



Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 2 April 2015

inform

physioaustria

IM MITTELPUNKT FÜR SIE
gemeinsam bewegen
1 PhysioPoster

P.b.b. Verlagspostamt 8000 Graz 02Z031875 M 6,50 EUR

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

Physiotherapie und Stoffwechselerkrankungen

Prävention, Behandlung, Steigerung der Lebensqualität.

Willkommen in der Hands-Free-Zone von Enraf-Nonius!



Die Weltneuheit – für eine effektivere und personalschonende US-Therapie.

- ✓ schnelle und einfache Handhabung
- ✓ erstmalig Ultraschall ohne Personalbindung
- ✓ statische und dynamische Anwendung
- ✓ 100% Kontaktfläche des StatUS Kopfes - auch an exponierten Stellen
- ✓ pulsierende und kontinuierliche Ultraschalltherapie
- ✓ Anti-Hotspot-Funktion durch Frequenz- und Amplitudenmodulation
- ✓ Mit oder ohne Elektrotherapie
- ✓ Mit oder ohne Vakuum-Einheit
- ✓ 50 evidenz-basierte (ebM), programmierte US-Anwendungen!



www.therapieshop.at

therapie 4 you

Erfahren Sie mehr bei uns – auf unserer Website: www.ad-rem-team.com

Sie machen die beste Therapie! Warum wollen Sie sich mit weniger zufrieden geben?



Die neue Manumed Optimal Therapieliege – wieder einen Schritt voraus!

- ✓ Elektrische Dachstellung
- ✓ 200 kg dynamische Hublast
- ✓ +24°/-85° verstellbares Kopfteil
- ✓ Rollhubsystem zentral bedienbar
- ✓ Rundumschiene zur Höhenverstellung
- ✓ Biokompatible und phthalatfreie Kunstlederpolsterung
- ✓ Einbringung – bis in den Therapieraum!!!



www.therapieshop.at

therapie 4 you

Erfahren Sie mehr bei uns – auf unserer Website: www.ad-rem-team.com



Liebe Leserin, lieber Leser

Der Stoffwechsel steuert viele überlebenswichtige Abläufe wie z. B. die Energiegewinnung und Entgiftung des Körpers. Dabei handelt es sich um Vorgänge wie Essen, Verdauen oder auch der Schlaf-Wach-Wechsel, die der Körper jeden Tag durchläuft. Ständig werden Stoffe aufgenommen, abgebaut, umgewandelt und ausgeschieden. Kommt es hier zu einer krankhaften Abweichung und findet nur noch ungenügender oder fehlgesteuerter Stoffwechsel statt, kommt das gesamte Gleichgewicht des Körper-Kreislaufs durcheinander. Die Ursachen hierfür sind so unterschiedlich wie ihre Ausprägungen: Stoffwechselstörungen können vererbt oder im Laufe des Lebens erworben werden und sehr oft spielt auch der Lebensstil für die Entwicklung einer Erkrankung eine große Rolle.

So vielfältig die Gesichter von Stoffwechselerkrankungen, so vielfältig auch die Beiträge in diesem Inform mit Schwerpunkt »Physiotherapie und Stoffwechselerkrankungen«.	
Los geht es mit einem spannenden Artikel zum Thema Stoffwechselerkrankungen im Kindesalter , der sich vor allem auf seltene Krankheiten bezieht. Weiter thematisieren wir im Beitrag Change of life Adipositas sowie Diabetes mellitus, die zu den häufigsten Stoffwechselproblemen zählen.	06
Mit Stark im Team stellen wir Ihnen Studierende vor, die sich bereits sehr früh in ihrer beruflichen Bildung dem Thema der Interdisziplinarität zugewendet haben. Darm in Bewegung widmet sich dem Reizdarmsyndrom und ein Beitrag dem Spezialthema Stoffwechsel im Knorpel . Wir freuen uns auch besonders, das neue fachliche Netzwerk Physio Students Austria vorzustellen sowie die Serien »Andere MTD-Berufe« und »Assessments« weiterzuführen.	22
	10
	15
	18
	34
	28, 30

»Physiotherapie und Stoffwechselerkrankungen« ist aber nicht nur der Schwerpunkt dieser Ausgabe, sondern auch das Inform selbst hat sich, wie Sie sicherlich auf den ersten Blick bemerkt haben, einem Stoffwechsel unterzogen. Mit dem Wechsel der Chefredaktion bekommt unser Magazin ein anderes Gesicht: Neues Papier, das gut in der Hand liegt, ein neues Layout und eine neue Strukturierung der Inhalte, um Ihnen beim Lesen noch mehr Freude zu bereiten und Sie einzuladen, genau hinzusehen.

Ich wünsche Ihnen eine kurzweilige Lektüre mit der vorliegenden Ausgabe des Inform und freue mich über Ihr Feedback und Anregungen (chefredaktion@physioaustria.at).

Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed.

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: 6,50 Euro;

Abo (5 Ausgaben/Jahr): 29 Euro

(Inland), 50 Euro (Ausland).

STORNO schriftlich 2 Monate

vor Ablauf des Abos.

OFFENLEGUNG

GEMÄSS MEDIENGESETZ

einzuweisen unter

www.physioaustria.at/

impressum

Themenschwerpunkt Physiotherapie und Stoffwechselerkrankungen



06
Lebensqualität mobilisieren
Wenn Superman und Catwoman nicht helfen können
Nadja Kadmoska

22
Change of life
Bewegungstherapie ist ein Eckpfeiler der Diabetesbehandlung
Maria Erklavec-Wernig

10
Stark im Team
Anita Kiselka, MSc,
Alexandra Schweiger

21
Voneinander lernen
Förderpreis für MS-Tageszentrum
Anita Kiselka, MSc

14
Darm in Bewegung
Astrid Mangi, Stefanie Weber

24
Hauptursache: Bewegungsmangel
Prävention von Stoffwechselerkrankungen
Mag. Niels Ruso

18
Auf den Knorpel gebracht
Über die Besonderheit von Knorpelgewebe und dessen Stoffwechselprodukte
Barbara Wondrasch, MSc

26
Kleiner großer Unterschied
Interview mit Romana Bichler
Anita Kiselka, MSc

20
Literatur zum Schwerpunkt



22

Maria Erklavec-Wernig
Leitende Physiotherapeutin und MTD-Koordinatorin im LKH Deutschlandsberg



35

Mag. Gabriele Jaksch
Präsidentin MTD-Austria



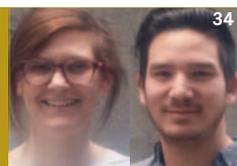
06

Nadja Kadmoska
Physiotherapeutin an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien



10, 21, 26

Anita Kiselka, MSc
Physiotherapeutin im MS-Tageszentrum und FH-Dozentin im Studiengang Physiotherapie der FH St. Pölten



34

Mara Loesewitz, Patrick Moser
Leitung fachliches Netzwerk Physio Students Austria



14

Astrid Mangi und Stefanie Weber,
Physiotherapiestudentinnen im 6. Semester an der FH St. Pölten

inform Inhalt April 2015



28
Gut im Blick
Sehstörungen bei Stoffwechselerkrankungen: Was können OrthoptistInnen tun?
 Ulrike Pichler, MSc



32 AUS DER PRAXIS
Systematisch und richtungsweisend: Guidelines
Von der Entwicklung und Nutzung eines wertvollen Instruments
 Martina Sorge



INFORM EXKLUSIV
Blick hinter die Kulissen
Über den Gesetzwerdungsprozess und politische Mitgestaltung.
 Nur in der Ausgabe für Mitglieder von Physio Austria enthalten

30 ASSESSMENTS
Die Vermessung der Physiotherapie
Assessments in der Geriatrie – Ein Bestandteil des physiotherapeutischen Alltags.
 Constance Schlegl

34
 PHYSIO AUSTRIA
Physio Students Austria
Das neue fachliche Netzwerk
 Mara Loesewitz, Patrick Moser

35
 MTD
Gemeinsam engagiert
Aktuelle Informationen zur Registrierung
 Mag. Gabriele Jaksch

e2
Wo werden die Entscheidungen getroffen?
 Mag. Agnes Görný
PHYSIO WORLD + PHYSIOFACES

e6
Der eigene Schritt
 Martina Sorge

e8
Gut serviciert
 Mag. Stefan Moritz, MSc

e10 SERIE ARBEITSRECHT
Betriebshilfe
 Valid Hanuna

e11 SERIE STEUERTIPPS
Im Alter vorgesorgt
 Mag. Wolfgang Leonhart

e12 INSERATE + MITTEILUNGEN



28

Ulrike Pichler, MSc
 Orthoptistin, Lehrende an der FH Wien und Salzburg und Vorstandsmitglied von orthoptik austria



24

Mag. Niels Ruso
 Physiotherapeut und Leiter des fachlichen Netzwerks OEVOMT von Physio Austria



30

Constance Schlegl
 Physiotherapeutin und Leiterin des fachlichen Netzwerks Geriatrie von Physio Austria



10

Alexandra Schweiger
 Studentin des Studiengangs Diätologie an der FH St. Pölten



32

Martina Sorge
 Ressort Berufspolitik, Verbandsbüro Physio Austria



18

Barbara Wondrasch, MSc
 Dozentin an der FH St. Pölten im Studiengang Physiotherapie und freiberufliche Physiotherapeutin in Wien



»PALLIATIV CARE
IST EINE HALTUNG«

Lebensqualität mobilisieren

Wenn Superman und Catwoman nicht helfen können



Stoffwechselerkrankungen im Kindesalter stellen Herausforderungen an die Physiotherapie. Ein Bericht aus der Praxis.

Angeborene Stoffwechselerkrankungen gehören zu den »Orphan Diseases« (seltene Krankheiten) und können unterschiedliche klinische Bilder bieten. Obwohl sie sich prinzipiell in jedem Lebensalter manifestieren können, gehören sie aufgrund der häufig früh auftretenden Symptome traditionell in den Arbeitsbereich der Pädiatrie. Angeborene Stoffwechselstörungen sind individuell selten, wobei die häufigeren Störungen unter ihnen eine Inzidenz von 1:2.500 (familiäre Hypercholesterinämie) bis 1:8.000 (Phenylketonurie) erreichen.

Die einzelnen Stoffwechselerkrankungen lassen sich in Störungen des Eiweißstoffwechsels, Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels und andere einteilen. Sie manifestieren sich meist bereits unmittelbar nach der Geburt oder im frühen Säuglingsalter und schreiten oft rasch fort. Weniger schwere Varianten treten gewöhnlich erst im späteren Verlauf des Säuglingsalters oder in der Kindheit zutage.

