

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

Das Geschlecht: Unterschiede und Erkenntnisse.



WIRELESS PRO Funktionelle Rehabilitation in Bewegung weltweit erstes kabelloses Elektrotherapiegerät für Profis

Wireless (R)evolution für Profis

Das Wireless Professional bringt die kabellose Technologie in jede Praxis und ermöglicht die Kombination von aktiven Bewegungen mit Flektrostimulation



Mobiles 4-Kanal Elektrotherapiegerät

Mit 71 Therapieprogramme für die professionelle Anwendung, zur Behandlung verschiedener Indikationen. Es bietet eine verbesserte Bedienfreundlichkeit, mehr Komfort, und spart dabei Platz und Zeit zur Optimierung der Behandlung.

> Exklusiv für Physio Austria Mitglieder zum Aktionspreis um 1.250 Euro*

Einzigartige MI Technologie: analysiert, kontrolliert und optimiert

Die einzigartige MI Technologie bietet eine automatische, personalisierte Stimulation, die auf die Physiologie des einzelnen Patienten abgestimmt ist. Die Technologie analysiert, regelt, kontrolliert und passt entsprechende Parameter während der Therapie an.

* Aktion gültig bis 31.07.2017, angegebene Preise sind exkl. MwSt., Satz- und Druckfehler vorbehalten

Ärztebedarf Scherer GmbH

Bruggerstraße 34 A - 6973 Höchst T +43 (0) 5578 747 50 office@scherer.at

Filiale Wien

Auenbruggergasse 2/11 A-1030 Wien

T +43 (0) 664 507 06 80 wien@scherer.at

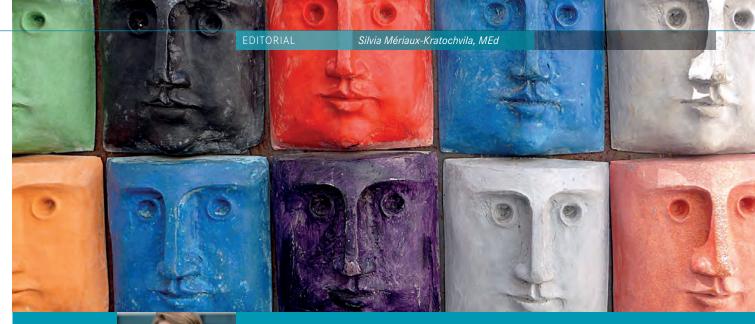
Filiale Salzburg

Alpendorfweg 14 A-5600 St. Johann im Pongau T +43 (0) 664 217 55 64 salzburg@scherer.at

Showroom Hard

Rheinstraße 8 A-6971 Hard T +43 (0) 5578 747 50 88 hard@scherer.at





Liebe LeserInnen,

Sie halten ein Inform in Händen, das den Bezug der Physiotherapie zur Gendermedizin sowie deren Schwerpunkte und Ziele thematisiert. Gendermedizin umfasst alle medizinischen Bereiche und erfährt auch zunehmend Beachtung in der Physiotherapie, beispielsweise in der Trainingstherapie. Sie rückt die individuellen physiologischen und medizinischen Voraussetzungen sowohl von Frauen als auch von Männern in den Fokus und verbessert dadurch den Zugang zu maßgeschneiderten medizinischen und therapeutischen Angeboten.

Krankheiten manifestieren sich bei Männern und Frauen unterschiedlich: Organsysteme und Körperfunktionen unterscheiden sich, Medikamente wirken anders. Dank der Gendermedizin weiß man, dass Diagnose, Therapie, Medikation und Prävention unter geschlechtsspezifischen Aspekten betrachtet werden müssen. Das aktuelle Inform bleibt jedoch nicht streng bei den Bedürfnissen von Männern und Frauen, sondern nimmt auch Transgender-Personen in den Blick. Welche Erfahrungen eine Transgender-Person in physiotherapeutischen Einheiten gesammelt hat, lesen Sie in der aktuellen Ausgabe.

Welchen Einfluss kann das Geschlecht auf Therapieerfolg und -gestaltung haben? Welche Rolle spielt das Geschlecht im Umgang mit Lasten? Und welche Rolle nimmt Gendermedizin in der modernen Medizin ein?

Antworten auf diese Fragen und weitere spannende Artikel finden Sie in der Juni-Ausgabe des Inform. Wir freuen uns über Ihre Anregungen und Rückmeldungen an chefredaktion@physioaustria.at

Silvia Mériaux-Kratochvila, MEd PRÄSIDENTIN PHYSIO AUSTRIA

inform 2017

THEMEN DER INFORM-AUSGABEN IN DIESEM JAHR

Februar Physiotherapie mit Behinderung

April Multikulturalität in der Physio-

luni Gendermedizin in der Physiotherapie

September Mental Health und Physiotherapie

Dezember Kinder und Physiotherapie

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 Julia Stering, BA BA MA chefredaktion@physioaustria.at

Dechant Grafische Arbeiten FOTOS Helmut Wallner/ © Physio Austria, ausgenommen: wo gesondert angegeben BKORREKTUR UND RETUSCHE Helmut Wallner
DRUCK Steiermärkische
Landesdruckerei, Graz

CREDIT

- fotolia © darenwoodward
- fotolia © darenwoodward
 © FH Campus Wien
 pixabay © faces-660786
 fotolia © jdoms
 fotolia © Tycson1
 fotolia © nto-

- S 14 fotolia © thomas.andri S 17 pixabay © carnival-2010109
- pixabay © halm-1633744 fotolia © gokcengulenc
- © Physio Austria wallnerfotografie.at © Sophie Haslinger
- fotolia © Creativa Images
- S 25 © Hochleitner
- fotolia © lenetsnikolai
- S 27 fotolia © majivecka
- S 29 fotolia © staras S 31 © Franz Morgenbesser
- S 32 © FH Joanneum © Stadt Graz Fischer
- S 35 fotolia © Konstantin Yuganov fotolia © Joachim Wendler
- S 38
- pixabay © tools-2145770 fotolia © iryna1
- pixabay © lego-1044891 © Mathias Meusburger S e1 S e3
- fotolia © vulcanus © Franz Morgenbesser,
- © Angela Lamprecht
 © Physio Austria wallnerfotografie.at
- fotolia © Cifotart
- Hans Hoppeler©Uni Salzburg
- S e10 © Ute Eberl S e11 © Sarah Isak
- S e15 fotolia © Svetlana Fedoseeva

BEZUGSPREISE Einzelheft: 7,50 Euro; Abo (5 Ausgaben/Jahr): 31 Euro (Inland), 53 Euro (Ausland). schriftlich 2 Monate vor Ablauf des Abos.

OFFENLEGUNG GEMÄSS MEDIENGESETZ einzusehen unter www.physioaustria.at/ impressum



Gender - what else? Frauen und Männer unterscheiden sich Dr. Andjela Bäwert



16 Die Qual der Wahl Therapeut oder Therapeutin? **Patient oder Patientin?** Sabine Benczur-Juris

Im anderen Körper Mein Statement als Transgender-Person Anonym

21 SERIE GESUNDHEITSPOLITIK Ebnung eines steinigen Weges Update zum Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBR G) Mag. Nicole Muzar

22 Wer (er)trägt wie viel? Lastenhandhabung und geschlechtergerechte Beratung in der Arbeitsmedizin Dorothea Haslinger

inform Inhalt Juni 2017

Themenschwerpunkt

Gendermedizin in der Physiotherapie



Gendermedizin und Kardiologie Geschlechtsunterschiede in der Kardiologie in Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation



Jugendliche geben GAAS ein interdisziplinäres Miteinander FH-Prof. Anita Kiselka, MSc



Berufsbild und Berufsvertretung Auf den Punkt gebracht.

Die bewegte Frau Bewegungsförderung im Grätzl

Univ.-Prof. Dr. Margarete Hochleitner

Mag. Claudia Schume Renate M. Zettl, MBA

Morbus Bechterew geschlechterungleiche Behandlung

Geschlechterspezifische Unterschiede des klinischen Phänotyps im Hinblick auf die Gruppentherapiegestaltung

Martin Langegger, BSc

Wandel zum Alter Die Bedeutung der Gendermedizin in der Geriatrie

Constance Schlegl, MPH

Herzschlag dank der Physiotherapie Rückschau auf die Weltwinterspiele der Special Olympics in Österreich Barbara Gödl-Purrer, MSc

Beate Salchinger, MSc, MSc

36 PHYSIO STUDIEN Studiert und kommentiert The Warwick Agreement on femoroacetabular impingement synmdrome (FAI syndrome): an international consensus statement.

Barbara Wondrasch, MSc PhD

38 ASSESSMENTS Ein Werkzeug im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses

Mehr als eine Rubrik in Ihrer Zeitschrift Martina Sorge, MSc

e2 Triggerpunkt Dry Needling (TrPDN) Eine physiotherapeutische Kompetenz?

Constance Schlegl, MPH; Mathias Meusburger

e5 Alles neu im Präsidium Generalversammlung 2018

Mag. Stefan Moritz, MSc

e6 Regional und österreichweit wirken Landesverbände und Beirat:

Gestaltung, Funktion und Aufgabe

Martina Sorge, MSc

e7 PHYSIOFACES

e8 Muskel und Sehne: 5. Salzburger Sportphysiotherapie-Symposium Karl Lochner

e 10 Der Fuß als Mittelpunkt PhysioTalk in der Steiermark

Anita Parzmaier, BSc

Schulter: eingeschränkt - schmerzhaft Der PhysioTalk 7.1 als Pre-Event

Sarah Wimmer, BSc

e12 PHYSIOWORLD

e12 Physiotherapie im Fokus

Vortragsabend in Oberösterreich

Ingrid Großbötzl

e14 SERIE ARBEITSRECHT

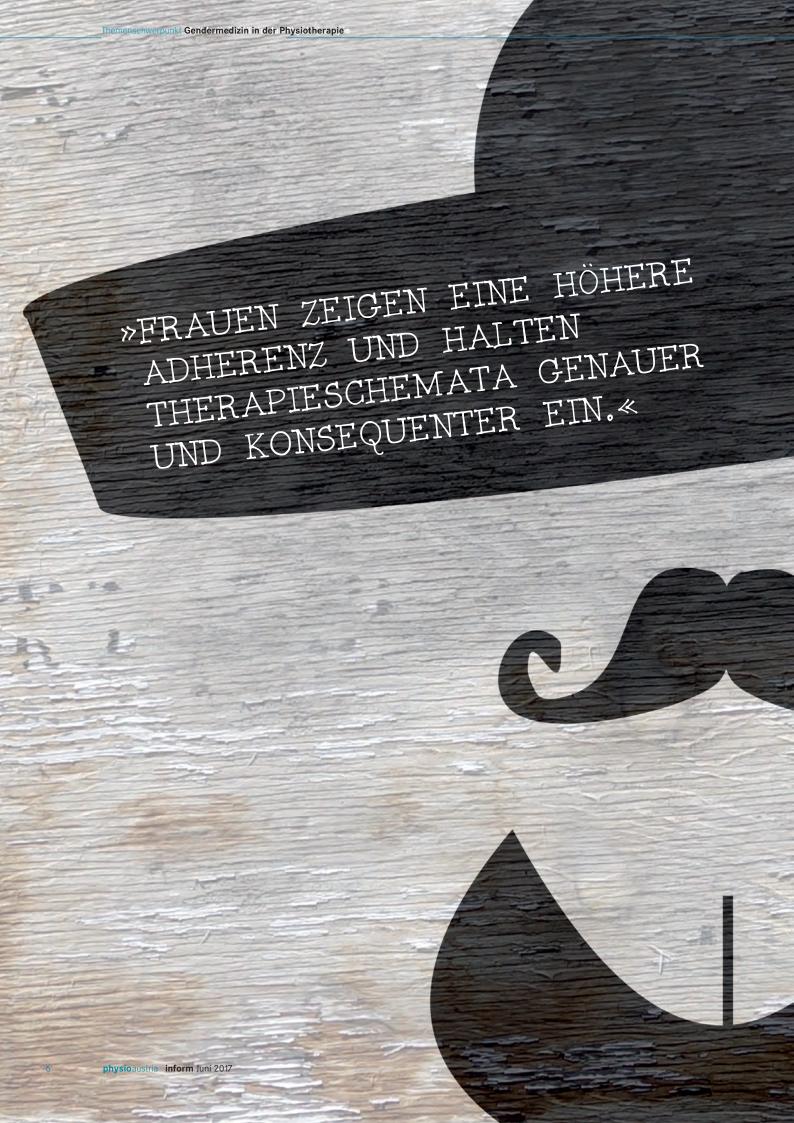
Kinderbetreuungsgeld (KBG) Neu

Valid Hanuna

e15 SERIE STEUERTIPPS

Kinderbetreuungskosten Steuerliche Absetzbarkeit

Mag. Eveline Morawetz







Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind lange in vielen Bereichen der Medizin vernachlässigt worden. Das Ziel der Gendermedizin ist ein wesentliches: Durch die Berücksichtigung von Geschlecht und damit verbundenen Faktoren wie Alter, Gewicht und individuellen körperlichen Besonderheiten soll eine bestmögliche medizinische Versorgung sowohl für Männer als auch für Frauen gewährleistet sein.

»MÄNNER SUCHEN INSGESAMT SELTENER PHYSIOTHERAPEUTISCHE HILFE UND REDEN NICHT SO HÄUFIG ÜBER IHRE SYMPTOME.« Um zu verstehen, wie weitreichend die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind, sollte man sich zuerst die Begrifflichkeit von »Sex« und »Gender« vor Augen führen:

»Sex« beschreibt das biologische Geschlecht, also genetische Unterschiede, anatomische Abweichungen, verschiedenartige Funktionsweisen oder unterschiedliche hormonelle Einflüsse im männlichen beziehungsweise im weiblichen Organismus. Der Begriff »Gender« hingegen bezieht sich auf das soziale Geschlecht und beschreibt die durch Gesellschaft und Kultur geprägten Eigenschaften des Individuums. Somit weist diese Bezeichnung auf all das hin, was in einer Kultur als typisch für ein bestimmtes Geschlecht angesehen wird. Es erscheint verwunderlich, dass genau diese Einflüsse und Unterschiede so lange in vielen Bereichen der Medizin vernachlässigt wurden. Ob in der Prävention, der Therapie, der Nachsorge oder auch in der medizinischen Forschung, Wissenschaft und Lehre – lange Zeit gab es in diesen Bereichen ausschließlich die Auseinandersetzung mit dem männlichen Patienten. Frauen wurden großteils als weibliche Variante des Mannes angesehen, gleichsam wie Kinder als kleine Erwachsene galten. Diese Sichtweisen waren allerdings nicht nur auf Unwissen oder Ignoranz zurückzuführen, sondern hatten auch praktische bzw. wirtschaftliche Gründe. So war die Arzneimittelforschung lange Zeit vor allem auf die maskuline Funktion, Konstitution und männliche Bedürfnisse ausgerichtet.



