



# inform

physioaustria

Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband  
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 3 Juni 2018

P.b.b. Verlagspostamt 8000 Graz 022031875 M 7,80 EUR

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

## Fit im Schritt

Gynäkologie, Geburtshilfe,  
Urologie, Proktologie.



# ENTDECKEN SIE IHRE INNERE STÄRKE

Motivieren Sie Ihre Patienten zur Stärkung  
Ihrer Intimgesundheit!

Innovative medizinische Hilfsmittel bieten eine natürliche  
und effiziente Unterstützung für das Training und die Thera-  
pie der entsprechenden Bereiche.

## Der Personal Trainer für die Beckenbodenmuskulatur

Fünf-Minuten-Workouts für einen starken Beckenboden,  
mit dem weltweit kleinsten Beckenbodentrainer mit  
Biofeedback und smarter App-Steuerung.

Elvie hilft, den Körper auf die Schwangerschaft  
vorzubereiten, die Genesung nach der Entbindung zu  
beschleunigen und wieder unter Kontrolle zu erhalten.

**nur 199,- Euro** (inkl. 20% MwSt.)



## Die Vakuumtherapie - ein zuverlässiges Hilfsmittel bei ED

Die medizinischen Vakuumpumpen **AES** und **MES**, sind  
die indizierte Lösung bei erektiler Dysfunktion, in Folge  
von Diabetes, Hypertonie oder Prostatektomie.

Das System zeichnet sich durch eine einfache  
Anwendung mit schneller Wirkung und ohne  
Nebenwirkungen aus.

Die Vakuumtherapie ist durch umfassende  
wissenschaftliche Studien erforscht und seit 30 Jahren  
bewährt.

**Active Erection System NT ab 247,- Euro**  
**Manual Erection System ab 236,- Euro**

(inkl. 20% MwSt.)



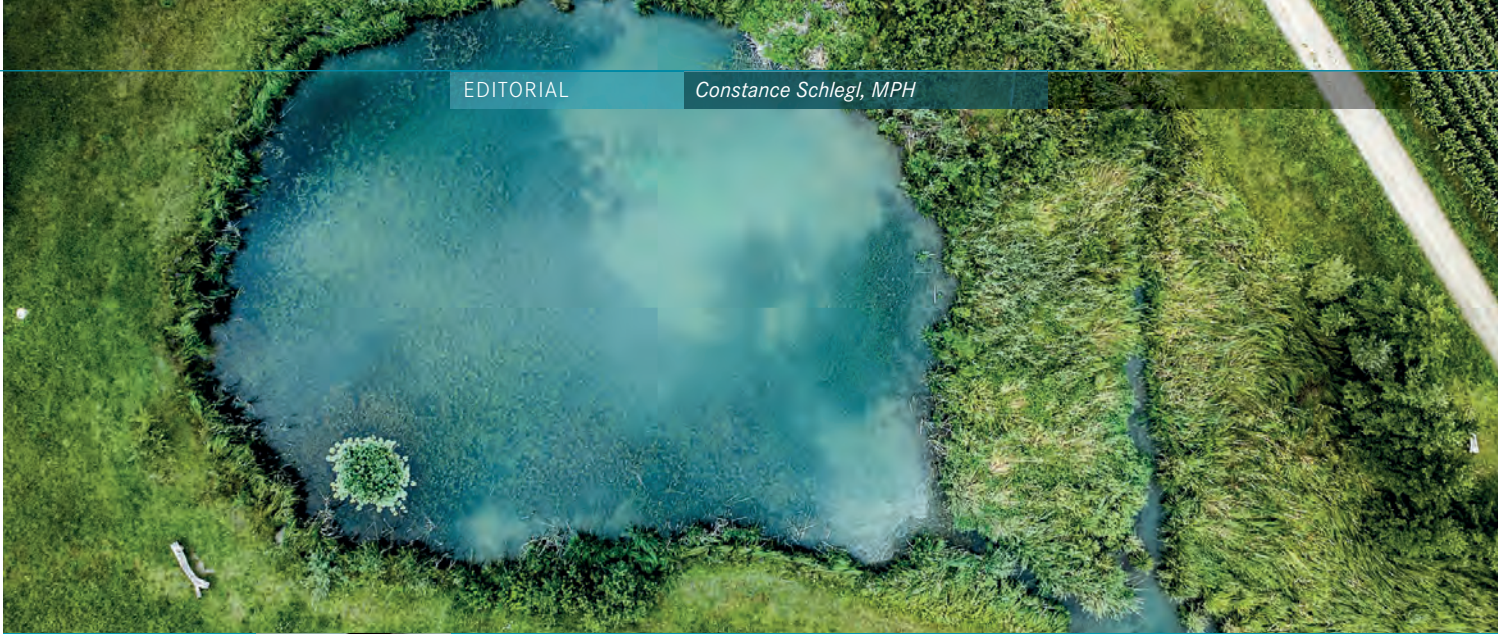
Gerne informieren wir Sie persönlich und ausführlich zu unseren Produkten.  
Für Ihre Praxis stellen wir Ihnen auf Anfrage kostenloses Infomaterial, zur  
Unterstützung bei Ihren Beratungsgesprächen, zur Verfügung.

**Sintimed Shop**

[www.sintimed.at](http://www.sintimed.at)

powered by scherer.at

bezahlte Anzeige



## Liebe LeserInnen,

**phyllleicht**  
wieder mal was lernen ...

erklärt sich auf Seite 40

ich freue mich, mit diesem Editorial die erste Inform-Ausgabe in meiner Funktion als neue Präsidentin von Physio Austria eröffnen zu dürfen. Es ist eine besondere Ehre, die Nachfolge von Silvia Mériaux-Kratochvila antreten zu dürfen, die unseren Beruf stets voller Engagement und mit höchster Professionalität vertreten hat. Ihr gebühren mein Dank und mein großer Respekt für die kontinuierliche Leistung in den letzten 20 Jahren im Dienste der Physiotherapie. Es ist mein Ziel, die erreichten Werte hochzuhalten und mit meinem vollen Einsatz die Autonomie unseres Berufs voranzubringen – gemeinsam mit meinen geschätzten KollegInnen, PhysiotherapeutInnen in ganz Österreich.

Im Zentrum dieser Ausgabe stehen die Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie. Frauen- und Männergesundheit sind nicht nur in der Krankenbehandlung, sondern auch in der Gesundheitsförderung und Prävention verortet. So sind die vielfältigen Möglichkeiten physiotherapeutischen Handelns in vollem Umfang abgebildet. Kulturell unterschiedlich geprägte Zugänge zur Körperlichkeit erfordern in unserer diversen Gesellschaft besondere Kompetenzen von PhysiotherapeutInnen – unter anderem als KommunikatorInnen. Der Vielfalt der Einsatzgebiete von Physiotherapie im Bereich der Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie wird in dieser Ausgabe Rechnung getragen. Ich wünsche Ihnen interessante Erkenntnisse beim Studium der folgenden Seiten!

Bitte zögern Sie nicht, sich mit Ihren von uns geschätzten Anregungen und Rückmeldungen zu dieser Ausgabe an das Team von Physio Austria zu wenden:  
[chefredaktion@physioaustria.at](mailto:chefredaktion@physioaustria.at)

Mit ebenso kollegialen wie herzlichen Grüßen,

Constance Schlegl, MPH

PRÄSIDENTIN PHYSIO AUSTRIA



# inform 2018

THEMEN DER INFORM-AUSGABEN IN DIESEM JAHR

**Februar**  
Neurologie

**April**  
Innere Medizin

**Juni**  
Gynäkologie,  
Urologie,  
Proktologie

**September**  
Intensivmedizin

**Dezember**  
Muskuloskelettale  
Physiotherapie

## Impressum

MEDIENINHABER, HERAUSGEBER  
UND REDAKTION

### physioaustria

Bundesverband der  
PhysiotherapeutInnen Österreichs  
Lange Gasse 30/1, 1080 Wien  
Tel. (01) 587 99 51-0, Fax DW-30  
www.physioaustria.at  
ZVR 511125857

#### GESCHÄFTSFÜHRUNG

Mag. Stefan Moritz, MSc  
office@physioaustria.at

#### REDAKTIONSSCHLUSS

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

#### GESTALTUNG

Dechant Grafische Arbeiten

#### FOTOS

Helmut Wallner / © Physio Austria

ausgenommen: wo gesondert angegeben

#### FARBKORREKTUR/RETUSCH

Helmut Wallner

#### DRUCK

Steiermärkische Landesdruckerei, Graz

#### CREDITS

- S 1 fotolia © ADDICTIVE STOCK
- S 3 © Pixabay
- S 6 fotolia © Александра Вишнева
- S 8 fotolia © pathdoc
- S 10 fotolia © NIRUT
- S 11 fotolia © pathdoc, © Martin Nußbaum, © privat
- S 12 © Oreste Schaller
- S 13 © Oreste Schaller
- S 14 fotolia © Voyagerix
- S 14 fotolia © Antonioguilem, © privat
- S 16 © Dalpiaz & Anderhuber 2017
- S 17 fotolia © cliplab.pro, © Stadt Graz Fischer
- S 19 fotolia © nataliaderiabina
- S 20 fotolia © Alena Yakusheva, © privat,  
© Stadt Graz Fischer
- S 23 © Pixabay, © Physio Austria wallnerfotografie.at
- S 24 fotolia © kei 907
- S 25 © BKFP
- S 26 © Österreichische Krebshilfe,  
© knowyourlemons.com, © privat
- S 28 fotolia © kei 907
- S 29 © privat
- S 30 © Udlir
- S 31 fotolia © Rido
- S 33 © privat
- S 34 © PhysioAustria qfoto.org
- S 35 fotolia © Chaiyawat, © PhysioAustria qfoto.org
- S 36 © PhysioAustria qfoto.org
- S 37 © PhysioAustria qfoto.org
- S 38 © Elisabeth Knaf
- S 39 © Jürgen Lehner
- S 43 © privat
- Se1 fotolia © shcherban
- Se2 © PhysioAustria qfoto.org, fotolia © Egor
- Se3 © PhysioAustria qfoto.org
- Se4 © privat
- Se5 © privat
- Se6 © privat, © Physio Austria wallnerfotografie.at
- Se7 © Physio Austria wallnerfotografie.at
- Se8 fotolia © Nikolai Sorokin
- Se9 © Dellantoni
- Se10 © PhysioAustria qfoto.org
- Se11 © PhysioAustria qfoto.org, © Jennifer Vass,  
© Jasmin Peter
- Se12 © PhysioAustria qfoto.org
- Se13 © Schlögl
- Se15 © privat

**BEZUGSPREISE** Einzelheft: 7,80 Euro;  
Abo (5 Ausgaben/Jahr): 33 Euro  
(Inland), 55 Euro (Ausland).  
**STORNO** schriftlich 2 Monate  
vor Ablauf des Abos.

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



**06**  
**GUP? Ist das ansteckend?**  
**Ein fachliches Netzwerk stellt sich vor**  
Katharina Meller, Ulrike Steiner



**16**  
**Beim Mann ist's anders**  
**Anatomie und Funktionalität**  
**des männlichen Beckenbodens**  
Barbara Gödl-Purrer, MSc

**12**  
**Laufen nach der Geburt**  
**Ein Erfahrungsbericht aus**  
**physiotherapeutischer Sicht**  
Franziska Severino-Schönburg,  
Franziska Malle

**14**  
**Vulvodynie**  
**Physiotherapie bei schmerzhaften**  
**Sexualfunktionsstörungen**  
Mag. Heidi Halbedl

**18**  
**Für die Zeit nach der Geburt**  
**Empfehlungen für das Wochenbett**  
Monika Siller; Corinne Egger, MSc;  
Barbara Gödl-Purrer, MSc

**23 SERIE GESUNDHEITSPOLITIK**  
**Alles was zählt**  
**Im Juli beginnt die Registrierung**  
Mag. Nicole Muzar

# mehr phylfalt

bei Seminaren ...

findet man auf Seite 40



# inform Inhalt Juni 2018

Themenschwerpunkt

Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie



**24**  
Jede achte Frau erkrankt  
an Brustkrebs  
**5.500 Neuerkrankungen pro Jahr  
in Österreich**  
Mag. Sabine S. Spitz



**32**  
Olympische Disziplin?  
Physiotherapeut.  
**Dabei sein ist alles**  
Martin Langegger



Für Mitglieder von Physio Austria:  
**INFORM EXKLUSIV**  
**Frischer Wind  
für Bewährtes**  
Neues Präsidium für Physio Austria.

**28**  
Anale Palpation  
**Eine Herausforderung  
in vielerlei Hinsicht**  
Sandra Klein

**30**  
Sexuelle Probleme  
sind keine Seltenheit  
**Sexualmedizin als Teil der  
physiotherapeutischen Behandlung**  
Elisabeth Udier, MSc

**34**  
Physio Austria  
unter neuer Führung  
**Neuwahl des Präsidiums**

**36**  
Physio Research Award  
**Das sind die Gewinnerinnen**

**38 FOKUS QUALITÄT**  
**A PERFECT Case Study?**  
**Physiotherapeutische Diagnostik  
in der Gynäkologie und Urologie**  
Elisabeth Knafl, MA

**42 PHYSIO STUDIEN**  
**Studiert und kommentiert**  
**Efficacy of multimodal physiotherapy  
treatment compared to overnight  
topical lidocaine in women with  
provoked vestibulodynia: a bi-center  
randomized controlled trial**  
Katharina Widder, BSc

**e2 Die Würfel sind gefallen**  
**Neue Spitze von Physio Austria**  
Mag. Stefan Moritz, MSc

**e4 Ihre Vertretung auf internationaler Ebene**  
**Die Generalversammlung des ER-WCPT**  
Mag. Nicole Muzar

**e6 PHYSIO WORLD**  
**e7 Aktuelle Infos zum Thema Datenschutz**  
**Jetzt online: Musterformulare für  
PhysiotherapeutInnen**  
Mag. Agnes Görny

**e8 Die Lange Nacht der Physiotherapie**  
**Salzburger präsentieren das**  
**»Wundermittel Bewegung«.**  
Christina Dellantoni, BSc

**e10 Das war das Symposium**  
**Vernetzen, lernen, mitbestimmen**  
Julia Stering, BA BA MA

**e11 PHYSIOFACES**  
**e13 Arthrose im Kniegelenk**  
**Eine schwierige Diagnose für**  
**ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen**  
Klaudia Ammerer-Döberl, MSc

**e14 SERIE ARBEITSRECHT**  
**Ihre Rechte und Pflichten**  
**Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall**  
Valid Hanuna

**e15 SERIE STEUERTIPPS**  
**Sacheinlagen ins Betriebsvermögen**  
Mag. Eveline Morawetz





# GUP? Ist das ansteckend?

Ein fachliches Netzwerk stellt sich vor

»PHYSIOTHERAPEUTINNEN  
SIND IDEALE ANSPRECH-  
PARTNERINNEN BEI  
BESCHWERDEN IM  
BECKENBODENBEREICH.«





**Bei der diesjährigen Frühjahrestagung hat sich das fachliche Netzwerk Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (GUP) von Physio Austria Gedanken darüber gemacht, was die Besonderheit des Netzwerkes ausmacht und welcher Mehrwert aus der Vernetzung entstehen kann. Welche Schlüsselmomente konnten PhysiotherapeutInnen in diesem Fachbereich gerade für dieses Thema begeistern? Was lässt das Feuer jetzt noch brennen und spornt zu so viel Engagement an?**

Die Geschichten der Netzwerkmitglieder erzählten aus dem Leben von starken Persönlichkeiten, die sich mit Herz und Hirn dem Becken verschrieben haben. Das fachliche Netzwerk GUP von Physio Austria besteht seit vielen Jahren, zählt mehr als 100 Mitglieder in ganz Österreich und wächst stetig. Diese Basis und das Engagement der Beteiligten machen einen großen Unterschied für PatientInnen mit Beschwerden im Beckenbodenbereich, von denen sie nur sehr ungern erzählen.

