche Situation bereits erlebt und waren ratlos? Dachten Sie daran, dass die Problematik womöglich nicht (nur) auf körperlicher Ebene besteht? Dass der Grund nicht in Ihrer physiotherapeutischen Kompetenz liegt, sondern dass seelische Aspekte einen Einfluss haben könnten?

Die Auseinandersetzung mit der Wechselwirkung zwischen Körper und Seele ist heute mehr denn je aktuell. Zwar hat die Anwendung des Maschinenmodells auf den Menschen schon in der Medizin des späten 19. Jahrhunderts dazu beigetragen, Körper und Seele weitgehend zu trennen (Uexküll & Wesiack, 2003). Die Psychoanalyse hingegen, die Sigmund Freud zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte, sieht in körperlichen Symptomen auch den Ausdruck oder die Beteiligung psychischer Konflikte (Boll-Klatt, 2005; Freud, 1925). Ein wichtiger Wegbereiter der psychosomatischen Medizin ist Thure von Uexküll, der dafür plädiert, die Psychosomatik nicht als eigene Disziplin, sondern als Bestandteil der gesamten Heilkunde aufzufassen (Adler et al., 2011).

Psychosomatische Erklärungsmodelle

Zur Erklärung psychosomatischer Zusammenhänge dienen heute unter anderem Stressmodelle, in denen – wie im Biopsychosozialen Modell (u.a. Egger, 2005) – objektive, individuelle und soziale Faktoren berücksichtigt werden. Vor allem die subjektive Bewertung des Ereignisses und des eigenen Handlungsspielraumes durch die betroffene Person ist ausschlaggebend für das Erleben von Stress (Folkman, 1984; Schwarzer, 2000). Die Auswirkungen zeigen sich in verschiedenen Körperbereichen: So steigert akuter Stress die Immunaktivität, während chronischer Stress diese hemmt. Folgen davon sind eine erhöhte Infektanfälligkeit, unter anderem aufgrund einer verringerten Antikörperproduktion, und eine verzögerte Wundheilung (Ader & Cohen, 1993; Nater, Ditzen & Ehlert, 2011).

Psychosomatische Erfahrungen in der physiotherapeutischen Praxis

In Interviews über die Bedeutung der Psychosomatik in ihrer Praxis äußern PhysiotherapeutInnen übereinstimmend, dass sie sich zwar als KörpertherapeutInnen sehen, aber psychische Aspekte durchaus einbeziehen (Kathrein, 2014). Chronisch-rezidivierende und therapieresistente Beschwerden, insbesondere des Rückens, sowie ein unklarer Befund sind häufige Anzeichen von psychischen Belastungen. Oft haben die PatientInnen Schwierigkeiten, ihre Symptome zu beschreiben, und sie zeigen eine gedrückte Körperhaltung. Die innere Anspannung spiegelt sich in gestresstem Verhalten, hohem Gewebetonus und einer verminderten Körperwahrnehmung wider. In solchen Fällen sollten die TherapeutInnen ihre Vermutung einer psychischen Beteiligung mit Vorsicht und meist erst bei wachsendem Vertrauen im Therapieverlauf ansprechen, wobei körperliche Maßnahmen unterstützen können. Auch wenn manche

PatientInnen, z.B. mit starker Karriereorientierung, mit Ablehnung reagieren, bewirken das Äußern von Belastungen und Emotionen (z.B. durch Weinen) und insbesondere Zeit und Zuwendung bei vielen Menschen Erleichterung und Dankbarkeit. Im Vordergrund stehen hier sanfte und spannende Therapiemaßnahmen, aber auch aktive Bewegung und Körperwahrnehmungsübungen, je nach konkreter individueller Situation. Die Behandlung dauert tendenziell länger, der Therapiefortschritt sowie die physiotherapeutischen Möglichkeiten sind oft eingeschränkt. Die Aufklärung der PatientInnen über psychosomatische Zusammenhänge fördert häufig das Verstehen und die Eigenverantwortung. Bei Bedarf können weiterführende (Therapie-) Empfehlungen, z.B. das Weitergeben von Kontaktadressen, hilfreich sein und zudem zur interdisziplinären Zusammenarbeit beitragen.