LITERATUR

Shah ASV et al. (2015). High sensitivity cardiatic troponin and the under-diagnosis of myocardial infarction in women: propective cohort study. BMJ, 350:g7873.

Cavanagh A et al. (2017). Differences in the Expression of Symptoms in men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. Harv Rev. Psychiatry, 25(1):29-38.

Kemper C et al. (2008). Qualitätssicherung in der physiotherapeutischen Versorgung: eine geschlechterbezogene Analyse von Krankenkassendaten. Das Gesundheitswesen, 70(08/09):552-558.

Ein Grund hierfür war, dass der Einschluss von Probandinnen in Phase II- und Phase III-Studien aufgrund von physiologischen Hormonschwankungen oder der Möglichkeit von eintretenden Schwangerschaften mit Risiken fetaler Exposition und potenziell teratogenen Effekten ungleich höhere Kosten versursacht hätte. Es war um ein Vielfaches günstiger und logistisch einfacher, eine Studie zur Arzneimittelwirkung mit männlichen Probanden durchzuführen, als weibliche Probandinnen dafür zu verpflichten.

In diesem Zusammenhang muss der Begriff »Gender Mainstreaming« erläutert werden, der 1985 erstmalig durch die 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen auf breiter, internationaler Ebene erwähnt wurde. »Gender Mainstreaming« beschreibt die Strategie, durch die das Ziel der politischen, sozialen und medizinischen Gleichstellung von Männern und Frauen erreicht werden soll. Bezog sich die Frauen-Gesundheitsberichterstattung lange Zeit nur auf die Belange der reproduktiven Organe, kam es ab den 1990er-Jahren zunehmend zur Veröffentlichung von ausführlichen frauenspezifischen Gesundheitsberichten, auch bedingt durch feministische Strömungen, die zu einer diesbezüglichen Bewusstwerdung beigetragen haben. Diese Berichte zeigten erstmalig in evidenzbasierter Form Unterschiede in Lebensund Arbeitsbedingungen, dem Gesundheitsverhalten oder auch dem Angebot bzw. der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen von Frauen innerhalb des Gesundheitswesens auf.

In den folgenden Jahrzehnten bis heute gelangte man von einer kompetitiven Konkurrenz zwischen VerfechterInnen der Frauenmedizin im Gegensatz zu den AnhängerInnen der Männergesundheit zu einer Gesundheitsversorgung, von der beide Geschlechter gleichermaßen profitieren sollen. Die Bereitschaft zu einer gendersensiblen Auseinandersetzung in allen Bereichen der Medizin hat sich weitestgehend durchgesetzt und hält mehr und mehr Einzug in die »Mainstream-Medizin« – nicht nur in den Bereichen Forschung, Prävention und Therapie, sondern bereits in der Ausbildung und Lehre.

Einflüsse von Gender bei verschiedenen Erkrankungen

In der somatischen Medizin sind gendersensible Aspekte anhand der Diagnose »Herzinfarkt« gut zu veranschaulichen. Bei jüngeren Frauen kommen Myokardinfarkte seltener vor als bei Männern gleichen Alters, allerdings steigt die Gefahr, dass Herzanfälle bei Frauen übersehen werden. Kündigt sich ein Herzinfarkt bei Männern oft durch Brustschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm an, so berichten Frauen häufig über Symptome wie Rückenschmerzen, Schmerzen im Unterkiefer oder Oberbauchbeschwerden. Diese unspezifischen Anzeichen können zu einer Fehlinterpretation und, in weiterer Folge, zu einer schlechteren Versorgung von Frauen bei dieser Diagnose führen. In einer Studie von Shah et al. (2015), die im British Medical Journal veröffentlicht worden ist, wurden die Grenzwerte für das Troponin als spezifischen Eiweiß-Marker für einen Herzinfarkt beleuchtet.

Hierbei wurden über 1.100 PatientInnen, davon 46 Prozent Frauen, mit akuter kardialer Symptomatik untersucht. Bei den standardisierten »state-of-the-art«-Troponintests bestätigte sich die geltende Annahme, dass doppelt so viele Männer wie Frauen einen Herzinfarkt erleiden. Dies konnte anhand der Troponinwerte im Blut nachgewiesen werden. Als die ForscherInnen allerdings eine abweichende und sensiblere Variante des Troponintests einsetzten, blieb die Zahl der Grenzwertüberschreitungen bei Männern nahezu gleich, die Zahl der Frauen mit Troponinerhöhungen, die typisch für einen Myokardinfarkt sind, wurde jedoch verdoppelt. Somit wurden viele Myokardinfarzierungen bei Frauen identifiziert, die beim herkömmlichen Troponintest unentdeckt geblieben wären.

Auch am Beispiel der Depression, die wie die meisten psychiatrischen Erkrankungen multifaktoriell bedingt ist, lassen sich genderspezifische Unterschiede in diversen Krankheits- und Behandlungsebenen anschaulich darstellen. Depressionen werden etwa doppelt so häufig bei Frauen diagnostiziert. Als Ursachen hierfür werden genetische und/oder organische Faktoren, ein Zusammenhang mit dem weiblichen Endokrinum, psychiatrische Komorbiditäten, frühkindliche Entwicklungsstörungen und belastende Lebensereignisse in Zusammenhang gebracht. All diese Faktoren unterliegen geschlechtsspezifischen Einflüssen und führen zur erhöhten Lebenszeitprävalenz der Depression bei Frauen. Doch nicht nur in der Entstehung, auch in der Ausprägung der klinischen Symptome werden geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar. So findet man bei depressiven Männern neben den klassischen Symptomen wie Traurigkeit, Abgeschlagenheit und Müdigkeit häufiger externalisierende Verhaltensweisen wie Aggression oder verminderte Impulskontrolle, während bei Frauen öfter internalisierende Verhaltenscharakteristika mit sozialem Rückzug und Vereinsamung zu beobachten sind. Als therapeutische Maßnahmen kommen, je nach Schweregrad der depressiven Störung, medikamentöse als auch psychotherapeutische Methoden zum Einsatz. Und auch in diesem Bereich gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede: So gibt es aktuell Hinweise, dass Frauen prämenopausal besser auf Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) ansprechen als Männer, wohingegen postmenopausal trizyklische Antidepressiva ähnlich gute Ergebnisse erzielen. Geschlechtsspezifisch zu berücksichtigen ist auch das Nebenwirkungsprofil von SSRIs, da männliche Patienten häufig über Erektions- und Ejakulationsstörungen berichten, die diesbezüglich zu häufigeren Therapieabbrüchen innerhalb des männlichen Patientenkollektivs führen. Auch der Umstand, dass Frauen insgesamt häufiger ÄrztInnen aufsuchen, um über psychischen Probleme zu sprechen, mag eine Ursache für die erhöhte Inzidenz der Diagnose »Depression« bei Frauen sein. Männer suchen PsychotherapeutInnen meistens auf, um sich mit ihrem aggressivem Verhalten oder Suchterkrankungen auseinanderzusetzen, währenddessen Frauen oftmals an Angsterkrankungen und Depressionen leiden. Zusätzlich müssen auch die interpersonellen Einflüsse des Geschlechts zwischen TherapeutInnen und PatientInnen in der Behandlung berücksichtig werden.

Physiotherapie und Gender

Die Diagnosen, die Physiotherapie als Behandlung nach sich ziehen, sind mannigfaltig: Physiotherapie ist bei diversen Diagnosen immanenter Bestandteil des Therapieregimes. Ungeachtet, ob man physiotherapeutische Behandlungssequenzen als primäre Behandlungsform oder in der Rehabilitation einsetzt, ist das Wissen um genderspezifische Inhalte essenziell. Durch die Physiotherapie werden Bewegungsabläufe moduliert und optimiert, zum Beispiel, wenn die zugrunde liegenden Krankheitsursachen orthopädischer oder skelettomuskulärer Genese sind. Dieses Behandlungsziel ist allerdings nicht allein durch die Arbeit der PhysiotherapeutInnen erreichbar, sondern es bedarf auch einer intensiven und aktiven Mitarbeit der PatientInnen. Waren bis vor einigen Jahren genderspezifische Aspekte in der Physiotherapie hauptsächlich aufgrund der Unterschiede in der Physiognomie und Anatomie der Geschlechter berücksichtigt worden, so weiß man heute, dass sich Frauen und Männer auch auf anderer Ebene, bereits zu und vor Beginn einer Therapie, deutlich unterscheiden: Schon bei der Planung des Therapieablaufes sowie bei Betrachtung der Therapie-Retention zeigen sich Unterschiede. Frauen zeigen eine höhere Adherenz und halten Therapieschemata genauer und konsequenter ein. Männer hingegen suchen insgesamt seltener physiotherapeutische Hilfe und reden nicht so häufig über ihre Symptome. Dementsprechend zeigen sich auch deutliche Unterschiede in den Verordnungszahlen bei den Geschlechtern. Eine Studie von Kemper et al. (2008) untersuchte geschlechterbezogene Unterschiede bei der Heilmittelverschreibung einer deutschen Krankenkasse. Die Ergebnisse zeigten, dass 16,1 Prozent der versicherten Frauen und 11,7 Prozent der versicherten Männer eine Zuweisung zur Physiotherapie aufwiesen, allerdings Frauen häufiger Folgeverordnungen verschrieben bekamen. Auch die Anzahl der verordneten Behandlungseinheiten pro Rezept war höher. Bei Betrachtung der Physiotherapie in der onkologischen Rehabilitation kann eine »state-of-the-art«-Behandlung von körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten als Teil eines modernen, ganzheitlichen Therapiekonzeptes nur durch das Einbringen von genderspezifischen Inhalten gewährleistet werden. Physiologische und somatische Unterschiede sind ebenfalls wichtig. So haben Frauen im Vergleich zu Männern ein kleineres Herz, kleinere Lungen und weniger Blut, was dazu führt, dass weibliche Muskeln weniger Sauerstoff für die Energiegewinnung zur Verfügung haben und Frauen bei körperlicher Anstrengung eine höhere Herzfrequenz aufweisen. Auch unterscheiden sich Frauen und Männer bezüglich ihrer Copingstrategien und der Trainingsmotivation nach onkologischen Erkrankungen oder Unfällen. All diese Faktoren müssen in einer gendergerechten Therapiegestaltung berücksichtigt werden. Eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Themen scheint somit unumgänglich, damit eine adäquate physiotherapeutische Behandlung für beide Geschlechter garantiert werden



Dr. Andjela Bäwert stellvertretende Obfrau der Österreichischen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin, Leiterin Assessment & Skills am Teaching Center der MedUni Wien



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.

Abschluss: Master of Science (MSc) und OMT-Diplom nach IFOMPT-Standard

Dauer: 5 Semester berufsbegleitend

ECTS-Punkte: 120

Lehrgangsgebühr: EUR 12.990,- bzw. EUR 2.580,-/Semester

Start des Lehrgangs 17. Sept. 2018

Donau-Universität Krems

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









Im anderen Körper

Mein Statement als Transgender-Person

Werde ich gefragt, seit wann ich mich als Mann fühle, antworte ich nicht »schon immer«. Eine geschlechtliche Anpassung und die damit verbundenen Behördenwege stellen einen langen Prozess dar. Im Folgenden möchte ich PhysiotherapeutInnen einen Einblick in mein persönliches Körperempfinden gewähren und ihnen Empfehlungen für den Umgang mit Transgender-Personen als PatientInnen geben.

Die Anrede als »Frau« und Pronomen wie »sie« oder »ihr« widerstrebten mir schon immer. In meinen Dokumenten wurde ich ursprünglich als weiblich bezeichnet, doch so nahm ich mich nie wahr. Ich bevorzugte schon immer, meinen Kleidungsstil eher männlich zu halten und die Haare kurz zu tragen. Auf öffentlichen Toiletten wurde ich oft aufgefordert, das Männer-WC aufzusuchen. Meine Stimme war nie eine explizit weibliche; ich nehme sie nicht wahr, weiß auch nicht, wie sie klingt oder auf andere wirkt. Der Begriff Transidentität beschreibt das Phänomen, dass die Geschlechtsmerkmale des Körpers von der selbst wahrgenommenen Geschlechtsidentität abweichen. Transidente Personen empfinden sich trotz der (noch) sichtbaren oder (noch) vorhandenen Körpermerkmale nicht jenem Geschlecht zugehörig, das von der Gesellschaft mit ebenjenen Körpermerkmalen assoziiert wird. Für mich ist Transidentität etwas, das nur behördlichen Definitionen entspricht. Ich fühle mich offen in meiner Geschlechtsdefinition und interpretiere mich eher als »multi-gender«.

Erste Schritte

Meine Behördenwege in Wien waren mit viel Zeitaufwand und Geduld verbunden, ehe meine Dokumente den für mich richtigen Geschlechtseintrag beinhalten durften.

Mein geschlechtlicher Angleichungsprozess begann mit dem Einholen diverser Befunde und Gutachten und dem anschließenden Versuch, meine Dokumente aktualisiert ausgestellt zu bekommen. Ich brachte den zuständigen Ämtern Befunde und Gutachten aus den Bereichen der klinisch-psychologischen Diagnostik, suchte Psychologelnnen und PsychiaterInnen auf, um den Behörden jene Diagnosen vorlegen zu können, die mir eine offizielle Identitätsänderung erlaubten. Ich freute mich darauf, dass mich mein Umfeld nach der Anpassung nicht im Geringsten mehr als Frau wahrnehmen würde.

Die Menstruation und die weiblichen primären sowie sekundären Geschlechtsmerkmale störten mich sehr. Ich wollte daher eine Methode finden, um meinen Oberkörper flach aussehend zu machen. Bei einer Mastektomie im Juni 2015 wurden meine Brustdrüsen chirurgisch entfernt, sodass die übrig bleibende Brust wie eine männliche erscheint. Davor schon trug ich ein Kompressionshemd.