Eine Kollegin, Ulli Steiner, blickt auf ihren Werdegang zurück, in dem sich sicherlich viele PhysiotherapeutInnen wiedererkennen können. Er zeigt auf, was ein Netzwerk aus motivierten KollegInnen zu leisten vermag und welche Perspektiven sich aus dem Miteinander ergeben können.

#### Kompetenzprofil GUP

Die Identifikation und Formulierung der erforderlichen Kompetenzen für spezifische Fachbereiche sind nicht nur ein wichtiger Schritt für den Weg zur Advanced Physiotherapie, sondern bieten auch für alle KollegInnen, die sich für eine Schwerpunktsetzung in einem Fachbereich interessieren, eine Orientierungshilfe und die Möglichkeit, die kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung strukturiert zu verfolgen.

Im Herbst 2017 konnten die Arbeiten zum Kompetenzprofil Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (GUP) durch eine Arbeitsgruppe des fachlichen Netzwerk GUP von Physio Austria abgeschlossen werden. Das Kompetenzprofil steht nun einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung und dient Physio Austria selbst als Basis für weitere Entwicklungen auf dem Themengebiet. Das Kompetenzprofil finden Sie im Downloadbereich auf der Webseite des fachlichen Netzwerks: [bit.ly/2xnc9sY](https://bit.ly/2xnc9sY)





**Was mich damals, vor über 20 Jahren, veranlasste, einen Beckenbodenkurs zu besuchen, weiß ich nicht mehr genau. Das Interesse an Gynäkologie war es nicht.**

Ich hatte nach einer Kinderpause als Freiberuflerin zu arbeiten begonnen und einige Patientinnen mit Lendenwirbelsäulen- und tiefen Rückenbeschwerden zu behandeln. Es war wohl eher ein orthopädisches Interesse, ein vages Gefühl von: Da muss es noch mehr geben. Gynäkologie wurde in meiner Ausbildung zur Physiotherapeutin stiefmütterlich gestreift, im Praktikum durften wir den Wöchnerinnen die Beine bandagieren, der Beckenboden blieb ein blinder Fleck. Nie zuvor hatte eine Fortbildung größeres Chaos in mir hinterlassen. Verwundert und fasziniert lauschte ich der Referentin. Mit dem immer wieder fallenden Wort »urge« konnte ich nichts anfangen. Trotzdem sprang in all diesem Durcheinander ein Funke in mir über: Die Begeisterung der Referentin war ansteckend.

Obwohl ich noch keine einzige »Beckenboden-Patientin« oder einen »Beckenboden-Patienten« hatte, ließ mich das Thema nicht mehr los. Beim Versuch, Ordnung ins Chaos zu bringen, bekam ich anstatt eines Überblicks immer tiefere Einblicke und ließ mich mitreißen in eine hochkomplexe, faszinierende Materie.

Weil einsames Werken mühsam ist, entstand im Jahr 2000 die Arbeitsgruppe Beckenboden Tirol. Wir verblieben als freie Interessensgemeinschaft, ohne Statuten und Regeln, und machten uns an die Arbeit – nicht ahnend, welch vielseitige und umfangreiche Wanderung bevorstand. Bei den ersten Treffen beschäftigte uns die Anatomie des Beckenbodens, wir lernten über dessen Vielschichtigkeit und berichteten uns gegenseitig von einschlägigen Fortbildungen, die wir in der folgenden Zeit landauf, landab besuchten.

»ES IST WICHTIG,  
DAS THEMA BECKENBODEN  
ZU ENT TABUISIEREN!«

#### **Ermuntern, stärken, lernen**

Die Gruppe wuchs, bestand hauptsächlich aus freiberuflich tätigen PhysiotherapeutInnen sowie ein paar wenigen vorwiegend in Kliniken tätigen KollegInnen. Gerade für freiberuflich Tätige, die zum Großteil alleine in Praxen am Land arbeiteten, bot die Gruppe eine wertvolle und die oft einzige Möglichkeit zum fachlichen Austausch. Der Beckenboden wurde uns zum vertrauten Basislager, von wo aus wir die Erkundung darunter oder darüber liegender Körperwelten begannen. Nicht nur die Frau, auch den Mann und das Kind galt es zu entdecken – all die funktionellen Zusammenhänge mit Bewegungsapparat, Haltung, Atmung, viszeralen und faszialen Strukturen, Veränderungen rund um Schwangerschaft, Geburt, Rückbildung, natürlich auch Dysfunktionen, Speicher- und Entleerungsstörungen von Blase und Darm, sexuelle Funktionsstörungen, neurogene Entleerungsstörungen, pädiatrische Speicher- und Entleerungsstörungen: Der Beckenboden ist hochkomplex vernetzt.

Auch zu vielen Fortbildungsinhalten organisierten wir uns: Spontan, flexibel, Bedürfnisorientiert holten wir uns, was wir brauchten, sprachen mit Fachleuten aus dem In- und Ausland, planten zum Teil mehrtägige Veranstaltungen.



### Globale Vernetzung

#### ◦ Internationaler Austausch

Das fachliche Netzwerk GUP steht in regem Kontakt zu Fachgremien wie ICS (International Continence Society) und der IUGA (International Urogynecological Association). Zwischen 27. und 30. Juni 2018 wird das jährliche IUGA-Treffen in Wien stattfinden.

#### ◦ Interdisziplinär

Auf nationaler Ebene gibt es ein Zusammenwirken u. a. mit der MKÖ (Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich), mit der AUB (Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie & Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie) sowie mit dem VIVE e.V. (Verein Interdisziplinäre Interessensgemeinschaft Vulvaerkrankungen).

Die wachsende Kompetenz stärkte das Selbstvertrauen nicht nur in der direkten Arbeit mit PatientInnen. Vorträge und Kurse in der Erwachsenenbildung boten und bieten heute noch eine ideale Möglichkeit, das Thema Beckenboden zu enttabuisieren und PatientInnen darauf hinzuweisen, dass PhysiotherapeutInnen ideale AnsprechpartnerInnen bei Beschwerden auf diesem Gebiet sind.

Genauso suchten und suchen wir Kontakt zu FachärztInnen, intra- sowie extramural, präsentieren uns als Gruppe oder einzeln im örtlich-persönlichen Umfeld. Die Reaktionen sind unterschiedlich, von müde lächelnd bis sehr interessiert und froh um die Zusammenarbeit und eine professionelle Anlaufstelle für PatientInnen. Zu diesem Zweck gestalteten wir einen Folder mit kurzer Information über unser Angebot sowie mit einer Adressenliste von PhysiotherapeutInnen mit »Schwerpunkt Beckenboden«, eine Art Gruppenvisitenkarte, um PatientInnen und ÄrztInnen die Suche nach diesen ExpertInnen zu erleichtern.

Langsam aber beständig wächst etwas: unser Wissen, unsere Erfahrung, unsere Kompetenz, unsere Sicherheit, unsere Professionalisierung und unser therapeutisches Angebot. Angebot schafft Nachfrage: Nachfrage vor allem von Betroffenen, Nachfrage von ÄrztInnen. Als SpezialistIn/ExpertIn wächst die wirtschaftliche Sicherheit und Unabhängigkeit in der Freiberuflichkeit. Das sichert die Qualität der PatientInnenbetreuung, steigert den Bekanntheitsgrad, zeigt die Vielseitigkeit und Qualität der Marke Physiotherapie.

### Gebündeltes Wissen

Ein zweites Basislager etablierte sich auf hohem Niveau: eine solide gewachsene Gruppe, die fachliche Themen immer spezifischer bearbeitet, das Wissen der TeilnehmerInnen bündelt. Sie bietet die optimale Möglichkeit, Theorie und Praxis zu vertiefen. Das Wissen und Wahrnehmen anderer Netzwerkmitglieder hilft, eigenes therapeutisches Handeln zu reflektieren und Bedürfnisse zu formulieren. Inputs der anderen zeigen nicht bedachte Möglichkeiten und Wege auf, unterschiedliche Behandlungsansätze werden kritisch diskutiert. Jeder und jede kann sich einbringen in eine offene, freundschaftliche Arbeitsatmosphäre. Verbindungen werden geknüpft. Dadurch entstehen große tragende Strukturen. Besonders schön ist, dass auch junge KollegInnen, EinsteigerInnen, zum Teil sogar StudentInnen zur Gruppe stoßen. Sie profitieren von vorhandenem Wissen und den Erfahrungen von uns Älteren, bereichern ihrerseits die Gruppe durch neue Fragen, stellen alte Fragen neu, fordern uns heraus, Dinge infrage zu stellen. Ein fruchtbares Generationennetzwerk ist entstanden, welches man in zeitlicher Dimension auch in die andere Richtung denken darf. Wir stehen auf den Schultern unserer VorgängerInnen, meint die Vorreiterin Angela Heller. So durften auch wir lernen vom Wissen und den Erfahrungen engagierter Menschen vor uns.





### Ausblicke

Von diesem Basislager aus erklimmen wir immer wieder neue Gipfel, organisieren oder besuchen unterschiedliche Projekte, Treffen, Fortbildungen. Und wie es eben so ist mit Gipfelerlebnissen: Der Horizont weitet sich, der freiere Blick bringt Klarheit, scheinbar Wichtiges wird plötzlich unwichtig, scheinbar Unüberwindbares ist plötzlich gemeistert. Es ist auch immer ein Blick über Grenzen, hinüber zu benachbarten Gipfeln. Plötzlich wird der Blick auch dafür offen und wir bemerken, dass sich dort genauso verschiedenste Grüppchen und Gruppen aufhalten. Man nimmt sich gegenseitig wahr, winkt. Parallel zu unserer Gruppe bildeten sich in den anderen Bundesländern ebenso fachliche Gruppen zum Thema Gynäkologie, Urologie und Proktologie. Zwei große in unmittelbarer Nachbarschaft, in Vorarlberg, und auch Salzburg. Mit diesen Gruppen stehen wir Tiroler KollegInnen in regelmäßigem Kontakt. Aber auch in Kärnten, in der Steiermark, in ganz Österreich gibt es großartige KollegInnen, die sich engagieren. Ein äußerst interessanter, bereichernder Austausch nimmt seinen Lauf. Alle gemeinsam sind wir verbunden im Fachlichen Netzwerk GUP von Physio Austria.

Der Gipfelblick erleichtert die Rückschau auf fast 20 Jahre Wandern. Wir hinterließen auf unserem Weg Spuren, manche führten in die Irre, manche waren mühsame Umwege, andere bewährten sich. Das Tempo spielt eine wesentliche Rolle. Viele Prozesse sind zeitaufwendig, erfordern viel Geduld, lassen sich nicht beschleunigen oder erzwingen, müssen sich entwickeln und wachsen in ihrem individuellen Tempo. Es sind Prozesse in jeder und jedem Einzelnen, in der Gruppe und auch im interdisziplinären Austausch.

Der Großteil unserer Netzwerkarbeit geschieht in kostbarer Freizeit. Zu viele Treffen und Aktivitäten überfordern. Es gibt viele Ideen, deren Verwirklichung dringend notwendig wäre: Aber alles auf einmal geht nicht. Voraussetzung ist der achtsame Umgang mit vorhandenen Ressourcen – sonst bleiben wir auf der Strecke. Eine Gynäkologin, selbst Beckenbodenpatientin, meinte nach ihrer abgeschlossenen physiotherapeutischen Behandlungsserie: Aus Studien habe ich gewusst, dass Beckenbodentraining effektiv ist. Jetzt weiß ich, dass es stimmt.



Ulrike Steiner

Dieser wertvolle Einblick von Ulli Steiner verdeutlicht, was praktisch gelebtes Netzwerken ausmacht. Die Zukunft hält einige Herausforderungen für die Arbeit im Bereich GUP bereit. Da ist es nur tröstlich, in ein Netzwerk eingebunden zu sein, das sich mit viel Engagement der Qualitätsentwicklung widmet. So konnte letzten Oktober das Kompetenzprofil GUP veröffentlicht werden. Es bietet die Grundlage für die Entwicklung von SpezialistInnen und wird in den nächsten Jahren einen erheblichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung darstellen. Ich freue mich, als Leitung des fachlichen Netzwerks GUP einen Beitrag leisten zu können, der eine wesentliche Orientierung und Weiterentwicklung für PhysiotherapeutInnen und PatientInnen darstellt. ■



Katharina Meller

Leitende Physiotherapeutin Göttlicher Heiland Krankenhaus Wien, Leiterin des fachlichen Netzwerks GUP von Physio Austria, freiberufliche Physiotherapeutin

Weiterführende Informationen zur Arbeit des fachlichen Netzwerks GUP von Physio Austria und Infomaterial finden Sie unter [www.physioaustria.at](http://www.physioaustria.at)

### ÜBRIGENS:

SEMINAR

**Beckenbodenfunktionen, -dysfunktionen, -dysbalancen bei der FRAU  
Physiotherapie HELLER-Konzept**

**22. bis 25. Oktober 2018**

Wien, Seminarräume Lange Gasse  
Angela Heller



# Laufen nach der Geburt

## Ein Erfahrungsbericht aus physiotherapeutischer Sicht

**Viele Frauen – auch passionierte Läuferinnen – stehen nach der Geburt vor einem großen Fragezeichen in puncto Wiedereinstieg in den Laufsport.**



Unwissenheit und der Mangel an Informationen führen häufig zu Fehlbelastung. Die Praxis hat gezeigt, dass Frauen nach der Entbindung entweder ohne einen Gedanken an (Spät-) Folgen loslaufen oder aus Unsicherheit zur Gänze auf Sport verzichten. Beides ist inakzeptabel, zumal die Rückbildung des weiblichen Körpers nach der Geburt gefördert werden muss.

Unsere Aufgabe als PhysiotherapeutInnen ist es, verunsicherte Frauen aufzufangen und sie mit einem gestärkten Körperbewusstsein zurück in ihren Sport zu begleiten. Aufklärung über die einzelnen Rehabilitationsphasen, Belastung und Belastbarkeit des Rumpfes nach der Geburt stehen im Fokus.

Unumgänglich sind die allgemeine Rückbildung von Bindegewebe, Muskeln und Knochen und die Heilung möglicher Geburtsverletzungen vor dem Laufeinstieg. Die gesamte Rumpfkapsel sollte ein gewisses Maß an Stabilität bieten, um die Organe zu schützen und eventuellen Senkungen entgegenwirken zu können. Bei Senkungen sinken Beckenboden, Gebärmutter, Harnblase, Enddarm oder der Scheidenstumpf tiefer in Richtung Körperöffnung ab.

