



Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 5 Dezember 2015

inform

physioaustria

PROSIT 2016
100 Jahre
Physiotherapie
in Österreich

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

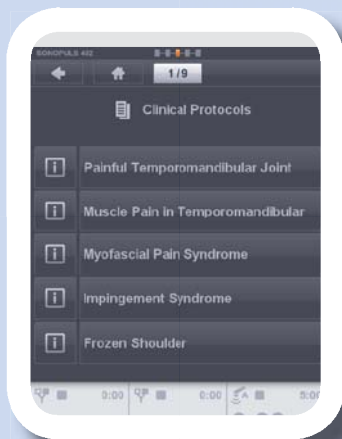
inform exklusiv

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

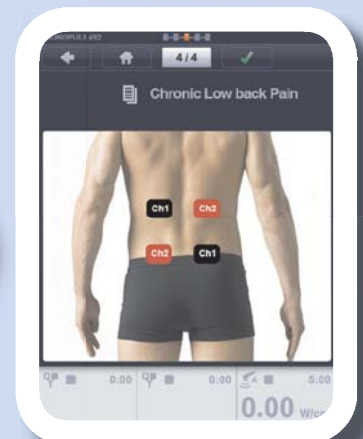
Orchideen der Physiotherapie
Seltene Krankheitsbilder und Einsatzgebiete
eines vielfältigen Berufs.



VON ENRAF-NONIUS: ENDOMED • SONOPULS • VACOTRON



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



**klare anatomische Lokalisation
und Behandlungsinformation**



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



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

AUSTRIA *SKI TEAM* PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you
www.ad-rem-team.com



Liebe LeserInnen,

Die Einsatzgebiete der Physiotherapie sind vielfältig und befinden sich in steter Veränderung. Bereiche, die noch vor einigen Jahren stiefmütterlich behandelt und betrachtet wurden, sind heute nicht mehr wegzudenken. Als etwa unsere Kollegin Eva Müllauer Anfang der 1990er unsere damalige ARGE Geriatrie gegründet hat, war das Thema – heute undenkbar – noch ein Randgebiet.

Mit diesem Inform wollen wir uns jedenfalls den »Orchideen der Physiotherapie« widmen, seltenen Krankheiten und Einsatzgebieten der Physiotherapie. Die im Heft thematisierten Handlungsfelder sind zwar kleine Einsatzbereiche der Physiotherapie, aber die physiotherapeutische Behandlung für die betroffenen PatientInnen hat die gleiche Wichtigkeit und Bedeutung wie für Menschen mit häufigeren Krankheitsbildern. Insbesondere, als es sich oft auch um kontinuierliche Betreuungs- und Behandlungsnotwendigkeiten handelt.

Ein reiches Land wie Österreich muss in jedem Fall auch gesundheitlich chronisch benachteiligten Menschen, die vielfach im Kindes- und Jugendalter sind, alle hilfreichen Behandlungsmöglichkeiten unbegrenzt zukommen lassen. Physiotherapie ist dabei oft diejenige Intervention, die das Zustandsbild lindert, Funktion verbessert oder überhaupt erst ermöglicht und damit wieder mehr und freudvolle Teilhabe am alltäglichen Leben ermöglicht. Physiotherapie steht für Lebensqualität und -freude.

In dieser Ausgabe laden wir Sie im [Leitartikel](#) ein, sich mit dem Thema der seltenen Erkrankungen allgemein auseinanderzusetzen, und weisen in der Folge auf spezielle Einsatzbereiche der Physiotherapie hin. U. a. bieten KollegInnen Einblicke in die Arbeit auf der einzigen [Behindertenpsychiatrie Österreichs](#), in die Arbeit mit [»Schmetterlingskindern«](#), Betroffenen der [Glasknochenkrankheit](#) sowie [Hämophilie](#). Außerdem führen wir auch in diesem Heft die [Serien MTD-Berufe und Assessments](#) weiter.

06

12

16

18, 22

38, 36

Wie immer freuen wir uns sehr über Rückmeldungen an chefredaktion@physioaustria.at.

Ich wünsche Ihnen eine bewegte Lektüre mit dem vorliegenden Heft, FROHE WEIHNACHTEN und einen wunderbaren Start ins Jahr 2016, in dem wir 100 JAHRE PHYSIOTHERAPIE in Österreich feiern! Feiern Sie mit uns! Werfen Sie einen Blick auf unsere Webseite www.physioaustria.at, um sich über alle anstehenden Events zu informieren!

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

Impressum

MEDIENINHABER, HERAUSGEBER
UND REDAKTION

physioaustria

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

GESCHÄFTSFÜHRUNG

Mag. Stefan Moritz, MSc
office@physioaustria.at

REDAKTIONSSCHLUSS

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

CHEFREDAKTION

Mag. Patricia Otuka-Karner
chefredaktion@physioaustria.at

GESTALTUNG

Dechant Grafische Arbeiten

FOTOS Helmut Wallner/

© Physio Austria, ausgenommen:
wo gesondert angegeben

FARBKORREKTUR UND RETUSCHE

Helmut Wallner

DRUCK Steiermärkische

Landesdruckerei, Graz

BEZUGSPREISE Einzelheft: 6,50 Euro;

Abo (5 Ausgaben/Jahr): 29 Euro

(Inland), 50 Euro (Ausland).

STORNO schriftlich 2 Monate

vor Ablauf des Abos.

OFFENLEGUNG

GEMÄSS MEDIENGESETZ

einzuweisen unter

[www.physioaustria.at/](http://www.physioaustria.at/impressum)

[impressum](#)



Themenschwerpunkt Orchideen der Physiotherapie



06
Waisenkinder der Medizin
Wann gilt eine Erkrankung
als selten und warum braucht
es einen nationalen Aktionsplan?
Dr. Rainer Riedl

16
Wie ein Flügelschlag
Physiotherapie bei Schmetterlings-
kindern – ein Erfahrungsbericht
aus der Praxis
Elisabeth Sengl

12
Wenn unorthodox
Normalität darstellt
Eva Müllauer



18
Damit Knochen nicht brechen
Physiotherapie bei
Osteogenesis imperfecta
Brigitte Müller, Dr. Oliver Semler



21
Mag. Nicole Muzar
Ressort Berufspolitik
Physio Austria

21
Herausforderung
Freizügigkeit
Partieller Berufszugang –
Ein Schritt in Richtung
PatientInnengefährdung?
Mag. Nicole Muzar



28
Mag. Patricia
Otuka-Karner
Ressort Öffentlichkeits-
arbeit Physio Austria,
Chefredaktion inform

22
Physiotherapie
bewegt Hämophilie
Monika Hartl



36
Hannes Aftenberger, MSc
Physiotherapeut,
Lehrender an der
FH Joanneum Graz



32
Barbara Gödl-Purrer, MSc
Lehrende an der
FH Joanneum Graz



22
Monika Hartl
freiberufliche
Physiotherapeutin



38
Evelyn Huber, MBA
Hochschullehre und
Forschung an der
FH Joanneum Graz,
Referentin Marketing
und PR bei rtaustria



26
Andreas Jocham, MSc
freiberuflicher Physio-
therapeut, Lehrender
an der FH Joanneum
Graz und der
FH Campus Wien



30
Christina Mühlburger
Physiotherapeutin
im Bezirkskrankenhaus
St. Johann



30, 34
Bernhard Taxer, MSc
Physiotherapeut und
Lehrender an der
FH Joanneum Graz

inform Inhalt Dez 2015



24
Der Körper als Ort des psychischen Geschehens
Physiotherapie für Menschen mit Essstörungen
Stefan Perner, BA, BSc

26
Gehen, ging, gegangen
Ganganalyse - Was man sieht, ist oft nicht das Problem
Andreas Jocham, MSc



28 INTERVIEW
Schnell und schneller
Physiotherapie im Radsport
Mag. Patricia Otuka-Karner



30
Immer mehr Frühchen
Möglichst frühe Förderung essentiell
Christina Mühlburger, Bernhard Taxer, MSc

32
»Reflexion« in der Physiotherapie
Ressourcen für die individuelle Weiterentwicklung und fachliche Entwicklungsprozesse
Barbara Gödl-Purrer, MSc

34
Clinical Reasoning im Spannungsfeld Praxis und Lehre
Über die wesentliche Rolle der PraktikumsanleiterInnen
Beate Salchinger, MSc MSc, Bernhard Taxer, MSc

36 ASSESSMENTS
Nervensache
Assessments in der Neurologie
Hannes Aftenberger, MSc

38 MTD
Ein strahlender Beruf
RadiologietechnologInnen stellen sich vor
Evelyn Huber, MBA



INFORM EXKLUSIV
Herausforderung Berufsschutz PatientInnensicherheit und Engagement von Physio Austria.

e2 Zusammen an einem Strang ziehen
Martina Sorge

e4 PHYSIOFACES/Thema Leistenschmerz
Groß, Russinger, Schlattner, Seyss-Inquart

e5 Wirklich nur verspannt?
Alexandra Gall

e6 Neues und Bewährtes
Mag. Stefan Moritz, MSc

e7 Physiotherapie richtig abgerechnet
Markus Geiregger **PHYSIOWORLD**

e8 Every patient is a cardiopulmonary patient
Ingrid Großböttl

e9 2. PhysioTalk im Ländle
Susanne Hagen

e10 Die strategischen Handlungsfelder
Mag. Stefan Moritz, MSc

e12 Handtherapie in Österreich
Mag. Nicole Muzar

e13 Is exercise good for the brain?
Karl Lochner

e14 SERIE ARBEITSRECHT
Erkrankung während desurlaubes
Valid Hanuna

e15 SERIE STEUERTIPPS
Die neue Registrierkassenpflicht trifft auch PhysiotherapeutInnen
Mag. Wolfgang Leonhart