Die angeborenen Stoffwechselstörungen können sich durch eine Vielzahl von klinischen Symptomen manifestieren, die von neurologischen Symptomen (Muskelschwäche, Ataxie, Dystonie, Epilepsie) bis zu Dysmorphie reichen können. Aufgrund dieser Symptome werden diese Kinder auch oft zur Physiotherapie zugewiesen, oft noch vor genauer Diagnosestellung. Falls es keine kurativen Therapiemöglichkeiten gibt, und daher auch eine Progredienz nicht verhindert werden kann, ist bei allen diesen Kindern nach palliativen Gesichtspunkten zu handeln. Dafür sind in Europa wesentliche Standards festgelegt.

PATIENTENBEISPIEL

N.B. 12,5 Jahre

DIAGNOSE

**Stoffwechselerkrankung (AACD Mangel)
Therapiezuweisung (Therapiebeginn)
im dritten Lebensmonat, wegen Hypotonie
und Verzögerung der Entwicklung**

»Krisen« – einem epileptischen Anfall ähnlich – treten bei N. seit seinem fünften Lebensmonat auf und belasten ihn im Abstand von ca. drei bis vier Tagen. Dabei ist N. sehr unruhig, weint und schreit, streckt sich durch. Starke Asymmetrie des Körpers, die nur schwer beeinflussbar ist. Es wird versucht, diese »Krisen« durch Medikamente (Sedativa) zu unterbrechen. Diese Episoden kosten dem betroffenen Jugendlichen viel Kraft, der nächste Tag ist für N. durch vermehrte Ruhe und Erschöpfung gekennzeichnet.

Bei der Befundung zeigen sich bei N. folgende Auffälligkeiten: Sein gesamter Körper ist durch die vermehrte Muskelspannung sowie die Asymmetrie geprägt. Es besteht eine Kopfabflachung auf der bevorzugten Seite, eine dementsprechende Gesichtsasymmetrie, der Mund steht meist offen, das Kiefer ist verformt. N. weist eine Skoliose und entsprechende Brustkorbverdringung auf, die Lendenwirbelsäule ist in Extension fixiert. Zusätzlich bestehen eine Beckenverdringung und eine Hüftluxation, wobei das entsprechende Bein in Außenrotation und Abduktion fixiert ist (eine Nullstellung ist nicht zu erreichen).

Spontanmotorik ist kaum zu beobachten, eine aktive Aufrichtung oder Hinwendung zu einer Person ist ihm nicht möglich. Im Rollstuhl muss der Kopf und der Rumpf bei der Aufrichtung unterstützt werden, die Asymmetrie ist in dieser Position kaum zu korrigieren.

Diese schweren Beeinträchtigungen prägen das Bild des Jugendlichen. Doch N. ist ein sehr freundlicher junger Mann. Er freut sich über soziale Kontakte, kann seine Augen gut ausrichten, auch Nachschauen ist gut möglich. Er lacht laut, kann mit Lauten kommunizieren. N. kann breiiges Essen – mit dem Löffel angeboten – schlucken. An »Krisentagen« erfolgt die Nahrungsaufnahme über die Flasche.

Er ist zart und klein für sein Alter. N. geht in eine basale Förderklasse; er sitzt in einem angepassten Rollstuhl.

Bei der Physiotherapie stehen folgende Ziele im Vordergrund:

- Beeinflussung der Muskelspannung, um verbesserte Gelenkbeweglichkeit zu erreichen – genauso ist die Erhaltung der bestehenden Gelenkbeweglichkeit ein wichtiger Aspekt für die Pflegeerleichterung
- Mobilisation in Richtung Symmetrie – »Raus aus der Asymmetrie«
- Mobilisation des Thorax, um Atmung und Zwerchfellaktivität zu verbessern
- Taktile Stimulation, Bewegung in allen Gelenken und Propriozeptive Reize, um Eigenwahrnehmung zu verbessern
- Lagerung in Seiten- und Bauchlage



© Erna Gädinger

Pädiatrische Palliativversorgung

Unter Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen versteht man die aktive und umfassende Versorgung. Diese berücksichtigt Körper, Geist und Seele des Kindes gleichermaßen und gewährleistet die Unterstützung der gesamten betroffenen Familie. Sie beginnt mit Diagnosestellung und ist unabhängig davon, ob das Kind eine Therapie mit kurativer Zielsetzung erhält. Es ist Aufgabe der professionellen HelferInnen, das Ausmaß der physischen, psychischen sowie sozialen Belastung des Kindes einzuschätzen und zu minimieren.

Wirkungsvolle pädiatrische Palliativversorgung ist nur mit einem breiten multidisziplinären Ansatz möglich, der die Familie und alle öffentlichen Ressourcen miteinbezieht. Sie kann auch bei knappen Ressourcen erfolgreich implementiert werden. Pädiatrische Palliativversorgung kann in Krankenhäusern, in den Kommunen und zu Hause bei den PatientInnen erbracht werden.

... das bedeutet:

- Ziel ist die möglichst hohe Lebensqualität
- Begleiteter Mensch und Angehörige stehen im Mittelpunkt der Bemühungen des Teams
- Der Gruppe der Betroffenen steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung (wünschenswert wäre ein KoordinatorIn)
- Kontinuität der Fürsorge ist gewährleistet
- Interreligiösität bzw. -kulturalität sind berücksichtigt
- Tod wird weder beschleunigt noch verzögert



»DURCH DIE NÖTIGE
PALLIATIVE EINSTELLUNG
KANN DIESE AUFGABE
GEMEINSAM MIT DEN
ELTERN ALS EXPERTINNEN
PROFESSIONELL UND
EMPATHISCH GEMEISTERT
WERDEN.«

Eltern als ExpertInnen

Eltern kennen ihr Kind und seine Eigenschaften am besten. Der Großteil der Arbeit besteht daher auch aus Elternarbeit: zuhören, vermitteln, anleiten, schulen im Umgang mit Geräten und Utensilien, Auf- bzw. Ausbau eines Netzwerkes, Trauerbegleitung.

Um einem Kind das Leben (und Sterben) zu Hause zu ermöglichen, müssen die Eltern gestützt werden. Trotz vielfacher Hilfsangebote tragen sie die Hauptlast der Betreuung ihrer Kinder/Jugendlichen! Ebenfalls miteinzubeziehen sind natürlich die Geschwister, die ebenso betroffen sind, sowie die PatientInnen als SpezialistInnen der eigenen Situation.

QUELLEN

»Orphan Diseases«
www.orpha.net

»Angeborene Stoffwechselstörungen. Klinik, Diagnostik und Therapie«
www.springermedizin.at

»Erbliche Stoffwechselstörungen«
www.medicinesformankind.eu/upload/pdf/D_inhmeta.pdf

»Stoffwechselerkrankungen im Kindesalter«
<http://www.heidelberg-university-hospital.com>

Physiotherapeutischer Ansatz

In der Physiotherapie kommen alle Methoden und Maßnahmen in Betracht, die auch sonst in der Pädiatrie Anwendung finden. Je nach Zustand des Kindes, Schwere der Erkrankung und Ausbildung der KollegInnen wird die entsprechende Auswahl getroffen:

- Neurophysiologische Techniken (wie Bobath und Vojta)
- Techniken aus der Atemtherapie, Inhalationen etc.
- Manuelle Techniken (inkl. osteopathische/craniosacrale Techniken)
- Massagen und taktile Stimulationen
- Techniken aus der basalen Stimulation
- Bewegungsbad etc.

Weitere wichtige Themen in der Therapie dieser PatientInnen sind die Hilfsmittelversorgung, Anregungen zur Adaptierung des Lebensraumes sowie die Transfers und Bewegungsübergänge (ergonomisch mit und für Eltern erarbeitet).

Die Therapie von Kindern mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen, die meist im extramuralen Setting stattfindet, stellt die PhysiotherapeutInnen vor die Herausforderung, somatische und psychosoziale Bedürfnisse wahrzunehmen und in die Therapie zu integrieren. Durch die nötige palliative Einstellung, die die Betreuung der PatientInnen und deren Angehörigen als selbstverständlich ansieht, kann diese Aufgabe gemeinsam mit den Eltern als ExpertInnen professionell und empathisch gemeistert werden – eine lohnende Tätigkeit, um beizutragen, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Nadja Kadrnoska



Stark im Team

Ein Projekt der FH St. Pölten

Studierende der Physiotherapie und Diätologie erstellen kurze Lehrvideos und bereiten jeweils für den anderen Studiengang Grundlagen zu den Themen Ernährung und Bewegung bei Diabetes und Adipositas auf. Sie ermöglichen so Einblicke in ihre Fachgebiete.

»NEU, SPANNEND UND MOTIVIEREND:
ES IST FÜR MICH DAS ERSTE PROJEKT
DIESER FORM UND GRÖSSE, MIT SOLCH
STRUKTURIERTER ARBEITSAUFTEILUNG
UND GRUPPENZUSAMMENHALT.«

Lukas Unerfußer



© Anita Kiselka

Das Projekt X-Site befindet sich in der Phase der Erstellung der Lehrvideos.

Die Filme sollen im zweiten Schritt gemäß dem »Inverted Classroom Modell« vermittelt werden und so eine Basis für interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleisten. In Untergruppen vertieften sich die Studierenden zu verschiedenen Inhalten (siehe Grafik auf der nächsten Seite).

Diabetes Mellitus

Lisa Schedlberger (Diätologie)
mit Lena Schön (Physiotherapie)

Unsere wichtigsten Erkenntnisse ...

DIÄTOLOGIE

- Lebensmittel haben eine unterschiedlich hohe glykämische Last und führen damit unterschiedlich stark zur Erhöhung des Blutzuckerspiegels. Bei Diabetes gelten aber grundsätzlich die gleichen Ernährungsempfehlungen wie für Gesunde.
- Mediterrane Kost eignet sich gut für Diabetiker.

PHYSIOTHERAPIE

- Bewegung senkt das Risiko für Spätfolgen für Diabetes Typ I und Typ II.
- Sport ist kein Ersatz für Insulin.
- Bei Typ II DiabetikerInnen ist regelmäßiger Ausdauersport sehr wirksam. Die Insulinresistenz und der Insulinbedarf sinken, die Insulinrezeptoren in der Muskulatur und die Insulinsensibilität steigen.

Zusammenwirken von Kraftsport, Ausdauertraining und Ernährung bei Präadipositas im Abnehmprozess

Linda-Maria Herb, Karin Oberreiter (Diätologie) mit Lukas Steinbichler, Lukas Unerfußer (Physiotherapie)

Unsere wichtigsten Erkenntnisse ...

DIÄTOLOGIE

- Gewichtsreduktion hat nur langfristig Erfolg. Bei kurzfristigen »Crash-Diäten« wird Muskelmasse abgebaut, was einen Jojo-Effekt und erneute Gewichtszunahme zur Folge hat.
- Es macht einen Unterschied, ob Nahrung vor oder nach sportlicher Belastung aufgenommen wird.
- Wichtig sind die Berechnung von Energiebilanz, tatsächlichem Energiebedarf und Nährstoffzusammensetzung einer Mahlzeit. Durch reduzierte Portionsgrößen kann man eine negative Energiebilanz erreichen.