### Das passiert in der Physiotherapie

Ein besonderes Augenmerk bei der Betreuung der Frauen liegt auf der richtigen Atmung, um diese in Kombination mit dem Beckenboden auch im Sport richtig nutzen zu können. Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein langsamer Laufeinstieg drei Monate nach einer vaginalen Entbindung und vier Monate nach einem Kaiserschnitt gut möglich ist. Zusätzlich müssen jedoch, wie für jede spezifische Sportart, weitere individuelle Parameter erhoben werden. Der Beckenboden und die Rektusdiastase – das Auseinanderstehen der geraden Bauchmuskeln – sollten genau befundet werden. Sie geben wichtige Aufschlüsse über die Beschaffenheit und Stabilität der gesamten Rumpfkapsel. Eine Laufstilanalyse verrät Wichtiges über eventuelle Haltungsfehler, die Technik, Statik, Geschwindigkeit, Schrittlänge und den Bounce/Aufprall der Läuferin. Diese Analyse ist wichtig für die Anleitung zu einem beckenbodenschonenden Laufstil mit optimaler

Geschwindigkeit und zur Anpassung an körperliche Gegebenheiten. Zudem ist eine Schulung des Selbstmanagements ein wichtiger Bestandteil des Trainings: Wie hoch darf die Belastung sein und auf welche Warnsignale und Symptome muss, mittels Adaptierung des Laufstils, reagiert werden, um möglichen Folgeschäden entgegenwirken zu können? Die Aufklärung über eventuelle Symptome und die richtige Reaktion auf diese Symptome spielen eine wichtige Rolle, da die Läuferin wissen muss, wann eine Pause während des Trainings ausreicht und wann das Training abubrechen ist.

### Tipps und Tricks für den Laufeinstieg mit Kleinkind

Mütter haben häufig mit Müdigkeit zu kämpfen, was durch Schlafmangel und die hormonelle Umstellung bedingt ist. Die Bewegung für Mütter gemeinsam mit ihrem Kind an der frischen Luft hilft, den Kreislauf wieder in Schwung zu bekommen. Es lohnt sich in jedem Fall, vor der Bewegung eine Mahlzeit für das Baby einzuplanen. Ein sattess Kind ist ruhiger und die Mutter kann sich besser konzentrieren. Wenn das Kind gestillt wird, sollte das Stillen zur Schonung der Brust unbedingt vor dem Training erfolgen. Zusätzlich ist ein gut sitzender Sport-BH eine empfehlenswerte Investition. Um die Grundlagenausdauer zu verbessern, sollte mit einem Intervalltraining gestartet werden, das zwischen Walken und Laufen wechselt.

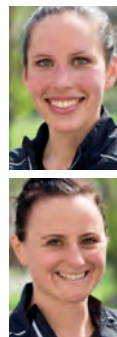






Mit steigendem Tempo steigt auch die Anforderung an den Beckenboden. Es sollte sehr langsam begonnen werden, um den Beckenboden vor den Erschütterungen zu schützen und eventuelle Symptome abzufangen. Die langsamen Intervalle können zur Wahrnehmung des Beckenbodens und für ein Fokussieren auf die richtige Atmung genutzt werden, während die Herzfrequenz wieder etwas sinken kann. Auch die Wahl der Strecke spielt eine wichtige Rolle. Es sollte sich um eine ebene Strecke handeln, die mit dem Kinderwagen (es muss für den Anfang kein spezieller Laufbuggy sein) gut befahren werden kann. Man beachte, dass ein voller Kinderwagen ca. 20–30 Kilogramm wiegt und somit eine wahre Last ist, die bei steiler Strecke negative Auswirkungen auf die Atem- und Herzfrequenz, die Körperstatik und somit auf die Rumpfkapsel haben kann. Zur Ausrüstung gehören außerdem gut gedämpfte Laufschuhe, da mit einem Kinderwagen eher auf hartem Boden gelaufen wird und so die Erschütterung etwas abgefangen werden kann. Wichtig sind außerdem eine kleine Wasserflasche für Mama und altersgerechte Spielsachen für den kleinen Passagier. ■

»MIT STEIGENDEM TEMPO  
STEIGT AUCH DIE ANFORDERUNG  
AN DEN BECKENBODEN.«



**Franziska Severino-Schönburg  
und Franziska Malle**

sind freiberuflich tätige Physiotherapeutinnen am Health Service Center der Wiener Privatklinik. Die Gründerinnen der Running Clinic Mom vereinen mit ihrem innovativen Trainingskonzept ihren Beruf mit der Liebe zur Bewegung an der frischen Luft.



# Vulvodynie

**Physiotherapie bei schmerzhaften Sexualfunktionsstörungen**

»PATIENTINNEN MIT VULVODYNIE  
BESCHREIBEN DEN TYPISCHEN,  
OBERFLÄCHLICHEN SCHMERZ AM  
SCHEIDENEINGANG UND BEI BERÜHRUNG  
UND SEXUELLER AKTIVITÄT.«



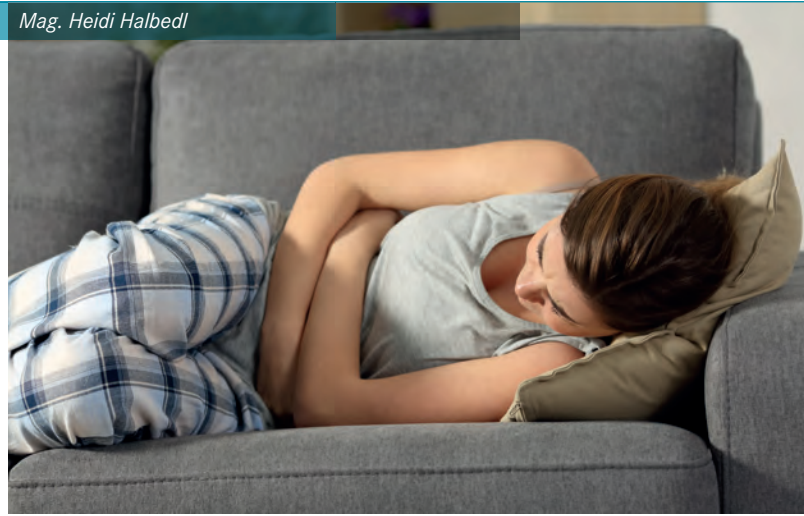
## Im interdisziplinären Schmerzmanagement hat Physiotherapie viel Potenzial.

Die Diagnose Vulvodynie bezeichnet ohne einen identifizierbaren Grund auftretende Schmerzen im Bereich der Vulva, die mindestens drei Monate lang bestehen. Physiotherapie wird als First-Line Treatment im interdisziplinären Schmerzmanagement bei Vulvodynie empfohlen. Die Regulierung der Neurodynamik sowie die neuromuskuläre Behandlung der Beckenbodenmuskulatur sind zentrale Teile der vielfältigen physiotherapeutischen Behandlungsoptionen. Das Schmerzmanagement dieses komplexen Beschwerdebildes gestaltet sich zumeist in Hinblick auf das Ziel, die Sexualfunktion wiederherzustellen.

Wesentliche Motivationen für eine Physiotherapie bei Vulvodynie liegen darin, Wohlbefinden und die körperlichen Ressourcen schaffen zu wollen, um vom Schmerz in die Lust zu kommen. Die am häufigsten diagnostizierte und am besten untersuchte Form ist die der provozierten Vulvodynie. Patientinnen mit dieser Diagnose beschreiben den typischen, oberflächlichen Schmerz am Vestibulum, am Scheideneingang, und geben Schmerzen bei Berührung und sexueller Aktivität an. Vulvodynie kann eine enorme Einschränkung in Bezug auf das Wohlbefinden und die sexuelle Aktivität mit all ihren denkbaren Konsequenzen in Bezug auf Partnerschaft und Lebensqualität bedeuten. Bei diesen vulvären Schmerzen handelt sich um einen dysfunktionalen Schmerz, eine maladaptive Antwort eines sensibilisierten Nervensystems. Hypersensibilität am Vestibulum und hoher Tonus der oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur sind die Folge und zugleich Ursache für die Irritationen.

### Evidenzbasierte Wirkung

Studien von Goldfinger, Morin und Goldstein zeigen, dass durch die Normalisierung des Beckenbodens eine signifikante Schmerzreduktion während des Geschlechtsverkehrs und eine Verbesserung der Sexualfunktion erreicht werden können. Dadurch erhöht sich auch die Lebensqualität. Physiotherapie bei Vulvodynie wird mit einem Evidenzlevel B empfohlen. Fokus der physiotherapeutischen Maßnahmen ist es, die Überaktivität des Beckenbodens zu reduzieren und zu desensibilisieren und somit die ungünstige Neurodynamik vor dem Hintergrund der neuronalen Plastizität körperorientiert zu beeinflussen. Kurz gesagt: durch schmerzfreien Input die Schmerzen zu verlernen. Die meisten evidenzbasierten Maßnahmen zur physiotherapeutischen Behandlung von Vulvodynie fokussieren daher gleichzeitig auf die periphere und zentrale Desensibilisierung durch therapeutische Stimulierung der unterschiedlichen Rezeptoren im Körper. Körperorientierte Wahrnehmungsschulung, Entspannungsübungen, ressourcenorientierte Bewegung, körperliche Aktivität sowie diverse manualtherapeutische Behandlungen werden bei Beckenbodendysfunktionen eingesetzt, um das Vegetativum in die Balance zu bringen, Stabilität und Integration des Beckens in das Körperschema wiederzuerlangen und somit den chronifizierten Schmerzen entgegenzuwirken. Das Lösen von Adhäsionen im Gewebe ist außerdem angezeigt, da Schmerzen ohne Provokation, Hypersensibilität auf Berührung und Reißen der Haut im Vaginalbereich mit einer schlechten Integrität des Bindegewebes in Verbindung gebracht werden.



Wird das Angebot einer intravaginalen Behandlung angenommen, kann diese nicht nur zur myofaszialen Behandlung, sondern auch zur Reeducation der Beckenbodenmuskulatur eingesetzt werden. Awareness, Propriozeption, Tonusregulierung, Muskeldiskrimination und stufenweiser Angstabbau vor Berührung sowie schließlich der Transfer in die eigenaktive, dosierte Desensibilisierung sind unsere handlungsleitenden Hintergründe dabei. Internationale Empfehlungen zur physiotherapeutischen Behandlung von Vulvodynie rücken Verhaltens- und Lebensstilmodifikationen ins Zentrum. Angst, Vermeidung und Katastrophisierung sollen reduziert, eine Schmerzkontrolle aufgebaut werden. Die Transparenz der physiotherapeutischen Perspektive, die Vermittlung neurophysiologischer Vorgänge, das Verstehen des physiotherapeutischen Angebots sowie der behutsam begleitete Prozess, das wirklich eigene Therapieziel zu finden, tragen wesentlich zum Angstabbau, zur Eigenaktivität und somit zum Selbstwirksamwerden der Patientin bei.

Physiotherapie mit Vulvodynie-Patientinnen bedeutet aufgrund der Komplexität der chronifizierten Symptomatik Arbeit innerhalb eines interdisziplinären Teams und Netzwerks. Eine sensible Herangehensweise, respektvoller Umgang, reflektierte Gesprächsführung und der interdisziplinäre Austausch sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie bei Vulvodynie. ■



**Mag. Heidi Halbedl**

Mitglied des fachlichen Netzwerks Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (GUP), Lehrbeauftragte FH Joanneum Graz, Studium der Neurorehabilitationsforschung, freiberufliche Physiotherapeutin

### LITERATUR

- Goldfinger, C., Pukall, C. F., Thibault-Gagnon S. et al (2016): Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study. *J Sex Med* 13 (1): 88-94.
- Goldstein, A., Pukall C. F., Brown, C. B., Bergeron S., Stein A., Kellogg-Spadt, S.: Vulvodynia (2016): Assessment and Treatment. In: *Journal of Sexual Medicine* (13):572-590.
- Henzell, H., Berzins, K., Lanford, J.P. (2017): Provoked Vestibulodynia: Current perspectives. In: *Int J Womens Health* (9):631-642.
- Lev-Sagie, A., Witkin SS. (2016): Recent advances in understanding provoked vestibulodynia. In: *F1000 Res* 26 (5):2581 e-collection 2016.
- Morin, M., Carroll, M.S., Bergeron, S. (2017): Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Woman With Provoked Vestibulodynia. *Sex Med Rev.* 5 (3): 295-322.
- Prendergast, S. A. (2017): Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia. *A Clinician's Guide.* In: *Obstet Gynecol Clin* (44): 509-522.

# Beim Mann ist's anders

## Anatomie und Funktionalität des männlichen Beckenbodens

Die Behandlung des weiblichen Beckens ist als physiotherapeutisches Interventionsgebiet etabliert. Die therapeutische Arbeit bei Funktionsstörungen des männlichen Beckens ist weniger bekannt, wird jedoch aktuell in der Physiotherapie zunehmend erfasst.