12

Eva Müllauer Fachbereichsleiterin der MTDG/Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Behindertenpsychiatrie Erwachsene am KH Hietzing/NRZ Rosenhügel



18

Brigitte Müller Physiotherapeutin mit Schwerpunkt Pädiatrie, Unireha Köln
Dr. Oliver Semler Leiter der Spezialambulanz für Skelettdysplasien, Uniklinik Köln



34

Beate Salchinger, MSc MSc Präsidiumsmitglied von Physio Austria



16

Elisabeth Sengl freiberufliche Physiotherapeutin



24

Stefan Perner, BA, BSc freiberuflicher Physiotherapeut und Mitglied im fachlichen Netzwerk Mental Health von Physio Austria



06

Dr. Rainer Riedl Obmann von Pro Rare Austria

»SELTENE ERKRANKUNGEN SIND
SELTEN, PATIENTINNEN MIT SELTENEN
ERKRANKUNGEN SIND JEDOCH
ZAHLREICH.«



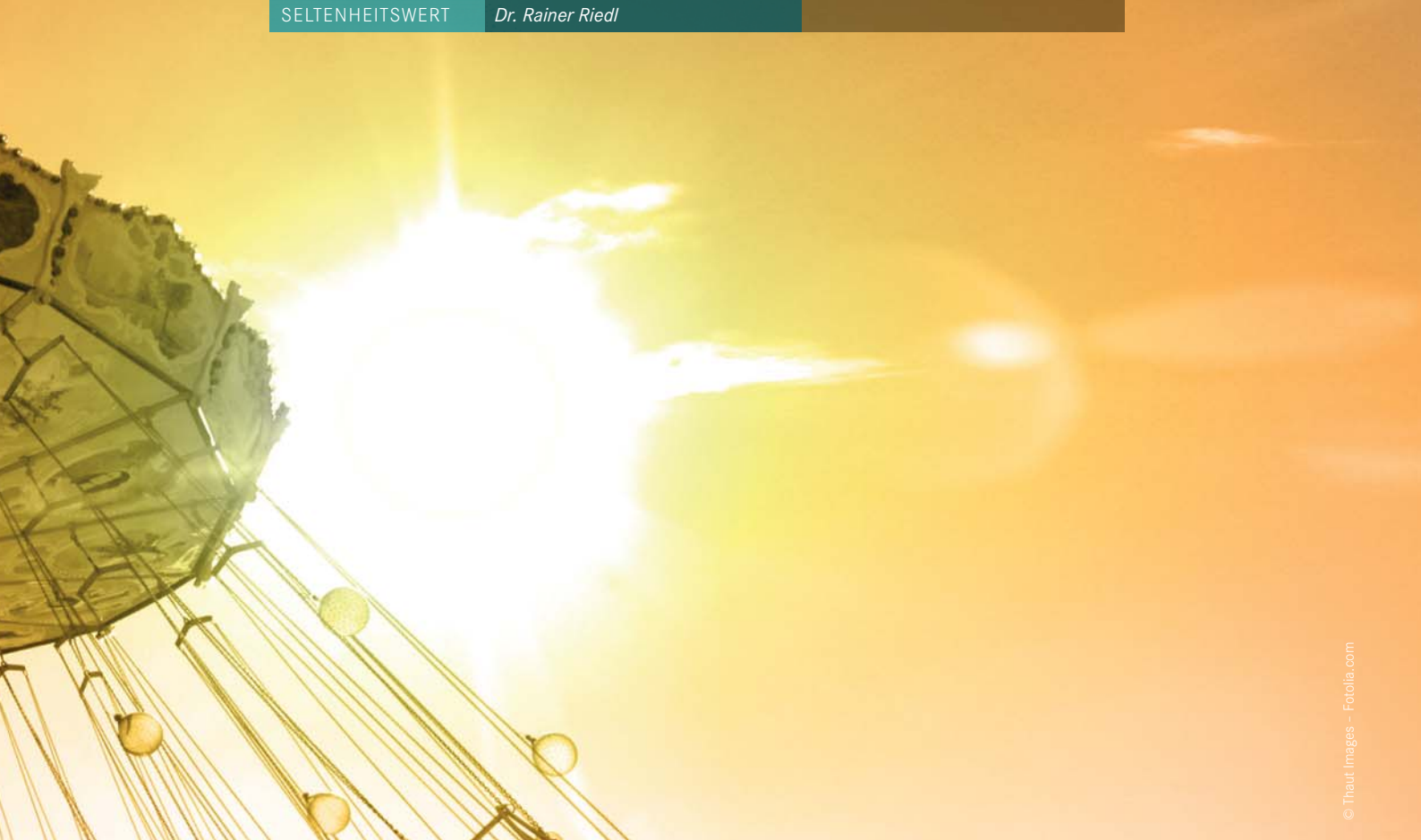
Waisenkinder der Medizin

Wann gilt eine Erkrankung
als selten und warum braucht
es einen nationalen Aktionsplan?





»MENSCHEN, DIE AN EINER
SELTENEN ERKRANKUNG
LEIDEN, HABEN ES SCHWER:
ZUR MEIST ERHEBLICHEN
BELASTUNG DURCH DIE GRUND-
ERKRANKUNG KOMMEN DAS
FEHLEN VON SPEZIALIST*INNEN
SOWIE MANGELNDES WISSEN
ÜBER KRANKHEITSVERLÄUFE,
VERFÜGBARE MEDIKATIONEN
UND THERAPIEMÖGLICHKEITEN.«



Rund 6.000 seltene Erkrankungen stellen Betroffene und Behandelnde oft vor große Herausforderungen. Der Weg zu einer Diagnose ist oftmals weit und wirksame Therapien sind rar. Die Behandlung und Betreuung erfordert von den PatientInnen und ihren Familien viel Kraft, oft auch viel Geld.

Eine Erkrankung gilt als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen das spezifische Krankheitsbild aufweisen. Rund 30.000 Krankheiten sind weltweit bekannt, davon zählen mehr als 6.000 zu den sogenannten seltenen Erkrankungen. Diese werden unter dem Begriff »Orphan Diseases« oft auch als Waisenkinder der Medizin bezeichnet. Rund 80 Prozent der seltenen Erkrankungen sind genetisch bedingt, also angeboren. Daher machen sich viele schon bei der Geburt oder im frühen Kindesalter bemerkbar. Andere entwickeln sich erst im Erwachsenenalter. Viele dieser Krankheiten sind lebensbedrohlich oder führen zu Invalidität. Die meisten verlaufen chronisch: Sie lassen sich nicht heilen, Betroffene sind dauerhaft auf ärztliche und therapeutische Behandlung angewiesen.

»Seltene« nicht so selten?

In Österreich leben etwa 400.000 Menschen mit einer seltenen Erkrankung. Zum Vergleich: In Deutschland sind es etwa vier Millionen, in der gesamten Europäischen Union geht man von 30 Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung aus. So gesehen sind die »Seltenen« gar nicht so selten. Viele Betroffene unterstützen sich gegenseitig in Selbsthilfeorganisationen, von denen es rund 60 in Österreich gibt. Um gemeinsame Anliegen zu artikulieren und den Erfahrungsaustausch untereinander zu forcieren, engagiert sich ein großer Teil dieser Organisationen bei Pro Rare Austria, der Allianz für seltene Erkrankungen.

Menschen, die an einer seltenen Erkrankung leiden, haben es schwer: Zur meist erheblichen Belastung durch die Grunderkrankung kommen das Fehlen von SpezialistInnen sowie mangelndes Wissen über Krankheitsverläufe, verfügbare Medikationen und Therapiemöglichkeiten. Dies ist dann verständlich, wenn nur eine Handvoll PatientInnen von einer »Rare Disease« betroffen ist. Dazu kommt, dass Heilmittel, Medikamente oder Therapien oft gar nicht verfügbar sind. Viele seltene Erkrankungen gelten als unheilbar, sind lebensbedrohlich oder zeichnen sich durch eine verkürzte Lebenserwartung aus.

Schweres Schicksal

Generell kämpfen PatientInnen um die Akzeptanz ihres Leidens, eine kompetente medizinische Versorgung und oft auch um soziale Absicherung. Mitunter deswegen, weil die Erkrankung nicht ausreichend diagnostiziert wurde. Die Zeit bis zum Vorliegen einer gesicherten Diagnose misst man hier nicht in Wochen oder Monaten, manche PatientInnen warten Jahre. Gibt es SpezialistInnen in einem Zentrum oder einer Fachklinik, muss häufig eine lange Anreise in Kauf genommen werden.



Der Vorstand von Pro Rare Austria: Rainer Riedl, Jürgen Otzelberger, Karin Modl (vorne v.l.n.r.), Ursula Novak, Ulrike Holzer, Michaela Weigl, Florian Barton (hinten v.l.n.r.)

© Alexander Götsch

Wer ist Pro Rare Austria?