PHYSIOTHERAPIE

- Nicht nur Ausdauertraining spielt eine Rolle für eine Gewichtsreduktion, sondern auch Krafttraining hat einen wichtigen Effekt. Am effektivsten ist die Kombination aus beiden.
- Der »Nachbrenneffekt« nach dem Krafttraining ist höher als nach dem Ausdauertraining und kann mit der Ernährung optimal gekoppelt werden.
- Manche Sportarten sind besser geeignet als andere.

»DAS PROJEKT ERMÖGLICHT MIR, EIN THEMA AUS ZWEI VERSCHIEDENEN PERSPEKTIVEN ZU BETRACHTEN. ES IST BRÜCKENBAUEND UND HORIZONTERWEITERND.«

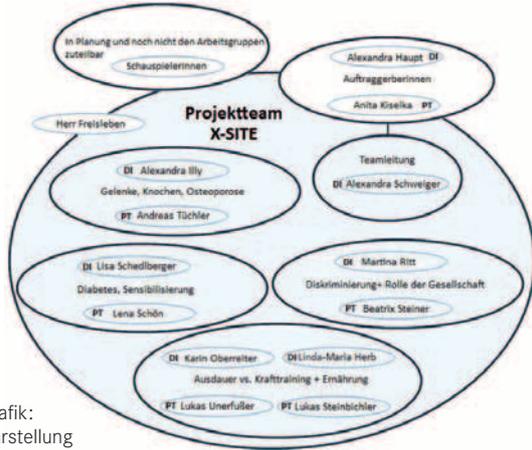
Lisa Schedlberger

Team Physiotherapie
Beatrix Steiner und
Lena Schön



© Anita Kiselka

Team Diätologie (von links nach rechts):
Martina Ritt, Karin Oberreiter, Linda-Maria Herb,
Alexandra Illy, Lisa Schedlberger, Alexandra Schweiger



Grafik:
Darstellung
Projektorganisation
© Lena Schön

»DAS PROJEKT IST HERAUSFORDERND UND VON GROSSER BEDEUTUNG. INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT IST ZUKÜNFTIG NICHT MEHR WEGZUDENKEN. PATIENTINNEN KÖNNEN VON EINEM KONZEPT, IN DEM VERSCHIEDENE FACHBEREICHE AUS DEM GESUNDHEITSBEREICH ZUSAMMENWIRKEN, AM MEISTEN PROFITIEREN.«

Linda-Maria Herb, Karin Oberreiter

»BESONDERS INTERESSANT IST, DASS MAN VIELE EINDRÜCKE IN EINEN ANDEREN STUDIENGANG GEWINNT UND FÜR SICH SELBST GUTE INFORMATIONEN MITNEHMEN KANN«

Lukas Steinbichler

Auswirkung von Diskriminierung und gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber adipöser Menschen auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Betroffenen

Martina Ritt (Diätologie) und Beatrix Steiner (Physiotherapie)

Unsere wichtigsten Erkenntnisse...

- Adipöse werden in vielen Bereichen ihres Lebens als faul, willensschwach und disziplinlos dargestellt. Diese ständige Konfrontation löst keine Motivation zum Abnehmen aus, im Gegenteil. Viele Adipöse verlieren ihr Selbstvertrauen und es kommt zu depressiven Störungen. Betreuungspersonen sollten besonders behutsam und verständnisvoll bei der Gewichtsabnahme unterstützen.
- Es ist erschreckend wie unbewusst und weit verbreitet gemeine und verletzende Kommentare an Betroffene getätigt werden. Auch von medizinischem Personal, das im Umgang mit Menschen geschult sein sollte.

DIÄTOLOGIE

- Übergewicht entsteht nicht nur durch »zu viel« Essen. Diskriminierung durch die Gesellschaft kann die Gewichtsreduktion negativ beeinflussen. Oft suchen Übergewichtige durch vermehrtes Essen Trost.

PHYSIOTHERAPIE

- Durch die gesellschaftlichen Vorurteile machen übergewichtige Menschen oft keinen Sport in der Öffentlichkeit, da sie sich schämen und die Blicke der Menschen scheuen. Sie bleiben somit lieber Zuhause und die Bewegung wird vernachlässigt.



© bluedesign - Fotolia.com

Auswirkung von Adipositas auf Gelenksstrukturen und Einfluss von Ernährung und Bewegung

Alexandra Illy (Diätologie) und
Andreas Tüchler (Physiotherapie)

Unsere wichtigsten Erkenntnisse...

DIÄTOLOGIE

- Adäquate Ernährung: Schon einige Veränderungen im Essverhalten, können den Verlauf von Adipositas, Arthrose und Osteoporose wesentlich beeinflussen.

PHYSIOTHERAPIE

- Bei Adipositas entstehen hohe Gewichts- und Gelenksbelastungen.
- Achsenabweichungen in Kombination mit Zusatzgewichten haben in der Pathogenese von Gelenksproblematiken (Knorpelschaden/Arthrose) große Auswirkungen.
- Schon gesunde Menschen »vergessen« oft auf Bewegung oder haben eine geringe Motivation dazu, sie kann aber bei Adipositas Beschwerden lindern und bringt positive Effekte.
- Adäquates, physiologisches Be- und Entlasten stellt einen essenziellen Baustein in der Behandlung von Arthrose und Osteoporose dar.

»ES IST SPANNEND,
WEIL GERADE DIE KOMBINATION
AUS ERNÄHRUNG, BEWEGUNG,
VERHALTEN UND PSYCHE EINEN
AUSSCHLAGGEBENDEN BEITRAG
ZUR POSITIVEN GEWICHTS-
REDUKTION LEISTET.«

Martina Ritt



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
www.barral.at

bezahlte Anzeige



»MIT DER PHYSIOTHERAPIE
ERÖFFNET SICH EINE MÖGLICHKEIT,
DAS REIZDARMSYNDROM ÜBER
AKTIVE ÜBUNGEN UND PASSIVE
BEHANDLUNGSTECHNIKEN ZU
THERAPIEREN.«

Darm in Bewegung

Hat ein physiotherapeutisch abgestimmtes Übungsprogramm einen Effekt auf das Reizdarmsyndrom? Eine Pilotstudie im Rahmen einer Bachelorarbeit an der FH St. Pölten sagt »tendenziell ja«.

Der Überweisungsgrund »Reizdarmsyndrom (RDS)« mag in der Physiotherapiepraxis vielleicht noch nicht vorgekommen sein. Ohne es zu wissen, haben viele PhysiotherapeutInnen in ihrer Laufbahn aber bestimmt schon PatientInnen mit dieser Nebendiagnose behandelt. RDS, auch Irritable Bowel Syndrom (IBS), ist eine anorganische Erkrankung des Gastrointestinaltrakts. Dafür müssen chronische, den Darm betreffende Beschwerden über drei Monate lang bestehen. Die Diagnose erfolgt über eine lange Prozedur an Ausschlussverfahren. Dabei werden RDS-PatientInnen in drei Untergruppen gegliedert: Es gibt den Diarrhöedominanten Typ, den Obstipationsdominanten Typ und einen Mischtypen. Diese Untergruppen können zusätzlich weitere Symptome und Beschwerden entwickeln, die sich sowohl intestinal (u.a. Änderungen von Verdauungsangewohnheiten, Bauchschmerzen, abdominale Dehnung und Schmerzen) als auch extraintestinal (u.a. Müdigkeit, depressive Stimmungen, sexuelle Probleme, Muskelschmerzen und -verspannungen) präsentieren. Wie auch bei anderen chronischen Schmerzsyndromen stellen all diese Symptome für Betroffene eine Einschränkung ihres alltäglichen Aktionsradius dar. Immer wieder wird die verminderte Teilhabe im Alltag von PatientInnen als ihr Hauptproblem angegeben.

Therapeutische Ansätze

Die Therapie ist symptomorientiert. Zum Einsatz kommen primär Medikamente und psychotherapeutische Konzepte. Zusätzlich wird empfohlen, Stressoren zu reduzieren, die körperliche Aktivität zu steigern und Entspannungsmaßnahmen zu erlernen. Oft sind die Komplementärmedizin und die alternative Medizin eine Anlaufstelle für RDS-PatientInnen. Trotzdem fühlen sich Betroffene oft mit der Diagnose allein gelassen, weil sie wenig konkrete Ansätze für ihr Selbstmanagement erhalten.

Mit der Physiotherapie eröffnet sich eine Möglichkeit, RDS über aktive Übungen und passive Behandlungstechniken zu therapieren. Eine evidenzbasierte Therapie stellt insofern jedoch eine Herausforderung dar, da es bis dato nur wissenschaftliche Studien zu Yoga und allgemein sportlicher Betätigung bei RDS gibt. Für den Praxisgebrauch gibt es validierte Assessment Tools wie das Irritable Bowel Syndrome-Severity Scoring System (IBS-SSS) und die Bristol Stool Form Scale, die eine objektive Dokumentation des Behandlungsverlaufs und eine Ermittlung des Schweregrades ermöglichen. Beim IBS-SSS wird der Ausprägungsgrad über die Gesamtpunkteanzahl bestimmt. Bei einem Wert unter 75 Punkten liegt kein RDS vor. Von einer leichten Form spricht man bei 75 bis 175 Punkten, bei 175 bis 300 Punkten liegt eine mittelschwere Form vor. Die schwerwiegendste Ausprägung verzeichnet über 300 Punkte. Eine relevante Verbesserung für PatientInnen zeigt sich ab einer Differenz von 50 Punkten.

Ergebnisse aus der Pilotstudie

Eine aktive Betätigung wird in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) empfohlen, es fehlt jedoch an genauen Angaben über Art, Intensität und Dauer der Aktivitäten, was die Grundlage für die Themenfindung unserer Bachelorarbeit »Hat ein physiotherapeutisch abgestimmtes Übungsprogramm einen positiven Effekt auf das Reizdarmsyndrom?« bildete. Das Ziel war ein Übungsprogramm zu erstellen, das sowohl einen Effekt auf die mannigfaltigen Symptome des Krankheitsbildes hat, als auch für PatientInnen selbstständig anwendbar ist.

Die im Rahmen der für die Bachelorarbeit durchgeführten Pilotstudie definierten Maßnahmen bestanden aus:

- regelmäßiger körperlicher Aktivität à 20 Minuten zweimal/Woche Ergometertraining
- Kräftigungsübungen für anatomisch dem Darm benachbarte und auf ihn funktionell einflussnehmende Strukturen (M. Iliopsoas, M. transversus abd., Rumpfmuskulatur)
- Beckenbodenaktivierung
- tonusregulierender Entspannung und Dehnung von Quadratus lumborum und Iliopsoas
- Kombination mit Atemtechniken.