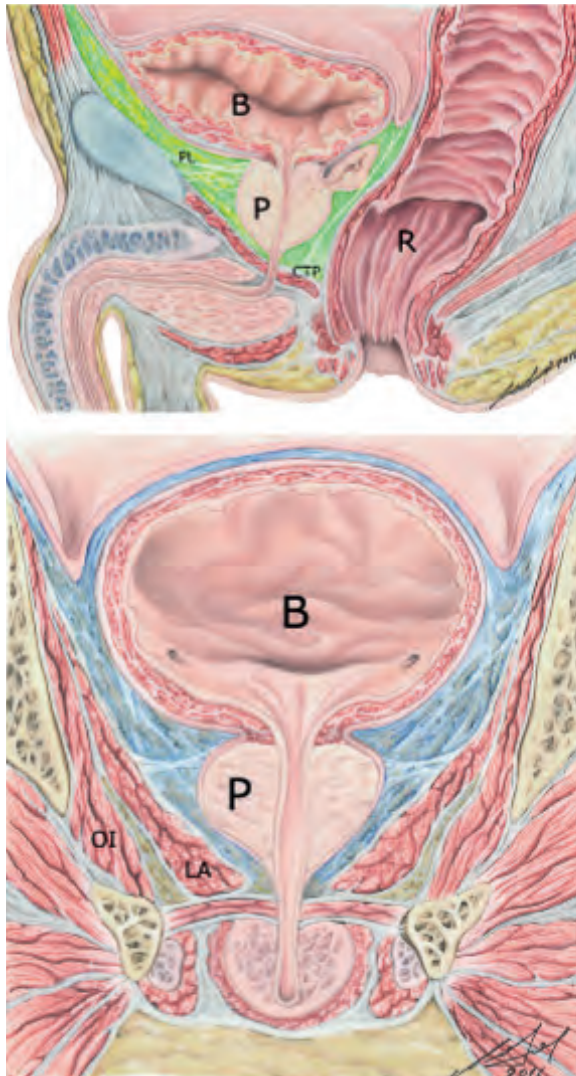


ABBILDUNG 1  
Aus »Dalpiaz & Anderhuber 2017«

»DIE MÄNNLICHE  
HARNINKONTINENZ  
TRITT IM LEBENSZYKLUS  
SPÄTER AUF ALS  
BEI DER FRAU.«

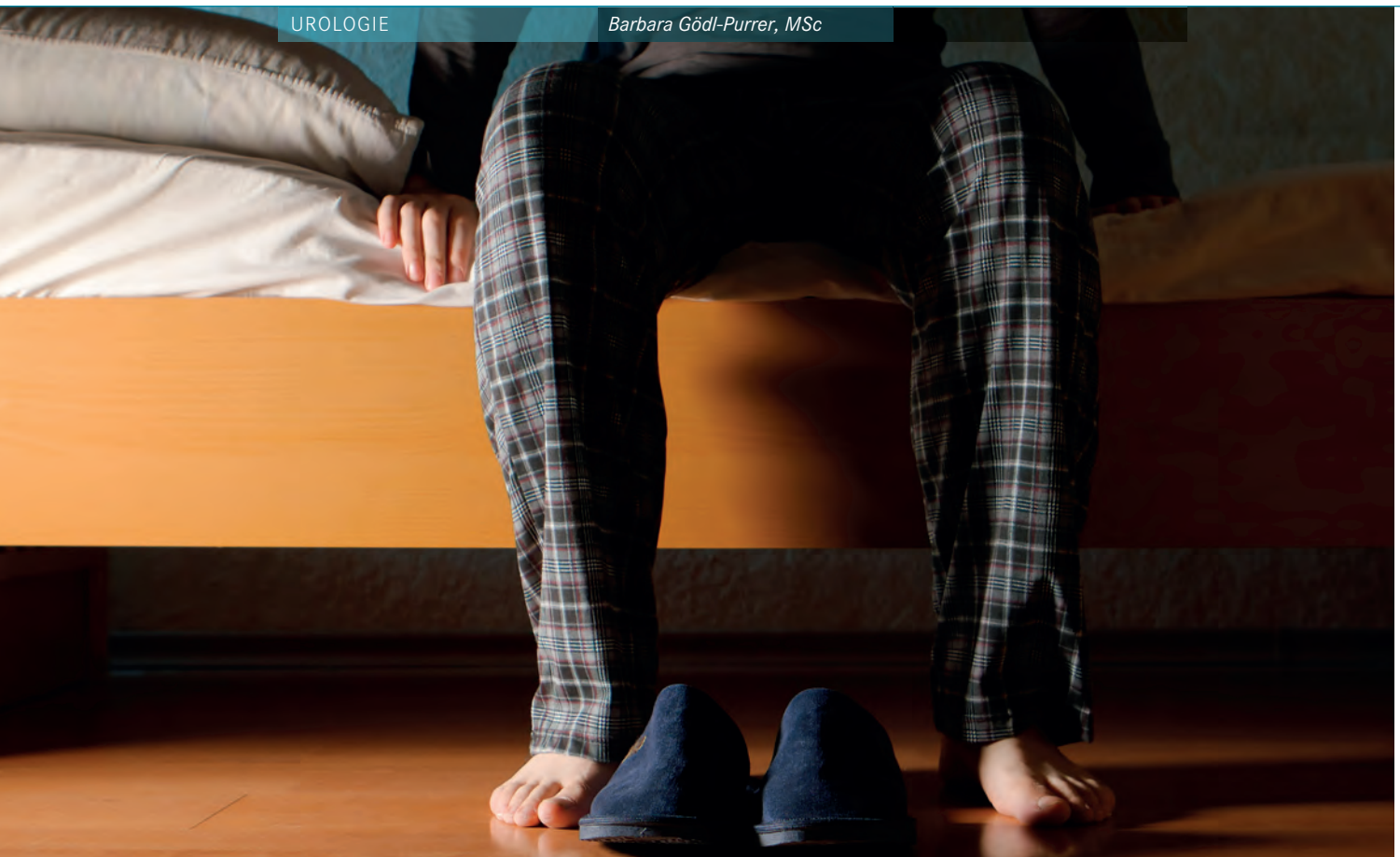
Im Vergleich zum weiblichen Becken zeigt der knöcherne Aufbau des männlichen Beckens eine eher dreieckige Form. Es ist hoch, schmal und eng gebaut und zeigt einen kleineren Winkel am Arcus pubicus ( $< 90^\circ$ ). Die Beckenorgane des Mannes bilden schon aus der topographischen Situation heraus eine sehr stabile mechanische Einheit. Ein Sagittalschnitt durch das kleine Becken zeigt (Abb. 1 oben), dass sich direkt hinter dem Schambein die Prostata drüse befindet, die wiederum einen unmittelbaren Kontakt zum Rektum zeigt, das sich an der Innenseite an das Os coccygeus anlehnt. Durch diese Anordnung der Organe ergibt sich eine sich gegenseitig abstützende stabile Funktionseinheit, die die Blase und auch den Darm bei erhöhter Füllung stützt und so einem Absinken in das kleine Becken sehr effektiv entgegenhalten kann. Puboprostatiche und urethropelvine Ligamente, Gefäßbündel und fasziale Verbindungen der Prostata drüse mit dem Schambein und dem Arcus tendineus pelvis sichern die Lage der Prostata drüse und oberen Harnröhre in allen Bewegungsebenen. Dies erhöht die Lagesicherung der Blase in unterschiedlichen Füllzuständen und die dynamische Stabilisierung bei wechselnden intraabdominellen Druckänderungen sowie bei weiterlaufenden Bewegungen aus dem Rumpf und der unteren Extremität. Im Vergleich zur Frau, die anatomisch hier mobiler gebaut ist, hat der gesunde Mann somit weniger mechanische Irritationsquellen für die Blasenfunktion.

### Anatomie

Der männliche Beckenboden besteht aus einem dreidimensionalen myofaszialen Schichtenaufbau. Der M. levator ani stabilisiert die Prostata und damit auch den Blasenfundus sowie den anorectalen Übergangsbereich bei Druckbelastungen nach caudal elastisch dynamisch. Dieser Teil reagiert auf die aufsteigende Information der Blasenfüllung mit adäquater Tonus-erhöhung. Unterhalb der Prostata drüse wird die Urethra (Harnröhre) vom M. sphincter urethrae externus umgeben, der mit dem Perineum faszial verbunden ist und bei körperlicher Aktivität eine Verengung der Urethra, aber auch eine Stabilisation nach dorsal bewirkt. Der Übergang zwischen der inneren und äußeren Urethra wird dadurch verschlossen und gewinkelt. Im Bulbus Penis liegt der M. bulbocavernosus vergleichbar einer »Hängematte« um die Schwellkörper und kann diese durch Kontraktion komprimieren und damit die Harnröhre im Bereich der Peniswurzel zum Damm hin stabilisieren.

Während bei der Frau die Kontinenz sehr wesentlich von der Integrität der Levatormuskulatur und der dynamischen ventro-cranialen Fixierung des Blasenhal- ses





abhängt, liefert die aktuelle Forschung zunehmend Hinweise, dass die männliche Kontinenz vor allem von einer zeitlich abgestimmten und in der Intensität angepassten Rekrutierungsfähigkeit des M. sphincter externus, des äußeren Schließmuskels, bestimmt wird (Stafford et al. 2012). Während eine Dysfunktion des M. bulbocavernosus und M. puborectalis durch eine gute Sphinkterfunktion kompensiert werden kann, ist dies umgekehrt nicht möglich. Daraus ergibt sich bei der Behandlung männlicher Kontinenzstörungen, dass die Untersuchung der Rekrutierungsfähigkeit und das trainierende und koordinative Üben des externen Harnröhrensphinkters einen zentralen Stellenwert einnehmen. Dies deckt sich mit Erfahrungen aus der praktischen Arbeit am männlichen Inkontinenzpatienten.

### Zyklische Unterschiede

Die männliche Harninkontinenz tritt im Lebenszyklus später auf als bei der Frau. Im Alter von 60 bis 64 Jahren zeigt sich eine Prävalenz von 11 Prozent, bei älteren Männern bis zu 31 Prozent (Shamliyan et al. 2009). Alle Formen der Kontinenzstörung treten auf und zeigen komplexe ursächliche Diagnosen. Krankheitsbilder des neurologischen und internistischen Formenkreises führen zu Inkontinenz. Als eine der Hauptursachen ist die operative Ausschälung oder radikale Entfernung der Prostata als State of the Art-Behandlung beim benignen, respektive malignen Prostatatumor anzusehen. Dabei kommt es zu wesentlichen strukturellen Veränderungen, indem bei Entfernung der Prostata die innere Harnröhre verkürzt und die Blase etwas gesenkt wird oder bei Teilresektion der Prostata stützendes Drüsengewebe reduziert wird. Der Intaktheit und Funktionsfähigkeit des myofaszialen Beckenbodens kommt dann eine große Bedeutung zu. Diese zu trainieren, in ihrer Reaktionsfähigkeit zu schulen und in Alltagsaktivitäten situationsangepasst zu üben, ist ein Ziel der physiotherapeutischen Intervention. ■

### LITERATUR

Dalpiatz, A.; Anderhuber, F. (2017). The fascial suspension of the prostate: A cadaveric study. *Neurourol Urodyn*; 36(4): 1131-1135.

Shamliyan, T. A.; Wyman, J. F.; Ping, R.; Wilt, T.J.; Kane, R.L. (2009) Male urinary incontinence: prevalence, risk factors, and preventive interventions. *Rev Urol* 11:145-65

Stafford, R. E.; Ashton-Miller, J. A.; Constantinou, C. E.; Hodges, P.W. (2012). Novel insight into the dynamics of male pelvic floor contractions through transperineal ultrasound imaging. *The Journal of Urology*, 188(4): 1224-1230.

Stafford, R.E.; van den Hoorn, W.; Coughlin, G.; Hodges, P.W. (2017) Postprostatectomy incontinence is related to pelvic floor displacements observed with trans-perineal ultrasound imaging. *Neurourology and Urodynamics*.1-8.

### ÜBRIGENS:

#### SEMINAR

### Beckenbodenfunktionen und -dysfunktionen beim MANN Physiotherapie HELLER-Konzept

26. Oktober 2018

Wien, Seminarräume Lange Gasse  
Angela Heller



**Barbara Gödl-Purrer, MSc**  
Lehrende an der FH Joanneum Graz,  
Masterarbeit mit dem Schwerpunkt  
Selbstwirksamkeit in der Becken-  
bodentherapie

# Für die Zeit nach der Geburt

## Empfehlungen für das Wochenbett

**Drei PhysiotherapeutInnen aus der Steiermark, Vorarlberg und Salzburg initiierten ein Projekt für die Erstellung von Wochenbett-Empfehlungen. Ihre Motivation liegt darin, internationale Wissenschaft mit dem praktischen Arbeitsalltag von PhysiotherapeutInnen zu verknüpfen und anwendbar zu machen.**

Die unmittelbare Zeit nach der Geburt wird als Wochenbett bezeichnet. Sie umfasst durchschnittlich eine Zeitspanne von sechs bis acht Wochen. Zwar gibt es einige wissenschaftliche Publikationen zu einzelnen physiotherapeutischen Testverfahren rund um den Bauch, das Becken und den Beckenboden – diese finden aber in den meisten empirischen Konzepten, welche in Österreich rund um den Themenbereich der Wöchnerin gelehrt werden, keine Anwendung. Auch eine kritische Auseinandersetzung mit ihnen findet kaum statt. Darüber hinaus sind diese Assessments nicht exakt auf den Bedarf der Wöchnerinnen abgestimmt.

### Ist-Stand

Physiotherapie wird als wichtige und nicht zu ersetzende Disziplin zur Betreuung von Wöchnerinnen sowohl von FachärztInnen als auch von Hebammen zu wenig wahrgenommen. Das mag an der oft rein empirischen Herangehensweise, welche selbstverständlich im Sinne der Patientinnenbetreuung durchaus ihre Berechtigung hat, liegen.

Die Einteilung der Frauen in Prävention oder Therapie ist in der Empirie ebenso wenig ersichtlich wie die individuellen therapeutischen Zielsetzungen in der Behandlung der Patientinnen, welche zum Teil große Strukturverletzungen aufweisen. Die klare Abgrenzung zu den Hebammen sowie die von beiden Berufsgruppen zu übernehmenden Aufgaben im Bereich der präventiven Rückbildungsarbeit auf Körperebene sind nicht sichtbar vorhanden – ebenso wenig wie die Rolle der FachärztInnen in diesem Bereich. So kommt es einerseits zu einer Unter-, aber andererseits auch zu einer Überversorgung der Wöchnerin. Diese Tatsache wirkt sich nicht nur auf die Rekonvaleszenz der einzelnen Wöchnerin direkt aus, sondern ist auch im Sinne einer ökonomischen Verwendung finanzieller Mittel nicht zu befürworten.

### ÜBRIGENS:

SEMINAR

**Wochenbett und Rückbildung**

**20. bis 22. Juni 2018**

Wien, Seminarräume Lange Gasse  
Manuela Ganglbauer, MSPhT





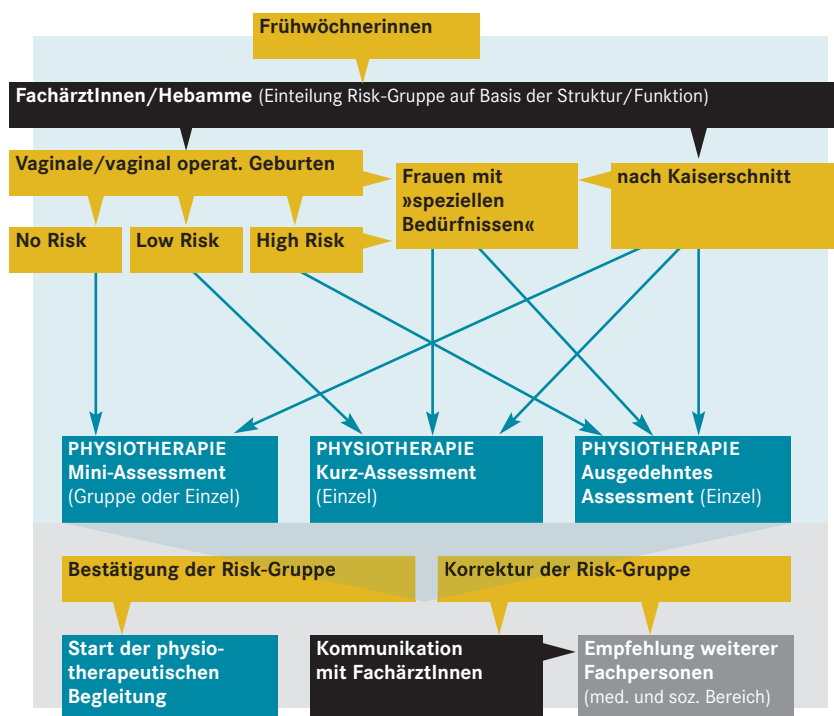


ABBILDUNG 1  
Die Wöchnerin - Empfehlungen aus dem Fachbereich der Physiotherapie (2017)

#### LITERATUR

- Bakken Sperstad, J.; Kolberg Trenn-fjord, M.; Hilde, G.; Ellström-Eng, M.; Bo, K. (2016). Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 month after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *British Journal of Sports Medicine*, 50:1092-1096.
- Gotoh, M.; Donovan, J.; Corcos, J. et al. (2007). Int. Subcommittee of Symptom and QOL Assessment in Incontinence: Consultation on Incontinence: Scored ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) for symptoms and QOL assessment in patients with urinary incontinence. *J Jpn Neurog Bladder Soc.*12:227-2317.
- Mens, J. M. A.; Huis in 't Veld, Y. H.; Pool-Goudzwaard, A. (2012). The Active Straight Leg Raise test in lumbopelvic pain during pregnancy. *Manual Therapy*, 17 (4):364-368.



Um diese Grauzone in der Betreuung der Wöchnerin für die Physiotherapie zu strukturieren und wissenschaftlich zu unterlegen, wurde eine Synopse (Abb. 1) erstellt, aus der eine Einteilung der Frauen in sogenannte Risk-Gruppen ersichtlich wird. Dabei wird vorerst eine ärztliche Zuweisung auf Basis der ICF-Ebene »Körperstrukturen und -funktionen« durch die FachärztInnen vorgenommen. Durch adäquate, an der aktuellen Wissenschaftslage angelehnte Assessments werden die Wöchnerinnen bereits im Frühwochenbett von PhysiotherapeutInnen getestet und entsprechend eingeteilt. Dabei spielen auch die ICF-Ebenen »Partizipation« (Teilhabe) und »Aktivitäten«, die Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung sowie die ökonomische Situation, also Umwelt- und personenbezogene Faktoren, eine Rolle.