Pro Rare Austria, Allianz für seltene Erkrankungen, wurde Ende 2011 als gemeinnütziger Verein von unmittelbar Betroffenen und Eltern betroffener Kinder gegründet. Pro Rare Austria steht für alle Menschen, die mit einer seltenen Erkrankung leben. Sie alle brauchen ein gemeinsames Sprachrohr. Der Auftrag von Pro Rare Austria ist die Verbesserung der sozialen, als auch medizinischen Rahmenbedingungen für Betroffene.

Das bedeutet konkret:

- Interessen von Menschen mit seltenen Erkrankungen und deren Angehörigen vertreten
- Menschen mit seltenen Erkrankungen und ihre Selbsthilfeorganisationen vernetzen
- Wissen und Bewusstsein über seltene Erkrankungen vergrößern

Die wesentlichen Ziele von Pro Rare Austria sind:

- Rechtliche Anerkennung definierter seltener Erkrankungen
- Abbildung der Besonderheiten seltener Erkrankungen im österreichischen Gesundheitswesen
- Verbesserung der medizinisch-klinischen Versorgung der von seltenen Erkrankungen Betroffenen durch Errichtung bzw. Auswahl von Expertisezentren
- Verbesserung der Diagnostik von seltenen Erkrankungen
- Förderung der Forschung im Bereich seltener Erkrankungen
- Anerkennung der Leistungen und Förderung der Selbsthilfe

www.prorare-austria.org

LINK

Online-Portal Orphanet

www.orpha.net

Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen und Petition

www.prorare-austria.org/seltene-erkrankungen/petition/

Und auch das ist noch keine Erfolgsgarantie: So manche PatientIn wurde mit den Worten »Man sieht Ihnen ja nix an!« – mehr oder weniger offen – als HypochonderIn bezeichnet. Geld ist ein weiterer kritischer Engpass. Die Entwicklung von Medikamenten und Therapien verspricht in einem Nischenmarkt kein lukratives Geschäft. Somit stehen nur begrenzte finanzielle Mittel für Grundlagenforschung und klinische Studien zur Verfügung. PatientInnen sehen sich mit diesen ernüchternden Tatsachen tagtäglich konfrontiert.

Vernetzung essentiell

Die Situation beginnt sich langsam zu ändern, eine wachsende Zahl von Betroffenen nimmt ihr Schicksal aktiv in die Hand. Man spürt – weltweit – so etwas wie Aufbruchsstimmung. Und: seltene Erkrankungen erfordern über weite Strecken andere Strategien als Massenerkrankungen. Speziell in Österreich – wo immerhin rund 400.000 Menschen betroffen sind – muss noch viel getan werden. Hierzulande existieren im Bereich der seltenen Erkrankungen etwa 60 organisierte Selbsthilfegruppen und PatientInnenorganisationen, die sich – oft bis an die physische Belastungsgrenze der AkteureInnen – engagieren. Lungenhochdruck, Cystische Fibrose, Mukopolysaccharidosen, Muskeldystrophie oder Epidermolysis bullosa sind einigermaßen bekannt geworden. Einigen dieser Gruppen ist es gelungen, Dienstleistungen für ihre PatientInnengruppe zu etablieren oder – wie im Fall des EB-Hauses Austria für die »Schmetterlingskinder« – mit Spendengeldern sogar ein Expertisezentrum aufzubauen. Die meisten Selbsthilfegruppen in diesem Bereich bleiben allerdings unter der öffentlichen Wahrnehmungsschwelle, weil sich die Erkrankung nur schlecht für eine medienwirksame Darstellung eignet.

In praktisch allen EU-Mitgliedstaaten gibt es heute einen Dachverband für seltene Erkrankungen. In einigen Ländern haben Betroffene einen rechtlichen Sonderstatus erkämpft. So etwas macht den Alltag erträglicher, zum Beispiel wenn man nicht mehr jedes Quartal zum Chefarzt/zur Cheärztin gehen und um Bewilligungen für Medikamente oder Heilbehelfe bitten muss. Menschen mit seltenen Erkrankungen haben mit vielen Einschränkungen und Belastungen zu kämpfen. Innerhalb der österreichweiten Allianz für seltene Erkrankungen, Pro Rare Austria, unterstützen sie sich gegenseitig. Das Netzwerk bündelt Ressourcen und Know-how und verschafft den »Seltenen« Gehör. Pro Rare Austria ist Sprachrohr für die vielfältigen Anliegen und möchte – allen Betroffenen – eine gemeinsame, kräftige Stimme geben. Denn: Seltene Erkrankungen sind selten, PatientInnen mit seltenen Erkrankungen sind jedoch zahlreich.

Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen

Der Nationale Aktionsplan für seltene Erkrankungen, Kurztitel: NAP.se, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Nationalen Koordinationsstelle für seltene Erkrankungen (NKSE) in Zusammenarbeit mit den zwei beratenden Gremien – ExpertInnengruppe für seltene Erkrankungen und Strategische Plattform für seltene Erkrankungen – erstellt. Die zentralen Financiers im Gesundheitswesen, Bund, Länder, Sozialversicherungen, waren in den gesamten Prozess der Erstellung des NAP.se eingebunden: als Mitglieder der zwei zuvor genannten Gremien, ebenso wie als Mitglieder der Fachgruppe Planung, denen der NAP.se bei mehreren Sitzungen zur Kenntnis gebracht und zur Begutachtung vorgelegt wurde. Darüber hinaus waren weitere relevante Ministerien – die Bundesministerien für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz sowie für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft – durch ihre Vertretung in der ExpertInnengruppe für seltene Erkrankungen maßgeblich in der Erstellung des NAP.se involviert.

Der NAP.se setzt neun zentrale Themenschwerpunkte (= Handlungsfelder), die sowohl die europäischen Empfehlungen als auch die nationalen Erfordernisse berücksichtigen. Die neun Handlungsfelder (HF) sind:

- HF 1: Abbildung der seltenen Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialsystem
- HF 2: Verbesserung der medizinisch-klinischen Versorgung der von seltenen Erkrankungen Betroffenen
- HF 3: Verbesserung der Diagnostik von seltenen Erkrankungen
- HF 4: Verbesserung der Therapie und des Zugangs zu Therapien für von seltenen Erkrankungen Betroffene
- HF 5: Förderung der Forschung im Bereich seltene Erkrankungen
- HF 6: Verbesserung des Wissens über und des Bewusstseins hinsichtlich seltene/r Erkrankungen
- HF 7: Verbesserung der epidemiologischen Kenntnisse im Kontext seltener Erkrankungen
- HF 8: Einrichtung ständiger Beratungsgremien für seltene Erkrankungen beim BMG
- HF 9: Anerkennung der Leistungen der Selbsthilfe



© LiljGraphie - Fotolia.com

Auch Pro Rare Austria bzw. VertreterInnen verschiedener Selbsthilfeorganisationen haben über mehrere Jahre in der ExpertInnengruppe für seltene Erkrankungen intensiv mitgearbeitet und so ganz wesentlich zur Erstellung des NAP.se beigetragen.

Anlässlich des Tages der Seltenen Erkrankungen am 28. Februar 2015 präsentierte das Bundesministerium für Gesundheit den NAP.se und veröffentlichte ihn auf ihrer Website.

Dort heißt es dazu: »Der Plan soll für die Betroffenen eine bessere Versorgung ermöglichen. Eine bessere Koordination soll zu einer Verbesserung der Diagnostik und Therapie von seltenen Erkrankungen führen.« Nun geht es von der Planung in die Umsetzung. Pro Rare Austria ist auch weiterhin als Beirat für Seltene Erkrankungen aktiv und konstruktiv an der Umsetzung der Maßnahmen, die im NAP.se zusammengefasst sind, beteiligt.

Dr. Rainer Riedl

stische Fibrose ... Ichthyose ... Fibromyalgie ... Tubuläre Sarkom ... Familiäres Parkinson-Syndrom ... Morbus Hodgkin ... Marfan Syndrom
 ccharidosen ... Spina bifida ... Hämophilie ... Myasthenia gravis ... Morbus Waldenström ... Kälteagglut
 chdruck ... Juvenile chronische Arthritis ... Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ... Amyotrophe Lateralsklerose ... Prader-Willi-Syndrom
 il ... Morbus Wilson ... Lymphangiomyomatose ... Morbus Refsum ... Morbus Addison ... Adrenoleukodystrophie

**AUF GEHT'S, MARSCH
 DER SELTENEN ERKRANKUNGEN**
SAMSTAG, 27. FEBRUAR 2016
 10:30 Uhr am Christian-Broda-Platz (beim Westbahnhof)

DAS PROGRAMM 2016:

- 10:30 Treffpunkt am Christian-Broda-Platz, 1060 Wien
- 11:00 Start „Marsch der seltenen Erkrankungen“
- 12:00 Eintreffen im MuseumsQuartier, Ausklang im Innenhof
- 12:30 Informationen über Pro Rare Austria, Barocke Suite A, B, C (Q21 im MuseumsQuartier)
- 13:30 Generalversammlung Pro Rare Austria

terstitielle Cystitis ... Morbus Cushing ... Neurofibromatose ... Porphyrrie ... Morbus Waldenström ... Kälteagglut
 yndrom ... Osteogenesis imperfecta ... Ehlers-Danlos Syndrom ... Sarkoidose ... Asperger-Syndrom ... Morbus Reiter
 ett-Syndrom ... Wilms Tumor ... Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ... Amyotrophe Lateralsklerose ... Prader-Willi-Syndrom
 Dermatomyositis ... Retinitis pigmentosa ... Morbus Refsum ... Morbus Addison ... Adrenoleukodystrophie
 Gaucher ... Sjögren-Syndrom ... Alpers-Syndrom ... Chorea Huntington ... Morbus Waldenström ... Kälteagglut

Wenn unorthodox Normalität darstellt



Die Arbeit auf C3, der einzigen Behindertenpsychiatrie in Österreich, stellt PhysiotherapeutInnen vor Herausforderungen. Der Fachbereich ist jedoch auch sehr lohnend. Ein Bericht aus der Praxis.