»PHYSIOTHERAPEUTÎNNEN
WERDEN MITUNTER
BEMERKEN, WENN SIE
PATIENTÎNNEN MIT
TRANSSEXUELLEM
BEZIEHUNGSWEISE
TRANSIDENTEM
HINTERGRUND
VOR SICH HABEN.«



Am Unterkörper ließ ich, anders als andere Transgender-Personen, keine Operation durchführen. Beim Entfernen der weiblichen inneren Geschlechtsorgane kann eine Organverschiebung oder Inkontinenz entstehen, was ich vermeiden wollte. Ich bevorzuge es, Epithesen zu tragen, die dem männlichen Geschlechtsorgan nachempfunden sind. Es gibt verschiedene Modelle, die sich in Form, Farbe und Beschaffenheit sehr gut eignen. Das ist eine schmerzfreie, dafür aber unter Umständen kostenintensivere Variante. Meine Periode verzögerte sich, als die Hormonbehandlung mit dem Testosteron-Gel begann. Beim Umstieg auf die Depot-Spritze blieb sie dennoch nicht gänzlich aus – anders, als ich es mir erhofft hatte.

In der Physiotherapie

PhysiotherapeutInnen brauchen keine Berührungsängste oder Verlegenheitsgefühle vor Transgender-Personen zu haben. Es handelt sich bei PatientInnen wie mir um gewöhnliche Menschen, die auch wie andere PatientInnen behandelt werden wollen. Wesentlich ist, dass PhysiotherapeutInnen den Anrede-Wunsch der PatientInnen respektieren. Wenn jemand zum Therapietermin erscheint und nicht ganz klar ist, ob es sich um Frau oder Herrn XY handelt, dann sollte in angebrachter Form nachgefragt werden, welche Anrede und welcher Name bevorzugt werden.

Es kann vorkommen, dass sich Patientlnnen mit einem anderen Geschlecht vorstellen, als auf Formularen oder Ausweisen vermerkt ist. Bei Personen, die in meiner Situation sind oder waren, wurde in der Regel nicht nur der Vorname, sondern auch der Personenstand im Hinblick auf das formaljuristische Geschlecht geändert. Bis 2009 war eine geschlechtsanpassende Operation Voraussetzung für eine Personenstandsänderung. Heute können Personenstandsänderungen viel leichter beantragt werden. Es kann also auch sein, dass Frau Maier biologisch männliche Geschlechtsteile hat, die für PhysiotherapeutInnen in Therapiesituationen unter Umständen erkennbar sind.

Höflich ist es, keine unangebrachten Fragen, die für die Behandlung ohnehin irrelevant sind, zu stellen. Eine despektierliche Rede über eine Transgender-Person – sowohl in ihrer Ah- als auch in ihrer Abwesenheit – wie zum Beispiel eine Bezeichnung der Person als Neutrum (»es«), ist in jedem Fall zu vermeiden. Unter Umständen ist es für Patientlnnen unangenehm, sich zu entkleiden – zum Beispiel aufgrund von getragenen Epithesen oder Miederkleidung. Es ist wichtig, dass Physiotherapeutlnnen gut aufklären, wozu das Ablegen von Kleidung notwendig ist.

PhysiotherapeutInnen werden mitunter bemerken, wenn sie PatientInnen mit transsexuellem beziehungsweise transidentem Hintergrund vor sich haben, zumal dies nicht zuletzt an der Körperstruktur erkennbar sein kann. Durch Hormontherapien kann sich das menschliche Gewebe stark verändern. Kraft, die ein Muskel vor dieser Therapie aufwenden konnte, muss im Anschluss an die Hormontherapie nicht mehr in ursprünglicher Form gegeben sein. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit transsexuellem beziehungsweise transidentem Hintergrund kann sich die Statur oder Muskelkraft unter Umständen ändern. Wie in allen Lebenssituationen ist Respekt am wichtigsten: Bitte seien Sie aufgeschlossen und agieren Sie einfühlsam und mit Bedacht – wie im Umgang mit allen anderen PatientInnen auch.

Anonym
Der Autor wohnt
in Wien und ist
26 Jahre alt.



Ich heiße Manou und lebe in Deutschland. Bis 2012 habe ich so gelebt, dass ich für einen Mann gehalten wurde, um die Erwartungen meiner Mitmenschen zu erfüllen. Ich wurde in den 50er-Jahren geboren und hegte immer den Wunsch, die Rolle zu wechseln: Ich hatte lange nicht die Kraft dazu.

Die Angst, meine glückliche Familie zu zerstören, war einfach zu groß. Meine Familie besteht aus meiner Frau, die damals einen jungen Mann geheiratet hatte, und meinen beiden erwachsenen Kindern. Ich entschied mich, meinen Körper durch eine Hormontherapie weiblicher zu machen. Bis auf sehr wenige Ausnahmen habe ich nur positive Erfahrungen damit gemacht, offen zu meiner Transidentität zu stehen.

Meine Frau war mir immer eine große Stütze. Ohne sie könnte ich nicht so glücklich und ausgeglichen leben, wie ich es heute tue. Jede Transgender-Person trägt ihre eigene, individuelle Geschichte mit sich. Es gibt wohl so viele Entwicklungen wie es Transgender-Personen gibt. Keinesfalls lassen alle Transgender-Personen geschlechtsangleichende Operationen vornehmen. Die Operationen enden oft mit Komplikationen, zumal auch das Ergebnis kein zufriedenstellendes sein muss. Zu Physiotherapeutlnnen hatte ich mehrfach Kontakt. In den Therapiesituationen wurde ich stets korrekt und respektvoll behandelt. Sie haben Fragen, die Ihnen im Kopf herumgeistern und die Sie mir stellen möchten? Ich antworte gerne. manou.re@web.de

Die Qual der Wahl

Therapeut oder Therapeutin? Patient oder Patientin?

Physiotherapie im Lichte des Diversitätsmerkmals Geschlecht: Wie kann es Einfluss auf die Physiotherapie nehmen?

»ICH MÖCHTE ZU EINEM MÄNNLICHEN THERAPEUTEN!« »MIT WEIBLICHEN
PATIENTINNEN
ARBEITE ICH
LIEBER!«

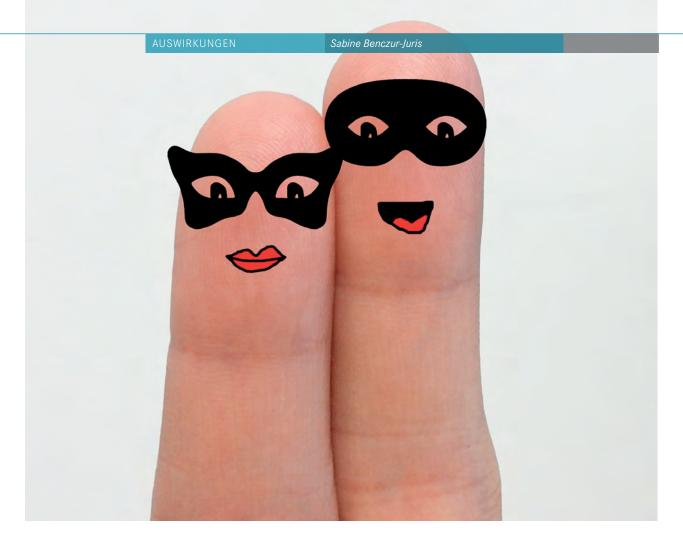
Diese und ähnliche Sätze höre ich immer wieder in meinem Berufsleben als Physiotherapeutin. Aber auch meine BerufskollegInnen und selbst meine Studierenden im Studiengang Physiotherapie an der FH Campus Wien erzählen von solchen Situationen. Es handelt sich um nicht unübliche Statements im Zusammenhang mit Physiotherapie, aber inwiefern kann das Geschlecht auf den Verlauf, die Wirkung oder auch auf die Effizienz der Physiotherapie Einfluss nehmen? Wie sieht die rechtliche Situation aus? Das Thema TransgenderpatientInnen wurde bis dato unzureichend wissenschaftlich erforscht und wird daher in diesem Artikel nicht berücksichtig, gleichwohl dieses Thema für den gesamten medizinischen Bereich von großer Bedeutung ist.

Aspekte auf der Beziehungsebene

Physiotherapeutische Arbeit ist zu einem nicht unerheblichen Teil Beziehungsarbeit. Die Beziehung zwischen Therapeutln und Patientln kann eine größere Auswirkung auf den Therapieerfolg haben als die angewandten Techniken. Das Geschlecht spielt unter Umständen eine wesentliche Rolle in der therapeutischen Beziehung, ohne dass dies bewusst wird.

Bachelorarbeit

Derzeit entsteht am Studiengang Physiotherapie an der FH Campus Wien die Bachelorarbeit von Albin Edelmann zum Thema »Das Geschlecht als Einflussfaktor auf den Therapieerfolg im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses«. Durch ExpertInneninterviews und wissenschaftliche Basisliteratur findet der Autor heraus, welchen Einfluss das Geschlecht auf den physiotherapeutischen Prozess hat.



So können wir zum Beispiel auch in der physiotherapeutischen Arbeit dem psychologischen Phänomen der Übertragung begegnen. Es kann durchaus passieren, dass Patientlnnen, die negative Erfahrungen mit Menschen eines spezifischen Geschlechts gemacht haben, ihre Erfahrung übertragen, wenn Therapeutlnnen des gleichen Geschlechts mit ihnen arbeiten. Diese unbewusste Aversion von Patientlnnen kann einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen.

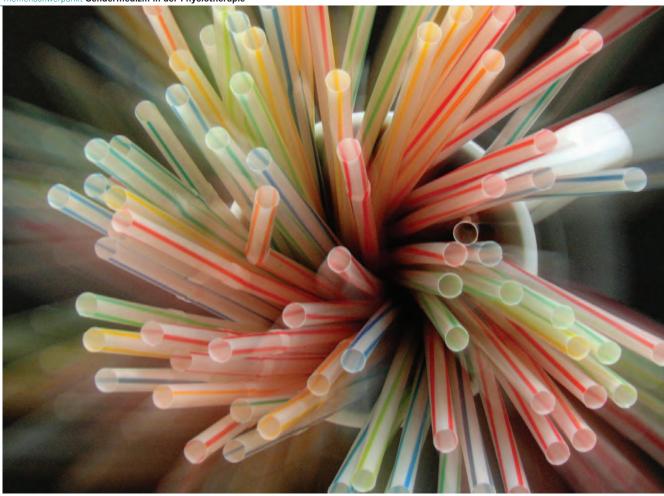
Gibt es neben den persönlichen Erfahrungen und Begegnungen aber bereits hinreichend wissenschaftliche Literatur zu der Frage nach dem Zusammenhang zwischen erfolgreicher Physiotherapie und dem Faktor Geschlecht?

Wissenschaftliche Annäherung

Bei Männern und Frauen zeigen sich Krankheiten in unterschiedlichen Symptomen. Frauen gehen mit Krankheit oft anders um als Männer. Die geschlechtsabhängigen Unterschiede sind teilweise augenfällig, teilweise subtil und in vielen Bereichen noch wenig bekannt. Klinisch relevante neue Kenntnisse sollen in die klinische Praxis Einzug halten und zu einer männer- bzw. frauengerechten, optimierten Behandlung führen. Die physiotherapeutische Behandlung von Männern und Frauen bei gleichem Krankheitsbild kann sehr unterschiedlich sein. Auch beim Erstellen von physiotherapeutischen Angeboten ist zu beachten, für welche Zielgruppe diese gedacht sind. So ist etwa eine »präventive Rückengruppe« für Männer anders zu gestalten als für Frauen, um qualitativ das gleiche Behandlungsergebnis zu erzielen. Sollen beide Geschlechter angesprochen werden, müssen sich auch für beide Geschlechter Aspekte darin finden.

In der wissenschaftlichen Literatur wird auch auf den Aspekt der TherapeutInnenwahl eingegangen. Speziell in der Frauenheilkunde wurde das Thema »Beziehung zwischen ÄrztInnen und Patientinnen« bereits wissenschaftlich untersucht. Auch hier spielt die Erwartungshaltung an etwaige geschlechtsspezifische Eigenschaften in Bezug auf den Therapeuten oder die Therapeutin eine große Rolle.

Therapeutinnen wird häufig mehr Empathie und Einfühlungsvermögen zugeschrieben, während Therapeuten teilweise als kompetenter erlebt werden. Solche vermeintlichen Geschlechtskriterien stellen unter Umständen einen Auswahlfaktor für Patientlnnen dar. Es gibt Untersuchungen darüber, welche Geschlechterkombination in der Therapie besonders gute Erfolge in Therapiesituationen erzielt. Auch hier kommt die Wissenschaft zum Schluss, dass vor allem die Erwartungshaltung der Patientlnnen ausschlaggebend für den Erfolg der Therapie ist.



LITERATUR

Kautzky-Willer, A. (2012). Gendermedizin. Böhler Verlag.

Kolip, P., et al. (2009). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag.

Rieder, A., et al. (2008). Gender Medizin. Geschelchtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer Verlag.

Soundy, A., et al. (2013). Sexual professional bounderies perceived by undergraduate and graduate physiotherapists. A cross sectional survey. Physiotherapy. 99:298-304.

Rechtliche Aspekte

Wie sieht der österreichische Gesetzgeber den Aspekt des Umgangs mit dem Faktor Geschlecht? Betrachten wir das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), in dem unter anderem die Berufspflichten der PhysiotherapeutInnen geregelt sind.

§11 Abs.1 des MTD-Gesetzt besagt, dass PhysiotherapeutInnen verpflichtet sind, den Beruf gewissenhaft auszuüben, ohne Unterschiede zwischen PatientInnen zu machen. Darunter fällt natürlich auch der Faktor des Geschlechts und der Geschlechtsidentität eines Menschen. Dies wirft die Frage auf, ob einE TherapeutIn PatientInnen aufgrund eines bestimmten Geschlechts bevorzugen darf.

Das Wiener Antidiskriminierungsgesetz legt unter dem §2 (1) fest, dass Diskriminierung aufgrund einer Geschlechtsidentität oder des Geschlechts verboten ist. Im 7. Absatz wird allerdings näher beschrieben, dass es sich um keine Diskriminierung handelt, wenn sie objektiv und angemessen sowie durch ein rechtmäßiges Ziel sachlich gerechtfertigt ist und die Mittel zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich sind. Die Gender-Mainstreaming-Richtlinie der EU oder die ethischen Grundsätze des WCPT spielen ebenfalls eine Rolle, wenn es um die Handhabung des Faktors Geschlecht in der physiotherapeutischen Arbeit geht.