Ein sehr frühes und möglichst lückenloses Screening aller Wöchnerinnen in Österreich könnte damit einen entscheidenden Beitrag leisten, Spätfolgen wie Harn- und Stuhlinkontinenz, Senkungs- und Narbenbeschwerden zu minimieren und die Qualität in der Herangehensweise an internationale Standards anzugleichen. Die international anerkannte Forschung über die ICS-Gruppe (International Continence Society) leistet mit verschiedenen Publikationen in diesem Bereich ihren großen Beitrag.

### Weitere Projektplanung

Einerseits sind in dieser Projektphase nun der Ist-Stand in Österreichs Krankenhäusern und andererseits der Bedarf an Schulungen zu erheben. Derzeit werden von den Autorinnen die Assessments zur Einteilung der Frauen postpartal in die entsprechenden Risk-Gruppen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Literatur zusammengestellt und auf deren Tauglichkeit in der Umsetzung geprüft. Danach wird eine zur Publikation geeignete Empfehlung für die Vorgehensweise im frühen und späten Wochenbett erarbeitet, welche für alle Fachpersonen zur Verfügung stehen und wünschenswerterweise international diskutiert wird. Das Projekt wurde bei der Tagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) im Herbst 2017 in Linz im Rahmen eines Workshops bereits vorgestellt. ■



**Monika Siller**  
freiberufliche Physiotherapeutin,  
Lehrende an der FH Salzburg,  
Mitglied des fachlichen  
Netzwerks GUP



**Corinne Egger, MSc**  
freiberuflich und angestellt  
tätige Physiotherapeutin,  
Mitglied des fachlichen  
Netzwerks GUP, Physiopelvis



**Barbara Gödl-Purrer, MSc**  
Lehrende an der FH Joanneum  
Graz, Masterarbeit mit dem  
Schwerpunkt Selbstwirksamkeit  
in der Beckenbodentherapie





physioaustria



physioaustria  
freiberufliche  
salzburg

# LANGE NACHT DER PHYSIO- THERAPIE

FREITAG, 14. SEPT. 2018  
16 – 22 UHR

Wundermittel  
Bewegung



# propädeutische für alle Physios ...

erklärt sich auf Seite 40

## Buchvorstellung

Elmlid Malin

### Mein persönlicher Mutterpass

Wilhelm Goldmann Verlag, München



Dieses Buch der schwedischen Autorin Malin Elmlid ist ein Plädoyer für starke Mütter; eines über Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach. Die Autorin betrachtet diesen Lebensabschnitt fokussiert aus der Frauenperspektive. Ohne jemals anklagend zu wirken, ermutigt sie Frauen, ihre individuellen Bedürfnisse wahrzunehmen und auszusprechen. Die verschiedenen Beiträge in Form von Interviews mit Fachleuten oder als Wissensseiten zwischen dem sehr persönlich geprägten Text der Autorin, sind bestärkend. Beginnend mit der Frage des Geburtsmodus, dem Umgang mit den Verboten rund um Essen und Arbeiten, geht es auch um Sexualität, um den Kaiserschnitt und die Möglichkeiten, diesen im Wochenbett aus Sicht der Physiotherapie zu begleiten. Für diesen Fachkommentar wurde ich von der Autorin als Expertin angefragt. Ein durchaus »etwas anderes« Buch für alle starken (Fach-)frauen und -männer. ■

### Mein persönlicher Mutterpass

Autorin: Elmlid Malin

Wilhelm Goldmann Verlag, München

[www.mosaik-verlag.de](http://www.mosaik-verlag.de)

1. Auflage März 2018

ISBN: 978-3-442-39330-5



**Monika Siller**

freiberuflich und angestellt  
tätige Physiotherapeutin,  
Mitglied des fachlichen  
Netzwerks GUP, Physiopelvis

## Muskuloskeletal 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.

### 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: 17. September 2018

**Donau-Universität Krems.** Die Universität für Weiterbildung  
[martina.tuechler@donau-uni.ac.at](mailto:martina.tuechler@donau-uni.ac.at), Tel. +43 (0)2732 893-2744  
[www.donau-uni.ac.at/muscu](http://www.donau-uni.ac.at/muscu)



„Student  
for a day“  
Jetzt  
informieren!







# Alles was zählt

## Im Juli beginnt die Registrierung

**Mit 1. Juli beginnt die Registrierungspflicht für alle berufstätigen PhysiotherapeutInnen sowie alle Angehörigen der weiteren gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) und der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.**

Mithilfe der Registrierung werden mit Mitte 2019 endlich verbindliche Daten über berufstätige Berufsangehörige vorliegen, die u. a. als Grundlage für eine gezielte Versorgungsplanung dienen sollen.

Die Vorbereitungen zur Registrierung laufen von Seiten der Registrierungsbehörden auf Hochtouren. Mittlerweile gibt es auch eine offizielle Webseite zum Gesundheitsberuferegister: [www.gbr.gv.at](http://www.gbr.gv.at)

Aus der Registrierung resultieren Berufslisten, die neben der für die Gesundheitspolitik wichtigen Planung auch wesentlich der Qualitätssicherung dienen. Es wird damit erstmals österreichweit ein Register über alle berufsberechtigten PhysiotherapeutInnen geführt. Dort können PatientInnen oder auch potenzielle ArbeitgeberInnen diese Berufsberechtigung überprüfen. Zudem wird dem Berufsschutz Rechnung getragen, da Berufsfremde ohne erforderliche Qualifikationen nicht als PhysiotherapeutInnen auftreten können. Eine Prüfung der Berufsberechtigung ist zukünftig somit »auf Knopfdruck« möglich.

Sie stehen bereits im Beruf? Dann gilt für Sie eine Registrierungsfrist bis 30. Juni 2019. Bis zu diesem Datum müssen Sie sich in das Gesundheitsberuferegister eintragen lassen, um als PhysiotherapeutIn weiterhin tätig sein zu dürfen. Als überwiegend angestellt tätige Berufsangehörige wenden Sie sich an die Arbeiterkammer; für überwiegend freiberuflich tätige PhysiotherapeutInnen zeichnet die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) zuständig. Die Antragstellung wird auch online möglich sein: mit Handsignatur oder Bürgerkarte.

Nach Eintragung ins Gesundheitsberuferegister erhält man einen Berufsausweis. Dieser dient als Nachweis der aufrechten Berufsberechtigung im jeweiligen Gesundheitsberuf in Österreich. Die Berufsberechtigung selbst ist jedoch bereits mit vollständiger Eintragung in das Register gegeben.

Physio Austria wird die Umsetzung der Registrierung bestmöglich unterstützen und mit den Registrierungsbehörden zusammenarbeiten, um Ihnen als Berufsangehörige diesen Weg zu erleichtern und eine qualitativ hochwertige Berufsliste zu erreichen. ■

Weiterführende Links:

[www.gbr.gv.at](http://www.gbr.gv.at)

[www.handsignatur.at](http://www.handsignatur.at)

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

### ER-WCPT verabschiedet Dokumente

Im Rahmen des General Meeting des ER-WCPT Ende April wurden einige für die nächsten Jahre richtungsweisende Dokumente verabschiedet. Diese dienen den Mitgliedsorganisationen, wie auch Physio Austria eine ist, für die gesundheitspolitische Arbeit im eigenen Land.

[www.erwcpt.eu](http://www.erwcpt.eu)

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

### Freiwilliger Nachweis der Fortbildungsverpflichtung – das MTD-CPD-Zertifikat

Im Zuge der Quantifizierung der gesetzlich geregelten Fortbildungspflicht lt. MTD-Gesetz § 11d von September 2016 hat sich die Arbeitsgruppe Bildung und Forschung von MTD-Austria mit einer umfangreichen Evaluierung und Überarbeitung der MTD-CPD-Richtlinie von 2011 befasst. Diese stellt die Grundlage für das MTD-CPD-Zertifikat dar, das als freiwilliger Nachweis über die kontinuierliche professionelle Entwicklung (CPD) vom jeweiligen Berufsverband für antragstellende Berufsangehörige ausgestellt wird. Das Ziel ist, transparent eine Kompatibilität der Richtlinie mit der gesetzlichen Regelung zu verdeutlichen. Im Herbst soll die neue MTD-CPD-Richtlinie u. a. mit Angleichung des Geltungszeitraumes – von drei auf fünf Jahre – in Kraft treten. Ausführliche Informationen folgen.



**Mag. Nicole Muzar**  
Ressort Berufspolitik  
Physio Austria

A woman with fair skin is sitting cross-legged on a white background. She is wearing a white tank top and white shorts. She is holding a magnifying glass with a black handle over her right breast. Her left hand is resting on her left breast. The magnifying glass is held in her right hand, and the lens is focused on her chest. The background is a plain, light-colored surface.

# Jede achte Frau erkrankt an Brustkrebs

5.500 Neuerkrankungen pro Jahr in Österreich



### Die Geschichte einer achten Frau, die deutlich macht, wie wichtig Früherkennung ist.

Es begann im November 2013, ich war 51 Jahre alt. Eine Hauteinziehung an der linken Brust. Mir war nicht klar, wie ich das einschätzen sollte. Im Dezember erst begann ich, im Internet zu recherchieren: Es könnte Brustkrebs sein. Rasch ließ ich eine Mammographie und eine Ultraschalluntersuchung vornehmen. Ich hatte ein schlechtes Gewissen, weil ich das vier Jahre lang nicht mehr gemacht hatte, obwohl die Empfehlung lautet, sich alle zwei Jahre kontrollieren zu lassen. Ich war beruflich zu sehr eingedeckt und in der spärlichen Urlaubszeit ließ ich mich auch nicht untersuchen. Die Mammographie im Jänner 2014 zeigte deutliche Auffälligkeiten. Die Empfehlung lautete: weitere Abklärung in einem Brustgesundheitszentrum. Zum damaligen Zeitpunkt gab es nicht so viele zertifizierte Zentren wie heute und ich entschied mich für die Uniklinik des AKH Wien.

Anfangs war nur ein Tumor in der Brust tastbar und überhaupt nichts in den Lymphknoten. Das MRT zeigte dann den Befall meiner Lymphknoten. Eine Knochenszintigrafie ergab nichts, doch ein Staging mit PET-CT zeigte viele kleine Knochenmetastasen vom Brustbein über die Wirbelsäule, das Becken bis in die Oberschenkelknochen bei einem hormonrezeptor-positivem Brustkrebs. Ich war damit eine »de novo stage 4«-Brustkrebspatientin.

#### Ein weiter Weg

Da ich die Vorstellung hatte, eine Schaltzentrale in der Brust zu besitzen, wollte ich unbedingt operiert werden. Dies ist bei metastasierten Brustkrebspatientinnen derzeit immer noch nicht State of the Art. Es folgte die Ablatio mammae (Mastektomie) mit kompletter Lymphknoten-Entfernung. 12 Wochen später startete die Bestrahlung – 30 Einheiten. In dieser Zeit hatte ich fürchterliche Knochenschmerzen und Fatigue. Es entwickelte sich ein Lymphödem. Ich wurde auf eine Anti-hormontherapie und einen Antikörper (speziell für die Knochen und gegen die Knochenmetastasen) eingestellt. Aufgrund von jeweils 90 Prozent Östrogen- und Progesteronrezeptoren erhielt ich keine Chemotherapie. Ich sprach sehr gut auf die Therapie an und bin bis jetzt stabil.



#### Früherkennung

Im Rahmen des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms werden Frauen alle zwei Jahre zur Mammografie eingeladen. Im Fokus stehen Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, da diese das größte Risiko haben, an Brustkrebs zu erkranken. Online kann man auf [frueh-erkennen.at](http://frueh-erkennen.at) alle Infos zum Programm abrufen. Aktuell ist gerade eine neue Kampagne gestartet mit dem Slogan »Ich mach's«.



#### Pink Ribbon Breakfasts

Personen in ganz Österreich sind eingeladen und gebeten, Pink Ribbon Breakfasts zugunsten der Pink Ribbon-Aktion zu organisieren. Egal ob zu Hause, in einem Lokal oder im beruflichen Umfeld. Laden Sie Kolleginnen, Freundinnen, Schwestern oder die Nachbarin ein, bei einem gemütlichen Frühstück Zeit miteinander zu verbringen, sich die neuesten Infos zu Krebsvorsorge für Frauen abzuholen und Spenden zu sammeln. Jedes »Pink Ribbon Breakfast« hilft, Brustkrebspatientinnen zu unterstützen und Frauen über die neuen Richtlinien für die Mammografie zu informieren. Bei Interesse registrieren Sie sich bitte unter [www.pinkribbonbreakfast.at](http://www.pinkribbonbreakfast.at)



Über Weihnachten 2014 war ich auf Reha. Ich bekam Lymphdrainage und Bewegungstherapie mit osteopathischem Ansatz. Später besuchte ich noch über ein Jahr eine physiotherapeutische Mamma-Gruppe. Mein großer Wunsch war eine entspannende Massage für den Rücken, wovon aber von fachlicher Seite wegen Frakturgefahr abgeraten wurde. Im Herbst 2014 baute ich mir langsam ein Übungsprogramm auf. Zuerst mit Übungen meiner Physiotherapeutin, anschließend mit Yoga. Ich begann auch wieder zu tanzen. In guten Zeiten schaffe ich es heute, zweimal pro Woche zu tanzen. Das ist Vergnügen.

Ich habe weiterhin ein Lymphödem, bisweilen einen Rotlauf, kognitive Probleme, bei körperlichen Aktivitäten rasch Fußnochenschmerzen und beginne zu humpeln, aber ich arrangiere mich damit. Weil meine beiden Körperhälften nicht mehr gut zusammenarbeiten, bin ich immer wieder in der Rehaklinik des AKH in Behandlung. Dort hilft man mir, schlimmere Schmerzen zu vermeiden, was auch meine physiotherapeutischen Übungen tun.

Mein Brustkrebs ist keiner, der früh hätte erkannt werden können. Rund 10 Prozent aller Brustkrebsfälle sind nicht mit der Mammographie und dem Ultraschall erfassbar. Das bedeutet aber auch: 90 Prozent der Brustkrebsfälle sind es. Ich ermutige alle Frauen, regelmäßig zur Untersuchung zu gehen. Ich bin nicht mehr berufstätig, aber ehrenamtlich für den Verein Europa Donna Austria und die Europäische Patientenakademie EUPATI Austria tätig. ■

[www.europadonna.at](http://www.europadonna.at)



**Mag. Sabine S. Spitz**  
ehrenamtlich tätig, klinische  
Psychologin und Psycho-  
therapeutin

#### Wie 12 Zitronen helfen, Leben zu retten

Ein wichtiger Faktor in der Früherkennung ist, die eigene Brust gut zu kennen und regelmäßig selbst zu untersuchen und abzutasten.

Und genau dabei hilft die Darstellung von 12 Zitronen auf der Seite

[worldwidebreastcancer.org](http://worldwidebreastcancer.org)

Diese stellen die unterschiedlichen Symptome dar, die die allermeisten Frauen wohl zunächst nicht mit Brustkrebs assoziieren würden.

Helfen Sie mit. Auch Sie könnten eine achte Frau sein.