Unsicherheiten begegnen

Die Qualität der therapeutischen Beziehung hat einerseits einen großen Einfluss auf das Vorgehen, andererseits aber auch auf das Abgrenzungsvermögen der PhysiotherapeutInnen. Je mehr Nähe erlebt wird, desto schwieriger ist die notwendige professionelle Distanzierung von den Problemen der PatientInnen. Andererseits kann gerade das offene Sprechen über Lebensbereiche, die über die körperlichen Beschwerden hinausgehen, die Beziehung vertiefen. Die Selbstfürsorge und insbesondere die Kompetenzvermittlung für den Umgang mit psychisch belasteten PatientInnen wurden bislang in der Ausbildung der TherapeutInnen noch zu wenig berücksichtigt. Auf die dadurch fehlenden Kompetenzen führen viele ihre zum Teil erlebte Unsicherheit und Frustration in der Behandlung zurück. Dies trifft selbst auf jene zu, die bereits nach dem neuen Fachhochschulcurriculum studiert haben, in dem derartigen Inhalten schon mehr Raum gegeben wird. Aus diesem Grund wäre in der Ausbildung eine noch umfassendere Auseinandersetzung mit diesen Themen, z. B. in Form von Selbsterfahrung und Supervision, anzustreben, die letztlich nicht nur den PhysiotherapeutInnen, sondern auch den PatientInnen zugutekommt.

Astrid Kathrein, BSc MSc

»DIE AUFKLÄRUNG DER PATIENTINNEN ÜBER PSYCHOSOMATISCHE ZUSAMMENHÄNGE FÖRDERT HÄUFIG DAS VERSTEHEN UND DIE EIGENVERANTWORTUNG.«

LITERATUR

- Ader, R. & Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Adler, R. H. et al. (2011). Uexküll Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Urban & Fischer.
- Boll-Klatt, A. (2005). Aktuelle psychosomatische Krankheitsmodelle. In Schmeling-Kludas, C. (Hrsg.), *Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin*. Leitfaden für Internisten und praktisch tätige Ärzte (S. 75-100). München: Hans Marseille.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig: Deuticke.
- Kathrein, A. (2014). Der Körper als Bühne der Seele – Eine Befragung von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen zur Einbeziehung psychosomatischer Zusammenhänge im physiotherapeutischen Befundungs- und Behandlungsprozess. Masterarbeit, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.
- Nater, U. M., Ditzen, B. & Ehlert, U. (2011). Stressabhängige körperliche Beschwerden. In Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 1039-1052). Berlin: Springer.
- Uexküll, T. von & Wesiack, W. (2003). Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In Adler, R. H. et al. Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns (S. 3-42). München: Urban & Fischer.

Studiert und kommentiert

Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie.

Ganahl K, Dahlvik J, Röthlin F, Alpagu F, Sikic-Fleischhacker A, Peer S, Pelikan JM. 2016. LBIHPR Forschungsbericht.

Gesundheitskompetenz (GK) hat Auswirkungen auf den Erfolg von Krankenbehandlungen und Gesundheitsförderung. Ein Migrationshintergrund könnte sich negativ auf die GK auswirken.

Aufgrund einer mangelnden Datenlage zu dieser Annahme wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) mit der vorliegenden Studie beauftragt.

Studiendesign

Mittels qualitativem und quantitativem Zugang wurden 2013 und 2014 entsprechende Daten erhoben. Eine Literaturstudie, ExpertInneninterviews, Fokusgruppen und Telefon-Interviews bei Personen mit Migrationshintergrund aus Bosnien/Kroatien/Serbien BKS (N=300) sowie der Türkei TR (N=325) haben die Diskussionsgrundlage geschaffen. Die Interviews umfassten 28 Fragen zur GK, davon 12 auf Basis der in den qualitativen Studien ermittelten Problemfelder. Bezug genommen wurde zu Determinanten und gesundheitsrelevanten Konsequenzen von GK aus der HLS-EU Studie (2012/2014) bzw. österreichischen oder internationalen Migrationsstudien. Acht Forschungsfragen sollten beantwortet werden.

Ergebnisse

1. Wie unterscheidet sich die GK wichtiger MigrantInnen-Gruppen von der GK österreichischer BürgerInnen bzw. der EU-BürgerInnen in Österreich?