Neuerscheinungen

in der Bibliothek von Physio Austria



Orth, H. (2017)

Das Kind in der Vojta-Therapie.
Praxisbegleiter für Eltern und Therapeuten
München: Elsevier Urban & Fischer

Bestellmöglichkeit via

bibliothek@physioaustria.at

Zusammenfassend betrachtet, strebt der Gesetzgeber an, dass PhysiotherapeutInnen unabhängig vom Faktor Geschlecht ihre PatientInnen behandeln. Allerdings wird schon in Betracht gezogen, dass es zur besseren Zielerreichung durchaus zu einer Ungleichbehandlung von Frauen und Männern kommen darf. Um aber einen korrekten, professionellen Umgang mit dem Diversitätsmerkmal Geschlecht in der physiotherapeutischen Arbeit zu ermöglichen, genügt die Betrachtung der rechtlichen Seite nicht. Das Geschlecht sowohl der PatientInnen als auch der TherapeutInnen beeinflusst die Physiotherapie und ihren Erfolg. Es zahlt sich daher aus, darüber nachzudenken, inwiefern auf diesen Aspekt im Sinne einer professionellen Berufsausübung eingegangen werden kann und soll.



Sabine Benczur-Juris Lektorin FH Campus Wien, freiberufliche Physiotherapeutin, dzt. Studium der Rechtswissenschaften an der JKU Linz

NEU: 200-Serie – Die Essenz der Elektro-/ US-Therapie

Schmerzlinderung, Muskelstimulation und zelluläre Regeneration.



ab € 1.495,-

Gymna Therapie Liegen

wahlweise mit Rundumschaltung, Heizung und **Ergomax-Gesichtskissen**



Ergomax-Gesichtskissen

Komfort & Hygiene:

- weich und ergonomisch geformt
- nahtlos, hinterlässt keine Abdrücke
- einfache Reinigung
- austauschbar



Symmetric Rollenzug FreeD

- verstellbare Arme (FreeD)
- verschied. Umlenkungen
- verschied. Gewichtsklassen
- rollstuhlfahrergeeignet
- Wand- oder Standmodelle



Symmetric Funktionsstemme

- viele Einstellmöglichkeiten
- geräuscharme
 Schlittenführung
- wartungsfreie Lineareinheit
- Benutzergewicht 150 kg
- Trainingsgewicht 120 kg



€ 3.490,-

Symmetric Trainingsbank

- 3-teilig verstellbar
- verstellbare Rückenlehne
- mit Therapeutensitz



Alle Preise exkl. Mwst.





SÜSS Medizintechnik GmbH Fuchsleiten 3, 4911 Tumeltsham Tel. +43 (0) 7752/81702 info@suessmed.com, www.suessmed.com



Erlebe den Unterschied!



FREI AG - führender Ausstatter im Physiobereich.

Seit über 40 Jahren steht die FREI AG für Qualitätsprodukte aus eigener Herstellung, für Innovation, Kompetenz in Beratung und zuverlässigen Service. Zum umfangreichen Sortiment gehören Medizinische Trainingsgeräte und Therapieliegen aus der FREI Manufaktur, deren Design schon mehrfach ausgezeichnet wurde. Das Unternehmen entwickelt zudem einzigartige Koordinationsgeräte, die ganz neue Möglichkeiten in der Therapie bieten.

Im FREI-Onlineshop findet der Physiotherapeut über 1.200 Artikel für seinen Therapie- und Praxisbedarf.

Das Familienunternehmen ist im Schwarzwald, in Süddeutschland, zuhause und hält die Werte dieser Region hoch: Erfindergeist, Qualität, Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit. Als mittelständisches Unternehmen, das vom Gründer Rudolf Frei über viele Jahre geführt und geprägt wurde, hat sich die FREI AG einen guten Namen im Bereich der Physiotherapie gemacht. Es gibt kaum andere Geräte am Markt, die therapeutisch so sinnvoll und bis ins Detail durchdacht konstruiert sind, wie FREI Trainingsgeräte.

Auch in Österreich ist FREI seit einigen Jahren aktiv, berät Kliniken und Physiotherapeuten bei Neugründungen oder Erweiterungen, steht als Partner an ihrer Seite und begleitet sie auf dem Weg zum Erfolg. Besonders stolz ist FREI auf die Referenz ALTIS FITNESS ARENA.

Astrid Kopp, die Leiterin der ALTIS FITNESS ARENA, HUMANOMED ZENTRUM in Althofen ist von der Qualität der FREI AG überzeugt. "Vor allem die innovative Trainingssteuerung und -analyse und die durchdachte Anwenderfreundlichkeit war uns bei der Ausstattung der ALTIS FITNESS ARENA wichtig", beschreibt sie einen der



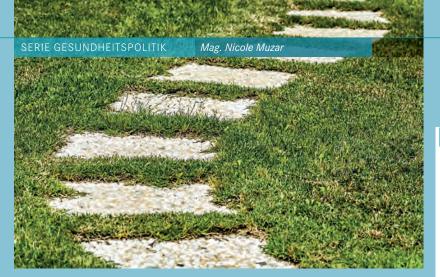
Gründe, warum sie sich für die Geräte der FREI AG entschieden hat. "Und das stilvolle Design spricht für sich."

Speziell für den physiotherapeutischen Praxis- und Klinikbereich bietet die FREI AG zeitgemäße Komplettlösungen: Kompetente Berater stehen Ihnen bei Finanzlösungen, Konzeption und 3D-Planung Ihrer Praxis zur Seite.

Seit kurzem ist FREI offizieller Kooperationspartner von PHYSIOAUSTRIA – auch darüber freut sich das Unternehmen sehr. "Wir sind überzeugt, dass PHYSIOAUSTRIA und FREI sich optimal ergänzen und durch ihre Synergien die Physiotherapeuten in Österreich gerade auf dem Gebiet der MTT voran bringen werden." Erklärt Hans-Peter Rosenberger, Vorstandsvorsitzender der FREI AG.

Sie legen Wert auf Qualität, Design und persönliche Betreuung? Dann ist die FREI AG der richtige Partner für Sie im Bereich Medizinische Trainingsgeräte in Rehabilitation und Prävention.





Ebnung eines steinigen Weges

Update zum Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBRG)

Das Gesundheitsberuferegister-Gesetz hat Ende März seine erste Novellierung erfahren, die in Kürze Gültigkeit erlangen wird. MTD-Austria und die sieben MTD-Berufsverbände haben sich mit allen verfügbaren Mitteln dafür eingesetzt, die diversen Änderungen – in einem von Anfang an leider sehr mangelhaften Gesetz – so positiv wie möglich im Sinne der MTD-Berufsangehörigen zu beeinflussen.

Wesentliche Eckpunkte der Novellierung sind nun die gebührenfreie Registrierung für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die Online-Registrierung sowie eine Terminverschiebung des Starts der Registrierung, von ursprünglich 1. Jänner 2018 auf 1. Juli 2018.

Auf Betreiben mehrerer Interessenvertretungen, darunter auch MTD-Austria, konnte beim Finanzministerium erreicht werden, dass die Gebührenpflicht für die Registrierung entfällt. Dies ist eine beachtliche Errungenschaft. Was für viele MTD-Berufsangehörige, die sich bereits freiwillig im Online-Register des Dachverbandes registriert haben, ein selbstverständlicher Vorgang war, nämlich die Registrierung online vornehmen zu können, stand für die gesetzliche Registrierung bis zuletzt auf der Kippe. MTD-Austria bestand darauf, dass der gesamte Registrierungsvorgang für alle MTD-Berufsangehörigen online möglich sein muss. Zwingende Voraussetzung dafür ist jedenfalls ein gültiger Identitätsnachweis mittels Handysignatur oder Bürgerkarte. Eine Registrierung durch persönliche Vorsprache bei einer Registrierungsstelle bleibt weiterhin möglich, ist aber nicht notwendig.

Es gibt nach wie vor Korrekturbedarf im Gesundheitsberuferegister-Gesetz. MTD-Austria und Physio Austria gehen davon aus, dass es womöglich noch vor Umsetzung des Gesetzes eine weitere Novelle geben wird. MTD-Austria und die MTD-Berufsverbände setzen sich weiterhin intensiv dafür ein, dass die Registrierung für die Berufsangehörigen so einfach und unbürokratisch wie möglich stattfinden kann.

Physio Austria wird über die entsprechenden Entwicklungen informieren.

Nähere Informationen und Antworten zu häufig gestellten Fragen (FAQ) zum Thema Registrierung finden Interessierte auch unter: www.physioaustria.at

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

Qualität im Zentrum der GBK

Die diesjährige Tagung der Gesundheitsberufekonferenz (GBK) fand unter dem Titel »Qualitätssicherung im Gesundheitswesen – Anspruch und Wirklichkeit« unter Vorsitz von Physio Austria-Präsidentin Silvia Mériaux-Kratochvila statt. Nähere Informationen und Vorträge sind verfügbar unter:

www.gesundheitsberufekonferenz.at

WEET 2 ... TWEET 2 ... TV

Stellungnahme zum Bundes-Sportförderungsgesetz (BSFG) 2017

Physio Austria hat im Rahmen des Begutachtungsverfahrens Stellung zum BSFG 2017 genommen. Wesentliche Forderung ist, die Physiotherapie wie die Medizin, Psychologie und Sportwissenschaft im multiprofessionellen Team und auch als unmittelbaren Fördergegenstand zu benennen. Nähere Informationen unter: www.physioaustria.at

TWEET 3 ... TWEET 3 ... TWEET

Primärversorgungsgesetz in Begutachtung

Der vorgelegte Entwurf des Primärversorgungsgesetzes legt seinen Fokus ungeachtet der Vorarbeiten auf die Versorgung durch ÄrztInnen.
Das Wesen der Primärversorgung, die multiprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, wurde dabei völlig außer Acht gelassen. MTD-Austria und Physio Austria haben entsprechend Stellung bezogen.



Mag. Nicole Muzar Ressort Berufspolitik Physio Austria

Wer (er)trägt wie viel?

Lastenhandhabung und geschlechtergerechte Beratung in der Arbeitsmedizin

In der Beratung zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung und der betrieblichen Gesundheitsförderung begegnen wir Personen in ihren Arbeitswelten und können beobachten, wie sie sich physisch und psychisch überlasten. In der Arbeitsmedizin verfolgt man seit jeher die geschlechterspezifische Maßnahmenplanung und Risikoeinschätzung.

Hinsichtlich des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz sah man lange Zeit den Mann als Norm für Arbeitsplatzeinrichtungen und persönliche Schutzausrüstungen. So kam es, dass Frauen oft mit zu großen Arbeitshandschuhen oder anderen, nicht passenden Schutzkleidungen arbeiten mussten.

Unter anderem hatten die AnbieterInnen der Schutzausrüstungen jedoch erkannt, dass durch die zunehmende Zahl von Frauen an den Arbeitsplätzen eine Anpassung erfolgen musste.

Auch der Gesetzgeber hat reagiert und bei der Lastenhandhabungsverordnung geschlechtergerecht differenziert. Die Erhebung von physischen Belastungen an den Arbeitsplätzen berücksichtigt nun sowohl Männer als auch Frauen in Bezug auf die Grenzwerte von Lasten, die über einen Arbeitstag selten oder häufig gehoben, getragen, gehalten, gezogen oder geschoben werden. Das Augenmerk bei der Lastenhandhabung ist dabei nicht nur auf die Beanspruchung der Wirbelsäule, sondern auch auf die Beanspruchung der Organe gerichtet.

Leitmerkmale

Um eine Risikoeinschätzung durchzuführen und daraus eine Risikobewertung zu erarbeiten, werden Analysetools verwendet, die Leitmerkmale beinhalten. Damit sind orientierende Beurteilungen möglich. Sie berücksichtigen die wichtigsten Tätigkeitsmerkmale manueller Arbeitsabläufe wie Heben, Halten, Tragen und Ziehen, Schieben. Diese Leitmerkmalmethoden beschreiben die Art und Ausprägung der relevanten Tätigkeit unter Berücksichtigung des Geschlechts.

Erhoben werden dabei die

- Zeitdauer, Häufigkeit der Lastenhandhabung,
- das Lastgewicht,
- die K\u00f6rperhaltung und
- o die Ausführungsbedingungen.

Zusammen mit einer Risikobewertung bildet die Leitmerkmalmethode die Wahrscheinlichkeit einer körperlichen Überbeanspruchung ab. Bei der Erhebung des Lastgewichtes wird eine Tabelle getrennt für Männer und Frauen herangezogen. Die Angaben der Handhabung von Lasten bei der Frau liegen zwischen 5 und 25 Kilogramm. Im Vergleich: Beim Mann liegen sie zwischen 10 und 40 Kilogramm. Ausschlaggebend ist dann nicht nur die Wiederholungszahl der Hebe- oder Tragetätigkeit, sondern auch die Körperhaltung, die bei der Lastenhandhabung eingenommen werden muss.

Zu guter Letzt werden dann die Ausführungsbedingungen bewertet. Ein ergonomisch gut eingerichteter Arbeitsplatz ist die beste Ausgangssituation. Die schlechteste Ausgangssituation stellt eine stark eingeschränkte Bewegungsfreiheit und/oder Instabilität des Lastschwerpunktes dar. Können durch die Leitmerkmalmethode die ergonomischen Mängel nicht ausreichend beschrieben und bewertet werden, muss eine weitere Risikobewertung durch ein anderes Ergonomie-Analysetool erfolgen.

Beratung vor Ort

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass in der Arbeitsmedizin unter Anwendung der Evaluierung ergonomischer Mängel spezifisch auf Frauen eingegangen wird. Eine Sonderbehandlung am Arbeitsplatz erhalten sie deswegen jedoch nicht. Vielmehr werden Frauen gemäß ihrer natürlichen, geschlechterspezifischen physischen Belastungsmöglichkeit eingesetzt. Zur Verbesserung von Körperhaltungen und Lastenhandhabung ist es unumgänglich, vor Ort an den Arbeitsplätzen Schulungen zur Verhaltensprävention vorzunehmen. Ergonomisches Bewegungsverhalten ist nicht selbstverständlich. So kann beobachtet werden, dass in einer Arbeitsgruppe bei gleicher Tätigkeit unterschiedlichste Bewegungsmuster auftreten. Einerseits entstehen diese durch die individuellen Körpermaße und andererseits durch unsachgemäße oder fehlende Anleitung. Durch geschicktes didaktisches Vorgehen in den Schulungen können zwar nicht alle Mängel im Bewegungsverhalten beeinflusst, aber Möglichkeiten zur Veränderung des Bewegungsverhaltens angeboten werden. Durch regelmäßig durchgeführte Schulungen können die TeilnehmerInnen außerdem für ihre eigene Gesundheitsverantwortung sensibilisiert werden.