# NEUE KONZEPTE FÜR DIE THERAPIE

Die Lebenserwartung steigt, und die Krankheitsbilder werden komplexer. Dies macht eine enge Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe notwendig. Prof. Dr. Thilo Kromer, Leiter des Master-Studiengangs Therapiewissenschaften an der SRH Hochschule Heidelberg, erklärt, wie sich der Gesundheitsmarkt entwickeln muss, um den Anforderungen langfristig gewachsen zu sein.

## Wie ist die aktuelle Situation auf dem Gesundheitsmarkt?

Es werden händierend Experten gesucht, die die immer größer werdende Anzahl an Therapiebedürftigen behandeln und den komplexer werdenden Situationen gerecht werden. Wir brauchen mehr Fachkräfte, die interprofessionell zusammenarbeiten. Wenn Physio-, Ergo- oder Musiktherapeuten sich enger austauschen, eröffnet sich ein breiteres Wissensspektrum und Therapien können gezielter und effektiver ausgerichtet werden. Eine interprofessionell abgestimmte ambulante Versorgung kann beispielsweise Betroffene länger in ihrem gewohnten Umfeld halten und dadurch die Lebensqualität verbessern.

## Warum ist ein Studium zu empfehlen?

Eine wissenschaftliche Basis ist wichtig, um die Forschung voranzutreiben und evidenzbasierte Behandlungskonzepte zu entwickeln. Zugleich ist der Praxisbezug unabdingbar. Bei uns können die Therapeuten ihre Kompetenzen unter fachkundiger Anleitung vertiefen und Theorie und Praxis eng miteinander verbinden. Die Studierenden haben dabei die Wahl zwischen den Fachgebieten Neurorehabilitation oder Schmerzmanagement, erhalten aber auch einen Einblick in Management und Lehre. Auf dieser Grundlage können Absolventen in der Wissenschaft arbeiten oder auch leitende Positionen anstreben.



## Therapiewissenschaften (M.Sc.) an der SRH Hochschule Heidelberg

**Voraussetzungen:** Bachelor-Abschluss

**Studienstart:** Oktober

**Kosten:** 600,- Euro / monatlich, Teilstipendium möglich!

[www.hochschule-heidelberg.de](http://www.hochschule-heidelberg.de)



Advertorial

Berufsbegleitend studieren (Diplom/Master)

## Sie haben es in der Hand

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



# #1

## Die große Freiheit

Studieren im eigenen Rhythmus, aussetzen oder intensivieren, mehr oder weniger machen, in 4 oder in 5 Jahren abschließen.

Das IAO Curriculum: wie für mich gemacht!

The International Academy of Osteopathy (IAO) | [www.osteopathie.eu/gutegruende](http://www.osteopathie.eu/gutegruende)

bezahlte Anzeige



»MIR WURDE BEWUSST,  
WIE VIEL SENSIBILITÄT  
IN DIESER SITUATION  
NOTWENDIG IST.«

#### LITERATUR

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe et al. (2014). Leitlinie zum Management von Dammrissen 3. und 4. Grades nach vaginaler Geburt, 015/079: 20-21.

## Neurophysiotherapie

Master of Science – MSc | 5 Semester, berufsbegleitend | 120 ECTS

Neurophysiotherapie ist ein Feld, dem im höchsten Maße ethische, gesundheitsökonomische und klinische Bedeutung zukommt. Dies liegt darin begründet, dass aufgrund der demographischen Entwicklung mit einer erheblichen quantitativen Zunahme von neurologischen Störungen zu rechnen ist und dass derartige Störungen in der Regel massive Einschnitte im Leben der Betroffenen verursachen. Der Universitätslehrgang ist geeignet, PhysiotherapeutInnen speziell im niedergelassenen Bereich zu befähigen, diesen Herausforderungen mit fundiertem, evidenzbasiertem und klientenzentriertem Wissen im interdisziplinären Kontext zu begegnen.

Donau-Universität Krems. Zentrum für Gesundheitswissenschaften.  
+43 (0)2732 893-2823, markus.doppler@donau-uni.ac.at

[www.donau-uni.ac.at/neurophysiotherapie](http://www.donau-uni.ac.at/neurophysiotherapie)

Start des  
Lehrgangs:  
15. Okt. 2018





# Anale Palpation

## Eine Herausforderung in vielerlei Hinsicht

**PatientInnen und PhysiotherapeutInnen begeben sich im Bereich der Proktologie auf eine intime und sensible Gratwanderung.**

Das Thema Inkontinenz in der Proktologie stellt noch immer ein großes Tabu dar. Viele PatientInnen empfinden beim Ansprechen ihres Problems im Darm- und Afterbereich enormes Schamgefühl. Erfahrungsgemäß sind sie nach einer ersten vollständigen Aufklärung durch PhysiotherapeutInnen froh, dass ihr Problem ernstgenommen und dessen Ursachen auf den Grund gegangen wird. Für PhysiotherapeutInnen selbst sind Erfahrungen im Bereich der analen Palpation vor allem anfänglich spannend und lehrreich. Um einen Einblick zu gewähren, beziehe ich mich im Folgenden auf eine meiner ersten Therapieeinheiten.

Ich erwartete meine letzte Patientin an diesem Arbeitstag und war mit meinen Gedanken schon fast am Nachhauseweg. Es klopfte, Frau L. betrat den Raum und nahm neben mir auf der Therapieliege Platz. Sie überreichte mir ihre Überweisung von der proktologischen Ambulanz mit der Diagnose »Dammriss 3a Grad«. Von einem Dammriss dritten Grades spricht man, wenn der M. sphincter ani externus, der ringförmig um den Anus angeordnete Muskel, der den Anus verschließt, verletzt, die Rektumwand jedoch intakt ist. Die Unterteilung in 3a bedeutet, dass der M. sphincter ani externus im Ausmaß von weniger als der Hälfte der Muskeldicke gerissen ist.

### Aufklärung ist zentral

Neben einer Windinkontinenz und Harnverlust litt Frau L. auch unter Schmerzen im Bereich des Steißbeins. Während der Befundaufnahme bemerkte ich schnell, dass meine Patientin sehr verunsichert und verängstigt war. Im Laufe des Gesprächs kristallisierte sich ein für die Patientin traumatisierender Geburtsverlauf mit geburts-hilffichen Interventionen heraus: Bei der Entbindung war der Kristeller-Handgriff notwendig, bei dem kräftiger Druck mit beiden Händen auf den Bauch in Richtung Beckenausgang ausgeübt wird. Auch eine Vakuumextraktion wurde durchgeführt.

Nach Beendigung der Anamnese klärte ich die Patientin darüber auf, dass ich vorhatte, vaginale und anale Palpation vorzunehmen, um für sie einen individuellen Therapieablauf gestalten zu können. Frau L. überlegte und willigte dann zur Palpation, der medizinischen Untersuchung durch Betasten, ein. Die vaginale und anale Palpation wird im internationalen Bereich routinemäßig zur Anwendung gebracht, dient der interdisziplinären Dokumentation und führt zur Feststellung der Indikation für physiotherapeutische Maßnahmen in der Beckenbodentherapie.

### Sensibilität ist gefragt

Nach der vaginalen Palpation wechselte die Patientin von der Rückenlage in die Seitenlage und ich wechselte meine Handschuhe. Ich erklärte ihr noch einmal den genauen Ablauf der Untersuchung. Nach der Inspektion von außen führte ich vorsichtig die anale Palpation durch und fragte, ob alles in Ordnung sei. Wenige Augenblicke nach dem Start der Untersuchung hörte ich ein Schluchzen. Ich erstarrte. Hatte ich etwas falsch gemacht oder meiner Patientin Schmerzen zugefügt? Unter Tränen erklärte sie mir, dass die Palpation sie an die Geburt ihres Kindes und den damit verbundenen Geburtsschmerz erinnert. Mir wurde bewusst, wie viel Sensibilität in dieser Situation nun notwendig ist. Ich verharrte in der bestehenden Position, gab ihr Zeit und ermutigte sie, ihre Gefühle zuzulassen. Nach einer Weile beruhigte sich Frau L., wischte sich die letzte Träne aus dem Gesicht und fragte mich, ob es mir gut geht. Mein erstaunter Gesichtsausdruck zauberte ihr ein Lächeln ins Gesicht. Sie bedankte sich bei mir: Durch meine Untersuchung hatte sie gelernt, das Geburtseignis mit Heilsamem zu verbinden. Die anale Palpation ist nicht nur eine valide Befundtechnik, die uns zeigt, in welche Richtung unsere individuelle Behandlung gehen muss. Durch die intensive Intimität können unerwartete Situationen zu Tage treten, denen es professionell zu begegnen gilt. ■



**Sandra Klein**  
Freiberufliche Physiotherapeutin  
mit den Schwerpunkten Gynäkologie,  
Urologie und Proktologie

# Sexuelle Probleme sind keine Seltenheit

## Sexualmedizin als Teil der physiotherapeutischen Behandlung

Mit ihrem anatomischen und funktionellen Verständnis beeinflussen PhysiotherapeutInnen Körpervorgänge, bringen sie in Harmonie. Das gilt auch für die Sexualität.

In der Anfangsphase der sexuellen Erregung kommt es bei Frauen und Männern durch willkürliche Kontraktionen des Beckenbodens zur Blutfüllung der Gefäße und zur Steigerung der körperlichen Empfindungen. Der M. pubococcygeus, der Schambein-Steißbein-Muskel, dehnt sich durch zunehmende Blutfüllung der genitalen Organe. Ursache hierfür ist die sogenannte Vasokongestion. Sie verhindert den venösen Abstrom des Blutes durch arteriellen Druck. Es kommt zum Druckanstieg in den Schwellkörpern.

### Befund der Sexualstörungen

Das sexuelle Interesse und die Sexualfunktion sind in allen Altersgruppen Thema. In einer Untersuchung von SeniorInnen (Durchschnittsalter 81 Jahre) in England waren 32 Prozent der Frauen und 86 Prozent der Männer der Meinung, ÄrztInnen sollen von sich aus das Thema Sexualität ansprechen. Das lässt sich auch auf die Physiotherapie umdeuten. Es ist von großer Bedeutung, dass PatientInnen, die mit Beschwerden an der Wirbelsäule und im Becken in die Physiotherapie kommen, zu ihrer Sexualität befragt werden. Der deutsche Beckenbodenfragebogen für Frauen von Kaven Baessler beinhaltet Fragen zu Harn- und Stuhlausscheidung, Senkung und Sexualität und kann eine gute Unterstützung der Anamnese sein.

Auch nach dem Einsetzen einer Hüftendoprothese sollte die Sexualität in der Physiotherapie besprochen werden. Hier geht es oft darum, welche Positionen beim Geschlechtsverkehr für das Gelenk ungefährlich sind. PatientInnen, die seit Operationen im Hüftbereich über Jahre keinen Geschlechtsverkehr mehr hatten, sind keine Seltenheit: Sie trauten sich nicht, wussten nicht wie und fragten nicht nach.

### Erfahrungswerte

PatientInnen begrüßen Fragen zur Sexualität erfahrungsgemäß, auch wenn manche wenige Worte finden für das, was sie erklären möchten. Eine genaue Befundung erleben sie daher an sich schon als klärend und dadurch angenehm. Betroffen können das sexuelle Verlangen, die Erregung/Lubrikation, die Erektion, der Orgasmus, die Ejakulation oder Schmerzen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr sein. Es gilt zu klären, welche körperlichen, psychischen und sozialen Parameter eine Rolle spielen. Was ist körperlich aus dem Gleichgewicht? Sind es die Hormone, Gefäße, Nerven, Muskeln, Faszien? Und warum? Gibt es Grunderkrankungen, Medikamente, Narben, Operationen oder Atrophien? Welche interprofessionelle Zusammenarbeit braucht es zur Gesundung? PhysiotherapeutInnen haben die Aufgabe, die PatientInnen in ihrer Genesung zu unterstützen. Bei allem bedarf es besonderer Aufmerksamkeit, damit Klienten in ihrer individuellen Sexualität wahrgenommen und zu ihrer Gesundheit geführt werden.

### Therapie

Die hochkompetente Physiotherapeutin und Kollegin Susanne Mayrhofer vertritt die Meinung: Jeder Patient ist auch ein internistischer Patient. Das gilt sicherlich ganz besonders auch für Herausforderungen in der Sexualität. Manuelle Tonusregulation, Schmerzbehandlung, gezielte Wahrnehmungsschulung, Atem- und Entspannungstechniken und aktive Muskelarbeit sind Bausteine der Therapie. Dass physiotherapeutische Maßnahmen effizient sind, ist durch Studien belegt, etwa durch jene von Dorey oder Kanter et al. ■



**Elisabeth Udier, MSc**  
freiberufliche Physiotherapeutin,  
Lehrende an der FH Joanneum Graz  
und FH Klagenfurt, stellvertretende  
Leiterin des fachlichen Netzwerks  
GUP





## Info

**Sexuelle Gesundheit und die Weltgesundheitsorganisation**

Sexuelle Gesundheit ist unmittelbar mit Gesundheit, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität, nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Die Empfehlung der WHO lautet: Sexuelle Gesundheit sollte Bestandteil jeder ärztlichen Behandlung sein. Das ist auf alle Formen der Behandlung – so auch die Physiotherapie – auszuweiten.

## Das 5x3 der Sexualmedizin

Ahlers, Schaefer und Beier beschreiben die zentralen Komponenten des sexuellen Erlebens.

<b>3 Grundlagen</b>	körperlich, psychisch, sozial
<b>3 Motive</b>	Fortpflanzung, Beziehungserleben, Lust
<b>3 Achsen</b>	bevorzugtes Geschlecht und Alter des Partners, bevorzugte Art der Interaktion
<b>3 Ebenen</b>	sexuelles Selbstkonzept, sexuelle Fantasien, sexuelles Verhalten
<b>3 Formen</b>	genitale Stimulation, extragenitale, sexuelle Interaktion, Masturbation

## LITERATUR

Baessler, K.; Junginger, B. (2011). Beckenboden Fragebogen für Frauen. Validierung eines Instrumentes mit posttherapeutischem Modul zur Evaluation von Symptomen, Leidensdruck, Lebensqualität, Verbesserung und Zufriedenheit. Aktuelle Urologie 42:316 –22.

Baessler, K.; Kempkensteffen, C. (2009). Validierung eines umfassenden Beckenboden-Fragebogens für Klinik, Praxis und Forschung. Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau 49: 299–307.

Carrière, B. (2012): Beckenboden, Physiotherapie und Training. Stuttgart: Thieme Verlag.

Dorey, G. (2000). Conservative treatment of erectile Dysfunction Br J Nurs. 2000 Jul 13-6;9(13): 859-63.

Kanter, G. et al. (2015). A strong pelvic floor is associated with higher rates of sexual activity in women with pelvic floor disorders. Int Urogynecol J. 2015 Jul; 26(7):991-6.

# Olympische Disziplin? Physiotherapeut.

**Dabei sein ist alles**

**Einmal bei den Olympischen Spielen dabei sein. Ein Traum für jeden Sportler und jede Sportlerin. Dass dieser Traum für mich als Physiotherapeut wahr wird, war mehr als unerwartet – und doch erwartete ich mir viel.**

Samstag, 3. Februar 2018, 7 Uhr morgens. Der Wecker klingelt – es ist so weit. Mit einem organisierten Bus fahren meine KollegInnen und ich zum Flughafen in Zürich. Als für die Olympischen Winterspiele ausgewählter Physiotherapeut für die Sektion Nordisch (Langlauf, Biathlon, Kombinierer) fliege ich nun gemeinsam mit vielen SportlerInnen, TrainerInnen und FunktionärInnen nach Seoul, Südkorea.