Spätestens seit der parlamentarischen Anfrage vom Februar 2015 ist weitgehend bekannt, dass es sich bei der Station C3 um die einzige Behindertenpsychiatrie Österreichs handelt. Im Pavillon C am Rosenhügel (KH Hietzing in Wien) werden Erwachsene mit Dualdiagnosen, das heißt mit primärer Intelligenzminderung und einer psychiatrischen Diagnose betreut.

Herausforderungen für die Physiotherapie

Bei vielen PatientInnen ist zum Zeitpunkt der Zuweisung noch nicht klar, was hinter dem veränderten Verhalten steckt, das zur Aufnahme geführt hat. Es können daher im interdisziplinären Team noch keine Behandlungsziele definiert werden und der physiotherapeutische Prozess gestaltet sich anders als gewöhnlich. Häufig steht ein langwieriger Versuch der Kontaktaufnahme am Beginn der Behandlung, bevor überhaupt an Befund, Festlegen von Behandlungszielen und die Auswahl von geeigneten Maßnahmen zu denken ist. Die Bandbreite der intellektuellen und motorischen Fähigkeiten der PatientInnen auf C3 ist groß, sodass von der reinen Beobachtung als Befundinstrument bis zum Einsatz der Berg Balance Scale vieles möglich ist.

Bei einem Großteil unserer PatientInnen steht die Bewegung an sich im Vordergrund. Für manche der AutistInnen ist es eine Leistung, die Station zu verlassen, um mit den Therapeutinnen in den Bewegungs- oder Behandlungsraum zu gehen, ohne sich dort in eine schützende Ecke zurückzuziehen. Den Körper in Bewegung zu erleben, Stiegen zu steigen oder die Strecke von einer Seite des Ganges auf die andere im aufrechten Gang und nicht auf Knien zurückzulegen, erfordert Mut und Geduld von beiden Seiten.

Am anderen Ende des Spektrums stehen z. B. PatientInnen, die in betreuten Wohneinheiten leben und dort gestürzt sind und lange gelegen haben. Die Kombination von einem post fall Syndrom mit sacralem Decubitus, einer intellektuellen Behinderung und Schmerzen stellt eine denkbar schlechte Ausgangsposition dar.

»PHYSIOTHERAPIE IST FÜR MICH DER SCHLÜSSEL ZUM KENNENLERNEN DES KÖRPERS UND SEINER FUNKTIONEN.«

Dr. Barbara Hess



Dr. Barbara Hess,
stationsführende Ärztin,
im Gespräch

Was ist das Besondere an C3?

C3 ist eine Orchidee für alles! Die PatientInnen kommen mit sehr bunten, vielfältigen Diagnosen. Sie kommen auf die Psychiatrie, da sie ihre somatischen Beschwerden mit psychiatrischen Symptomen anzeigen z. B. mit Schreiatacken, Schlafstörungen, Auto- und Fremdaggression usw. Die Ursachen für dieses Verhalten können Zahnschmerzen, Koliken, übersehene Frakturen, maligne Erkrankungen, Katarakt und vieles andere mehr sein. Wir behandeln Behinderte mit psychiatrischen Diagnosen oder Symptomen. Die Intelligenzminderung an sich ist laut ICD10 bereits eine psychiatrische Diagnose. Viele PatientInnen sind nonverbal und befinden sich in der emotionalen Reife durchschnittlich auf dem Entwicklungsstand von Zwei- bis Sechsjährigen, was eine sehr komplexe Herangehensweise erfordert. Die Mehrheit der PatientInnen ist besachwaltet, meist fremdbetreut und hat Eltern mit einem langen Leidensweg, die mitbetreut werden.

Was sind die Erwartungen und Wünsche an die Physiotherapie? Wie sieht die Rolle der Physiotherapie aus?

Ich erwarte eine individuelle, offene Herangehensweise an die PatientInnen, da oft der Auftrag noch nicht klar ist. Physiotherapie ist für mich der Schlüssel zum Kennenlernen des Körpers und seiner Funktionen. Oft ist die Wahrnehmung eingeschränkt, die PatientInnen trauen sich vieles nicht (mehr) zu. Physiotherapie ist auch der Schlüssel zum Heranführen an ein wieder „bewegtes“ Leben z. B. alleine aufstehen, gehen, Stiegen steigen, Ballspielen usw. Besonderen Stellenwert hat auch die Gruppentherapie, wo sich die PatientInnen voneinander etwas abschauen können und Vertrautes wiedererkennen, annehmen und dann umsetzen lernen. Als ideal betrachte ich eine Kooperation im Gruppensetting z. B. Physiotherapie und Musiktherapie in einer Tanzgruppe. Auch die Rehabilitation von PatientInnen z. B. nach einem post fall Syndrom findet auf C3 statt.





Aldijana Beharic,
stellvertretende
Stationsleitung,
im Gespräch

Was ist das Besondere an C3?

Das Besondere, das ganz Besondere ist, dass man mit wenigen Grenzen arbeiten kann. Es ist selten möglich, zu sagen: »Das liegt nicht in meinem Zuständigkeitsbereich.« Das kann man den PatientInnen nicht erklären. Die Theorie ist nicht 1:1 umsetzbar. Was hier gelebt wird, kann man nirgendwo lernen. Wir brauchen viel Improvisationstalent – materiell und emotional. Jede MitarbeiterIn auf C3 muss sich auf die Situationen einstellen können und muss »Ordnung im Chaos« haben. Es ist wichtig, Prinzipien über Bord werfen und unorthodoxe Maßnahmen setzen zu können und zu dürfen. Schema F ist nicht möglich, (viele) Regeln sind nicht möglich, da die PatientInnen die Konsequenzen nicht verstehen. Sie sind in ihrer Behinderung gefangen.

Was sind die Erwartungen und Wünsche an die Physiotherapie? Wie sieht die Rolle der Physiotherapie aus?

Die Physiotherapie ist sehr wichtig, weil geistig Behinderte oft auch körperliche Behinderungen haben. Pflegepersonen haben oft das Auge für körperliche Schwächen nicht und nehmen mehr als »normal« hin. Sie erkennen den Schmerz oder sehen die Schwellung, aber ein verändertes Gangbild fällt oft nicht auf.

PhysiotherapeutInnen sehen es, erkennen die Ursache und können ein entsprechendes Training anbieten. Wünschen würde ich mir mehr sportliche Aktivitäten v. a. für die jüngeren PatientInnen, dass die Therapie über sportliche Aktivitäten stattfindet, wenn es möglich ist, statt auf konventionellem Weg. Was sehr gut ist, ist die Flexibilität der Therapeutinnen. Das funktioniert!

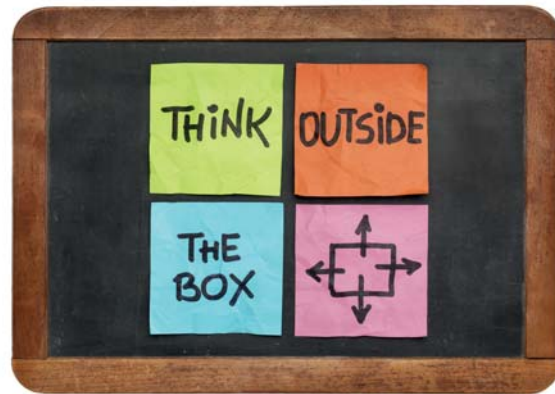
LINK

Parlamentarische Anfrage »386187«

www.parlament.gv.at

ICD-Code F70-F79

www.icd-code.de



© Marek - Fotolia.com

Aus Sicht der Therapeutinnen

Verständnis und gegenseitiges Vertrauen sind die Grundlage für die Arbeit auf C3. Als Therapeutin muss ich abschätzen lernen, ob und wo ich die PatientInnen berühren darf, wie ich sie ansehen und ansprechen muss, damit sie sich sicher fühlen und ich kein fremdaggressives Verhalten provoziere. Die Kommunikation und Aufgabenteilung aller Beteiligten hat einen hohen Stellenwert. So begleiten u. U. Physiotherapeutinnen PatientInnen in die Unfall- bzw. pulmonologische Ambulanz, da sie einerseits die Informationen aus ersten Hand bekommen und andererseits, die Abläufe z. B. bei der Lungenfunktion den PatientInnen besser erklären können, um zu einem aussagekräftigen Untersuchungsergebnis zu kommen. Der Kaffee zwischendurch und die Zigarette danach, um Patient Karl etwa bei Laune zu halten, gehören dann einfach dazu.