»ZUR VERBESSERUNG VON
KÖRPERHALTUNGEN UND
LASTENHANDHABUNG IST
ES UNUMGÄNGLICH, VOR ORT
AN DEN ARBEITSPLÄTZEN
SCHULUNGEN ZUR VERHALTENSPRÄVENTION VORZUNEHMEN.«



Dorothea Haslinger
Physiotherapeutin im Bereich
Ergonomie und betriebliche Gesundheitsförderung, Entwicklerin
des ErgoPlus-Analysetools EPA,
Leiterin des fachlichen Netzwerks
Arbeit, Gesundheit und Prävention, Mitglied des Präsidiums

LITERATUR

Leitfaden für die Gefährdungsbeurteilung in Klein- und Mittelbetrieben (6). Manuelle Lastenhandhabung. Heben, Halten, Tragen, Ziehen, Schieben. Online unter: www.auva.at

Gendermedizin und Kardiologie

Geschlechtsunterschiede in der Kardiologie in Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation

Geschlechtsunterschiede in der Kardiologie waren eines der ersten und am besten erforschten Themen der Gendermedizin. Die Ergebnisse wurden unter dem Begriff Yentl-Syndrome zusammengefasst.

Das Yentl-Syndrome steht für geringere Chancen von Frauen mit koronarer Herzkrankheit, Zugang zu Herzkatheter, Intensivstation, Bypassoperation oder Herztransplantation zu erhalten. Das bedeutet, Frauen brauchen ab Auftreten der ersten Symptome länger zum Erreichen der kardiologischen Spitzenmedizin. Sie haben geringere Chancen, überhaupt dorthin zu gelangen und sie haben bei allen operativen Eingriffen eine höhere Mortalität. Dies wurde in den 1990er-Jahren in zahlreichen Studien nachgewiesen und vor allem darauf zurückgeführt, dass koronare Herzerkrankungen beziehungsweise Herzinfarkte als Männerkrankheiten angesehen wurden. Hier wurden viele Gegenmaßnahmen, etwa der Frauenherztag oder die Go Red-Aktion, durchgeführt. Doch wo stehen wir heute - nach 25 Jahren Yentl-Syndrome? Es wurden viele Awareness-Aktionen durchgeführt, die durchaus Bewusstsein geschaffen und die Geschlechtsunterschiede verringert haben. Der Trend allerdings ist noch nicht gebrochen. Das zeigen wissenschaftliche Studien und vor allem zahlreiche Bevölkerungsumfragen.

Physiotherapie – Ihre Leistung

Der unverzichtbare Beitrag der Physiotherapie ist das Angebot maßgeschneiderter Bewegungsangebote für Frauen und Männer in allen Altersgruppen, um das Herzrisiko zu reduzieren, besonders durch die Reduzierung der Herzrisikofaktoren Hochdruck, erhöhte Blutfettwerte und Übergewicht.

Geschlechtsunterschiede bei koronaren Herzerkrankungen

Heute wissen wir, dass sich koronare Herzerkrankungen bei Frauen und Männern anders manifestieren können: Männer haben zum Beispiel eher Verkalkungen der großen Koronargefäße, Frauen Verkalkungen der kleinen Koronargefäße und häufiger Spasmen. Auch Schwangerschaft hat einen Einfluss auf das Herz, zum Beispiel Kardiomyopathien. Diese Unterschiede im Mechanismus der koronaren Herzerkrankung können auch zu Unterschieden in Symptomen und Diagnose führen. Wir kennen unterschiedliche Symptome, dann atypische Herzsymptome genannt: Schweißausbruch, Übelkeit, Ängstlichkeit oder Kollapsneigung. Wir wissen von Unterschieden in der Ergometrie, die für Frauen deutlich weniger aussagekräftig ist. Das alles führt häufig immer noch zu einer Unterversorgung von Frauen oder zumindest einem geringeren Prozentsatz von Akut-Herzkathetern, Sofort-Einweisungen auf die Intensivstation etc., was einen Einfluss auf den Outcome hat.

Herzprävention

Herzprävention sollte generell im Mittelpunkt der Prävention stehen, da Herztod die Haupttodesursache für Frauen und Männer weltweit darstellt. Frauen könnten hier profitieren, da Präventionsmaßnahmen generell öfter von Frauen als von Männern in Anspruch genommen werden. Es gibt einen weiteren Vorteil, nämlich, dass die Hauptrisikofaktoren - Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Rauchen, erhöhte Blutfettwerte, Bewegungsmangel, Übergewicht – sowohl für Frauen als auch für Männer gelten, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und Wirkmechanismus, sodass in Familien gemeinsam »herzgesund« gelebt werden kann. Allerdings führt die Zuschreibung der Herzerkrankung als Männerkrankheit nach wie vor dazu, dass Frauen nicht so auf Herzprävention fokussiert sind wie Männer. Das große Problem in Österreich ist hier der Nikotinmissbrauch junger Frauen und auch das Faktum, dass bei den meisten Statistiken Frauen bei Bewegung in allen Altersklassen schlechter abschneiden als Männer.



Gendermedizin - warum?

Nicht nur in der Kardiologie, sondern generell ist Gendermedizin der erste Schritt zur individualisierten Medizin. Das bedeutet: weg vom Einheitsbrei und hin zu maßgeschneiderten medizinischen Angeboten für Einzelpersonen, Frauen und Männer. Darüber hinaus bietet das Aufzeigen von Geschlechtsunterschieden die Chance, dem jeweils benachteiligten Geschlecht die Vorteile des bevorzugten Geschlechts zukommen zu lassen. Das heißt einerseits, die Aufmerksamkeit auf das nicht dieser Krankheit zugeschriebene Geschlecht zu fokussieren, andererseits somatische Vorteile durch die Entwicklung von Impfungen oder Medikamenten auch dem anderen Geschlecht zukommen zu lassen. Gendermedizin führt zu besseren Medizinangeboten für Frauen und Männer! ■



Dr. Margarete Hochleitner Gendermedizinerin und Kardiologin, Professur für Gendermedizin, Fachärztin für Innere Medizin, Medizinische Universität Innsbruck

KURSANKÜNDIGUNG kleinGRUPPE

Erste Hilfe für Gesundheitsberufe

30. September 2017

Wien, Physio Austria Kurszentrum ERC ILS InstruktorInnen (European Resuscitation Council, Immediate Life Support)

»NICHT NUR IN DER KARDIOLOGIE, SONDERN GENERELL IST GENDERMEDIZIN DER ERSTE SCHRITT ZUR INDIVIDUALISIERTEN MEDIZIN.«

Die bewegte Frau

Bewegungsförderung im Grätzl

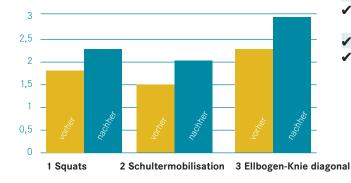
Erfahrungswerte aus einem Kooperationsprojekt des Studiengangs Physiotherapie der FH Campus Wien mit den Wohnpartnern Wien Favoriten.

Die Wiener Gesundheitsförderung (WIG) organisiert und fördert Maßnahmen im Grätzl, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für die BewohnerInnen zu gewährleisten. Favoriten als einwohnerInnenstärkster Gemeindebezirk Wiens mit vielschichtiger Bevölkerungszusammensetzung und das Bestreben der FH Campus Wien in Favoriten, sich verstärkt in das kommunale Umfeld der Hochschule einzubringen, waren eine Triebfeder, für den Studiengang Physiotherapie initiativ zu werden. Die Gesundheitsförderung und Prävention – wesentliches curriculares Ausbildungsziel, aber auch Interessensgebiet der Stadtpolitik – bot Potenzial für eine erfolgreiche Kooperation.

Konzeptionierung und Kick-Off einer Bewegungsgruppe

Die Kooperationsanbahnung zwischen den Wohnpartnern und dem Studiengang Physiotherapie, der in enger Zusammenarbeit mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund durchgeführt wird, erfolgte im Juni 2016. Anfang Oktober fiel bereits der Startschuss zum ersten präventiven Bewegungsangebot mit einer effektiven zweimonatigen Entwicklungszeit. Hilfreich war, dass die MitarbeiterInnen der sozialen Einrichtung Kenntnisse über die Bedürfnisse der soziokulturellen Schichten und der Altersgruppen in der großen städtischen Wohnhausanlage Per Albin Hanssonsiedlung einbrachten. So entstand das Projekt »Die bewegte Frau«, das einmal wöchentlich mit zwei Gruppen in das Repertoire der Wohnpartner übernommen wurde. Die Studierenden des fünften Semesters gestalteten die Bewegungsangebote, führten diese durch, evaluierten sie gemeinsam mit den Lehrenden im Rahmen ihres Praktikums im Bereich Prävention und Public Health und wandten das theoretisch erworbene Wissen an.

ABB.
FMS-Punkte vor und nach dem Bewegungsangebot



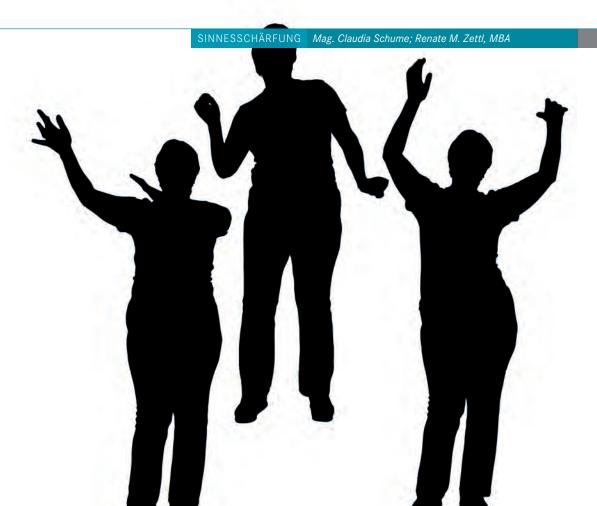
Eine Erfolgsgeschichte

In der Bassena, dem Nachbarschaftszentrum der Hanssonsiedlung, finden sich seit Oktober regelmäßig durchschnittlich 15 Frauen der Altersgruppe 60 plus mit Begeisterung am präventiven Bewegungsangebot »Die bewegte Frau« ein und schätzen die physiotherapeutische Fachkompetenz. Das für jede Einheit von zwei Studierenden entwickelte Programm ist auf die funktionellen Bedürfnisse der Teilnehmerinnen abgestimmt, orientiert sich an den Ergebnissen eines Eingangsassessments (in Anlehnung an Functional Movement Screen, FMS) sowie an gruppenspezifischen Wünschen. Die Auswertung einer Stichprobe (n=11) der Teilnehmerinnenpopulation ergab bei allen Frauen eine Verbesserung des Assessmentscores (siehe Abb.) und der Verrichtung alltäglicher Abläufe innerhalb von drei Monaten.

Der Erfolg ist jedoch nicht nur quantifizierbar, sondern auch in qualitativer Hinsicht zeigt sich gesteigerte Bewegungsfreude, Wohlbefinden und die Bereitschaft, den aktiven Lebensstil beizubehalten.

Erfahrungsgestützte Erfolgsfaktoren für Bewegungsprojekte

- Angebot mit leichter Zugänglichkeit (offene Gruppe ohne Mitgliedschaft)
- homogene Gruppe (Alter, evtl. Geschlecht, Anforderungen im Alltag)
- auf Bewegungsvorlieben und Gruppenwünsche wird eingegangen
- Mitgestaltungsmöglichkeit und Selbstengagement sind möglich und erwünscht
- ✓ Regelmäßigkeit im Jahresablauf
- kreative inhaltliche Gestaltung und unterschiedliche Methoden
- anwendungsorientierte Beratung zum Bewegungsverhalten
- Transfer Alltag-Bewegungsübungen ist für Teilnehmerinnen erkennbar
- emotionale Bindung an die Gruppe
- ✓ sichtbare Erfolge durch Assessments



Erfahrungswerte oder Zutaten für ein Erfolgsrezept

Auch ohne konkrete Analyse der Rahmenbedingungen und weiterführender Erhebungen können wir Erfahrungswerte verbuchen und für kommende Gesundheitsförderungsprojekte ableiten. Die hohe Compliance der teilnehmenden Frauen (71 Prozent der eingeschriebenen Personen) kann zurückgeführt werden auf die Wohnortnähe und fußläufig erreichbare Bassena, die in unmittelbarer Nähe zum siedlungseigenen Einkaufszentrum liegt. Ein möglichst niederschwelliger Aufwand ist für die Aktivität, nachhaltige Compliance und Gesundheitsförderung erfolgsversprechend. Einige der teilnehmenden Frauen nutzen mehrfach anschlussfähige Kurse der Wohnpartner, wie Line-Dance, oder engagieren sich in dieser sozialen Einrichtung. Dies trägt zur Motivation der TeilnehmerInnengruppe bei und fördert die Akzeptanz des Bewegungsangebots. Durch »Grätzlaktivitäten« wird ein soziales Netzwerk mit übereinstimmender Interessenslage geschaffen. Es zeigt sich, dass durch angeleitete Interventionen auch selbständige Bewegungsaktivitäten in den Lebensstil integriert und gemeinsam umgesetzt werden. Anzeichen dafür gibt es, da in praktikumsfreien Zeiten die Bewegungsgruppe unter initiativen Teilnehmerinnen als Multiplikatorinnen weitergeführt wird. Haben sich die »Physios« damit wegrationalisiert? Nein! Laut Aussagen schätzen die Frauen die Kompetenz der Studierenden, die Einsatzfreude, methodische Vielfalt und anwendungsorientierte Informationen zur Gesunderhaltung des Bewegungssystems.

Evidenz

Aktivität und Sportverhalten im mittleren und höheren Erwachsenenalter

- Keine Unterschiede in der Sportaktivität zwischen Frauen und Männern.
- Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand f\u00f6rdert Sportverhalten.
- Interaktion von psychologischen, sozialen und angebotsspezifischen Einzelfaktoren bewirken Aufrechterhaltung der Sportaktivität im höheren Erwachsenenalter.
- Selbstwirksamkeit ist stärkster Prädiktor für Dabeibleiben im Sportprogramm.

(QUELLE: EICHBERG & ROTT, 2003)



Mag. Claudia Schume Lehrende FH Campus Wien, Mitarbeit fachliches Netzwerk Arbeit, Gesundheit und Prävention sowie bei Präventionsprojekten



Renate M. Zettl, MBA Lehrende am Studiengang Physiotherapie der FH Campus Wien

LITERATUR

Eichberg S & Rott C. (2004). Sportverhalten im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Bedingungsfaktoren für Kontinuität und Diskontinuität. J Public Health 12:93–104.