In der Pilotstudie wurde untersucht, ob sich ein physiotherapeutisch abgestimmtes Übungsprogramm auf das RDS positiv auswirkt. Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

- Es gibt einen signifikanten Zusammenhang mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent zwischen dem physiotherapeutischen Übungsprogramm und einer Besserung der Parameter des IBS-SSS.
- Im Verlauf der Intervention gibt es eine Änderung der Parameter der Bristol Stool Form Scale in Richtung »Normwert 4«.

Über fünf Wochen erhielten zwei Probandinnen einmal pro Woche ein 45-minütiges physiotherapeutisches Interventionsprogramm in Einzeltherapie. Die Auswirkungen auf das RDS wurden mittels IBS-SSS und der Bristol Stool Form Scale einmal wöchentlich erhoben. Die mittels Friedmanntest erhaltenen statistischen Ergebnisse zeigten keine signifikante Verbesserung der Messwerte. Dies könnte an der geringen ProbandInnenanzahl liegen. Allerdings reduzierte sich die IBS-SSS-Punkteanzahl deutlich: Im Falle von Patientin I betrug die Verbesserung in Punkten ausgedrückt 225. Eine Differenz der Anfangs- und Endmessung von 180 Punkten bei Probandin II zeigt ebenfalls eine für die Patientin relevante positive Veränderung. Bezug nehmend auf die Literatur lässt sich demnach eine Verbesserung der Beschwerden und somit eine klinische Relevanz ableiten. Die Patientinnen gaben auch subjektiv eine Abschwächung der Beschwerden wie Schmerzen, abdominaler Auftreibung und Blähungen an.

Die Forschungshypothese muss somit zwar verworfen werden, es zeigen sich jedoch deutlich positive Tendenzen. Um statistisch signifikante Ergebnisse zu erhalten, wäre eine Follow-Up Periode, ein größeres ProbandInnenkollektiv einschließlich Kontrollgruppe und eine längere Interventionsdauer zu empfehlen. Der positive Zuspruch von den Teilnehmerinnen, welche das Übungsprogramm auch nach der Pilotstudie selbstständig weiterführen wollten, berechtigt die Physiotherapie zu Folgestudien in diesem Randgebiet, um Aussagen über die Evidenz zu erhalten und in der Praxis gezielt auf die Probleme von RDS-PatientInnen eingehen zu können.

Astrid Mangi, Stefanie Weber



Die Physiotherapeutinnen
Astrid Mangi (links) und
Stefanie Weber (rechts).

LITERATUR

Betz, C. et al. (2013).
Validierung des IBS-SSS.
Zeitschrift für Gastroentero-
logie, 51(10), 1171-1176.

Layer, P. et al. (2011).
S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom:
Definition, Pathophysiologie,
Diagnostik und Therapie.
Gemeinsame Leitlinie der
Deutschen Gesellschaft für
Verdauungs- und Stoffwech-
selkrankheiten (DGVS) und
der Deutschen Gesellschaft
für Neurogastroenterologie
und Motilität (DGNM).
Zeitschrift für Gastroentero-
logie, 49(02), 237-293.

© Andreas Wirth

FÜRS LEBEN LERNEN

OSTEOPATHIE – 150 JAHRE
SANFTE MEDIZIN



In 5 Jahren zum

Master of Science in Osteopathie

an Europas führender
Akademie für Osteopathie



The International Academy of Osteopathy

Postfach 662314, 81220 München | Tel. +49 221 13086 28 | info@osteopathy.eu | www.osteopathy.eu

bezahlte Anzeige

Auf den Knorpel gebracht

Über die Besonderheit von Knorpelgewebe und dessen Stoffwechselprodukte

Gelenkknorpel ist ein außergewöhnliches Gewebe. Auf der einen Seite ist Gelenkknorpelgewebe in der Lage, im Laufe der gesamten Lebensspanne seine Aufgabe, wiederholte physikalische Belastungen in Form von Belastungskräften zu tolerieren, zu erfüllen. Diese Belastungskräfte betragen oft ein Vielfaches des Körpereigengewichts. Auf der anderen Seite ist das Gelenkknorpelgewebe nicht in der Lage, Defekte der Gelenksoberfläche zu reparieren. Wie kommt es dazu?

Der Gelenkknorpel stellt hyalines Knorpelgewebe dar, das die knöchernen Anteile eines Gelenkes überzieht und so den reibungsarmen Ablauf sämtlicher artikulärer Bewegungen ermöglicht. Hyalines Knorpelgewebe setzt sich aus Chondrozyten und extrazellulärer Matrix zusammen (Abb. 1). Die extrazelluläre Matrix, bestehend aus Wasser und Makromolekülen wie Kollagenen (60%), Proteoglykanen (20-25%) sowie nicht-kollagenen Proteinen und Glykoproteinen (15-25%), ist für die biomechanischen Eigenschaften des Knorpelgewebes verantwortlich.

ABB. 1



LITERATUR

Martinek, V. (2003). Anatomie und Pathophysiologie des hyalinen Knorpels; Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jahrgang 54 (Nr. 6), 166-170.

Lu, X.L. (2008). Biomechanics of articular cartilage and determination of material properties. Medicine & Science in Sports & Exercise, Vol: 40(2),193 - 199.

Aufgaben des Knorpelgewebes

Das komplexe Zusammenspiel der Makromoleküle in der extrazellulären Matrix, sowie das Zusammenspiel der extrazellulären Matrix mit den Chondrozyten ermöglichen dem Knorpelgewebe seine komplexen Aufgaben zu erfüllen. Diese Aufgaben beinhalten sowohl einen praktisch reibungsfreien Ablauf von Bewegungen als auch die Absorption von Kompressionskräften durch eine hohe Druckelastizität.

Die Eigenschaft hohe Druckelastizität aufzuweisen ergibt sich aus dem Aufbau der extrazellulären Matrix und wird hauptsächlich durch die Fähigkeit der Proteoglykane, Wasser aufzunehmen, bestimmt. Kollagene Fasern, vor allem Kollagen Typ II, bilden ein stabiles Netzwerk, in dem die Proteoglykane eingebettet sind. Je mehr Proteoglykane vorhanden sind, desto mehr Wasser kann gebunden werden und die Druckelastizität steigt. Dies ist vor allem physiotherapeutisch relevant, denn durch Belastung und Bewegung werden die Chondrozyten zur Synthese der Bestandteile der extrazellulären Matrix stimuliert. Somit sind Belastungs- und Bewegungsreize für die Aufrechterhaltung normalen Knorpelgewebes und seiner biomechanischen Eigenschaften verantwortlich.

Fehlt hingegen Gelenkbelastung und besteht lange Immobilisierung, führt dies zu einer Abnahme der Proteoglykankonzentration im Knorpelgewebe, wodurch es zu einer Veränderung der biomechanischen Eigenschaften des Knorpels kommt. Das Gewebe verliert an Festigkeit und an Dicke und die Belastbarkeit sinkt. Allerdings führen Dauerkompression und repetitive Stoßbelastungen des Gewebes in Folge zum Zelltod. Durch intermittierende Kompression wird die Syntheseaktivität der Zellen gefördert und die Produktion der Matrixbestandteile (vor allem Proteoglykane) angeregt. Auch Bewegungen mit hoher Frequenz in unbelasteten Positionen steigern die Proteoglykansynthese, während statische Belastung und Bewegungen mit kleinerer Frequenz die Proteoglykansynthese reduzieren.



Stoffwechsel in Knorpel

Bewegung und Belastung sind aber nicht nur ein wichtiger Stimulus für die Chondrozyten zur Synthese der extrazellulären Matrix. Es hat sich auch gezeigt, dass Bewegung und Belastung zu elektrischen und physiko-chemischen Effekten führen, die den Transport von Nährstoffen und Stoffwechselprodukten innerhalb des Knorpels unterstützen. Durch die fehlende Anbindung an das Blutgefäßsystem ist diese Art des Nährstofftransports von besonderer Bedeutung für das Knorpelgewebe. Eine weitere Nährstoffquelle ist die Gelenksflüssigkeit. Diese Synovialflüssigkeit ist eine hochvisköse Flüssigkeit und besteht aus Hyaluronsäure und Primärnährstoffen wie Vitaminen, Mineralstoffen, Zucker und Eiweiß.

Neben dem Fehlen von Blutgefäßen ist auch noch das Fehlen von Nervenstrukturen und Lymphgefäßen typisch für das Knorpelgewebe. Zelluläre Reparaturmechanismen der Chondrozyten sind daher nach einer Verletzung des Gewebes durch das Fehlen der klassischen Entzündungsreaktionen sehr gering bis nicht vorhanden. Nur bei kleinen Schäden mit einem minimalen Verlust an extrazellulärer Matrix ist der Knorpel zu einer Regeneration durch die Neubildung von Proteoglykanen fähig.

Barbara Wondrasch, MSc

INFO

Knorpelzusammensetzung

Wasser stellt die größte Komponente der extrazellulären Matrix dar, während sich nur ein kleiner Teil intrazellulär befindet. Den weitaus größeren Anteil findet man im extrazellulären und intrafibrillären Raum. Das Wasser bzw. die Gewebsflüssigkeit besteht aus Gasen, Proteinen, Stoffwechselprodukten und einer großen Menge an Kationen, um ein Gleichgewicht zu den negativ geladenen Proteoglykanen zu gewährleisten. Die biomechanischen Eigenschaften von Gelenkknorpel werden durch die Interaktion des Wasseranteils mit den Makromolekülen bestimmt und entscheidend beeinflusst.

Kollagene bilden ein Netzwerk für die anderen Makromoleküle der extrazellulären Matrix und verleihen dem Knorpel seine Form und Festigkeit. Die im Knorpelgewebe überwiegend vorkommende Kollagenart ist Kollagen Typ II (90-95%) und kann sehr gut auf Druckbelastungen reagieren. Als weitere Kollagentypen findet man Kollagen Typ VI, IX, X und XI.

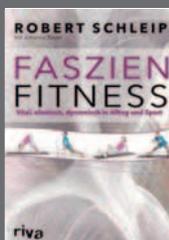
Proteoglykane stellen ca. 25 bis 35 Prozent des Trockengewichts von Knorpelgewebe dar und bestehen aus einem zentralen Proteinkern, an dem multiple sulfatierte Glykosaminoglykane gebunden sind. Die im Knorpelgewebe befindlichen Glykosaminoglykane, deren Grundmolekül Glucosamin ist, sind Hyaluronsäure, Chondroitinsulfat, Keratansulfat und Dermatansulfat.

Nicht-kollagene Proteine und Glykoproteine binden, wie auch die Proteoglykane, interstitielle Flüssigkeit. Sie helfen das makromolekulare Netzwerk zu stabilisieren, zu organisieren und die Chondrozyten anzubinden.