Nach ExpertInnenmeinung und diversen Studienergebnissen ist von einer durchschnittlich niedrigeren GK bei MigrantInnen als in der Allgemeinbevölkerung auszugehen. Die Telefon-Interviews bestätigen diese Annahme nicht. Es zeigen sich für die untersuchten MigrantInnen-Gruppen im Vergleich zur HLS-Österreich-Studie bessere Levels der allgemeinen GK: diese ist bei 48,4 Prozent der österreichischen Gesamtpopulation, aber nur bei 34 Prozent der TR und 25 Prozent der BKS limitiert.

2. Welche Gruppen bei den untersuchten MigrantInnen sind besonders benachteiligt?

Finanziell benachteiligte, ihren Gesundheitszustand selbst schlecht einschätzende und das Krankenbehandlungssystem häufiger aufsuchende Personen weisen besonders häufig limitierte GK auf. In der TR-Stichprobe besonders jene, die sich in Österreich überhaupt nicht heimisch fühlen, und die mit geringerem Selbstvertrauen, in der BKS-Stichprobe diejenigen mit schlechten Erfahrungen mit GesundheitsleistungsanbieterInnen und geringem Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem.

3. Welche gesundheitsrelevanten Aufgaben, Situationen und Entscheidungen sind für die beiden MigrantInnen-Gruppen besonders problematisch?

Beide zeigen tendenziell größere Schwierigkeiten mit den migrationspezifischen als mit den allgemeinen gesundheitsrelevanten Situationen: muttersprachliche ÄrztInnen oder Therapiemöglichkeiten/Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen sowie Informationen über von der Krankenkasse bezahlte Leistungen oder Anträge auf Sozialleistung finden bzw. einen gesunden Lebensstil umsetzen und beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind.

4. Mit welchen sozialen, migrationsspezifischen und psychischen Determinanten hängt die GK der untersuchten Gruppen zusammen?

Die GK von MigrantInnen, gleich der Allgemeinbevölkerung, hängt hauptsächlich vom sozioökonomischen Status ab. Abgesehen von Sprachkenntnissen treten migrantInnenspezifische Determinanten in den Hintergrund, was das Survey bestätigt. In beiden befragten Gruppen ist v.a. finanzielle Benachteiligung sowie in der TR das Alter und in der BKS die Bildung ein deutlich stärkerer Prädiktor der GK als die untersuchten migrationsspezifischen Indikatoren.

5. Welche gesundheitsrelevanten Konsequenzen hat (niedrige) GK bei den MigrantInnengruppen?

Es wurden die Auswirkungen von GK auf das Gesundheits- und Risikoverhalten, den Gesundheitsstatus und die Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems untersucht. Beim Gesundheits- und Risikoverhalten ergaben sich nur wenige Zusammenhänge mit der GK. Mit niedrigeren GK-Werten hängt häufigerer, täglicher Tabakkonsum in der TR und ungesundes Ernährungsverhalten in der BKS Stichprobe zusammen. Bestätigt werden die Zusammenhänge zwischen niedriger GK und schlecht selbst eingeschätzter Gesundheit anderer Studien.

6. Wie erleben die beiden MigrantInnengruppen das österreichische Krankenbehandlungssystem bzw. was erwarten sie von diesem und welche Rolle spielt dabei die GK?

Schlechte Interaktionserfahrungen (z.B. im Gespräch mit ÄrztInnen) bzw. mangelndes Vertrauen gegenüber dem österreichischen Gesundheitssystem sind wichtige Hürden für eine effektive Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen durch MigrantInnen. Schlechte GK in beiden Gruppen hat Einfluss darauf, wie häufig von misslungenen bis diskriminierenden Interaktionen im österreichischen Gesundheitssystem berichtet wird.

7. Welche relevanten Unterschiede hinsichtlich GK gibt es zwischen den beiden untersuchten MigrantInnengruppen?

Zu bedenken ist, dass sich die beiden Gruppen in ihrer sozialen Zusammensetzung unterscheiden und dies noch durch Mängel in der Repräsentativität der Stichprobe verstärkt wird. BKS haben im Durchschnitt eine höhere allgemeine GK, unter Berücksichtigung des Einflusses sozioökonomischer bzw. migrantInnenspezifischer Faktoren ist dieser Unterschied jedoch nicht mehr signifikant. Zumeist gilt: je geringer die GK, desto häufiger wird das Gesundheitssystem in Anspruch genommen.