Morbus Bechterew – geschlechterungleiche Behandlung

Geschlechterspezifische Unterschiede des klinischen Phänotyps im Hinblick auf die Gruppentherapiegestaltung

Geschlechterspezifische Unterschiede bei verschiedenen Pathologien rücken besonders seit dem Aufkommen der Gendermedizin in den vergangenen Jahren vermehrt ins Zentrum des Interesses. Aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsmanifestation der Geschlechter besteht die Frage, ob und wie man diese Differenzen der klinischen Präsentation optimal innerhalb eines physiotherapeutischen Gruppentherapiesettings nutzen und behandeln kann.

Menschen mit Rückenschmerzen als PatientInnen sind aus der heutigen Gesundheitswelt nicht mehr wegzudenken. Dabei sind die Ursachen so vielfältig wie die Menschen selbst. Der Gedanke, dass das Immunsystem ein entscheidender Einflussfaktor bei der Entstehung von Rückenschmerzen ist, kommt häufig erst im Verlauf der Diagnosefindung zum Tragen. Morbus Bechterew (AS, ankylosierende Spondylitis) zählt zu den prädominant axialen Spondylarthropathien. Im Vordergrund dieser Erkrankung stehen Schmerzen und Einschränkungen des Bewegungsapparates, vor allem der Wirbelsäule und des Beckens.

Hauptsächlich charakterisiert sich die AS jedoch durch den entzündlichen Rückenschmerz. Dieser entspricht laut den neuen ASAS-Klassifikationen (Assessment of Spondylo Arthritis international Society) vier von fünf Kriterien:

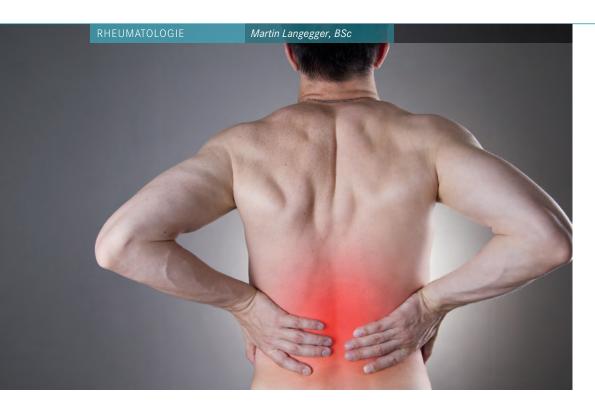
- Alter bei erstmaligem Auftreten von Symptomen:
 40 Jahre
- langsamer Beginn
- Verbesserung der Schmerzen bei Bewegung
- keine Verbesserung der Schmerzen in Ruhe
- Schmerzen in der Nacht, die sich nach dem Aufstehen verbessern

Neben diversen Behandlungen stellt die Physiotherapie eine wesentliche Therapiesäule dar, welche vergleichsweise äußerst kosteneffektiv ist. In unterschiedlichen Arbeiten von Dagfinrud et al. (2004, 2008) wurde gezeigt, dass die Kombination aus stationärer Kur und Bewegungstherapien mit anschließenden ambulanten, wöchentlichen Gruppenphysiotherapiestunden die effektivste Form der Begleitung für die Patientlnnen darstellt. Die Möglichkeit einer spezifizierten Behandlung wird so zwar verringert, jedoch spielt die Wahl der Gruppenmitglieder dabei eine entscheidende Rolle. Ziel der von mir verfassten Bachelorarbeit war es, geschlechterspezifische Unterschiede aufzuzeigen und so eine Indikation für eine geschlechtergetrennte Gruppentherapie festzustellen.

Geschlechterspezifische Unterschiede

Es konnte festgestellt werden, dass mehr Frauen als Männer angaben, Rückenschmerzen als Hauptproblem zu erleben. Außerdem lässt sich klar erkennen, dass Nackenschmerzen, obere Rückenschmerzen, periphere Arthritis und Enthesitis vor allem bei Frauen vorkommen. Männer weisen einen schwereren radiografischen Schaden auf, sowohl im frühen als auch im späten Krankheitsverlauf. Außerdem wird bei Männern ein signifikant höherer CRP-Wert gemessen.

Es besteht Grund zur Annahme, dass es eine generell differenzierte Schmerzwahrnehmung gibt sowie bei Frauen eine größere Bürde durch die Erkrankung. Diese resultiert daraus, dass sie deutlich mehr Einschränkungen in ihren Aktivitäten und in ihrer Partizipation am Leben (BASFI, ASQol etc.) wahrnehmen. Der Einfluss von biologischen, psychologischen und psychosozialen Faktoren auf die Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung spiele dabei eine wesentliche Rolle. Weitere psychologische Erklärungen inkludieren den Einfluss von sozialen Geschlechterrollen, den Unterschied im Umgang mit Schmerz, das erhöhte Auftreten von Komorbiditäten wie Angststörungen oder Depression bei Frauen sowie den empirischen Mechanismus der Erfahrung von Geburten. Dies sollte bei geschlechterspezifischen Unterschieden bezüglich des Schmerzniveaus beim Outcome klassifizierender Assessments berücksichtigt werden, da weniger Frauen bestimmte Kriterien erfüllen könnten, wenn der Gesamtwert eines solchen Assessments signifikant durch Schmerzlevels beeinflusst wird.



Mehrwert

Meine wissenschaftliche Arbeit soll die Bedeutung der Gendermedizin verdeutlichen. Mithilfe der verwendeten Literatur konnte gezeigt werden, dass sich Frauen und Männer mit AS klinisch differenziert präsentieren. Somit zeigt sich eine klare Indikation zu einer physiotherapeutischen Behandlung in Gruppen, die sich in Frauen und Männer aufteilt. Es ist festzuhalten, dass »Leibesübungen« zwar generell empfohlen werden, es aber einen Mangel an Genauigkeit in deren Ausführung und im Setzen von Prioritäten gibt (Kraft, Ausdauer etc.).

Es ist selbstverständlich, auf PatientInnen im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses einzugehen, um ihre individuellen Probleme zu eruieren. Sinnvoll ist es, wenn bei der Bewegungstherapie ein kognitiver, verhaltenstherapeutischer Aspekt berücksichtigt wird. Das bedarf auch keiner aufwändigen Trainingsmaschinen. Die Frage nach den genauen Hintergründen der Mechanismen der unterschiedlichen klinischen Phänotypen bleibt weiterhin unzureichend geklärt. In einer Studie von Hoyle et al. (2000) wurde gezeigt, dass der Grund dafür nicht am X-Chromosom der Frau liegen kann. Weitere Forschung auf diesem Gebiet ist vonnöten, um jene Mechanismen und deren Ursachen ergiebiger zu erschließen.

ASAS/EULAR-Empfehlungen zur Behandlung des Morbus Bechterew

Fortbildung,	NSARs			
Bewegung,				
Physikalische Therapie,	Axiale Manifestationen	Periphere Manifestationen		ı,
Rehabilitation,				ekt
PatientInnen- organisationen		Sulfasalazin		e Korrektur
Selbsthilfe- gruppen	Glukokortikoide lokal		Analgetika	Chirurgische
	TNF-Blocker		Anal	Chir

LITERATUR

Webers C, et al. (2016). Gender-attributable differences in outcome of ankylosing spondylitis: long-term results from the Outcome in Ankylosing Spondylitis International Study. Rheumatology (Oxford, England), 55(3),419-28.

van der Horst-Bruinsma IE et al. (2013). Female patients with ankylosing spondylitis: analysis of the impact of gender across treatment studies. Annals of the rheumatic diseases, 72 (7), 1221–1224.

Hoyle E et al. (2000). The X-chromosome and susceptibility to ankylosing spondylitis. Arthritis and rheumatism 43 (6):1353-1355.

Dagfinrud H et al. (2004). Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. The Cochrane database of systematic reviews (4), CD002822.

Dagfinrud H et al. (2008). Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. The Cochrane database of systematic reviews (1), CD002822.



Martin Langegger, BSc Lehrender am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe in Innsbruck, selbstständiger Physiotherapeut, unter anderem für den ÖSV

Die Bachelorarbeit des Autors ist im Jahr 2016 an der FHG Innsbruck entstanden: Langegger, Martin (2016). Mb. Bechterew – geschlechterungleiche Behandlung.

Wandel zum Alter

Die Bedeutung der Gendermedizin in der Geriatrie

Die vor allem im vergangenen Jahrhundert erlangten Erkenntnisse in der Humanmedizin, dass Krankheiten und Störungen Männer und Frauen sowohl in Prävalenz als auch Ausprägung unterschiedlich (be)treffen können, finden zunehmend Berücksichtigung in Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheitsprozessen. Durch den demografischen Wandel erlangt die Geriatrie innerhalb der Gendermedizin zentrale Bedeutung.

Medizin war ursprünglich eine männerbesetzte Domäne. Erst seit zirka 100 Jahren ist es Frauen in Österreich erlaubt, Medizin zu studieren. Die Schulmedizin war lange Zeit sehr stark auf Männer fokussiert, Frauen wurden als »kleine Männer« betrachtet und die damalige Frauenmedizin war weitgehend auf die Reproduktion im Sinne der Frauenheilkunde und Geburtshilfe beschränkt. Die Gendermedizin hat sich aus der Frauengesundheitsbewegung der 1970er-Jahre heraus entwickelt, ursprünglich mit der Intention der Selbstbestimmung. In den 1990ern war in weiterer Folge die Sensibilisierung dafür, dass Frauen bisher aus großen klinischen Studien ausgenommen waren, die getesteten Medikamente aber gleichermaßen beiden Geschlechtern verabreicht wurden - ohne Rücksichtnahme auf geschlechtsdifferenzielle biogenetische, psychische und soziale Unterschiede - ein großes Thema. Erst 2002 wurde von der WHO eine Gender Policy eingeführt, aufgrund derer genderspezifische Analysen in Bezug auf Gesundheit in den Gesundheitssystemen installiert und Gesundheitsdaten nach Geschlecht getrennt erhoben und ausgewiesen wurden. In Österreich ist Gendermedizin heute an allen Universitäten im Lehrangebot, ebenso gibt es ein Masterstudium, welches von der MedUni Wien berufsbegleitend angeboten wird. Um die geschlechterdifferenzierte Datenerhebung in Österreich weiter voranzutreiben, wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen jährlich der »Gender Index« zur Verfügung gestellt. Er gibt einen Überblick über geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselte Daten in wesentlichen Bereichen wie Bildung, Einkommen und Erwerbstätigkeit.

Weiterführende Informationen

Gender Medicine Unit der Medizinischen Universität Wien

www.meduniwien.ac.at/hp/gender-medicine

Frauengesundheitszentrum Universitätsklinik Innsbruck

fgz.i-med.ac.at

Institut für Frauen und Männergesundheit (Wien) www.fem.at

Gender Index auf der Webseite des BMGF bit.ly/2r91Xjd

Konform der demografischen Entwicklung liegt eine Verschiebung der Altersstruktur in Richtung einer deutlichen Zunahme der Bevölkerung, die älter als 65 Jahre ist, im Trend. Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer, ebenso sind diese häufiger als pflegende Angehörige tätig und so auch im Alter aufgrund der Determinante der Mehrbelastung eine vulnerable Bevölkerungsgruppe in Bezug auf Gesundheit. Weitere Faktoren wie Bildung und Einkommen spielen dabei ebenso eine Rolle. Wurden z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen lange Zeit Männern zugeschrieben, so ist heute bekannt, dass auch Frauen gleichermaßen betroffen sind, aber zum Beispiel bei einem Herzinfarkt ein anderes Bild als Männer (in Form von Rückenschmerzen) zeigen können. Am Beispiel der Osteoporose, die lange Zeit als reine Frauenerkrankung eingestuft wurde, wird deutlich, dass auch Männer von der Entwicklung der Gendermedizin profitieren. So wurden erst in den letzten 15 Jahren Männer als Osteoporosepatienten erkannt und auch in Screening-Prozessen berücksichtigt. Aufgrund der unterschiedlichen Alterungsprozesse, Hormonspiegel und auch soziopsychologischer Unterschiede brauchen Frauen wie Männer eine entsprechend angepasste medizinische Betreuung.

Gendermedizin in der Geriatrie

Es ist nicht verwunderlich, betrachtet man die »Feminisierung des Alters«, dass die Gendermedizin auch in der Geriatrie zunehmend Berücksichtigung findet. In der physiotherapeutischen Praxis ist die Behandlung altersassoziierter, degenerativer Veränderungen und Funktionseinschränkungen Alltag. Wesentlich ist, dabei die grundsätzlichen, geschlechtsspezifischen Unterschiede in Symptomatik bei geriatrischen Krankheitsbildern zu kennen und in der Therapie zu berücksichtigen. Wenngleich Frauen derzeit noch eine höhere Lebenserwartung als Männer besitzen (diese befindet sich bereits in einem Annäherungsprozess), weisen sie dennoch häufiger funktionelle Einschränkungen aufgrund chronischer Erkrankungen im Zuge geriatrischer Symptomkomplexe auf. Am Beispiel der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) wurde in der Berliner Altersstudie aufgezeigt, dass Frauen im Alter von 80 Jahren doppelt so viel Unterstützungsbedarf bei der Durchführung derselben hatten wie gleichaltrige Männer. Frauen über 65 stürzen beispielsweise häufiger als Männer, somit steigt auch das Risiko einer Fraktur (vorrangig im Hüftbereich) und damit das Risiko einer möglichen Immobilität. Es droht der Verlust einer weitgehend autonomen Lebensführung.