Neuerwerbungen der Bibliothek



G. Enders (2014):
Darm mit Charme.
Alles über ein unterschätztes Organ.
Berlin: Ullstein Verlag.



R. Schleip/J. Bayer (2014):
Faszien-Fitness.
Vital, elastisch, dynamisch
in Alltag und Sport.
München: Riva Verlag.



G. A. Spinas/S. Fischli (2011):
**Endokrinologie und
Stoffwechsel kompakt.**
Grundlagen und Klinik
prägnant und anschaulich
dargestellt. 2. überarb.
und erw. Auflage.
Stuttgart: Thieme Verlag.

Um eine verbindliche Anmeldung per Mail
bildungsreferat@physioaustria.at
mittels Fax **01/5879951-30**
oder online unter
www.physioaustria.at/kursprogramm
wird gebeten.

Literatur zum Schwerpunkt

G. Enders (2014)
Darm mit Charme.
Alles über ein unterschätztes Organ.
Berlin: Ullstein Verlag.

G. A. Spinas/S. Fischli (2011)
Endokrinologie und Stoffwechsel kompakt.
Grundlagen und Klinik prägnant und anschaulich
dargestellt. 2. überarb. und erw. Auflage.
Stuttgart: Thieme Verlag.

D. Kuhn (2003)
Sportlich aktiv mit Diabetes.
Stuttgart: TRIAS Verlag.

Neue und wieder aufgenommene Physio Austria Weiterbildungen April und Mai 2015

NEU 2015 MusikerInnen & Medizin
13.04.2015, Wien, Physio Austria Kurszentrum

NEU 2015 Delir – was ist das?
17.04.2015, Wien, Physio Austria Kurszentrum

NEU 2015 Yoga - Fokus: LWS/Becken
18.04.2015, Wien, Physio Austria Kurszentrum

**NEU 2015 PNF-Update I –
Muster und Koordinationskomplexe**
Motorisches Lernprogramm für Arm- und Handfunktion
nach Schlaganfall. Klinische Anwendung in der Neurologie
18.04.2015, Wien, AKH Wien,
Universitätsklinik für Neurologie, Neurophysiotherapie

**NEU 2015 Evidenzorientierte Physiotherapie
in der orthopädischen Wirbelsäulenchirurgie**
19.04.2015, Wien, Physio Austria Kurszentrum
Spielerisch lernen
Bewegungstherapie mit Kindern gestalten
23. – 24.04.2015, Wien, Physio Austria Kurszentrum

Erste Hilfe Auffrischkurs
Inklusive Ausbildung zur Frühdefibrillation
26.04.2015, Wien, Physio Austria Kurszentrum
Erfolgsfaktor Physiotherapie am Arbeitsplatz
26. – 28.04.2015, Grieskriechen, Alois Pöttinger
Maschinenfabrik Ges.m.b.H., Puchberg,
Bildungshaus Schloss Puchberg

NEU 2015 Resilienz
30.04. – 01.05.2015 + 02.07.2015,
Wien, Stammersdorf, Biohof Nummer5

NEU 2015 Ganganalyse und Gangtherapie
in der Orthopädie und Traumatologie. Grundlagenkurs
07. – 08.05.2015, Wien, Physio Austria Kurszentrum

**NEU 2015 Rhythmisiertes Bewegen
bei Morbus Parkinson**
09. – 10.05.2015, Wien, Stammersdorf, Biohof Nummer5



Voneinander lernen

MS-Tageszentrum gewinnt Förderpreis der Österreichischen Gesundheitsberufekonferenz

Am 22. Jänner 2015 fand im Bundesministerium für Gesundheit der 5. Tag der Gesundheitsberufe statt. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurde ein Förderpreis für innovative Projekte im Gesundheitsbereich zu dem Motto »Unsere Fachkompetenz zum Wohl des Patienten – Qualität der Patientenversorgung« vergeben. Mit dem ersten Preis wurde das Team des Tageszentrums für an Multipler Sklerose (MS) Erkrankte der Caritas Socialis für das Projekt »Voneinander lernen im Team« gekürt. Das Projekt wurde von Anita Kiselka in ihrer Funktion als Praktikumsanleiterin gemeinsam mit ihren KollegInnen des MS-Tageszentrums, insbesondere der Physiotherapeutin Valerie Parisot, den ErgotherapeutInnen Theresa Lüftenegger und Mira-Marlene Zajicek sowie Christian Daniek und Ramona Rosenthal entwickelt.

»Voneinander lernen im Team« ermöglicht Studierenden aus den Bereichen Ergotherapie, Pflege und Physiotherapie während ihres Praktikums im MS-Tageszentrum interdisziplinäres Arbeiten zu erfahren. Sie lernen dadurch Zielsetzungen anderer Fachbereiche wahrzunehmen und bestärken ihre Zusammenarbeit. Die Durchführung von »Journal Clubs« und gemeinsame Beantwortung eines Fragenkatalogs rund um das Krankheitsbild der Multiplen Sklerose fördern zudem den Wissenstransfer zwischen den PraktikantInnen der unterschiedlichen Disziplinen und ermöglichen, die Anforderungen des evidenzbasierten Arbeitens in die Praxis umzusetzen. Ziel des didaktischen Konzepts war, die Studierenden eigenverantwortlich jene täglichen Strukturen und Prozesse erleben zu lassen, welche auch das Team des MS-Tageszentrums in seiner interprofessionellen Zusammenarbeit fördern.

Das Projekt wurde 2014 bei der PraktikumsanleiterInnen-tagung der FH Campus Wien und dem Tag der Lehre der FH St. Pölten präsentiert und ist auf der Webseite der Gesundheitsberufekonferenz und im Tagungsband des Tag der Lehre 2014 nachzulesen.

Anita Kiselka, MSc

REFERENZEN

»Preise 2015«

www.gesundheitsberufekonferenz.at

»Voneinander lernen im interprofessionellen Team«

www.youtube.at

»IM ZENTRUM STEHT DIE ARBEIT MIT DEN PATIENTINNEN. DIE STUDIERENDEN INITIIEREN GEMEINSAM ZUSÄTZLICHE MASSNAHMEN UND TAUSCHEN HINTERGRUNDINFORMATIONEN ZU DEN PATIENTINNEN IN INTERDISZIPLINÄREN BESPRECHUNGEN AUS.«

Die Mitglieder des Projektteams (von links nach rechts) Theresa Lüftenegger, Anna-Maria Gorgas und Ramona Rosenthal bei der Preisverleihung mit Marion Hackl, Präsidentin Ergotherapie Austria.

Change of life

Bewegungstherapie ist ein Eckpfeiler der Diabetesbehandlung

Eine Veränderung des Lebensstils ist essentiell. Projektvorstellung eines ganzheitlichen Konzeptes am LKH Deutschlandsberg.

In Österreich leiden laut Diabetesbericht 2013 rund 573.000 bis 645.000 Menschen an Diabetes, davon wissen ca. 430.000 von ihrer Krankheit, 143.000 bis 215.000 sind nicht diagnostiziert, 90 Prozent davon erkranken an Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM). Geschätzt betragen die direkten Kosten des Diabetes und seiner Folgeerkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetischer Fuß, Diabetische Augenerkrankungen, Diabetische Nierenerkrankungen, Nervenstörungen, Depressionen etc.) in Österreich 4,8 Mrd. Euro pro Jahr und sind steigend. 2030 werden aufgrund aktueller Zahlen und Trends Kosten von mehr als acht Mrd. Euro erwartet. Die Gesundheitsausgaben für DiabetikerInnen (mit Einbeziehung der Folgekosten) sind pro Person um 30 bis 400 Prozent höher als bei NichtdiabetikerInnen.

Die Ätiologie des T2DM wird hauptsächlich von Lebensstil-bedingten Faktoren (Bewegungsmangel und hyperkalorische, fettreiche Ernährung) und von genetischen Dispositionen beeinflusst. Die Hauptrisikogruppe für die Entwicklung eines T2DM sind PatientInnen mit metabolischem Syndrom (Insulinresistenzsyndrom) mit den Teilkomponenten Glukosestoffwechselstörung (IGT), Übergewicht, Fettstoffwechselstörung und/oder arterielle Hypertonie.

In vielen Studien wird nachgewiesen, dass einer der wichtigsten Faktoren in der Prävention und Behandlung des T2DM neben der medikamentösen Behandlung die Lebensstilmodifikation - Diät und gezielte Bewegungstherapie - ist. Diese Erkenntnisse legen DiabetikerInnen eine umfassende Lebensstiländerung nahe, was allerdings eine hohe Motivation erfordert und für viele PatientInnen schwer zu realisieren ist. Betroffene akzeptieren die Einnahme von Medikamenten eher als eine Veränderung des Lebensstils. All das Wissen impliziert ein ganzheitliches Konzept zur Behandlung von DiabetikerInnen, ausgeführt von einem multidisziplinären medizinischen Team: ÄrztInnen, Klinische PsychologInnen, DiabetesberaterInnen, DiätologInnen, PhysiotherapeutInnen, Pflegepersonal. Denn neben den medikamentösen Therapien sind Diabetesschulungen, Ernährungsberatungen, Bewegungstherapie, psychologische Betreuung und Wundmanagement von großer Bedeutung bei der Behandlung von T2DM.

Die PhysiotherapeutInnen im Landeskrankenhaus Deutschlandsberg sind in das Diabetologie-Team integriert und arbeiten aktiv an der Entwicklung eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes für DiabetikerInnen mit. Unser Part ist die themenspezifische Bewegungs- und Trainingstherapie, basierend auf aktuellen Leitlinien und Studien. Wie in vielen Studien empfohlen, kombinieren wir Krafttraining, Ausdauertraining und Gleichgewichtstraining.

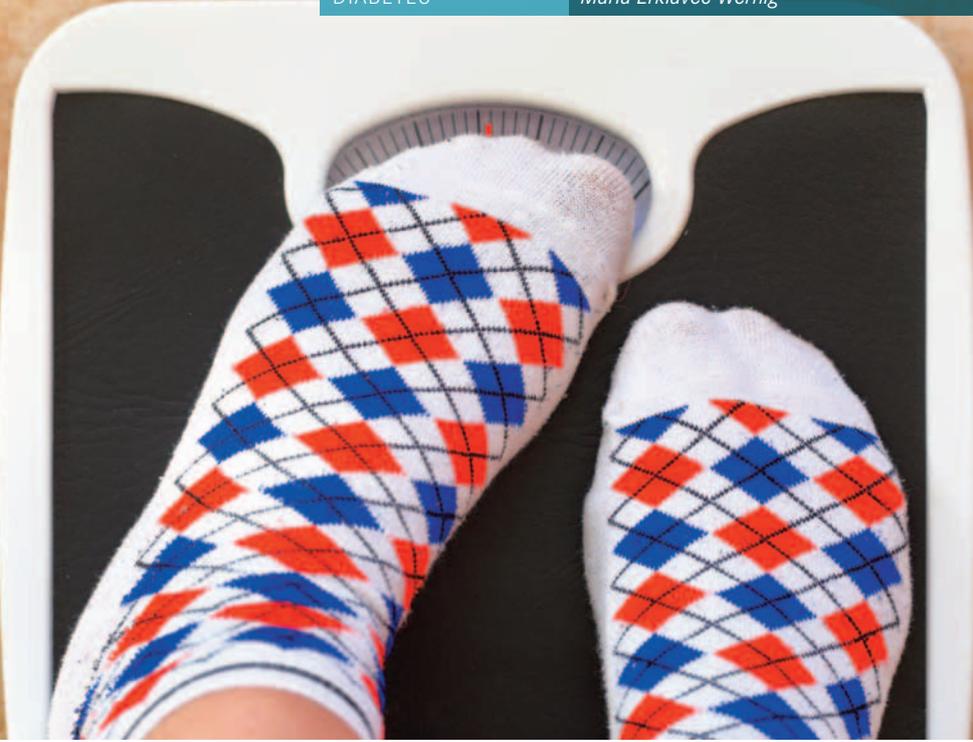


Präventionscoaches für Diabetes mellitus Typ 2 und metabolisches Syndrom: Die Physiotherapeutinnen Katrin Pommer, BSc und Claudia Weixler-Zwanzger.