8. Welcher Bedarf an Interventionen ergibt sich aus dieser Studie und welche GK-relevanten migrantInnenspezifischen Maßnahmen gibt es bereits in Österreich?

Maßnahmen, die zur Verbesserung der GK von MigrantInnen in Österreich beitragen können, konzentrieren sich derzeit eher auf Großstädte, haben meist als Projekte eine kurze Laufzeit sowie nur wenige institutionalisierte Angebote und basieren auf Freiwilligenarbeit. Für eine nachhaltige Angebotsstruktur ist der Ausbau professioneller Strukturen notwendig; muttersprachliche Angebote, Dolmetsch-Dienste und eine Plain Language Policy sind wesentliche Bestandteile.

Kommentar

Der sogenannte Migrationsstatus bedeutet nicht zwangsläufig, dass geringe GK vorliegt. Im Vergleich zu entsprechenden österreichischen Gruppen haben dieser Studie zufolge sozioökonomisch besser gestellte und besser integrierte MigrantInnen sogar eine bessere GK. Zentrale Bedeutung haben die Sprachkompetenz, erlebte Integration sowie sozioökonomische Faktoren. MigrantInnenspezifische Determinanten scheinen eine geringere Rolle zu spielen.

Entgegen dem als überraschend beschriebenen Ergebnis scheint es durchaus nachvollziehbar, dass die befragten, ehemaligen GastarbeiterInnen, auf welche sich die Studie konzentriert, auf Grund bereits verhältnismäßig umfangreich stattgefundener Integration, nicht allzu große Unterschiede hinsichtlich GK im Vergleich zu den Österreichern aufzeigen. Insbesondere da bereits einleitend Verzerrungen hinsichtlich Repräsentativität der Stichprobe (besonders benachteiligte MigrantInnengruppen können telefonisch nur schlecht erreicht werden und verweigern eher die Teilnahme) sowie hinsichtlich Bildung statuiert werden. Es wurden überproportional besser integrierte MigrantInnen mit höherem sozioökonomischen Status im mittleren Lebensalter erfasst (Unterrepräsentation jüngerer und älterer).

Martina Sorge, MSc

LITERATUR

HLS-EU Consortium (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (Second Extended and Revised Version, Date July 22th, 2014).

Das Kestenberg Movement Profile

Unterstützung des motorischen Lernens in der Physiotherapie

Wir wissen, dass die Art und Weise, wie wir uns bewegen, sehr viel über unsere Psyche aussagt – ebenso können wir über Bewegung unsere Psyche beeinflussen. Dieses Wissen kann genutzt werden, um als PhysiotherapeutIn unsere PatientInnen auch beim motorischen Lernen zu unterstützen.

Judith Kestenberg hat als Kinderärztin über 20 Jahre lang Säuglinge und Kinder beobachtet. Sie hat diese Beobachtungen in neun Bewegungskategorien eingeteilt. Drei davon sind für das motorische Lernen von besonderer Bedeutung. So kann ein Assessment aus diesem Bereich in einigen Aspekten ebenfalls dem physiotherapeutischen Zugang dienen, da das Kestenberg Movement Profile u.a. ein Instrument zur Untersuchung des Bewegungs- und Ausdrucksverhaltens darstellt. Bewegungen werden qualitativ und quantitativ erfasst (siehe Tabelle). Spannungsflusseigenschaften sind von Anfang an in unserem Bewegungsrepertoire angelegt. Sie zeigen das Temperament eines Menschen und wie man mit Emotionen umgeht. »Vorantriebe« entwickeln sich aus den Spannungsflusseigenschaften und sind besonders interessant für uns, da wir sie nutzen, um neue Aufgaben zu erlernen, aber auch um uns zu verteidigen. Die Aufmerksamkeit wird dabei nach innen und nach außen gerichtet. »Antriebe« entwickeln sich aus den Vorantrieben und zeigen, wie ein Mensch auf die äußeren Einflüsse von Raum, Schwerkraft und Zeit reagiert. Im Unterschied zu den Vorantrieben richtet sich hier die Aufmerksamkeit nach außen (Kestenberg et al., 1999).

Raum

Beim Antrieb Raum, geht es um das Thema Aufmerksamkeit. Er wird im ersten Lebensjahr entwickelt. Um sich auf eine Aufgabe zu konzentrieren, gibt es verschiedene Möglichkeiten.