Der Einsatz von Neurofeedback und Brain-Computer Interface in der Schlaganfallrehabilitation, Kommunikation und

Beurteilung des Bewusstseinszustandes

Die 2-tägigen Seminare finden in Schiedlberg (Sierningstraße 14, 4521) statt und zeigen PhysiotherapeutInnen, NeurologInnen und NeurochirurgInnen, wie sie Brain-Computer Interface (BCI) Technologie in der Schlaganfalltherapie, zur Evaluierung des Bewusstseinszustandes von Menschen mit erworbenen Hirnschäden, sowie zur Kommunikation und zum kognitiven Training einsetzen

Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.mindBEAGLE.at/Seminare oder www.recoveriX.at/Seminare

Die erhöhte Prävalenz von Sarkopenie (Verlust an Muskelmasse) und Frailty (einem Symptomkomplex, der von Entzündungsgeschehen, Mangelernährung und Abbau der Muskelmasse geprägt ist) bei Frauen ist zurückzuführen auf unterschiedliche endokrinologische Veränderungen im Alter bei Männern und Frauen. Auch wenn bereits einige Zeit bekannt ist, dass beide Geschlechter von Osteoporose betroffen sein können, stehen den rund 20 Prozent Männern 80 Prozent Frauen als Osteoporosepatientinnen gegenüber. Auch hier liegt die Erklärung in hormonellen Unterschieden (höhere anabole Konzentration bei Männern). So ist bereits anhand dieser Verkettung von ungünstigeren körperlichen Voraussetzungen bei Frauen im Alter deutlich, dass es hier schon frühzeitig zu einer Fokussierung auf Erhalt von Kraft, Koordination und Ausdauer kommen sollte, um den Risiken entgegenzusteuern, wo es durch adäquate Interventionen möglich ist, und gefährdete Personen durch Screenings zu identifizieren. Die Physiotherapie hat sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung altersassoziierter Prozesse und geriatrischer Symptomkomplexe hohen Stellenwert. Durch die Nutzung des Wissens um genderspezifische Aspekte kann hier ein wesentlicher Beitrag zu dem Public Health-Ansatz »Den Jahren mehr Leben zu geben« in Bezug auf Frauen, aber auch Männergesundheit durch Diversität in den Behandlungsansätzen geleistet werden.

KURSANKÜNDIGUNG NEU

Integrative Myofasziale Therapie

1. bis 2. Juli 2017 und 9. bis 10. Dezember 2017

Wien, Physio Austria Kurszentrum Volker Hollemann Dr. Ulrike Aussem



Constance Schlegl, MPH freiberufliche Physiotherapeutin, Präsidiumsmitglied von Physio Austria, Leitung fachliches Netzwerk Geriatrie, Leitung der Fokusgruppe Direct Access

Smith J, Maas I, Mayer KU et al. (2002). Two-wave longitudinal findings from the Berlin aging study: introduction to a collection of articles. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 57 (6):471-473.

Lechleitner M. (2013). Gender-Medizin - Geriatrie. Z Gerontol Geriat, 46: 504.







Herzschlag dank der Physiotherapie

Rückschau auf die Weltwinterspiele der Special Olympics in Österreich

A Heartbeat for the World – unter diesem Motto standen die Special Olympics World Winter Games 2017. Und die Physiotherapie-Community war mittendrin!

Auf einmal war es so weit. Die letzten Vorbereitungen waren abgeschlossen, die »Clinical Directors« und »Supervisors« geschult, die Gesundheitsstraße in sieben Disziplinen auf einem Areal von 3.000 Quadratmetern aufgebaut, die T-Shirts und Akkreditierungen ausgegeben, die Tablets aufgeladen. Es fiel der Startschuss für das Healty Athletes Program am Sonntag, dem 19. März 2017. Mittendrin tummelten sich zirka 200 PhysiotherapeutInnen. In drei Programmen zogen sie die Fäden: Fun Fitness, Health Promotion und Fit Feet. Studierende, junge KollegInnen und »alte Hasen« arbeiteten miteinander in den Screenings, um neben den Wettkämpfen das Angebot im Bereich Gesundheit zu bespielen und damit auch für die Nachhaltigkeit und Gesundheitsvorsorge einen Beitrag zu leisten.

Screenings

Während der Spiele wurden von 19. bis 24. März 2017 1.700 AthletInnen und zirka 200 weitere Personen mit Bezug zu den Special Olympics gescreent. Die AthletInnen besuchten im Durchschnitt vier der sieben angebotenen Disziplinen.

Spitzenreiter der Screeningfrequenz war das Fit Feet-Programm mit rund 1.500 AthletInnen. Pro AthletIn werden in der Disziplin Fit Feet 15 Einzeldaten erhoben. Das ergibt 22.500 Einzeldaten im relevanten Screeningzeitraum.

Screening versus Untersuchung

Die durchgeführten Testungen stellten keine physiotherapeutischen Untersuchungen, sondern Screeningverfahren dar. Die Screenings unterlagen den vorgeschriebenen Kriterien des internationalen Healthy Athletes-Departments der Special Olympics. Ziel der Screenings war und ist es, die Ergebnisse weltweit vergleichen zu können. Das heißt auch, dass die einzelnen Abläufe klar sein mussten, um die Tests auch unter Zeitdruck schnell und sicher durchzuführen. Die Screenings sind seit rund 20 Jahren gleich und werden an anderen Orten auch von wenig ausgebildeten Personen durchgeführt. Dadurch haben sich aus physiotherapeutisch-fachlicher Sicht einige Herausforderungen ergeben. Durch das vermehrte Augenmerk auf Evidenzorientierung und Wissenschaftlichkeit haben sich viele Fragen zu den Screenings aufgetan. Sie regten zu einer fachlichen Diskussion an, die jetzt, nach den Spielen, mit Interviews eingefangen, akkordiert und geordnet an Special Olympics International weitergegeben werden soll.

Kommunikation, Innovation, Teamgeist

Im Kompetenzprofil »Die Physiotherapeutin/Der Physiotherapeut« (www.physioaustria.at) wurden zahlreiche Rollen von PhysiotherapeutInnen definiert. Diese kamen während der Spiele voll zum Tragen. Die Kommunikation (vgl. Rolle Kommunikatorln), oft nonverbal, mit den AthletInnen und deren BetreuerInnen, der Teamgeist (vgl. Rolle Teamworkerln), das Erleben des Arbeitens auf Augenhöhe – egal ob altbekannte,

Sie haben es in der Hand



Viele gute Gründe für ein Osteopathie-Studium an der IAO:

#3



Die Weiter-Bildung

Wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Osteopathie nach dem IAO Modell.

Auf akademischem Niveau und mit der Möglichkeit zum Hochschulabschluss. Auch ohne Abitur!

The International Academy of Osteopathy (IAO) | www.osteopathie.eu/gutegruende

neue oder internationale KollegInnen, egal ob Lehrende, Studierende, Erfahrene –, das Zulassen von Innovation und das Entstehen von neuen Ideen und Herangehensweisen: Alle Aspekte trugen ihren Teil zu dem großen Erfolg der physiotherapeutischen Arbeit bei. Der Stolz, als Physiotherapeutln einen Beitrag zu leisten und den Beruf so engagiert öffentlich vertreten zu können, das gegenseitige Ergänzen bei stressreichen Herausforderung und die Möglichkeit, die durch die Bewerbe erschöpften AthletInnen zu unterstützen, trugen ihren Teil bei. Alle zogen an einem Strang, um ressourcenorientiert Empfehlungen zu geben und selbst aus dem Spirit der Games viel an positiver Energie zu bekommen.

In den Disziplinen arbeiteten ständig zwischen 25 und 60 Personen. »Supervisors« betreuten neue KollegInnen, »Clinical Directors« achteten darauf, dass die Screenings standardisiert durchgeführt werden. Internationale Manager beobachteten die Tätigkeiten und gaben Feedback.

Hat sich die Anstrengung gelohnt?

Ja. Das Engagement der PhysiotherapeutInnen hat ganz viel Lob und Anerkennung bewirkt, die Ernsthaftigkeit bei der Ausführung der Screenings und die gute Vorbereitung aller Beteiligten, vor allem auch der Studierenden, hat große Begeisterung bei den internationalen Verantwortlichen ausgelöst. Es war für alle Involvierten wichtig und richtig, die Chance auf die Teilnahme bei einem solchen Event zu nutzen.

Die sieben Disziplinen des Healthy Athletes Program

Die Daten der AthletInnen wurden elektronisch dokumentiert, zentral gespeichert und einer statistischen Auswertung zugeführt. Die Datenbanken von Special Olympics Healthy Athletes erfassen alle Events weltweit. Pro Jahr sind zirka 1.100 nationale und internationale Sportveranstaltungen in dieser Form weltweit dokumentiert.

- Fit Feet (Screening der Füße und Beinachsen)
- Fun Fitness (Screening k\u00f6rperliche Fitness und physischen Sporttauglichkeit)
- Healthy Hearing (Screening der Hörleistung)
- Health Promotion (Screening des allgemeinen Gesundheitsverhaltens)
- Opening Eyes (Screening der Sehleistung)
- Strong Minds (Screening der allgemeinen Stressbewältigungsfähigkeiten)
- Special Smiles (Screening der Zahngesundheit)





Barbara Gödl-Purrer, MSc Lehrende FH Joanneum, Mitglied des fachlichen Netzwerks GUP

Beate Salchinger, MSc, MSc Leiterin des Studiengangs Physiotherapie FH Joanneum, Präsidiumsmitglied Physio Austria

Jugendliche geben GAAS – ein interdisziplinäres Miteinander

Jugendliche stärken ihre Gesundheitskompetenz unterstützt durch mobile Jugendarbeit Nordrand, Produktionsschule spacelab, Diätologie, Ernährungswissenschaft, Physiotherapie und soziale Arbeit (Universität Wien und FH St. Pölten). Der Name des Projekt leitet sich von dessen Schwerpunkten ab: zur Förderung der Gesundheitskompetenzen von Jugendlichen, die sich nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden.

Um gesundheitlicher Chancenungleichheit entgegenzuwirken, konzentriert sich das Projekt GAAS auf Jugendliche im NEET-Status (not in education, employment or training). Laut Bacher et al. (2014) zählten in Österreich in den Jahren 2006 bis 2011 im Durchschnitt 8,6 Prozent, das sind 78.000 der 16- bis 24-Jährigen, zu dieser Gruppe. Eine IST-Analyse zu Beginn des Projekts erhob Daten zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten und zu den Bedürfnissen der Zielgruppe. Die 53 teilnehmenden Jugendlichen erreichten, so das Ergebnis, die Empfehlungen zur gesundheitswirksamen Bewegung von mindestens sieben Stunden pro Woche nicht. Basierend darauf gestalteten Studierende der Physiotherapie, Diätologie und Ernährungswissenschaft über sechs Monate lang gesundheitsfördernde Interventionstage mit Jugendlichen in Wien und St. Pölten. Das Projekt wird durch den Fonds Gesundes Österreich, den niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds sowie die Initiative »Tut gut« gefördert.

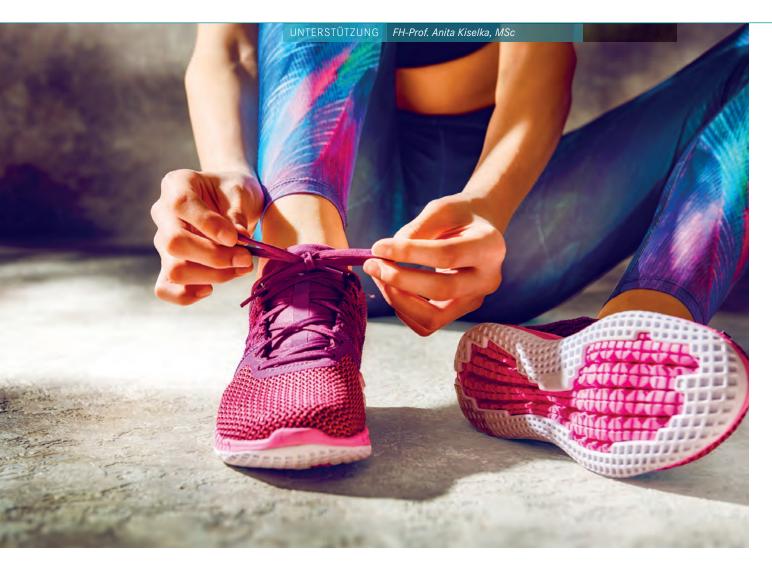
Zielgruppengerecht, partizipativ und nachhaltig

Die Kommunikation mit den Jugendlichen erfolgte, auch dank praktischer Übungen, auf Augenhöhe. Da die IST-Analyse ein ungünstiges Trinkverhalten der Jugendlichen aufzeigte (z. B. hoher Energydrinkkonsum), entwickelten die Jugendlichen in diesem Projekt ein Getränk (Frizztea) als Gesundheits-Kommunikationstool aus der eigenen Lebenswelt. Anhand von Infographics am Etikett gibt das Getränk Informationen zu gesundem Trinkverhalten an Jugendliche weiter. Zur Schulung von MultiplikatorInnen entwickelte sich aus dem Projekt außerdem ein ernährungsspezifischer Lehrgang. Das Projekt wurde mit dem Wiener Gesundheitspreis (1. Platz) ausgezeichnet.

Geschlechterspezifische Besonderheiten

Anita Kiselka betreute als Dozentin die Physiotherapie-Studierenden der FH St. Pölten bei ihrer Arbeit mit den Jugendlichen und vermittelt in einem neuen Lehrgang Bewegungsdidaktik. Sie berichtet über Erfahrungen aus dem Projekt und von den Erfahrungen der TrainerInnen aus der täglichen Jugendarbeit: Spielerische Übungen, gemeinsam Spaß haben und eine selbstbestimmte Auswahl der Inhalte innerhalb eines strukturierten Rahmens mit klaren Regeln sind für alle Jugendlichen wichtig und hilfreiche Motivation zu Bewegung und Konzentration. Allerdings haben Mädchen und Burschen unterschiedliche Bedürfnisse an Bewegungsangeboten: Die Erfahrungen zeigen, dass Mädchen an Sport und Bewegung gemütlich herangehen, mit Pausen für sozialen Austausch und Zeit für Gespräche. Sie zeigen aber Biss und Durchhaltevermögen, wenn sie einer für sie interessanten Herausforderung gegenüberstehen. Eine solche Herausforderung darf aus koordinativen Elementen bestehen (beim Jonglieren wird z. B. so lange geübt, bis die Aufgabe gelingt) und Ausdauer beanspruchen. Übungen für Körperwahrnehmung und -stabilität sowie Volleyball ziehen sie Gerätetraining oder Fußball vor. Während sozialer Kontakt im Vordergrund steht, motiviert körperlich stark anstrengende oder exponierende Bewegung sie wenig, da sie wenig Kraft- oder Bewegungsdrang spüren - ganz im Gegensatz zu Burschen.

»DIE ERFAHRUNGEN ZEIGEN, DASS MÄDCHEN AN SPORT UND BEWEGUNG GEMÜTLICH HERANGEHEN, MIT PAUSEN FÜR SOZIALEN AUSTAUSCH UND ZEIT FÜR GESPRÄCHE.«



LITERATUR

Bacher J et al. (2014). Studie zur Unterstützung der arbeitsmarktpolitischen Zielgruppe »NEET«. Sozialpolitische Studienreihe. Band 17. Wien: Verlag des ÖGB.

Currie C et al., eds. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO Health Policy for Children and Adolescents, No. 6.