»WIR MÜSSEN UNS WEITERHIN IN DER ERARBEITUNG NEUER STRATEGIEN UND IN MODELLEN ZUR LIFESTYLE MODIFIKATION ENGAGIEREN.«



Das Diabetologieteam am LKH-Deutschlandsberg.



Drei PhysiotherapeutInnen absolvierten eine Ausbildung als »Präventionscoach Diabetes mellitus Typ 2« beim deutschen Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V., weiter sind wir in Kontakt mit dem Studiengang Physiotherapie an der FH Joanneum in Graz. Im Rahmen des Studiums Physiotherapie ist dort das Projekt »Diabeteskisterl – mach' mit, werd' fit!« entstanden. Das Kisterl war das Ergebnis einer Projektarbeit von vier AbsolventInnen des FH-Studiengangs Physiotherapie, der Projektkoordinatorin Barbara Gödl-Purrer und der fachlichen Supervisorin Barbara Strohmaier. Dieses erproben wir zurzeit im Zuge eines Pilotprojektes mit PatientInnen mit T2DM und mit metabolischem Syndrom. Den TeilnehmerInnen am Diabetes-Bewegungsprogramm (nach ärztlicher Abklärung) werden im Zeitraum von zwölf Wochen sechs Einheiten Einzeltherapie angeboten. Gleichzeitig werden sie ermuntert, sich Bewegungsgruppen in ihrer Heimatgemeinde anzuschließen. Sie bekommen schriftliche Informationen und Adressen aus den Gemeinden.

Maria Erklavec-Wernig

QUELLE

Griebler, R. et al. (Hrsg.) (2013). Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, www.bmg.gv.at

»NICHT DAS ERSTELLEN VON PHYSIOTHERAPEUTISCHEN TRAININGSPROGRAMMEN IST FÜR UNS PHYSIOTHERAPEUTINNEN EIN PROBLEM, SONDERN OFT SCHEITERT ES AN DER MOTIVATION DER PATIENTINNEN, MIT DEM TRAINING ZU BEGINNEN BZW. ES AUCH LÄNGERE ZEIT KONSEQUENT AUSZUFÜHREN.«

Hauptursache: Bewegungsmangel

Prävention von Stoffwechselerkrankungen

»Medizinische Trainingstherapie im Organsystem« als Lehrfach an der FH Campus Wien.

Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom, Bluthochdruck oder Hypercholesterinämie nehmen in allen Ländern mit einem »westlich« geprägten Lebensstil zu. Typisch dafür ist neben Nikotinabusus und Übergewicht vor allem Bewegungsmangel. Da die Anzahl der PatientInnen mit Stoffwechselerkrankungen auch in der Physiotherapie immer größer wird, muss diesem Umstand auch in der Ausbildung Rechnung getragen werden.

Am FH Campus Wien gibt es seit der Überarbeitung des Curriculums das Fach »Medizinische Trainingstherapie im Organsystem«. Ziel dieses Faches ist es, den StudentInnen die Möglichkeit zu geben, ihre erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse aus den verschiedensten Fächern wie Innere Medizin, Medizinische Trainingstherapie, Orthopädie und Trainingswissenschaften zu vernetzen. Dabei suchen sie sich in Kleingruppen von drei bis vier Personen KlientInnen, die gesund sind, aber auch schon einen Risikofaktor für eine mögliche Erkrankung aufweisen. Diese werden dann von den StudentInnen »auf Herz und Nieren« untersucht und müssen auch eine Sportfreigabe eines Arztes/einer Ärztin haben.

Bei der Untersuchung wird gemeinsam mit den KlientInnen ein realistisches Ziel definiert, welches mittels eigens durch die Studierenden für ihre ProbandInnen ausgearbeiteten zehnwöchigen Trainingsplan erreicht werden soll. Im Zuge der Eingangsuntersuchung werden von den StudentInnen je nach Problem und Zielstellung der ProbandInnen unterschiedliche Parameter ermittelt. Hierbei kommen neben der standardmäßig durchgeführten Anamnese und physiotherapeutischen Untersuchung auch unterschiedliche Assessmentverfahren zur Anwendung.

»EINE DER WESENTLICHSTEN
ERFAHRUNGEN FÜR DIE
STUDIERENDEN IST, WELCHE
ALLTÄGLICHEN PROBLEME
IN DER PRAKTISCHEN ARBEIT
MIT DEN PROBANDINEN
ENTSTEHEN KÖNNEN UND
AUF WELCHE ART UND WEISE
SICH DIESE LÖSEN LASSEN.
HIERBEI KOMMEN HÄUFIG
AUCH »NEUE« KOMMUNIKATIONS-
MITTEL WIE TWITTER ODER
WHATSAPP ZUR ANWENDUNG.«



In Bezug auf das Körpergewicht wird z.B. der Body Mass Index (BMI) bzw. häufig auch die Waist-to-hip Ratio (WHR), das Taille-Hüft-Verhältnis, ermittelt. Dieses gibt einen Richtwert über das Verhältnis der Körperfettverteilung an. Als Parameter für die Ausdauerleistung kann für Personen mit eher geringer körperlicher Aktivität der 3-Minuten-Stepptest als Eingangs- und Ausgangstest genommen werden (Kool & Oesch 2013). Für fittere Personen besteht auch die Möglichkeit sogenannter sub-maximaler Ergometertests am Fahrrad oder Laufband, wie z.B. Physical Work Capacity (PWC) 130, 150, 170 (Diemer & Sutor 2006).

Eine weitere Möglichkeit zur Bestimmung von möglichen Defiziten bei Bewegungsmustern der ProbandInnen ist die Durchführung des Functional Movement Screens® (FMS) (Keller 2013). Bei dieser Testbatterie werden sieben vorgegebene Bewegungen getestet und anhand eines standardisierten Protokolls bewertet. Auch mit diesem Assessmenttool ergibt sich wieder die Möglichkeit, einen Eingangs- und Ausgangstest durchzuführen. Dadurch haben sowohl die StudentInnen als auch die Testpersonen einen Wiederbefundungsparameter, an dem sie den Fortschritt der ProbandInnen messen können.

Die bisherigen Erfahrungen der Lehrveranstaltung zeigen, dass es für die Studierenden eine sehr interessante und lehrreiche Erfahrung ist, über einen Zeitraum von zehn Wochen mit ProbandInnen zu arbeiten. Die StudentInnen haben hier die Möglichkeit, praktische Erfahrungen »am lebenden Objekt« mit dem bisher gelernten Wissen zu sammeln, und schätzen dies in den meisten Fällen sehr. Die Lehrveranstaltungsleitung überprüft vor Trainingsbeginn die Trainingspläne auf deren Praktikabilität, wodurch mögliche Gefahren auf ein Minimum reduziert werden können.

Mag. Niels Ruso

LIETERATUR

- Diemer, F., Sutor, V. (2006). Praxis der Medizinischen Trainingstherapie. Stuttgart: Thieme.
- Kool, J., Oesch, P. (2013). Der Fitness-Check. Physiopraxis 3, 11(03), 42-43.
- Keller, M. (2013). Testbatterie für Aktive (Functional Movement Screen). Physiopraxis 4, 11(04), 26-29.

Kleiner großer Unterschied

Interview



Romana Bichler ist Dozentin im Studiengang Physiotherapie an der FH St. Pölten und freiberuflich tätige Physiotherapeutin. In ihrer beruflichen Laufbahn hat sie sich auf das Thema Gender und Innere Medizin spezialisiert. Im Interview mit Anital Kiselka gibt sie spannende Einblicke in Hinsicht auf den Einfluss des Geschlechts bei Stoffwechselerkrankungen.

REFERENZEN

- Hochleithner, M. (2008). Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Band 1. Wien: Facultas. | Band 2 (2009).
- Rieder, A. & Lohff, B. (2008). Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die Praxis. 2. Auflage. Wien, New York, Springer.



Gefragt:
FH-Prof.in Romana Bichler, MAS,
freiberufliche Physiotherapeutin
und FH-Dozentin, Master in
Sportphysiotherapie.

Inwiefern spielen bei Stoffwechselerkrankungen Geschlechterunterschiede eine Rolle?

Frauen leben bekanntlich länger als Männer. Dies gilt für Nationen deren Bruttonationalprodukt eine bestimmte Größe überschreitet. Derzeit ist es noch unklar, warum dies so ist. Haben Männer mehr Stress? Oder Frauen die besseren Gene? Es stehen zwei unterschiedliche Hypothesen im Raum, wobei eine gesellschaftswissenschaftlich und die andere biologisch begründet wird. Eine biologische könnte der Unterschied in der kardiovaskulären Physiologie sein, eventuell können Überlebensunterschiede damit erklärt bzw. diskutiert werden.

Welche Stoffwechselerkrankungen sind von besonderer Bedeutung?

Das Geschlecht beeinflusst sowohl Gesundheitsverhalten als auch die Entwicklung und den Verlauf unterschiedlicher Erkrankungen. In Studien konnte gezeigt werden, dass Diabetes, Hypertonie und Bewegungsmangel geschlechtsabhängige Risikofaktoren sind. Weitere Einflussfaktoren für Adipositas und Diabetes sind vor allem bei Frauen ein niedriger sozialer Status und eine schlechte Bildung. Männer leiden häufiger an einem metabolischen Syndrom. Sind jedoch Frauen davon betroffen, besteht ein höheres kardiovaskuläres Risiko und eine höhere Mortalität.

Sind Frauen, die an Diabetes erkrankt sind, aus medizinischer Sicht anders zu betrachten als Männer?

In Prävention, Diagnose und Therapie von Diabetes spielen biologische und psychosoziale Faktoren eine große Rolle. Frauen mit Diabetes leiden vor allem an einer schlechteren Lebensqualität und einer deutlichen Minderung des seelischen und körperlichen Wohlbefindens.