Der Alltag der Physiotherapeutinnen von C3 wird von Fragen begleitet – Was erwartet mich heute? Wie nähere ich mich Herrn/Frau XY? Kann ich mich mit ihm/ihr auf den Sportplatz oder gar auf die Kletterwand wagen? Ist er/sie heute mehr oder weniger psychotisch oder depressiv und was bedeutet das für die heutige Therapieeinheit? – und ist durch intuitives und an die Situation angepasstes Vorgehen gekennzeichnet. Unorthodoxe Maßnahmen haben genau so ihren Platz wie ein Spaziergang, wenn er das Mittel der Wahl ist. Wenn am Ende einer Einheit dann die Frage: »Wann komme ich wieder dran?« steht, weiß man, dass es sich lohnt.

Eva Müllauer

»JEDE MITARBEITERIN AUF C3 MUSS SICH AUF DIE SITUATIONEN EINSTELLEN KÖNNEN UND MUSS »ORDNUNG IM CHAOS« HABEN. ES IST WICHTIG, PRINZIPIEN ÜBER BORD WERFEN UND UNORTHODOXE MASSNAHMEN SETZEN ZU KÖNNEN UND ZU DÜRFEN.«

Aldijana Beharic

Das Erfolgsmodell in der Rückentherapie

Effizient • Erfolgreich • Profitabel

Segmentale Stabilisation

- leichtere Reaktivierung von M. transversus und M. multifidus durch kleinste sensorüberwachte Bewegungen

Effiziente Therapie

- erprobte Therapiepläne
- Gruppentraining ohne Qualitätsverlust
- 1-Jahres Rückenprogramm

Erprobtes Marketing

- zielgruppengerechte Marketingkampagnen
- vielfältige Werbematerialien
- Online-Terminplaner und Evaluationstool
- Gebietsschutz



www.EDELWEISS-verbundgen.at



Multifidus-Trainer



Transversus-Trainer



Standing-Stabilisation



Lateral-Shifting



Standing-Rotation

Videos zum Thema



Domitner GmbH, Herrgottwiesgasse 149, A-8055 Graz
Tel: +43 316 27 12 00 | office@domitner.com

 **Domitner**
Your Partner for Health & Prevention

Wie ein Flügelschlag

**Physiotherapie bei Schmetterlingskindern –
ein Erfahrungsbericht aus der Praxis**

»WIR ÜBEN UND TRAINIEREN
DANN IMMER GEMEINSAM,
DENN ZU ZWEIT MACHEN ALLE
ÜBUNGEN MEHR SPASS.«





Ich habe das Glück, mit einem Kind arbeiten zu können, das sehr begeisterungsfähig und motiviert ist. Gerald ist 9 Jahre alt und besucht die Volksschule. Er ist immer offen für neue Ideen und versucht gerne auch mal, anstrengende und etwas schwierige Übungen mit mir zu machen. Seit zwei Jahren darf ich Gerald bereits betreuen.

Das Hauptaugenmerk bei Kindern mit dem Krankheitsbild Epidermolysis bullosa, einem Schmetterlingskind, liegt für mich in erster Linie beim altersentsprechenden Umgang mit Wünschen und Anliegen des Kindes. Wenn z.B. in der Schule viele Stufen zu bewältigen sind, ist es natürlich ein Ziel, dass das Kind die Stufen alternierend mit und ohne Halten am Geländer gehen lernt. Dazu muss nicht immer direkt an der Stiege gearbeitet werden. In der Physiotherapie bieten sich viele Möglichkeiten, die Beinmuskulatur zu stärken und das Gleichgewicht zu trainieren. Wir arbeiten dazu gerne im Freien, auf der Wiese, wo das Gelände uns Steigungen vorgibt, die bewältigt werden müssen. Das Trampolin bietet sich an, um am Gleichgewicht zu arbeiten. Auch das Theraband findet bei uns Verwendung. Übungen zur Stärkung der Bein- und der Rumpfmuskulatur sind außerdem sehr wichtig, damit diese Kinder weniger sturzgefährdet sind. Sie lernen, sich schneller und sicherer auszubalancieren, und vermeiden dadurch den einen oder anderen Sturz.

Abwechslungsreiche Therapie

Wir gestalten die Therapie sehr abwechslungsreich, damit wir den ganzen Körper auf unterschiedliche Weise stärken und trainieren. Die Möglichkeiten dazu ergeben sich meist aus den vorhandenen Gegebenheiten des Umfelds des Kindes. Ein Garten mit Unebenheiten, Bäumen, Bordsteinen zum Balancieren, Fahrzeuge wie Roller oder ein »Bobby car« finden immer wieder Anklang bei Gerald. Auch im Haus gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, um zu arbeiten: Therabänder, Wackelkissen, Pezzibälle und dergleichen sind immer wieder sehr beliebt. Wir üben und trainieren dann immer gemeinsam, denn zu zweit machen alle Übungen mehr Spaß. Dabei kann man deutlich sehen, dass bestimmte Übungen mit der Zeit immer sicherer

und mit mehr Durchhaltevermögen ausgeführt werden können. Das motiviert Gerald natürlich genauso wie mich. Wir machen auch Dehnungseinheiten wie »richtige SportlerInnen«, damit der Körper geschmeidiger wird und um Haltungsfehlern entgegen wirken zu können. Das ist meiner Meinung nach ein sehr wichtiger Aspekt, denn Kinder in Gerald's Alter sind gezwungen, viele Stunden in der Schule und beim Erledigen der Hausaufgaben zu sitzen. Auch der Reiz des Fernsehers und digitaler Spiele lässt die Kinder viel zu viel Zeit im Sitzen verbringen. Ausgleichsbewegungen mittels Dehnung und Bewegung im Freien sind deshalb sehr wichtig.

Motivation im Zentrum

Das Wichtigste aber ist immer die momentane Ausgangslage, ob Blasen das Gehen zurzeit behindern, oder anderswo die Bewegung einschränkt wird durch offene Stellen. Als TherapeutIn muss man immer flexibel auf diese Ausgangslage reagieren können. Ich als Physiotherapeutin empfinde es als meine Aufgabe, Gerald dazu motivieren zu können, sich gerne zu bewegen, ohne Angst dabei haben zu müssen, dass er sich verletzen könnte. Vor allem Spaß sollte immer mit dabei sein, denn ohne Spaß übt und trainiert niemand gern. Ich bin sehr froh, auf so vielfältige Weise mit Gerald arbeiten zu können, und dabei zu bemerken, dass ihm Bewegung Freude bereitet, dass er dadurch sicherer und kräftiger wird und dadurch auch der Alltag einfacher zu bewältigen ist.

Elisabeth Sengl

Debra Austria

Die Patientenorganisation DEBRA Austria wurde 1995 gegründet und hilft Menschen, die mit Epidermolysis bullosa (EB) leben. Seit 2005 gibt es mit dem EB-Haus Austria eine Spezialklinik für »Schmetterlingskinder«.

Schmetterlingskinder

Betroffene bezeichnen wir als »Schmetterlingskinder«, weil ihre Haut so verletzlich ist wie die Flügel eines Schmetterlings. EB zählt zu den seltenen Erkrankungen. In Österreich sind rund 500, in Europa etwa 30.000 Menschen betroffen. Das öffentliche Gesundheitssystem ist auf die besonderen Herausforderungen einer derartigen Erkrankung nicht vorbereitet. Daher sind medizinische Versorgung, Forschung und individuelle Unterstützung für die »Schmetterlingskinder« derzeit nur mit Spenden möglich.

Das Krankheitsbild

EB bewirkt, dass die Haut schon bei geringsten Belastungen Blasen bildet oder reißt. Wunden treten auch an Schleimhäuten, in Mund, Augen, Speiseröhre und im Magen-Darm-Trakt auf. Bei schweren Formen von EB ist die Lebenserwartung verkürzt. Ein Leben mit EB ist eine große Herausforderung für Betroffene und Angehörige.



SPENDEN UNTER

www.schmetterlingskinder.at/spenden
sowie unter

AT22 6000 0000 9000 0041, BIC: OPSKATWW

Damit Knochen nicht brechen

Physiotherapie bei Osteogenesis imperfecta

Osteogenesis imperfecta (OI)

Die Osteogenesis imperfecta (OI), auch Glasknochenkrankheit genannt, beruht auf einer angeborenen Störung des Knochenstoffwechsels. Die Häufigkeit wird auf ca. 4 bis 7 pro 100.000 EinwohnerInnen geschätzt. Hauptsymptome sind eine hohe Knochenbrüchigkeit während des Wachstums, auch bei geringen Anlässen, aufgrund einer reduzierten Knochenmasse, sowie Skelettdeformierungen insbesondere der langen Röhrenknochen und der Wirbelsäule. Zusätzlich kommt es bei den PatientInnen zu einem unterschiedlich stark ausgeprägten Kleinwuchs. Durch eine genetische Veränderung ist die Produktion von Kollagen, welches ein wesentlicher Baustein der Knochen sowie des Bandapparates ist, gestört. Dadurch kann es zu einer Hypermobilität der Gelenke kommen. OI ist eine reine Körperbehinderung ohne Einschränkung der intellektuellen Fähigkeiten der Betroffenen.