Der direkte Bezug zum Raum: Bei einem Kleinkind, das gehen lernt, können wir sehen wie hochkonzentriert es auf einen Punkt ist. Es braucht meistens ein klares Ziel, auf das es dann zielstrebig zugeht. Auch bei unseren PatientInnen, die wieder gehen lernen, wenden wir PhysiotherapeutInnen diese Strategie an. Wir geben ihnen ein visuelles Ziel, damit sie eine klare Vorgabe haben. Auf der psychischen Ebene schaffen direkte Bewegungen Klarheit und Struktur. Dieser Antrieb wird als ankämpfender Antrieb oder männliche Bewegungsqualität beschrieben. In vielen Kampfsportarten finden wir diese Bewegungsqualität.

Der Vorantrieb zu direkt ist das Kanalisieren. Immer dann, wenn wir das Gefühl haben, jemand versucht etwas zu tun, erleben wir einen Vorantrieb. Die innere Klarheit ist noch nicht gegeben, weil wir etwas Neues lernen und die Bewegung muss erst noch geübt werden. Die Spannungsflusseigenschaften können uns helfen, wenn wir merken, dass jemand in diesem Vorantrieb stecken bleibt (z.B.

in die Luft starren beim Lernen). Der gleichbleibende Spannungsfluss unterstützt den direkten Raumantrieb. PatientInnen kann ich z.B. anleiten, eine Bewegung mit gleichbleibendem Muskeltonus auszuführen, etwa die Arme im Sitzen bewegen und versuchen den Tonus gleich zu halten.

Den indirekten Raumbezug kennen wir in der Physiotherapie als periphere Wahrnehmung. BallsportlerInnen benötigen diese Fähigkeit des peripheren Sehens. Es geht darum, einen Überblick zu bekommen und zu filtern, was wichtig ist und was nicht. Auf der psychischen Ebene sind Menschen, die sich gerne indirekt bewegen, meist sehr flexibel und in der Lage, einen Überblick zu bekommen. Der Vorantrieb ist flexibel. Unsere PatientInnen fangen gerne an abzulenken, erzählen uns Dinge, die für die Situation nicht relevant sind, und beginnen, unseren Fokus woanders hinzulenken. Die Spannungsflusseigenschaft, die hier dazu gehört, ist das Adaptierende. Der Auftrag hierzu wäre, ständig in kreisenden Bewegungen den Tonus zu wechseln (Bender, 2007).

Schwerkraft

Im zweiten Lebensjahr beginnen die Kinder mit der Schwerkraft zu spielen und das eigene Gewicht der Schwerkraft entgegenzusetzen. Für uns PhysiotherapeutInnen ist dieser Antrieb sehr wichtig, da es dabei um die Ausprägung der Muskulatur geht.

Die Bewegungsqualität des Starken ist ein ankämpfender Antrieb (z.B. Sumoringen, Bodybuilding, Kampfsport). Beim motorischen Lernen brauchen wir diesen Antrieb, um die Muskulatur zu aktivieren. Sämtliche Kraftübungen brauchen die Qualität des Starken, um ausgeführt werden zu können. Auf der psychischen Ebene spüren wir unsere Kraft und das gibt uns Mut und Selbstvertrauen. Der Vorantrieb vehement oder angestrengt kommt dann zum Vorschein, wenn jemand versucht, stark zu sein.

Die dazu gehörige Spannungsflusseigenschaft ist die hohe Intensität. In der Physiotherapie kennen wir dies auch als isometrische Spannungsübungen. Isometrik verbessert die intramuskuläre Koordination und führt dadurch zu einem Zuwachs der Maximalkraft. Die Überwindung der Schwerkraft in Bewegung zeigt sich im Antrieb leicht. Wir sehen ihn bei BalletttänzerInnen, die grazil in der Luft schweben. Diese Qualität ist für die Feinmotorik sehr wichtig. Ohne ein Gefühl für den Einsatz meiner Kraft zu haben und die Fähigkeit, diese an veränderbare Situationen anzupassen, gehen Dinge



TABELLE

SPANNUNGSFLUSS-
EIGENSCHAFTEN

VORANTRIEBE

ANTRIEBE

© Kestenberg et al. (1999)