Wie sind Frauen physiotherapeutisch zu behandeln?

Bei Frauen, die an Diabetes und Hypertonie erkrankt sind, hat Bewegungstraining einen größeren positiven Effekt. Frauen essen gesünder als Männer, bewegen sich aber weniger. Es geht daher um eine generelle Umstellung des Lebensstils – aus der Passivität in die Aktivität. Dabei ist es wichtig, die Alltagsbewegung zu fördern und hierbei physiotherapeutisch unter die Arme zu greifen. Beide Geschlechter profitieren gleichermaßen von einer guten Stoffwechseleinstellung, einer guten Blutdruck- und Lipidtherapie.

Wie unterscheiden sich Frauen, die an Adipositas erkrankt sind, von Männern?

Die enorme Zunahme von Adipositas stellt in der westlichen Welt ein großes gesundheitspolitisches Problem dar. In den EU-Staaten liegt die Prävalenz von Adipositas bei Frauen etwas höher, in Österreich jedoch gelten mehr Männer als übergewichtig. Die Lebenserwartung sinkt, was auf diverse Folgeerkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus Typ 2 oder diverse kardiovaskuläre Erkrankungen usw. zurückzuführen ist.

Inwiefern sind Frauen aus physiotherapeutischer Sicht anders zu betrachten?

Adipositas begünstigt das Auftreten von Rückenschmerzen und Arthrosen im Bereich des Kniegelenks. Frauen entwickeln mit mehr als 30 Prozent Übergewicht 3,2 Mal häufiger eine radiologisch nachweisbare Gonarthrose. Grund hierfür ist, dass Adipositas zu einer Ventralisierung des Schwerpunktes und somit einer veränderten Körperhaltung führt.



© Thomas Francois - Fotolia.com

Gut im Blick

**Sehstörungen bei Stoffwechselerkrankungen:
Was können OrthoptistInnen tun?**

»STOFFWECHSEL-
ERKRANKUNGEN
MIT SEHSTÖRUNGEN
MACHEN IN DER
DIAGNOSTIK EINE
INTERDISZIPLINÄRE
ZUSAMMENARBEIT
ERFORDERLICH.«



© Orthoptik AKH Linz

ABB. 1

Patientin mit Abducensparese rechts – deutliches Innenschielen beim Blick nach rechts (siehe oben), Blick nach links frei (siehe unten)



ABB. 2

Messung des Schielwinkels an der Tangentenskala mit Stirnhelm und Dunkelrotglas

© Orthoptik AKH Linz

Den Beruf der OrthoptistInnen gibt es in Österreich seit 1964, wo der erste Lehrgang an der damaligen Schule für Orthoptik in Salzburg stattfand. Die primäre Aufgabe der OrthoptistInnen bestand früher darin, bei schielenden und sehgeschwachen Kindern die Augen zu »beschulen«, woher auch der Begriff der »Sehschulen« abgeleitet ist. Im Laufe der Jahre haben sich der Beruf und auch die Ausbildung verändert. Von der Schule zur Akademie und nun zur Fachhochschule. Von beschulenden AssistentInnen zu SpezialistInnen für Funktionsstörungen der Augen. Heute gibt es in Österreich geschätzt 300 OrthoptistInnen, dabei nur ca. sechs Orthoptisten, weshalb meist die weibliche Form des Berufes benutzt wird. 70 Prozent von ihnen sind in Ordinationen und 30 Prozent in Kliniken oder Reha-Zentren tätig.

OrthoptistInnen arbeiten eigenverantwortlich auf ärztliche Anordnung, erheben den orthoptischen Befund, erstellen die orthoptische Diagnose und den Therapieleitplan. Sie sind SpezialistInnen bei der Diagnostik und Therapie von Schielen, Sehschwäche, Doppelbildern, Sehüberanstrengung, Augenzittern, okulären Kopfwangshaltungen sowie Sehproblemen durch neurologische, internistische, traumatische oder endokrinologische Störungen. Manche OrthoptistInnen haben sich auf die Anpassung von Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen, orthoptische Rehabilitation, ophthalmologische Untersuchungsmethoden oder die Vorsorge (»Kindergartenreihenuntersuchungen«) spezialisiert. Sie arbeiten eng mit OphthalmologInnen im niedergelassenen oder klinischen Bereich zusammen.

Sehstörungen bei Stoffwechselerkrankungen

Diabetes, Adipositas, Rheuma und Schilddrüsenerkrankungen können auch zu Sehstörungen führen, bei denen OrthoptistInnen die idealen AnsprechpartnerInnen sind. Diabetes führt durch die Mikrozykulationsstörungen häufig zu Doppelbildern durch Paresen von Hirnnerven (Abducensparese (Abb. 1), Okulomotoriusparese). OrthoptistInnen führen hier spezielle Untersuchungen durch (z.B. Messung des Schielwinkels in verschiedenen Blickrichtungen an der Tangentenskala (Abb. 2), Beurteilung der Augenmotilität) und können dadurch exakt bestimmen, um welche Art der Parese es sich handelt. Therapeutisch kann den PatientInnen häufig mit einer

Prismenfolie geholfen werden – damit können in 80 Prozent der Fälle Doppelbilder erfolgreich ausgeglichen und eine Verbesserung der Lebensqualität für die Dauer der Rückbildung erreicht werden. Adipositas und Begleiterkrankungen wie Hypertonie erhöhen das Insultrisiko. Doppelbilder, Verschwommensehen, Schwindel, Gesichtsfeldausfälle oder Nystagmus sind häufig erstes Symptom eines Infarkts. Durch eine klinisch-neuroorthoptische Untersuchung kann oft der genaue cerebrale Läsionsort (meist im Hirnstamm/Kleinhirn) eingegrenzt und bildgebende Verfahren gezielter eingesetzt werden. Neben dem Prismenausgleich kommen hier als Therapie auch Fusionsschulungen oder Gesichtsfeldtraining zum Einsatz.

Die Autoimmunhyperthyreose (Morbus Basedow) kann zu schweren Beeinträchtigungen der Sehfunktionen führen. Durch eine Schwellung der Augenmuskeln kommt es zu Exophthalmus und Doppelbildern, Lid-schwellungen und im schlimmsten Fall zur Kompression des Nervus optikus mit drohender Erblindung. OrthoptistInnen dokumentieren mögliche Veränderungen der Sehschärfe und der Motilität. Sie sind auch hier therapeutisch und beratend tätig.

Stoffwechselerkrankungen mit Sehstörungen machen in der Diagnostik eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit NeurologInnen, InternistInnen, EndokrinologInnen, RadiologInnen und OphthalmologInnen erforderlich. In der Therapie ist ein Austausch mit den anderen medizinisch-technischen Berufsgruppen – v.a. auch mit der Physiotherapie und Ergotherapie – hilfreich, um die besondere Situation von PatientInnen mit Sehstörungen in der allgemeinen Therapie berücksichtigen zu können.

Ulrike Pichler, MSc

Die Vermessung der Physiotherapie

Assessments in der Geriatrie – Ein Bestandteil des physiotherapeutischen Alltags

Das Durchführen von Assessments, sogenannten standardisierten Messinstrumenten, gehört mittlerweile zum (physio)therapeutischen Alltag und zieht sich durch alle Fachbereiche.

Es gibt eine Reihe von Tests im Bereich des Bewegungsapparates. Als Qualitätskriterien von Assessments gelten Reliabilität – Reproduzierbarkeit oder Zuverlässigkeit – und Validität – Gültigkeit (Oesch et al. 2011). Das bedeutet, dass die Qualität eines Assessments hoch ist, wenn andere AnwenderInnen unter denselben Bedingungen und Einsatz desselben Tools zum selben Ergebnis kommen (Reliabilität) und dass auch tatsächlich gemessen wurde, was man darstellen will (Validität).

Wozu ein Assessment bei älteren und hochbetagten Menschen?

Anhand der Messung von Kraft, Koordination und Gleichgewicht lässt sich zum Beispiel der Grad einer Sturzgefährdung einschätzen. Wiederholt man das Assessment zu einem späteren Zeitpunkt, gibt das Aufschluss, ob eine Verbesserung des Zustandes eingetreten ist. Dies ist grundsätzlich ein Teil des Physiotherapeutischen Prozesses und so eine gute, auf Fakten basierende und auch für andere nachvollziehbare Möglichkeit, den Behandlungserfolg zu überprüfen und zu dokumentieren oder gegebenenfalls den weiteren Therapieverlauf anders zu gestalten.

Im geriatrischen Bereich sind Menschen oftmals mit Multimorbidität behaftet – nicht zuletzt daraus resultierend ist rund um den/die geriatrische/n PatientIn ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team anzutreffen. Idealerweise führt jede Berufsgruppe die in der jeweiligen Profession gängigen Assessments durch und es erfolgt ein Abgleich mit den anderen tätigen Personen. Es macht also Sinn, nicht nur mit den physiotherapeutischen Assessments, sondern auch mit den anderen, zum Beispiel von der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie empfohlenen Tools des geriatrischen Basisassessment, vertraut zu sein.

Im Bereich Mobilität werden häufig nebenstehende Tests eingesetzt.

Constance Schlegl

Postgraduale Universitätslehrgänge für TherapeutInnen & MedizinerInnen

Neurorehabilitation MSc

Information: www.donau-uni.ac.at/neuro/rehab

Neurorehabilitationsforschung MSc

Information: www.donau-uni.ac.at/neuro/forschung

Start der Lehrgänge: 19. Oktober 2015

Donau-Universität Krems. Zentrum für Neurorehabilitation.
andrea.muellner@donau-uni.ac.at | Tel. +43 (0)2732 893-2631



bezahlte Anzeige



ASSESSMENTS	TESTBEREICH
Timed Up and Go (TUG)	Mobilität
POMA Performance Oriented Mobility Assessment – Tinetti-Test	Einschätzung der Sturzgefährdung
SPPB Short Physical Performance Battery	Bewertung motorischer Fähig- keiten anhand von Gleichge- wicht, Ganggeschwindigkeit, Kraft und Ausdauer der unteren Extremitäten
Esslinger Transferskala	Bewertung des Ausmaßes der benötigten Hilfestellung bei einem Transfer
Berg Balance Scale	Untersuchung der Balance- fähigkeit und des Sturzrisikos

QUELLEN

Runge, M., Rehfeld, G. (1995). Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team. Stuttgart: Thieme.

Oesch et al. (2011); Schädler et al. (2012); Büsching et al. (2008) Assessments in der Rehabilitation Band 1 bis 3. Bern: Huber.

Gatterer, G. (2007). Multiprofessionelles geriatrisches Assessment. Zeitschrift für Gerontopsychologie & Psychiatrie, 20 (2/3), 2007, 125–134.