LINKS

Deutsche OI-Gesellschaft
www.oi-gesellschaft.de

Österreichische OI-Gesellschaft
www.glasknochen.wordpress.com

Rehabilitation für PatientInnen mit Osteogenesis imperfecta
www.unireha.uk-koeln.de/zentrum-kinder-rehabilitation/oi-mobil-bei-osteogenesis-imperfecta



Die Ausprägung der Osteogenesis imperfecta (OI) variiert stark. Einige PatientInnen haben nur wenige Frakturen in der Kindheit und sonst keine Einschränkungen bei fast normaler Körpergröße. Andere sind aufgrund rezidivierender Frakturen, ausgeprägtem Kleinwuchs und Verbiegungen der Röhrenknochen nicht stehfähig. Bei allen Formen nimmt die Frakturrate nach der Pubertät ab. Ab diesem Zeitpunkt sind hauptsächlich noch Einschränkungen durch bestehende Verformungen und degenerative Veränderungen zu erwarten.

Therapeutische Möglichkeiten

Die Therapie der OI basiert auf drei Säulen (Abb.1), nämlich Medikamente, orthopädische Behandlung und Physiotherapie.

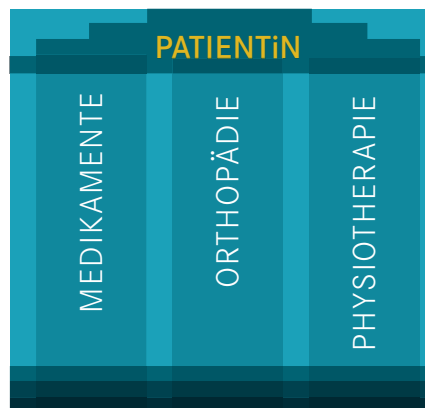
MEDIKAMENTE

Die Therapie mit Bisphosphonaten ist bei Kindern und Jugendlichen mit mittleren oder schweren Verlaufsformen einer OI als Standard anzusehen. Bisphosphonate führen zu einer Hemmung des Knochenabbaus. Dadurch wird eine Zunahme der Knochenstabilität erreicht, chronische Skelettschmerzen reduziert und die Mobilität gesteigert. Die Bisphosphonattherapie ist vor allem während des Wachstums effektiv und wird nach der Pubertät beendet. Eine Wiederaufnahme der Therapie kann bei chronischen Skelett- und Rückenschmerzen wieder notwendig werden. Andere Medikamente werden derzeit in Studien untersucht.

ORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Nicht dislozierte Frakturen werden häufig durch Immobilisation behandelt. Eine Fraktur bei PatientInnen mit OI benötigt keinen längeren Heilungsverlauf als bei nicht betroffenen PatientInnen. Die Immobilisationsphase sollte so kurz wie möglich gehalten werden, um einem Abbau von Muskulatur und Knochenmasse vorzubeugen. Bei dislozierten Frakturen der Extremitätenknochen oder zur Begradigung von Deformierungen kommen operative Maßnahmen unter Verwendung von intramedullären Teleskopnägeln zum Einsatz. Diese bestehen aus zwei in einander geschobenen Teilen, die während des Wachstums auseinander gleiten können und den Knochen über viele Jahre von innen »schienen«.

Eine Begradigung von Deformierungen der Beine sollte erwogen werden, wenn die Mobilität der PatientInnen dadurch eingeschränkt ist. Bei Kindern, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Gesamtsituation nicht stehfähig sind, sollte eine Begradigung kritisch überdacht werden.



PHYSIOTHERAPIE

Das Ziel der Physiotherapie ist, durch Kräftigung des muskuloskelettalen Systems eine möglichst große Selbstständigkeit für die PatientInnen zu erzielen. Früher stand Immobilisation im Vordergrund, heute werden die PatientInnen frühzeitig zu Bewegung motiviert und zu Selbstständigkeit ermutigt, da eine gut ausgeprägte, aktive Muskulatur auch zu einer verbesserten Stabilität der Knochen führt.

Die physiotherapeutische Begleitung beginnt bereits im Säuglingsalter und kann bis ins hohe Alter fortgeführt werden. Die Schwerpunkte der Therapie gestalten sich in den verschiedenen Phasen unterschiedlich. Eine wichtige Aufgabe in der Physiotherapie ist der Angstabbau. Anfangs betrifft die Angst die Eltern und weitere Betreuungspersonen des Kindes, wie Pflegepersonal oder ErzieherInnen. Später kommt es bei den Kindern selbst zu Ängsten, erneut Frakturen zu erleiden. Sie vermeiden Bewegungen, dadurch kann es zu einem Verlust der Mobilität kommen. Ziel ist, durch Beratung und Aufzeigen von Fähigkeiten Ängste abzubauen.

Ansätze der Physiotherapie

Im Säuglingsalter werden Eltern im Handling angeleitet, es werden verschiedene Hebe- und Tragevarianten ausprobiert, Alltagsaktivitäten wie Wickeln, An- und Ausziehen, Baden etc. werden geübt. Den Eltern werden verschiedene Lagerungsmöglichkeiten gezeigt. Durch die Physiotherapie werden die Kinder in ihrer Entwicklung unterstützt. Gerade in dieser ersten Phase müssen die Eltern in vielfältiger Richtung beraten werden. Hilfreich kann ein Kontakt zu Selbsthilfegruppen sein. So früh wie möglich sollten OI-PatientInnen aktiv in seine Behandlung einbezogen werden. Ziele werden gemeinsam festgelegt und erarbeitet. Bevorstehende Aktivitäten werden verbal besprochen. Die PatientInnen haben dadurch die Möglichkeit, aktiv mitzuarbeiten.

Im Kindes- und Jugendalter ist im Hinblick auf ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben besonders wichtig, neue Bewegungsabläufe und höhere motorische Funktionen zu erproben, damit das Kind nicht hinter seinen Möglichkeiten zurückbleibt.

© Unireha Köln



»EINE WICHTIGE AUFGABE
IN DER PHYSIOTHERAPIE
IST DER ANGSTABBAU.«

Der selbständige Transfer vom Liegen zum Sitzen, wie auch aus dem Rollstuhl auf z.B. Bett, Stuhl, Toilette etc. muss genauso erarbeitet werden, wie das Gehen mit dem Rollator, das Überwinden von Treppenstufen oder das freie Gehen. Die Physiotherapie wird an die aktuelle Mobilität der PatientInnen angepasst. Rezidivierende Frakturen führen häufig zu Phasen der Immobilisation. Hier besteht die Aufgabe der Physiotherapie, die Beweglichkeit und Kraft zu trainieren, um vormalig vorhandene Fähigkeiten wiederzuerlangen und auszubauen. Neben der Unterstützung beim Erlernen von Bewegungsabläufen ist die Nutzung und Anpassung adäquater Hilfsmittel (Rollstühle, Rollatoren etc.) ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Hilfsmittel sollten leicht und gut angepasst sein, da auch mit reduzierter Kraft ein selbständiges Nutzen möglich sein muss. Angst vor erneuten Frakturen tragen die PatientInnen ein Leben lang unterschwellig mit sich. Hier kann auch frühzeitig eine psychologische Betreuung in das Gesamtkonzept integriert werden.

Beim Handling und Lagern sollte erhöhter punktueller Druck vermieden werden. Es gilt, die PatientInnen großflächig anzufassen und ruckartige Bewegungen, vor allem in Kombination mit Rotation zu vermeiden. Dies muss nicht nur bei der Positionierung der PatientInnen in einem Stuhl oder im Bett beachtet werden, sondern unbedingt auch beim Anheben und bei Transfers. Trotz eines erhöhten Frakturrisikos ist es essentiell, dass die PatientInnen gerade im Kindes- und Jugendalter zu aktiven Bewegungen angehalten werden, da sie nur so ihre Selbständigkeit entwickeln können. Wichtig ist die soziale Integration. Die Betroffenen haben keine Einschränkungen der mentalen Fähigkeiten. Weder ihre intellektuelle Ausbildung noch ihre soziale Kompetenz dürfen durch die im Kindesalter auftretenden skelettalen Probleme eingeschränkt werden.

Brigitte Müller, Dr. Oliver Semler



Lehrinstitut
für Manuelle Lymphdrainage,
Komplexe Physikalische Entstauungstherapie



Ausbildung ML/KPE nach der Original Földi-Methode

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

Földischule GmbH

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



**Lehrgangsort ist das Fortbildungszentrum
FBZ Klagenfurt**

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



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





In Zeiten der Diskussionen um Qualität und Transparenz im Sinne der PatientInnensicherheit und best-möglichen Gesundheitsversorgung, wurde im Sommer diesen Jahres ein Gesetzesentwurf für das »EU-Berufs-anerkennungsgesetz Gesundheits-berufe 2016« vorgelegt, der an der Orientierung an den von der Gesundheitspolitik stets propagierten Werten zweifeln lässt.

Herausforderung Freizügigkeit

Partieller Berufszugang – Ein Schritt in Richtung PatientInnengefährdung?

Eine Richtlinie der Europäischen Union über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (RL 2013/55/EU) macht es erforderlich, dass sich die Mitgliedsstaaten mit Teilzulassungen bzw. »Partiellen Berufszugängen« von gesetzlich geregelten Berufen auseinandersetzen. Die Umsetzung ist bereits für Anfang 2016 vorgesehen. Von dieser Notwendigkeit sind auch die Gesundheitsberufe und damit auch die Physiotherapie nicht ausgenommen. Ein »Partieller Berufszugang« bedeutet, dass ein/e im Ausland ausgebildete BerufsangehörigeR in Österreich bzw. einem anderen Zielland partiell Zugang zu einem gesetzlich geregelten Beruf erhält. Voraussetzung für diese Möglichkeit wäre z. B. dass die Unterschiede zwischen den Tätigkeitsfeldern so groß sind, dass der/die Berufsangehörige ein vollständiges Ausbildungsprogramm absolvieren müsste, um die Lücken auszugleichen. Das Erfordernis der Umsetzung von Richtlinien der Europäischen Union ist nachvollziehbar. Der Weg und die Art der Umsetzung des Gesetzgebers geben Grund zur Skepsis an einer ernsthaften Auseinandersetzung u.a. mit den Möglichkeiten, welche die Richtlinie der EU durchaus einräumt.