Nach 13 Stunden Flugzeit, drei Stunden Busfahrt und einem kleinen Fußmarsch stehen wir dann in einem der medial bekannten olympischen Dörfer im Herzen des Mountain Cluster. Wir beziehen unsere Zimmer. Zugegeben, acht Männer in einem kleinen Appartement, das kennt man nur aus dem Bundesheer, aus Jugendtrainingscamps oder Zeltlagern. Viele andere Dinge lassen jedoch auf das bekannteste sportliche Großereignis der Welt schließen. So zum Beispiel die Massen an Security-Personal oder die »Diner Hall«, eine Buffet-Halle in der Größe eines Eishockeystadions. In den ersten Tagen in Pyeongchang gilt es, den Jetlag von sieben Stunden möglichst schnell zu besiegen, um sich die Sportstätten gleich zur neuen Heimat zu machen.

## Unsere Arbeit vor Ort

Als olympischer Physiotherapeut ist man nicht nur Therapeut, Trainingspartner, Betreuer, sondern auch der einzige, mit dem die SportlerInnen täglich Kontakt haben. Gemeinsam wird gefrühstückt, zu Mittag und zu Abend gegessen sowie trainiert und auch entspannt. Behandlungen finden im Apartment statt, die Termine werden individuell mit den SportlerInnen vereinbart. Meistens finden Therapien direkt nach den Trainingszeiten statt. Zwei Fitnessräume, ausgestattet mit allerlei Trainingsgeräten, stehen uns zur Verfügung. Stabilisations- und Halteübungen stehen somit gleichermaßen an der Tagesordnung wie moderates Krafttraining und aktive Regeneration. Die Therapien sind nicht sehr vielfältig, da die Regenerationsförderung und Detonisierung sowie die vegetative Harmonisierung und Mobilisation im Vordergrund stehen. Als äußerst vielfältig hingegen gestaltet sich die Versorgung mit medizinischen und therapeutischen Hilfsmitteln. Von Salben über Tapes und Spezialpflaster bis hin zu Moorpackungen wird uns alles vom olympischen Komitee zur Verfügung gestellt, was das Physio-Herz begehrt. Besonders nach der unglücklich verpassten Silbermedaille der Skilangläuferin Teresa Stadlober ist klar, auf welchem hohem Niveau wir uns befinden. Glücklicherweise verletzen sich die von mir betreuten SportlerInnen während der gesamten olympischen Spiele nicht.

**Ulo**

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

Ein Kursprogramm im Besonderen für die tägliche Praxis der Physiotherapie.

**NEU im Programm:** Die Osteopathieausbildung mit freier Modulwahl. Kostenlos anfordern unter: [www.upledger.at](http://www.upledger.at)



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







»ALS OLYMPISCHER PHYSIOTHERAPEUT IST MAN NICHT NUR THERAPEUT, TRAININGSPARTNER, BETREUER, SONDERN AUCH DER EINZIGE, MIT DEM DIE SPORTLERINNEN TÄGLICH KONTAKT HABEN.«



### Ein Fazit

Olympischer Physiotherapeut zu sein hat – wie eine Medaille – zwei Seiten. Zum einen macht es stolz, von unseren besten SportlerInnen gebraucht zu werden. Es ist unheimlich interessant, solch ein Großspektakel live zu erleben und einen Blick hinter die Kulissen werfen zu dürfen. Aus physiotherapeutischer Sicht sind SpitzensportlerInnen natürlich eine besondere Herausforderung und auch ein äußerst diszipliniertes Klientel. Zum anderen – die Kehrseite der Medaille – sind Abstriche in der Gestaltung der Therapie notwendig. In einem Appartement von rund 120 Quadratmetern, in dem acht Personen untergebracht werden, zu therapieren, ist ausgesprochen schwierig. Es stellt einen großen Unterschied zum physiotherapeutischen Alltag in Österreich dar, dreieinhalb Wochen lang 24 Stunden pro Tag im weit entfernten Ausland für den Einsatz bereitzustehen und auf engem Raum mit KollegInnen zusammenzuarbeiten. Und doch tut es der Ehre, für das eigene Land an den olympischen Spielen teilzunehmen, nichts ab. Es ist schön, dass uns so viel Wertschätzung entgegengebracht wird. ■



**Martin Langegger**  
freiberuflicher Physiotherapeut  
in Breitenwang und Innsbruck,  
unter anderem für den ÖSV,  
Vortragender



# Physio Austria unter neuer Führung

## Neuwahl des Präsidiums

Nach 20 Jahren an der Spitze des Bundesverbands der PhysiotherapeutInnen kandidierte Silvia Mériaux-Kratochvila nicht erneut als Präsidentin von Physio Austria. Die neue Präsidentin heißt seit 4. Mai 2018 Constance Schlegl. Beide richten im Folgenden Worte des Dankes, Abschieds und Neubeginns an alle KollegInnen und WegbegleiterInnen.



### Auf Wiedersehen in Dankbarkeit

Als Präsidentin von Physio Austria war es für mich die letzten 19 Jahre gleichermaßen Privileg, Herausforderung und Freude, die Entwicklung unseres Berufes voranzubringen. Stand am Beginn meiner berufspolitischen Tätigkeit die Arbeit am MTD-Gesetz – die damalige Präsidentin Elfriede Visek des ÖPV (heute Physio Austria) hatte mich bereits 1992 mitinvolviert – so waren auch die darauffolgenden Jahre intensiv von der inhaltlichen wie gesetzlichen Weiterentwicklung einschließlich Akademisierung unseres Berufes geprägt. Neben der Integration unserer Ausbildung in das Fachhochschulsystem und der Etablierung von drei ersten Masterlehrgängen in Wien, Graz und Krems waren auch die inhaltlich-wissenschaftliche Weiterentwicklung in Richtung Evidenzorientierung und die Qualitätssicherung unserer physiotherapeutischen Dienstleistungen Schwerpunkte der Verbandsarbeit und zentrale Treiber meiner Arbeit für den Beruf und unseren Verband. Verbandsintern ist es gelungen, Physio Austria zu einer hochprofessionellen Dienstleistungsorganisation für unsere Mitglieder zu entwickeln, was nicht zuletzt in der ISO-Zertifizierung sowohl des Bildungsreferates wie auch des Verbandbüros seinen Ausdruck findet. Als freiwillige Mitgliederorganisation und NON-Profit-Organisation mit hauptsächlich ehrenamtlich tätigen FunktionärInnen, unterstützt von einem effektiven Verbandsbüro, ist es in den letzten 20 Jahren gelungen, die Mitgliederzahl auf 5.100 zu verdoppeln und durch zwei systematische Organisationsentwicklungsprozesse eine nachhaltige und innovationskräftige Verbandsorganisation zu etablieren. Dies alles ist gelungen dank vieler wunderbarer und engagierter PhysiotherapiekollegInnen und KollegInnen aus ganz Österreich, von denen ich mit manchen auch viele Jahre gemeinsam und einander beflügelnd arbeiten durfte. Gemeinsam ist das, was wir heute als Physio Austria kennen, entstanden und gemeinsam können wir darauf stolz sein. Vielen Dank allen, mit denen ich in den Jahren nachdenken, diskutieren, entwickeln, kreieren, wieder verwerfen, lachen und Spaß haben durfte. Gemeinsam haben wir eine spannende und intensive Zeit verbracht.

Ich wünsche dem neuen Team das Beste und jeden Erfolg!  
Silvia Mériaux-Kratochvila, MEd





### Miteinander stark in die Zukunft

Dankbarkeit und Demut empfinde ich, dass ich als neue Präsidentin von Physio Austria fungieren darf. Dank gilt jenen, die mir Vertrauen schenken, obwohl sie mich noch nicht kennen, und jenen, die mir vertrauen, obwohl sie mich kennen. Diejenigen, die mir noch nicht vertrauen, darf ich einladen, sich mit mir auszutauschen. Der offene Dialog, möge er gerne auch kontroversiell sein, ist mir ein großes Anliegen.

Aus Unzufriedenheit mit dem Außenauftritt meines Berufsverbands und der übermütigen Haltung, es besser zu wissen und zu können, entsprang vor über zehn Jahren die Motivation, mich bei Physio Austria einzubringen. Bald hatte ich gelernt, dass das schlichte Einbringen von Ideen nicht genug war, um mitgestalten zu können. Dazu brauchte es weitere Zutaten: sich selbst zu gesundheitspolitischen Themen zu informieren, weiterzubilden, dieses Wissen umzusetzen und auch weiterzutragen.

Mein Fokus liegt nun darauf, unseren Beruf weiterhin zu stärken, die Autonomie voranzubringen, Arbeitsbedingungen zu verbessern, aber auch Bestehendes zu erhalten. Physiotherapie mit einem eigenen Lehrstuhl als eigenständig anerkannte Wissenschaft in Österreich zu etablieren, ist eines meiner zentralen Ziele. Ebenso sind die Rahmenbedingungen für uns PhysiotherapeutInnen in den Primärversorgungszentren zu definieren und zu schärfen – es erfordert Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Stakeholdern, um uns gut zu positionieren. Die geplante Leistungsharmonisierung der Sozialversicherungsträger, die Novellierung unseres Berufsbilds und die damit angestrebten und verbundenen Veränderungen: All dies erfordert Verhandlungsgeschick.

Wir sind ein starker Verband mit einzigartigen FunktionärInnen in den Landesverbänden und fachlichen Netzwerken. Wir haben ein ausgezeichnetes und loyales Büroteam hinter uns, um welches wir im internationalen Raum beneidet werden. Wir haben unsere Mitglieder, unsere so wertvolle Basis, die durch ihre Beiträge erst unsere Arbeit im Dienste der Physiotherapie ermöglichen. Wenn ich von unserem Physio Austria spreche, betrachte ich uns als Team, in dem einer auf den anderen achtgibt, um gemeinsam erfolgreich zu sein.

Ich darf alle PhysiotherapeutInnen herzlich einladen, dass wir den Weg in einem guten Miteinander gehen, mit einer offenen Kommunikationskultur und wertschätzendem Umgang miteinander. Dabei sollen wir uns immer vor Augen halten, dass wir nur mit geeinter Stimme ausreichend gehört werden und nach außen stark sind! Ich freue mich darauf, die kommenden Herausforderungen im Namen der Physiotherapie mit unserem neuen Präsidium, dem Beirat und allen bei Physio Austria aktiven Personen bewältigen zu dürfen. Dabei sollen der Spaß und die Freude niemals zu kurz kommen, nach dem Motto:

Es gibt nichts Gutes, außer man tut es!  
Constance Schlegl, MPH



### Ein kurzer Steckbrief

Mit Constance Schlegl steht Physio Austria seit 4. Mai 2018 eine seit mehr als 10 Jahren ehrenamtlich engagierte Funktionärin vor. Die in Wien freiberuflich tätige Physiotherapeutin bringt jahrelange Erfahrung in der Planung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten in den Bereichen Geriatrie und Arbeitsmedizin mit. 2017 schloss sie ihr Masterstudium im Bereich Public Health ab. Unterstützt wird Constance Schlegl von einem neu gewählten Präsidium, dem Beate Salchinger als Finanzreferentin, Heike Bauer-Horvath, Dorothea Haslinger, Sabine Stögerer und Barbara Wondrasch angehören.

# Physio Research Award

Das sind die Gewinnerinnen



Im Rahmen des Symposiums »Vom Weh zum Wohl« von 4. bis 5. Mai wurden zum zweiten Mal Masterthesen prämiert. Die Jury hat getagt, alle eingereichten Arbeiten gelesen und in zwei voneinander unabhängigen Bewertungsrunden beurteilt. Für den Physio Research Award eingereicht werden konnten positiv beurteilte Masterthesen der letzten zwei Jahre. Zur Einreichung berechtigt waren ausschließlich PhysiotherapeutInnen. Hier präsentieren wir die Abstracts der prämierten Arbeiten.



PLATZ

# 1

**Katharina Marchsteiner, MSc**

**Die funktionelle Mobilität Jugendlicher – ein Vergleich von SchülerInnen mit regelmäßigem systematischen Training und jenen mit einem geringen Trainingsumfang in der Schule**

Die Arbeit beschäftigt sich mit der funktionellen Mobilität und Stabilität Jugendlicher und deren Beeinflussung durch das Ausmaß an Bewegung und Sport in der Schule. Schon im Jugendalter kommt es aufgrund von langen Zeitspannen an sitzender Tätigkeit im Schulunterricht und in der Freizeit und zu wenig Ausgleichsbewegung bzw. -sport zu einem Bewegungsmangel, was die Bewegungsqualität negativ beeinflusst. Im Rahmen einer Querschnittstudie absolvierten 60 SchülerInnen aus zwei Schulen den Functional Movement Screen, wobei die Ergebnisse zeigten, dass die SchülerInnen mit regelmäßigem systematischen Training in der Schule eine signifikant bessere funktionelle Mobilität und Stabilität aufweisen als die SchülerInnen mit geringem Trainingsumfang. Der größte Unterschied zwischen den Gruppen zeigte sich in den Fähigkeiten der Rumpfstabilisation, des Gleichgewichts und der einbeinigen asymmetrischen Stabilisation der Beinachse. Daraus kann man schließen, dass regelmäßiges, gezieltes Gleichgewichts-, Sensomotorik- und Stabilitätstraining im Alltag oder im Sport die Bewegungsqualität wesentlich verbessern und Asymmetrien und Fehlbelastungen vorbeugen kann.

und noch  
**phyl mehr**  
wissen ...

findet man auf Seite 40





PLATZ

2

**Andrea Weiß, MSc**

**Validität, Reliabilität und inhaltlicher Vergleich von Schulter Outcome Assessments: ein systematischer Review für den Einsatz in der Physiotherapie im deutschen Sprachraum**

Ziel dieses Literaturreviews war es, Outcome Assessments für PatientInnen mit unterschiedlichen Schulterpathologien für den Einsatz in der deutschsprachigen Physiotherapie zu evaluieren. Die Beurteilung der Qualität der Studien erfolgte mithilfe der COSMIN-Checkliste. Für den inhaltlichen Vergleich bildeten die Regeln von Cieza et al. (2016) die Basis des Linkens zur ICF. Sechs Assessments waren deutsch-kulturell adaptiert. 23 Studien wurden für die Evaluierung der Messeigenschaften eingeschlossen. Der Inhalt von zwei clinical-based und sieben patient-reported Assessments, insgesamt 175 Items, wurden zu 186 Konzepten und 393 Kategorien gelinkt. Zehn Hauptkonzepte bildeten sich für die Aussagekraft einer gut funktionierenden Schulterfunktion heraus. Die besten Ergebnisse in allen Bereichen wies der standardisierte Constant-Murley-Score (S-CMS) auf. Dieses Assessment umfasst alle Hauptkonzepte und hat gut überprüfte positive Gütekriterien. Der inhaltlich umfangreiche DASH (Disability of the Arm Shoulder and Hand) bildet die Arbeitsfähigkeit gut ab. Der Quick-DASH ist mit elf Fragen und neun Hauptkonzepten kurz und inhaltlich empfehlenswert. Weitere Forschung mit einem physiotherapeutischen Setting ist für DASH und Quick-DASH notwendig.