Weiterführende Information zu den angeführten Tests finden Sie im Bereich des fachlichen Netzwerks Geriatrie auf der Webseite von Physio Austria www.physioaustria.at



© Denis Junker - Fotolia.com

Systematisch und richtungsweisend: Guidelines

Von der Entwicklung und Nutzung eines wertvollen Instruments

PhysiotherapeutInnen wollen das Beste für ihre PatientInnen, was auch bedeutet, Maßnahmen im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung einzusetzen, welche durch qualitativ hochwertige Studien und wissenschaftliche Belege als effektiv gelten.

»ES IST WICHTIG, DASS PHYSIO-
THERAPEUTINNEN IN DER
ENTWICKLUNG RELEVANTER
MULTIPROFESSIONELLER
LEITLINIEN IHRE ROLLE ALS
EXPERTINNEN WAHRNEHMEN.«

Klinische Leitlinien sind ein nützliches Instrument zur Unterstützung des evidenzbasierten Arbeitens. Sie sind systematisch entwickelte Statements, die sowohl TherapeutInnen als auch PatientInnen in der Entscheidungsfindung hinsichtlich adäquater Versorgung unter bestimmten Voraussetzungen unterstützen.

In klinischen Leitlinien werden die zielführendsten Maßnahmen zur Behandlung dargestellt, indem relevante wissenschaftliche Erkenntnisse zur Thematik zusammengefasst und bewertet werden. Damit stellen sie Empfehlungen aufgrund umfassender Einschätzung vorhandener Evidenzen für die Praxis dar. Im Unterschied zu einer »Systematic Review« wird im Rahmen einer Leitlinie nicht eine einzelne Frage sondern eine Serie davon beantwortet, um PhysiotherapeutIn und PatientIn in der Auswahl von Interventionen bzw. eines gesamten Pakets zu unterstützen.

Es ist wichtig, dass PhysiotherapeutInnen in der Entwicklung relevanter multiprofessioneller Leitlinien ihre Rolle als ExpertInnen wahrnehmen. Einige Länder haben Programme zur Entwicklung klinischer Leitlinien, welche hauptsächlich multiprofessionell ausgerichtet sind, aber natürlich ebenso für PhysiotherapeutInnen relevant sind. Zusätzlich gibt es von manchen WCPT-Mitgliederorganisationen Entwicklungsprogramme für und Publikationen von Leitlinien mit gezielt physiotherapeutischem Fokus.

Physio Austria ist die Einbindung in derartige – interdisziplinäre/multiprofessionelle – Projekte ein wichtiges Anliegen. Zur Erstellung diverser Leitlinien z.B. in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) oder auch auf internationaler Ebene (Parkinson Leitlinie) entsendet Physio Austria immer wieder ExpertInnen. Mitglieder, die in derartige Arbeitsprozesse eingebunden sind, werden durch die Vermittlung möglicher AnsprechpartnerInnen für einen fachlichen Diskurs oder durch das Bereitstellen von Ressourcen wie über das Guidelines International Network (G-I-N) unterstützt. G-I-N ist eine non-Profit Vereinigung von Organisationen und Einzelpersonen. Partnerschaften bestehen u.a. mit Organisationen wie The AGREE Research Trust (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) und The Cochrane Collaboration.

Martina Sorge



© blueesign - Fotolia.com

Die European Physiotherapy Guideline for Parkinson's disease – ein aktuelles Beispiel

Ende 2014 wurde die European Physiotherapy Guideline for Parkinson's disease der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Diese entstand – von ParkinsonNet und der Royal Dutch Society for Physical Therapy initiiert und hauptfinanziert – unter Mitwirkung der Berufsverbände für PhysiotherapeutInnen aus 19 europäischen Ländern. Aus Österreich war Silvia Nowotny als Teil der »Reading Group« an der »Guideline Development Group« beteiligt.

Die Guideline wurde von Anfang an unter Einbeziehung betroffener PatientInnen entwickelt und besteht aus vier Teilen: die Guideline selbst (vorrangig für PhysiotherapeutInnen), Informationen für Personen mit der Erkrankung, Informationen für ÄrztInnen v.a. zum Thema Physiotherapie und Informationen über die Entwicklung sowie die wissenschaftliche Begründung. Bei der Entwicklung der Guideline wurden internationale Standards berücksichtigt (AGREE und Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation GRADE).

Nach der erfolgreichen Lancierung ist es nun an den PhysiotherapeutInnen in der Praxis, die Leitlinie als Instrument der Evidence Based Practice in ihre Arbeit zu implementieren. An einer deutschen Übersetzung wird derzeit gearbeitet.

Zu finden hier:

»European Physiotherapy Guideline for Parkinson's disease«
www.parkinsonnet.info/euguideline



© Magdalena Szelestey

Physio Students Austria

**Physio Austria hat Zuwachs bekommen:
Das neue fachliche Netzwerk richtet sich
an Studierende der Physiotherapie.
Inform hat den Leitenden fünf kurze Fragen gestellt:**

Warum haben Sie sich für die Gründung eines fachlichen Netzwerks für Studierende entschieden?

Ein Leitgedanke der Gründung war die Vernetzung der Physiotherapie-Studierenden österreichweit, um eine Vertretung dieser und eine bessere Zusammenarbeit zwischen Studium/Beruf und Physio Austria zu erreichen.

Dazu haben wir uns in Wien mit VertreterInnen verschiedener FHs zu einem Gründungsworkshop getroffen. Die ursprünglichen InitiatorInnen dieses Netzwerkes sind drei AbsolventInnen: Lisa Marie Larisch, Magdalena Szelestey und Sandra Degelsegger. Mit ihrer Hilfe haben wir die Idee umgesetzt. Vorbilder hierfür sind ähnliche Organisationen in den Niederlanden und Schweden.

Was wird dieses fachliche Netzwerk ausmachen?

Zum einen zeichnet unser fachliches Netzwerk die Vernetzung der Studierenden untereinander aus und zum anderen die Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Gruppen, wie beispielsweise AbsolventInnen, Lehrenden, Physio Austria als Berufsverband und anderen Gruppen der medizinisch-technischen Berufe.

Wofür steht Physio Students Austria?

Wir stehen für Zusammenarbeit, nicht nur unter Studierenden der Physiotherapie, sondern auch intra- und interdisziplinär.

Welche Aktionen wollen Sie setzen?

Bei unserem ersten Treffen haben wir uns vier Hauptziele gesetzt. Diese sind:

- 1 Beitrag leisten für die Entwicklung der Physiotherapie-Ausbildung und des Berufes
- 2 Bildung einer Plattform für Kommunikation, Erfahrungsaustausch und Information
- 3 Beitrag leisten zur Internationalisierung der Physiotherapiestudiengänge
- 4 Bindeglied zwischen Studierenden und Physio Austria bilden

Wichtig ist uns, dass wir nun möglichst viele Physiotherapiestudierende mit ins Boot holen! Geplant ist, dass wir uns zwei Mal im Jahr treffen. Für weiter Informationen laden wir alle InteressentInnen ein, sich an uns zu wenden.

Wie beschreiben Sie sich selbst mit fünf Worten?

Engagiert, jung, dynamisch, interessiert und teamorientiert.

Mara Loesewitz, Patrick Moser

Fachliches Netzwerk Physio Students Austria (PSA)

LEITUNG
Patrick Moser (FH Joanneum Graz)
STV. LEITUNG
Mara Loesewitz (FH Joanneum Graz)
MAILKONTAKT
students@physioaustria.at



Gemeinsam engagiert

Aktuelle Informationen zur Registrierung der gehobenen MTD-Berufe

Das Thema der Registrierung der gesetzlich geregelten, nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe beschäftigt die Gesundheits- und Berufspolitik in Österreich nun schon seit bald zehn Jahren. Während es jedoch seitens der politisch Verantwortlichen lange Zeit kaum Beachtung gefunden hat, hat der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD-Austria) von Anfang an begonnen, die Registrierung für die eigenen Berufsangehörigen voranzutreiben.

Mit der seit März 2014 möglichen online-Registrierung hat MTD-Austria einen logischen Schritt zur Optimierung der Datenqualität der freiwilligen Registrierung getan. Das hochqualitative, freiwillige Register bei der MTD-Register GmbH ist vorläufig die einzige Datengrundlage für gezielte Planungen und Maßnahmen im Sinne der PatientInnen und MTD-Berufsangehörigen.

Kooperation Pflege mit AK

Im Jänner 2015 gab der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) bekannt, künftig in Sachen Registrierung mit der Arbeiterkammer (AK) zu kooperieren. MTD-Austria hat immer wieder betont, dass die AK als Institution zur Vertretung der ArbeitnehmerInneninteressen unverzichtbar und als starke Partnerin in vielerlei Hinsicht hoch geschätzt wird.

Zur Führung eines Berufsregisters ist für MTD-Austria jedoch nach wie vor eine »politisch unabhängige und fachlich kompetente Stelle« prädestiniert, die eine enge Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden gewährleistet und sowohl den Bedürfnissen der Angestellten als auch der großen Anzahl der freiberuflich Tätigen gerecht wird. Nicht zuletzt aus diesem Grund führt MTD-Austria auch laufend Gespräche mit der AK, wenn auch keine konkrete Verhandlungen: An der grundsätzlichen Position von MTD-Austria hat sich nichts verändert. Eine Registrierung der gehobenen MTD-Berufe durch die AK, wie im Gesetz (GBRegG) von 2013 vorgesehen, wird nach wie vor abgelehnt.

Mag. Gabriele Jaksch

»MTD-AUSTRIA FÜHRT NACH WIE VOR LAUFEND GESPRÄCHE MIT VERSCHIEDENEN STELLEN (BUND, LÄNDER, SOZIALVERSICHERUNG, SOZIALPARTNER), UM EINE FÜR ALLE BETEILIGTEN TRAGBARE UND IM SINNE DER BETROFFENEN - MTD-BERUFSANGEHÖRIGE UND PATIENTINNEN - OPTIMALE KOMPROMISS-LÖSUNG ZU FORCIEREN.«

Registrieren auch Sie sich unter <https://register.mtd-berufe.at>

Aktuelle Informationen zum Thema finden Sie unter www.physioaustria.at

**JETZT
MITMACHEN**

**Werden Sie Funktionärin! Werden Sie Funktionär!
Ihre Mitgliedschaft sichert die Zukunft des Berufs!**



gemeinsam aktiv

**»WIR ENGAGIEREN UNS
FÜR PHYSIO AUSTRIA,
UM WUT IN MUT ZU VERWANDELN!«**

Die eigene Leidenschaft nutzen

Das Bild entstand im Rahmen des FunktionärInnen-Treffens von Physio Austria.
Die ganz persönliche Motivation wurde im Form von Statuentheater bewegt dargestellt.

Information unter

**[www.physioaustria.at/
allgemeine-information/funktionaerin-werden](http://www.physioaustria.at/allgemeine-information/funktionaerin-werden)**

undjetztdoch!