Verweigerung aus zwingenden Gründen

Mit einer partiellen Berufszulassung sind im Bereich des Gesundheitswesens einige Gefahren verbunden. Intransparenz und Unsicherheit, hinsichtlich Kompetenzen auch im Zusammenhang mit der Führung von Berufsbezeichnungen und tatsächliche Befugnisse, betreffen u.a. PatientInnen, Berufsangehörige wie nicht zuletzt auch ArbeitgeberInnen. So hat die EU die Möglichkeit eingeräumt, dass ein partieller Zugang aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses, insbesondere im Gesundheitsbereich – verweigert werden kann. Für diese Möglichkeit der Verweigerung des partiellen Zuganges wurden in Österreich jedoch noch keine konkreten Regelungen getroffen. So wurde auch noch nicht definiert, welche Berufe für eine Teilzulassung geeignet sind. Es wird davon ausgegangen, dass die Expertise der jeweiligen Berufsvertretungen, welche nicht zuletzt durch ihre internationale Vernetzung einen sehr guten Einblick über das jeweils eigene Berufsfeld im europäischen Raum haben, noch eingeholt wird.

Eigenschaften der Physiotherapie

Bis dato unberücksichtigt blieb im Bundesministerium für Gesundheit zudem, dass bereits Anfang 2014, im Zusammenhang mit dem Europäischen Berufsausweis – der ebenfalls 2016 umgesetzt werden soll – das Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend nach Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Physio Austria der Europäischen Kommission gemeldet hat, dass aufgrund der Eigenschaften der Physiotherapie nur eine Anerkennung des gesamten Berufes in Frage kommt. Physio Austria sowie MTD-Austria lehnten in ihren Stellungnahmen im Rahmen des Begutachtungsprozesses die Bestimmungen über den partiellen Berufszugang gemäß vorliegendem Entwurf ab und bringen sich weiterhin in den aktuell laufenden Gesetzwerdungsprozess im Sinne der Qualitätssicherung und des PatientInnenschutzes ein.

Stellungnahmen

Die Stellungnahmen zum EU-Berufsanerkennungsgesetz von Physio Austria sowie MTD-Austria finden sich auf www.physioaustriat.at

Europäischer Berufsausweis

Der Europäische Berufsausweis (EBA) ist kein Ausweis im eigentlichen Sinne, sondern ein elektronisches Verfahren für die Anerkennung von Berufsqualifikationen zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU). Er ermöglicht es, den AntragstellerInnen den Antrag online zu verfolgen. Er sollte ab 2016 zur Verfügung stehen. Der EBA ist der elektronische Nachweis dafür, dass alle Verwaltungskontrollen durchgeführt und die Berufsqualifikationen vom Aufnahmeland anerkannt wurden oder dass der/die AntragstellerIn die Voraussetzungen erfüllt, vorübergehend im Aufnahmeland Dienstleistungen zu erbringen (vgl. <http://ec.europa.eu>).

Der ER-WCPT, die Europäische Region des Weltverbandes für Physiotherapie, hat für PhysiotherapeutInnen, welche an der Berufsausübung im EU-Ausland Interesse haben und für die der EBA besondere Relevanz hat ein Informationsschreiben erstellt. Dieses ist im Mitgliederbereich der Webseite von Physio Austria, beim Informationsblatt »Arbeiten im Ausland«, einsehbar. www.physioaustria.at

Physiotherapie bewegt Hämophilie

Bewegung und Sport sind für Bluter essentiell zur Förderung von Lebensqualität, helfen aber auch das Risiko von Blutungen zu vermindern. Ein Erfahrungsbericht.

Hämophilie, auch Bluterkrankheit, ist eine x-chromosomal rezessiv vererbte Blutgerinnungsstörung. Sie wird durch einen Defekt eines einzigen Proteins der Gerinnungskaskade, einer Verminderung von Faktor VIII (Hämophilie A) oder Faktor IX (Hämophilie B) hervorgerufen. Der Mann, der das Erbmerkmal trägt, hat Hämophilie. In der Regel leiden nur Männer unter Hämophilie. Andere Blutgerinnungsstörungen kommen jedoch auch bei Frauen vor. Ein Hämophiler vererbt sein hämophiles Erbmerkmal über das X-Chromosom an alle seine Töchter. Diese Frauen sind nicht hämophil, können aber das hämophile Erbmerkmal wieder auf ihre Kinder übertragen. Fast die Hälfte der heute neu diagnostizierten hämophilen Kinder haben keine hämophilen Vorfahren. Die Hämophilie ist in diesen Fällen durch eine Veränderung in der Erbsubstanz (Mutation) zustande gekommen. Die Wissenschaft hat keine Erkenntnisse, welche schädigenden Einflüsse zu solchen Mutationen führen. Dass sie bei der Hämophilie A so häufig die Ursache sind, ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass das Erbmerkmal (Gen), das für die korrekte Herstellung des Gerinnungsfaktors VIII verantwortlich ist, sehr groß ist. Andere Blutgerinnungsstörungen kommen jedoch auch bei Frauen vor.

Klinisch äußert sich der Defekt durch Gelenks- und Muskelblutungen sowie in Blutungen der inneren Organe und Weichteile. Wiederkehrende Blutungen führen ohne Behandlung zu Schädigungen der Gelenke, der Knorpel und der Synovia. Diese Gelenksveränderungen bringen Muskelveränderungen mit sich, die zu Verkürzungen und Atrophien führen. Es kommt zu Gehbehinderungen, Immobilisierungen und Invalidität. Die klinische Symptomatik korreliert mit der Faktor VIII- oder Faktor IX Aktivität, es werden daher bei beiden Formen vier Schweregrade unterschieden:

- schwere Hämophilie: 0–1 Prozent Faktorrestaktivität
- mittelschwere Hämophilie: 2–5 Prozent Faktorrestaktivität
- leichte Hämophilie: 6–15 Prozent Faktorrestaktivität
- Subhämophilie: 16–50 Prozent Faktorrestaktivität

Die schwere und mittelschwere Verlaufsform der Hämophilie ist gekennzeichnet durch Spontanblutungen, die unvorhergesehen, überraschend auftreten und sehr schmerzhaft sind. Diese Belastungen setzen den Betroffenen für Stunden und manchmal Tage außer Gefecht, die Belastungen für den Patienten sind groß. Wiederholte Gelenksblutungen zerstören allerdings mit der Zeit wichtige Gelenkstrukturen und führen damit zu dauernder Körperbehinderung mit Schmerzen und Funktionsstörungen ähnlich wie beim RheumatikerInnen.



© ÖHG

Erste Blutungen treten vor allem in den Ellenbogen- und Sprunggelenken auf oder als Hämaturien. Unter 10.000 männlichen Neugeborenen findet sich statistisch gesehen ein Junge mit Hämophilie. Hämophilie A kommt sechs Mal häufiger vor als Hämophilie B. In Österreich sind rund 700 Hämophile erfasst, die mehr oder weniger regelmäßig ärztliche Hilfe in einem der Zentren in Anspruch nehmen. Die Hämophiliebehandlung besteht darin, durch Zufuhr von Faktor VIII oder Faktor IX in Form von Gerinnungskonzentraten (aus menschlichem Blutplasma oder gentechnisch hergestellten Konzentraten) einer sogenannten Prophylaxe (dreimal wöchentlich intravenös) ein nahezu »normales« Leben zu führen.

Bewegung und Hämophilie

Hämophile und die physiotherapeutische Behandlung sowie das Interesse für diese lebensbegleitende Erkrankung wurden durch mein Praktikum auf einem sogenannten »Hämophilie Rehabilitation Sommerlager« vor 20 Jahren geweckt. Seit damals hat sich nicht nur die medizinische Therapie verbessert, auch aus physiotherapeutischer Sicht wird deutlich, dass eine Bewegungsvielfalt zur Lebensverbesserung beiträgt. Das Rehabilitation-Sommerlager entwickelte sich zum Sportcamp mit physiotherapeutischer Betreuung, weitere Möglichkeiten, mit Gleichgesinnten Sport zu machen, sind Jugend- und Wintercamps. Als ich meine Diplomarbeit zum Thema »Wahrnehmungsschulung bei Hämophilen zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit« verfasste, dachte ich, revolutionär in dieser Sache zu sein. Ich erinnere mich gerne zurück, mit jugendlichem Leichtsinn oder einfach nur intuitiv gehandelt und vieles gemacht zu haben, das sich bewährt hat und wichtig ist. Hämophile sollen sich bewegen, Bewegungserfahrungen machen und sie wissen genau was ihnen gut tut und was nicht. Als Therapeutin kann ich vertrauen, dass hämophile Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene Experten für ihr »Krankheitsbild« sind. Für mich gehört Physiotherapie oder besser gesagt die physiotherapeutische präventive Begleitung ab der Diagnosestellung »Hämophilie«, genauso wie die medizinische Substitutionstherapie, zum Behandlungsschema. Damit kann den typischen Beugestellungen in Hüfte, Knie, Ellenbogen und Spitzfuß entgegengetreten werden, noch vor 20 Jahren, als die Substitutionstherapie in den Kinderschuhen steckte, waren Kontrakturen unvermeidbar. Noch heute gibt es Staaten in Europa, die nicht ausreichend Gerinnungspräparate zur Verfügung haben und wo junge Patienten mit massiven Kontrakturen und Bewegungseinschränkungen leben müssen.