PLATZ

3

**Julia Steiner, MSc**

**Belastungsparameter in der Akutphase nach Myokardinfarkt**

Nach einem akuten Myokardinfarkt beginnt kardiologische Rehabilitation mit Phase I im Krankenhaus. Belastungsrichtlinien für diese Phase sind in den nationalen Guidelines nicht angegeben. Diese Arbeit beschreibt die amerikanischen Guidelines und präsentiert vorhandene Studien zur Rehabilitationsphase I. Nach den Richtlinien des American College of Sports Medicine können klinisch stabile PatientInnen bereits am ersten Tag nach dem Infarkt mobilisiert werden und ein Gehtraining starten. Aufbauendes Training startet idealerweise nach einer Woche, in Österreich vergehen meist mehrere Wochen bis zum Training im Rehabilitationszentrum. Ein erster Trainingsplan für diese Übergangszeit kann nach den Guidelines bereits in der Phase I erarbeitet und durch subjektives Belastungsempfinden oder Herzfrequenzanstieg gesteuert werden. Eine Umfrage unter PhysiotherapeutInnen im akutkardiologischen Bereich in Österreich zeigt, dass nur etwa die Hälfte der Befragten routinemäßig HerzinfarktpatientInnen betreuen. Belastungsparameter werden nicht einheitlich zur Trainingsanpassung genutzt und Abbruchkriterien nicht guidelinekonform gewählt. Körperliche Aktivität wird insgesamt niedriger dosiert, als geraten wird. ■



TABELLE 1

**PERFect-Schema**

<b>Power</b>	Kraftgrad 0 = keine Kontraktion
	Kraftgrad 1 = schwache, kaum spürbare Kontraktion
	Kraftgrad 2 = Kontraktion ist schwach, aber vorhanden
	Kraftgrad 3 = mittlere Kraft
	Kraftgrad 4 = gute Kraft, Anhebung gegen leichten Widerstand möglich
	Kraftgrad 5 = sehr gute Kraft, Anhebung gegen erhöhten Widerstand möglich
<b>Endurance</b>	Dauer der max. Anspannung für max. 10 Sekunden
<b>Repetitions</b>	Wiederholung der max. Anspannung (in der Dauer welche der Endurance-Test ergab)
	max. 10 Mal mit je 4 Sekunden Pause
<b>Fast Contractions</b>	schnelle maximale Anspannung und komplette Entspannung, max. 10 Mal

**LITERATUR**

Carrière, B. (2012). Beckenboden. Physiotherapie und Training. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.  
 Hanzal, E. et al (2015). Palpation für das Beckenbodentraining. Berlin: De Gruyter.

**ÜBRIGENS:**

## SEMINAR

**Palpation des weiblichen Beckenbodens****16. März 2019**

Wien, Rudolfinerhaus  
 Christine Stelzhammer, MEd,  
 Elisabeth Udier, MSc, Dr. Bernhard Bartosch,  
 Dr. Engelbert Hanzal





# A PERFect Case Study?

## Physiotherapeutische Diagnostik in der Gynäkologie und Urologie.

**Warum standardisierte Befundungsinstrumente gerade auch in den Fachbereichen der Gynäkologie und Urologie so wichtig und ihre Ergebnisse wegweisend für eine erfolgreiche Therapie sind.**

### Ein Fallbeispiel

Frau K., 57 Jahre alt, kommt mit der Diagnose »Descensus vaginae, Harninkontinenz« in die Praxis. Vor drei Monaten wurden bei ihr eine Hysterektomie und eine anteriore Kolporrhaphie (vordere Scheidenplastik) durchgeführt. Frau K. berichtet, dass sie nun beim Husten und Niesen tröpfchenweise Harn verliert, und erzählt auch von einer ausgeprägten Urge-Symptomatik, welche auch mit leichtem Harnverlust einhergeht. Sie hatte zwei Spontangeburt in den Jahren 1990 und 1994. Sie gibt keine Erkrankungen oder Medikamenteneinnahmen an.

### Welche Assessments sind in diesem Fall passend?

Der Sichtbefund in Rückenlage gibt eine erste Übersicht. Wie steht es um die vulväre Trophik? Wie zeigt sich der Introitus (Scheideneingang)? Ist eventuell schon in dieser Position eine Descensusproblematik sichtbar? Wie verhält sich der Beckenboden bei intraabdomineller Druckerhöhung mit und ohne Beckenbodenaktivierung (Husten, Valsalva-Pressmanöver)? Bei Frau K. zeigt sich ein erweiterter Introitus – bei intraabdomineller Druckerhöhung bewegt sich der Damm nach caudal. Eine Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur ist nicht möglich.

Mit dem vaginalen Tastbefund können viele aussagekräftige Erkenntnisse gewonnen werden. Allgemein können bei der Palpation die Sensibilität beurteilt und Muskeldysbalancen ertastet werden. Über die differenzierten Funktionen gibt das PERFect-Schema Aufschluss. Dabei werden die Kraft (Power), Ausdauer (Endurance), Wiederholungen (Repetitions) und Schnelleistung (Fast-Contractions) beurteilt. Das »ect« steht für »every contraction timed«. Wie genau die einzelnen Funktionen bewertet werden, ist in Tabelle 1 ersichtlich. Ein perfektes PERFect wäre also mit 5/10/10/10 zu bewerten. Es ist essenziell, bei der PERFect-Testung auf eine selektive Aktivierung der BB-Muskulatur zu achten. Der Beckenboden soll ohne Hilfe der Glutea, Adduktoren oder des M. rectus abdominis arbeiten. Bei Frau K. ist die Austestung mittels PERFect-Schema beim ersten Termin nicht möglich, da bei ihr keine selektive Aktivierung des Beckenbodens möglich ist.

Bei einer Descensusdiagnose ist es sinnvoll auszuwerten, welches Kompartiment wie schwer betroffen ist. Dazu gibt es ein modifiziertes POP Q-Schema (Pelvic-Organ-Prolapse-Quantifikationssystem). Zweckmäßig ist es, diese Untersuchung im Stand durchzuführen, weil beginnende Senkungen sich oft erst mit der Wirkung der Schwerkraft zeigen. Dabei wird die Patientin zum Valsalva-Pressmanöver angeleitet und es wird beurteilt, welches Kompartiment am stärksten betroffen ist. Ein wichtiger Referenzpunkt ist der Hymenalsaum: Befindet sich die Descensusstruktur unter- oder oberhalb? Um die Kompartimente zu differenzieren, kann wechselseitig ein Kompartiment mit dem Finger passiv stabilisiert werden. Bei Frau K. ist das ventrale Kompartiment am stärksten betroffen und reicht beim Pressmanöver bis unter den Hymenalsaum.

Ein Trink- und Miktionsprotokoll stellt gerade bei einer Urge-Problematik ein aufschlussreiches Befundungsinstrument dar. Dabei können Häufigkeit der Miktions, Urinmenge und Trinkmenge von der Patientin dokumentiert und dann ausgewertet werden. Frau K. geht zirka 20-mal täglich (innerhalb von 24 Stunden) auf die Toilette und setzt dabei jedes Mal eine durchschnittliche Urinmenge von 80–150 ml ab.

Aus diesen Befundungen ergeben sich folgende Therapieansätze: Wahrnehmungsschulung, um die selektive Beckenbodenaktivität zu erlernen; Toiletentraining inkl. Detrusorschulung, um das Fassungsvermögen der Blase wieder zu steigern; und eine Empfehlung für eine Pessartherapie, um das Gewebe auch passiv gut zu stützen.

Aufgrund der Vielzahl an Assessments ist es wichtig, anhand der Anamnese die passenden auszuwählen, um fundiert zu einer Formulierung des Therapieansatzes zu kommen. ■



**Elisabeth Knafl, MA**  
freiberufliche Physiotherapeutin mit  
den Schwerpunkten Gynäkologie,  
Urologie und Proktologie

# ihr neuer benephyt





**Das Bildungsreferat  
von Physio Austria  
wird zu**

# phydelio

**Für Seminare, Fort- und Weiterbildungen  
von Physio Austria schlagen wir ab Herbst  
einen neuen Ton an.**

**Weil mit Weiterbildung in neuem Spielraum  
viele für Sie möglich sind.**

**Kompetenz. Entwicklung. Zukunft.**

# Studiert und kommentiert

## Efficacy of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight topical lidocaine in women with provoked vestibulodynia: a bi-center randomized controlled trial

Morin M, Dumoulin C, Bergeron SB, et al. (2016).  
J Sex Med., 13, S239-262.

**Die angeführte Studie dient dem Vergleich der Wirksamkeit von Physiotherapie und einer lokal angewandten Lidocain-Behandlung bei Frauen, die an provozierte Vestibulodynie, d. h. erhöhter Schmerzempfindlichkeit an der Scheidenöffnung, leiden. Neben der Schmerzintensität wurden subjektive Veränderungen der Sexualfunktion und der Lebensqualität verglichen.**

### Hintergrund

Provozierte Vestibulodynie zählt zu den schmerzbedingten Sexualstörungen. Die häufigsten Ursachen sind viszerale, hormonelle, entzündliche und psychosexuelle Problematiken sowie Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur.

### Studiendesign

Im Zuge dieses randomisierten kontrollierten Studie (RCT) wurden 212 Frauen zwischen 18 und 45 Jahren, die seit mindestens sechs Monaten an Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei nicht-sexuellen Provokationen der Vulva leiden, herangezogen. Diverse Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich gynäkologischer sowie psychischer Erkrankungen wurden angewandt. Keine der Teilnehmerinnen gab in der Anamnese einen vorangegangenen Partus an. Sie wurden mittels computergenerierter Randomisierung in zwei Gruppen geteilt. Über zehn Wochen hinweg erhielt eine Gruppe wöchentlich Physiotherapie, während die Kontrollgruppe selbstständig täglich eine lokale Lidocain-Anwendung durchführte. Die physiotherapeutische Behandlung umfasste diverse Weichteiltechniken am Beckenboden, intravaginales Biofeedback mit Fokus auf Muskelentspannung und ein Heimübungsprogramm, welches Atemübungen sowie die Anwendung von Vaginaldilatoren beinhaltete. Die Studie wurde einfach verblindet durchgeführt. Alle TherapeutInnen sowie Untersuchende blieben während der gesamten Durchführung verblindet. Zur primären Outcome-Messung wurden die NRS-Schmerzskala, aber auch neun Fragebögen zur Erhebung der Sexualfunktion und Lebensqualität herangezogen.



### Ergebnisse

Die Ergebnisauswertung unterstrich deutlich die Wirksamkeit von Physiotherapie in der Behandlung von provozierter Vestibulodynie als Form der Dyspareunie. Zudem erwiesen sich die physiotherapeutischen Anwendungen effektiver als die pharmazeutische Lidocain-Anwendung. Der durchschnittliche Wert auf der Schmerzskala der Patientinnen beider Gruppen entsprach zu Beginn der Studie 7,3/10. Die erste Outcome-Messung zwei Wochen nach Beendigung der Behandlungsreihe ergab eine durchschnittliche Schmerzreduktion von 7,3 auf 2,9 unter den Patientinnen, die Physiotherapie erhalten haben. Die Schmerzquantität innerhalb der Lidocain-Gruppe konnte nur auf 4,5 reduziert werden. Die Standardabweichung betrug 2,1 sowie 2,6. Zusätzlich zur Schmerzreduktion ergab die Auswertung der Fragebögen eine höhere Steigerung der Sexualfunktion sowie deutlichere Zufriedenheit mit der Behandlung innerhalb der Physiotherapiegruppe.

### Kommentar

Die Studie ist durch die hohe Anzahl an subjektiven Messparametern limitiert. Zum Zeitpunkt der Erstbefundung wurde neben den oben genannten Werten auch eine physische Untersuchung durchgeführt. Dies umfasste einen 4D-Ultraschall zur Erhebung der Beckenbodenstrukturen. Die Abschlussmessung fokussierte sich jedoch nur mehr auf Schmerz und Sexualfunktion sowie -qualität. Diverse strukturelle Erhebungen wurden außen vor gelassen. Jene Werte würden die Signifikanz der Studie definitiv noch erhöhen und das von PhysiotherapeutInnen angestrebte befundorientierte Arbeiten unterstreichen. Zudem wurden die physiotherapeutischen Maßnahmen lediglich hinsichtlich ihrer Durchführungsdauer, nicht jedoch bezüglich ihrer Ausführung beschrieben. Nichtsdestotrotz kann die Studie aufgrund der Randomisierung und Verblindung als qualitativ hochwertig angesehen und deren Ergebnisse als signifikant betrachtet werden. Die Physiotherapie hat somit einen hohen Stellenwert in der Schmerzreduktion und Verbesserung der Sexualfunktion von Frauen, die an provozierter Vestibulodynie leiden. Die Studienlage rund um diese Thematik ist sowohl quantitativ als auch qualitativ noch äußerst gering. Es bedarf intensiver Forschung, um genauere Auskunft über die Effektivität der einzelnen Maßnahmen zu erlangen, aber auch, um der Physiotherapie den entsprechenden Platz in der Behandlung sexuell bedingter Schmerzsymptomatiken einzuräumen. ■



**Katharina Widder, BSc**  
Studium der Physiotherapie an der  
FH Campus Wien, Physiotherapeutin  
in den Fachbereichen Gynäkologie,  
Orthopädie und Traumatologie

**phyllkommen**  
zu den neuen Seminaren  
bei **phydelio** ...



# phydelio

*Ihr Bildungspartner in der Physiotherapie*

NEU IM JAHR 2018

## **Ataxie**

Samstag, 7.7.2018

**Karin Lotter, MSc**  
**Agnes Winkler, MSc**

Seminarräume  
Lange Gasse, Wien

## **K-Active® Taping Masterclass: Modul 1**

Samstag/Sonntag, 13./14.10.2018

**Elke Butscher**

KAV, Akademie für Fortbildungen  
und Sonderausbildungen, Wien

## **K-Active® Therapie Special: Pädiatrie**

Montag, 15.10.2018

**Elke Butscher**

KAV, Akademie für Fortbildungen  
und Sonderausbildungen, Wien

## **Wochenbett und Rückbildung**

Mi 20. bis Fr 22.6.2018

**Manuela Ganglbauer, MSPhT**

Seminarräume  
Lange Gasse, Wien

## **Vegetatives Nervensystem**

Fr 22. bis Sa 23.6.2018

**Philipp Zunke, BA, MSc**

**Mathias Köhler**

FH Joanneum, Graz

## **Medizinische Trainingstherapie Modul: HWS-LWS**

Mo 25. bis Mi 27.6.2018

**Frank Diemer, MSc**

Fachhochschule Salzburg,  
Standort Campus Urstein

## **Integrative Myofasziale Therapie**

Fr 13. bis Sa 14.7.2018 **UND**

Fr 21. bis Sa 22.9.2018

**Volker Hollemann, Dr. Ulrike Aussem**

Fachhochschule Salzburg,  
Campus Urstein

## **Mulligan-Concept**

**MODUL 3** So 2.9.2018

**PRÜFUNG** zum Certified Mulligan  
Practitioner (CMP): Mo 3.9.2018

**MODUL 1** Di 4. bis Do 6.9.2018

**MODUL 2** Fr 7. bis So 9.9.2018

**Carole Stolz**

Seminarräume  
Lange Gasse, Wien

## **Physiotherapie in der Palliative- und End-of-Life-Care**

Mo 10. bis Fr 14.9.2018

**Viktoria Anreiter, Rainer Simader**

Seminarräume  
Lange Gasse, Wien

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung, per E-Mail

**phydelio@physioaustria.at**

mittels Fax 01 587 99 51 DW 30

oder online unter

**www.physioaustria.at/seminare**

Für Details und unser vollständiges Programm  
besuchen Sie uns bitte auf unserer Webseite!