Eurofound. (2012). NEETs - Young people not in employment, education or training. Characteristics, costs and policy responses in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

gaas.fhstp.ac.at www.facebook.com/GAASProjekt www.boja.at/gesundheit www.motorikpark-wien.at Die Erfahrungen zeigen auch, dass Burschen schnell Ehrgeiz und Spaß bei Fußball, Skifahren, Klettern, Parcours, Krafttraining oder anderen Sportarten entwickeln, bei denen sie ihrem großen Bewegungsdrang gerecht werden und sich in einer Gruppe beweisen können. Eine solche bietet ihnen die Gelegenheit, gemeinsam Regeln zu definieren, in denen alle gleichberechtigt aktiv sein können. Bei Herausforderungen, die sie nicht sofort meistern, verlieren sie erfahrungsgemäß schneller das Interesse als Mädchen, hingegen kann sie eine körperlich fordernde Bewegungsform nicht abschrecken.

Daher ist bei Aktionen mit Sport- und Bewegung immer darauf zu achten, dass für beide Geschlechter Passendes angeboten wird. Die Produktionsschule Spacelab (www.spacelab.cc) bietet einen eigenen Standort nur für Girls, um auf ihre Bedürfnisse speziell eingehen zu können.



FH-Prof. Anita Kiselka, MSc angestellte und freiberufliche Physiotherapeutin, FH-Dozentin in den Studiengängen Physiotherapie und Digital Healthcare der FH St. Pölten, Funktionärin bei Physio Austria



Studiert und kommentiert

The Warwick Agreement on femoroacetabular impingement synmdrome (FAI syndrome): an international consensus statement.

Griffin DR, Dickenson EJ, O'Donnell J, Agricola R, Awan T, Beck M, Clohisy JC, Dijkstra HP, Falvey E, Gimpel M, Hinman RS, Hölmich P, Kassarjian A, Martin HD, Martin R, Mather RC, Philippon MJ, Reiman MP, Takla A, Thorborg K, Walker S, Weir A & Bennell KL (2016). British Journal of Sports Medicine, 50(19):1169-1176.

Das Warwick Agreement zum Thema FAI wurde beschlossen, um einen internationalen und multidisziplinären Konsensus betreffend Diagnose und Management von PatientInnen mit FAI zu erzielen. 22 ExpertInnen und ein Patient aus neun verschiedenen Ländern nahmen an diesem eintägigen Konsensusmeeting teil.

Hintergrund

Bereits 1936 war das Syndrom des Femoroacetabulären Impingements FAI bekannt und seit 2001 werden unterschiedliche chirurgische Techniken zur Behandlung des FAI intensiver diskutiert. Seit 2003 erstmals ein Zusammenhang zwischen der Entstehung von Hüftarthrose und dem FAI beschrieben wurde, hat das Interesse an dieser Pathologie stark zugenommen. So stieg die Anzahl an PatientInnen mit der Diagnose »Femoroacetabuläres Impingement« in den letzten zehn Jahren massiv an, ebenso wie die Anzahl an Publikationen zu diesem Thema.

Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein internationales Konsensusstatement. Es wurden dazu VertreterInnen aus verschiedenen medizinischen Disziplinen (Sportmedizin, Orthopädie, Traumatologie, Physiotherapie und Radiologie) eingeladen, die in das Management von PatientInnen mit FAI involviert sind und auf eine ausgewiesene klinische Expertise verweisen konnten.

Im Vorfeld des Meetings wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um jene Themen zu identifizieren, die für den klinischen Alltag am relevantesten eingestuft wurden. Dazu wurden sechs Fragen ausgewählt, die in der ExpertInnenrunde diskutiert wurden und zu denen ein Konsensus gefunden werden sollte: Das Meeting fand an der Universität Warwick statt und jede Frage wurde einzeln diskutiert. Die Mitglieder verwendeten eine Likert-Skala von 0–10, um dem Konsensusstatement zuzustimmen, wobei 0 »keine Zustimmung«, 5 »weder Zustimmung noch Ablehnung« und 10 »Zustimmung« bedeutete. Die Zustimmungsniveaus wurde mit dem Mittelwert angegeben und einem Konfidenzinterval (KI) von 95 Prozent.

Ergebnisse

Hier finden Sie die Darstellung sowohl der Fragen als auch der Antworten, welche den Inhalt des Konsensusstatements wiedergeben.

1

WAS IST DAS FAI?

Das FAI ist eine bewegungsabhängige Pathologie der Hüfte mit verschiedenen Symptomen, klinischen Zeichen und radiologischen Auffälligkeiten. Es ist gekennzeichnet durch einen unphysiologischen Kontakt zwischen dem proximalen Femur und dem Acetabulum.

zustimmungsniveau 9.8 (95 Prozent KI 9.6-10)

2

WIE SOLL DAS FAI DIAGNOSTIZIERT WERDEN?

Zur richtigen Diagnose des FAI müssen Symptome, klinische Zeichen und radiologische Auffälligkeiten vorhanden sein. zustimmungsniveau 9.8 (95 Prozent KI 9.6–10)

SYMPTOME

Das primäre Symptom ist ein bewegungs- oder positionsabhängiger Schmerz in der Leiste oder Hüfte. Andere Schmerzlokalisationen sind der Rücken, das Gesäß oder das Bein. Weitere Symptome sind Blockaden, Einklemmungen, Klicken, Steifheit, eingeschränkte Beweglichkeit und Giving-way-Attacken.

ZUSTIMMUNGSNIVEAU 9.8 (95 Prozent KI 9.6-10)

KLINISCHE ZEICHEN

Es gibt verschiedene klinische Tests zur Bestimmung eines FAI. Der am häufigsten verwendete Test ist der FADIR-Test (Flexion/Adduction/Internal Rotation), der zwar sensitiv, aber nicht spezifisch ist.

zustimmungsniveau 9.9 (95 Prozent KI 9.7-10)

RADIOLOGIE

Es sollte eine AP (anterior – posterior)-Aufnahme des Beckens und eine laterale Ansicht des Femurhalses gemacht werden, um zwischen Cam- und Pincer-Impingement zu differenzieren.

ZUSTIMMUNGSNIVEAU 9.5 (95 Prozent KI 9.1-9.8)

3

WAS IST DIE OPTIMALE BEHANDLUNG DES FAI?

Es gibt sowohl konservative und operative Behandlungsmöglichkeiten als auch die Möglichkeit der Rehabilitation mit dem Schwerpunkt Physiotherapie. Der konservative Weg umfasst Aufklärung, Modifikation des Lebensstils und Zuwarten. Operativ bieten sich offene und arthroskopische Möglichkeiten. Bei der Physiotherapie steht die Verbesserung der Hüft- und Rumpfstabilität sowie der neuromuskulären Kontrolle der unteren Extremität im Vordergrund. ZUSTIMMUNGSNIVEAU 9.5 (95 Prozent KI 9.0–10)

4

WIE IST DIE PROGNOSE BEI FAI?

Wird das FAI behandelt, verbessern sich häufig die Symptome und eine Rückkehr zu Sport/Aktivitäten ist möglich. Unbehandelt werden die Symptome mehr und das Risiko, an einer Hüftarthrose zu erkranken, steigt an. zustimmungsniveau 9.6 (95 Prozent KI 9.3–9.8)

5

WIE SIEHT DAS MANAGEMENT VON PATIENTINNEN MIT EINEM ASYMPTOMATISCHEN FAI AUS?

Es ist nach wie vor unbekannt, welche Patientlnnen mit Cam- bzw. Pincer-Impingement Symptome entwickeln bzw. wovon es abhängig ist, ob man Symptome entwickelt. zustimmungsniveau 9.6 (95 Prozent KI 9.4-9.8)

6

WELCHE OUTCOMEPARAMETER SOLLEN ZUR UNTERSUCHUNG DES FAI HERANGEZOGEN WERDEN?

Zur Evaluierung der Behandlung des FAI sollen speziell entwickelte und validierte patientInnenbezogene Fragebögen verwendet werden. Empfohlen werden: International Hip Outcome Tool (iHOT), Hip and Groin Outcome Score (HAGOS) und der Hip Outcome Score (HOS). ZUSTIMMUNGSNIVEAU 9.7 (95 Prozent KI 9.4–9.9)

Kommentar

Die beschriebene Arbeit stellt keine Studie im herkömmlichen Sinn dar. Ein Agreement wie dieses schafft einen internationalen und multidisziplinären Konsensus betreffend Diagnose und Management von Patientlnnen mit spezifischer Diagnose, was auch vom fachlichen Netzwerk Sportphysiotherapie von Physio Austria begrüßt und unterstützt wird.

Volltext verfügbar über British Journal of Sports Medicine **bjsm.bmj.com**



Barbara Wondrasch, MSc PhD
Physiotherapeutin vorwiegend in
orthopädischen und unfallchirurgischen
Bereichen. Master in "Evidence-based
Physiotherapy"/FH Campus Wien,
Doktoratsstudium an der Norwegischen
Sportuniversität, Dozentin an der
FH St. Pölten, Mitarbeit in wissenschaftlichen Projekten und im fachlichen Netzwerk Sportphysiotherapie



Ein Werkzeug im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses

Mehr als eine Rubrik in Ihrer Zeitschrift

Seit September 2014 gibt es die Artikelserie zum Thema Assessment mit Fokus Qualität im Inform.



Die Auseinandersetzung mit dem Thema Assessments wird nicht nur im Physio Austria-Weiterbildungsangebot aufgegriffen, sondern auch in der berufsspezifischen Informationspolitik stets im Auge behalten.

Anwendung

Assessments können unterschiedlichen Einsatz finden und so hängt die Wahl des geeigneten Tests oder Messverfahrens von der jeweiligen Zielsetzung (Befundung, Differenzialdiagnose, Evaluation der Wirksamkeit durchgeführter Therapiemaßnahmen, Qualitätssicherung etc.) ab. Die korrekte Anwendung von sogenannten Assessmenttools gestaltet die Problemidentifizierung, Planung und Evaluierung der Therapie schlüssig und nachvollziehbar und stellt zudem eine »einheitliche Sprache« dar. Dies dient u. a. der Kommunikation unter PhysiotherapeutInnen, aber auch dem multiprofessionellen Austausch.

Berufsentwicklung

Das Einbinden von PhysiotherapeutInnen in den Ausbau der Primärversorgung, die Stärkung der Autonomie unseres Berufs sowie eine damit einhergehende vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Inhalten der Physiotherapie begründen beispielsweise die Relevanz hochwertiger Mess- und Erhebungsinstrumente.

Konkretes Beispiel

Durch Bestrebungen des Landesverbandes Wien hat die WGKK im neu abgeschlossenen Rahmenvertrag mit Physio Austria bereits Positionen wie »Assessment und Befundung« sowie »Fallbesprechung« implementiert, um den Umstand der Qualitätssicherung hier abbilden zu können.

LITERATUR

Physio Austria. (2016). Kompetenzprofil »Die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut«. Online verfügbar unter www.physioaustria.at (letzter Zugriff 12.05.2017) Basierend auf dem Kompetenzprofil der PhysiotherapeutInnen (Physio Austria, 2016) wurde auch die Rolle von PhysiotherapeutInnen als mögliche ExpertInnen »mit Direct Access« beschrieben. Hier wird insbesondere das Erfordernis, einen systematischen Screeningprozess umzusetzen, thematisiert.

Ziel hiervon ist,

- Symptommuster zu identifizieren, die ärztliche Begutachtung erforderlich machen,
- Indikationen/Kontraindikationen für weitere physiotherapeutische Untersuchung zu identifizieren und
- physiotherapeutische Zuständigkeiten für vorliegende Problemstellungen zu klären.

To Do

Assessments stellen ein zeitgemäßes, hilfreiches und nützliches Werkzeug für PhysiotherapeutInnen in der täglichen Arbeit dar. Adäquat eingesetzt können sie die Arbeit – zum Beispiel als Befundungstool – erleichtern und den Behandlungserfolg in einer validen Form darstellbar machen.



Martina Sorge, MSc Ressort Berufspolitik Physio Austria



EINE WEITERE STARKE MARKE DER 🕑 🗀 🗀



BTL Elektrotherapie Ultraschall Kombi



BTL Mikrowellentherapie + Kurzwelle



BTL Flächenlaser/Laser

Moderner Flächenlaser bis zu 1500mW



BTL Entstauungsmassage Lymphastim

12-Kanal Presstherapie Gerät





Mehrfachelektroden

50x100mm



Liegen und Stühle

Rehabilitations- und Praxisliegen

BTL Stosswellentherapie

Effektive Schmerzbehandlung



Bewegungstherapie



physioaustria bildung

WIE WÄR'S MIT

Evidence and Knowledge based: LWS 2

Omer Matthijs, ScDPT

FH Joanneum, Graz

KURS FIX ZUGESAGT - ANMELDUNG MÖGLICH!

Medizinische Trainingstherapie. Modul: Grundlagen

Frank Diemer, M.Sc.

Mental Health - Modul 1 18. bis 19.11.2017

WIEDERHOLUNG AUFGRUND DER GROSSEN NACHFRAGE!

IAOM-THEMENKURS

Zervikozephalsyndrom 28.06.2017

Aktive Rehabilitation bei Rückenbeschwerden

Arjen van Duijn, MAS

wird noch bekannt gegeben

Laufanalyse und Therapieansätze bei Laufverletzungen

14. bis 16.09.2017

WIEDERHOLUNG AUFGRUND

Mulligan-Concept Modul 1

04. bis 06.09.2017

Mulligan-Concept Modul 3

Carole Stolz

Physio Austria Kurszentrum, Wien

Medizinische Trainingstherapie.

Modul: HWS-LWS

06. bis 08.09.2017

Integrative Myofasziale Therapie 01.07.2017 bis 02.07.2017 und 09. bis 10.12.2017

Schwangerschaftsbegleitung und Geburtsvorbereitung

Anneliese Pachinger Magdalena Mittler

Physio Austria Kurszentrum, Wien

Vertigo und Balancedysfunktionen 22. bis 23.06.2017

KURS FIX ZUGESAGT - ANMELDUNG MÖGLICH!

Pilates für PhysiotherapeutInnen -**Basiskurs**

25. bis 26.11.2017

Elisabeth Pulker

WIEDERHOLUNG AUFGRUND

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung, per E-Mail (bildungsreferat@physioaustria.at), mittels Fax (01 587 99 51 DW 30) oder online! Für Details und unser vollständiges Programm besuchen Sie uns bitte auf unserer Webseite!

www.physioaustria.at/kursprogramm