	SPANNUNGSFLUSS- EIGENSCHAFTEN	VORANTRIEBE	ANTRIEBE	
Raum	gleichbleibend adaptierend	kanalisieren flexibel	direkt indirekt	ankämpfend nachgebend
Schwerkraft	hohe Intensität niedrige Intensität	vehement/angestrengt vorsichtig	stark leicht	ankämpfend nachgebend
Zeit	abrupt graduell	plötzlich zögerlich	beschleunigend verlangsamend	ankämpfend nachgebend

leicht kaputt. Auf der psychischen Ebene ist die Bewegungsqualität Sanftmut der Einfühlsamkeit, dem Mütterlichen, Umsorgenden zugeordnet. Der Vorantrieb, der hier dazugehört, ist das Vorsichtige. Wenn man eine neue Bewegungsqualität erlernt, die viel Feinmotorik verlangt, so ist die Person noch unsicher, es richtig zu machen. Die dazugehörige Spannungsflusseigenschaft ist die niedrige Intensität (Bender, 2007).

Zeit

Das Thema Zeit entwickelt sich im dritten Lebensjahr. Kinder beginnen, mit dem Tempo in ihrer Bewegung zu spielen, Laufspiele sind sehr beliebt. Beschleunigung und Verlangsamung wird in dieser Phase des Lebens geübt. Im Erwachsenenalter entscheidet dieses Verhalten darüber, ob man Dinge gerne schnell vorantreibt oder ob man sehr lange zur Entscheidungsfindung braucht. Menschen, die beschleunigen, sind Menschen, die Dinge schnell vorantreiben. Der Vorantrieb dazu ist die plötzliche Bewegung, mit einem unsicheren Gefühl für den richtigen Zeitpunkt. Entscheidungen werden plötzlich verändert. Mit dem Üben des Spannungsflusses abrupt, der schnellen Veränderung des Muskeltonus, kann das

Zeitthema integriert werden und die Modulation und Qualität der Bewegung beeinflusst werden. Bei unseren PatientInnen sehe ich immer wieder, wie Übungsfolgen viel zu schnell ausgeführt werden, denn die Ruhe für die Qualität besteht noch nicht. Im Gegensatz dazu ist die Qualität des Verlangsamens die Fähigkeit, Bewegungen immer langsamer auszuführen. Gerade Burnout- oder auch UnfallpatientInnen brauchen diesen Antrieb, um wieder gesunden zu können. Der Vorantrieb dazu wäre das Zögerliche. Der Spannungsfluss hierzu wäre die graduelle Veränderung der Spannung im Körper, auch um das Verlangsamens wieder zu üben (Bender, 2007). Die obige Tabelle gibt einen Überblick darüber, wie die verschiedenen Bewegungsqualitäten zusammenhängen. Die Bewegungsanalyse ist noch wesentlich komplexer, aber mit diesem System kann man PatientInnen im motorischen Lernen sehr gut unterstützen. In der Physiotherapie kann man dieses System nutzen, um die Beobachtungsgabe zu schulen, um mit wenigen Inputs den PatientInnen eine neue Wahrnehmung für ihren Körper zu ermöglichen. Einerseits ist es hilfreich zu erkennen, wo Vorlieben liegen und diese zu stärken, andererseits kann man sein Bewegungsrepertoire erweitern.

Regina Forstner

**JUBILÄUMSJAHR 2016****Wir feiern 100 Jahre Physiotherapie in Österreich!**

Alles zur Geschichte der Physiotherapie in Österreich, Testimonials, Hinweise auf Veranstaltungen sowie ein Ausblick in die Zukunft der Physiotherapie:

www.100jahre.physio

Hier findet sich auch der brandneue Imagefilm Physiotherapie und unter Downloads auch tolle Physio-Poster zum selbst Ausdrucken/als Screensaver:
www.100jahre.physio/downloads

LITERATUR

Kestenberg Amighi, J. et al. (1999). The Meaning of Movement - Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile. Gordon and Breach, Amsterdam.

Bender, S. (2007). Die psychophysische Bedeutung der Bewegung: Ein Handbuch der Laban Bewegungsanalyse und des Kestenberg Movement Profiles. Logos Berlin.

VIELFALT UND ENTWICKLUNG



www.physioaustria.at

100 jahre IM ZEITSPRUNG
physiotherapie
österreich