Österreichische Hämophile Gesellschaft

Selbsthilfenzentrum, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien

Tel.: +43(1)59 537-33, office@bluter.at

www.bluter.at

© freshidea – Fotolia.com

Zusammenarbeit mit den Eltern

In der Anfangsphase der Diagnose ist es wichtig, die Eltern zu ermutigen, dem natürlichen Bewegungsdrang ihres Kindes zu folgen und verschiedene Bewegungserfahrungen und Möglichkeiten anzubieten. Krabbeln, Klettergerüst, Rutschauto, Lauflernrad usw. sind wünschenswert und wichtig für einen heranwachsenden Hämophilen. Bieten wir ihm bereits im Kleinkinderalter die Möglichkeit, reichlich Bewegungserfahrung zu sammeln, gepaart mit Vertrauen in das Kind und die medizinische Betreuung durch das Hämophiliezentrum, wird es möglich, ein Leben ohne Fehl- und Überbelastungen zu führen. Schutzkleidung wie Ellenbogen- oder Knieschützer, Helme, spezielle Polsterung von Kleidungsstücken sollte vorbeugend und unterstützend eingesetzt werden. Physiotherapie und Training sind für die Prävention und Rehabilitation wirksam und daher unablässig. Blutungen gehören nach Empfinden des Patienten bewegt, beginnend mit passiv, anschließend passiv assistiv und, sobald es möglich ist, aktiv im schmerzfreien Bewegungsumfang. Man hat erkannt, dass Bewegung und Sport wesentlich zur Lebensverbesserung von Hämophilen beiträgt. Körperliche Aktivität ist ein wichtiger Bereich in einem gesunden Leben. Sport und Bewegung haben eine umfassende Wirkung auf unseren Körper, werden doch Seele und Geist neben dem Körper mit beeinflusst, ein positives Lebensgefühl wird gefördert. So ist die Teilnahme an Spiel, Sport und Spaß ein Weg, körperliche, seelische und geistige Lebensqualität zu erhalten. Dies gilt für Menschen mit und ohne Hämophilie.

»HÄMOPHILE SOLLEN SICH BEWEGEN
UND BEWEGUNGSERFAHRUNGEN
MACHEN. SIE WISSEN GENAU, WAS
IHNEN GUT TUT UND WAS NICHT.«



Heute weiß man, dass Bewegung und Sport bei Hämophilie sogar erst recht wichtig ist, denn:

- Sport und Physiotherapie helfen das Risiko von Blutungen zu vermindern.
- Stärkere Muskeln beschützen die Gelenke besser und verringern somit das Risiko für Verletzungen.
- Flexible Bänder geben dem Gelenk mehr Halt und Bewegungsmöglichkeit.
- Ein gestärktes Herz-Kreislauf System heißt auch verminderte Müdigkeit und vermindertes Verletzungsrisiko beim Sport.

Bestehen bereits Schäden in Form von Gelenksdeformierungen, Kontrakturen, Arthrosen oder Gehbehinderungen, soll die maximale Unabhängigkeit der Hämophilen von fremder Hilfe und Hilfsmitteln unter den gegebenen Voraussetzungen angestrebt werden. Bewährt haben sich dosierte Mobilisations- und Manuelle Techniken, Faszien-distorsionsmodell, Osteopathie sowie Entlastungstechniken. Unterstützend setze ich auch gerne Kinesiologische Tapes ein. Wichtig bei allen manuellen Behandlungen ist, wie bei allen PatientInnen, sie zu beobachten, Rücksprache zu halten und genaues Zuhören. Bei Hämophilen setze ich meine Sinne noch einmal aufmerksamer ein, denn für mich sind sie ganz »besondere Menschen«, die eine »besondere Behandlung« verdienen.

Monika Hartl



Der Körper als Ort des psychischen Geschehens

Physiotherapie für Menschen mit Essstörungen

Der Wert der körperorientierten Therapie wird in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen oftmals übersehen – obwohl wir wissen, dass dieser Ansatz hier großes therapeutisches Potential hat.

LITERATUR

Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine* 24/2: 187-194.

Holter, G. (2011). Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Deutscher Ärzte-Verlag.

Probst, M. et al. (2013). Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders* 1/3: 224-238.

Vancampfort, D. et al. (2013). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation* 35/26: 2191-2196.

Markser, V. Z. & Bar, K-J. (2015). Sport- und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Schattauer.

»BESONDERS WICHTIG IST ES, DEN BETROFFENEN MENSCHEN ZU UNTERSTÜTZEN, EINEN NICHT-WERTENDEN, OFFENEN UND FREUNDLICHEN BEZUG ZUM EIGENEN KÖRPER ZU ENTWICKELN.«



© Zerbor - Fotolia.com

In den 1960er Jahren begann mit grundlegenden Publikationen von Bruch eine Forschungslinie, die sich der veränderten und gestörten Leiblichkeit von Menschen mit Essstörungen zuwendete. Darauf aufbauend wurde klar belegt, dass eine spezifische physiotherapeutische Behandlung zu einem realistischeren Selbstbild und einem adäquaten Aktivitätslevel führen kann.

Das Bild, das sich ein Mensch von sich selbst macht, wird einerseits durch all seine Lebenserfahrungen und Wahrnehmungen formiert und aufrechterhalten. Andererseits ist es die grundlegende Referenz für sein Erleben, Handeln und Sein in Bezug auf sich und die Welt. In einem gewissen Rahmen ist es so normal und gesund, dass sich dieser Lebens-Hintergrund verändert. Auf der körperlichen Ebene entspricht diese Basis dem Körperschema und Körperbild. Bei Menschen mit Essstörungen finden wir Störungen in der Körperlichkeit, die Leiden und Infirmität mit sich bringen, also pathologisch sind.

Body Size Estimation

Typische Störungen des Körperschemas werden in der body size estimation deutlich. Der eigene Körper wird als normal oder zu dick eingeschätzt, obwohl Untergewicht beobachtet wird. Diese Ansicht erscheint oftmals unkorrigierbar und subjektiv gewiss. Die Körperbildstörung zeigt sich als eine negative Einstellung dem eigenen Körper gegenüber sowie im Aufstellen eigener Körpernormen, wie z.B. »meine Oberschenkelinnenseiten dürfen sich nicht berühren, wenn ich stehe«. Auch wenn Menschen mit Anorexie kognitiv wissen, dass sie zu dünn sind, fühlen sie sich dennoch zu dick. Häufig ist der assoziative Bezug zum eigenen Körper gestört – er wird als fremd, passiv oder taub erlebt.

Diese Störungen im Körpererleben wirken sich mitunter drastisch auf Denken und Handeln des betroffenen Menschen aus. Es kommt zu unrealistischen Vorstellungen über die Auswirkungen von Nahrungsaufnahme/-restriktion und über die Effekte von Bewegung und Sport auf das Körpergewicht. Häufig vorherrschend sind abnorme Ideen darüber, was andere Menschen über die körperliche Erscheinung der Betroffenen denken. Diese Störung

der Beziehung zum Außen, zur Welt, wird durch ein mangelndes Vertrauen in den eigenen Körper und ein niedriges Selbstwertgefühl verstärkt. Daraus resultieren der sozialer Rückzug und Meiden von exponierenden Situationen führen schließlich in einen Circulus vitiosus.

Physiotherapeutischer Ansatz

In der Physiotherapie ist zunächst der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung vordergründig. Weitere Ziele und Maßnahmen können sich an den Symptomen oder an den Ressourcen orientieren. Dabei ist zu bedenken, dass der symptomatische Zugang immer eine direkte Konfrontation mit der Erkrankung darstellt. Dies ist nur soweit sinnvoll, als auch ausreichend Sicherheit und Handlungsalternativen zugänglich bleiben.

Besonders wichtig ist es, den betroffenen Menschen zu unterstützen, einen nicht-wertenden, offenen und freundlichen Bezug zum eigenen Körper zu entwickeln. Es ist eine mitunter schwierige Aufgabe, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Akzeptanz auf dieser Basis geschehen kann. Typische Schwerpunkte in der Physiotherapie sind die Förderung von grundlegenden Ressourcen (z.B. der Bezug zum Boden), die Stimulation des Körperschemas, das Erlernen von Entspannungstechniken und Atemübungen sowie supervidierte körperliche Aktivität mit Fokus auf Freude und Genuss an körperlicher Betätigung. Gruppentherapie ist sinnvoll und wirksam, wenn sie nicht überfordert. Es können u. a. soziale Kompetenzen verbessert werden und das Rollenspiel bzw. die Exposition vor Anderen geübt werden.

Körpererfahrung und Körperbewusstsein sind Konstituenten von Ich-Stärke. Im günstigen Fall kommt es zu vermehrter Selbstsicherheit – einerseits durch Erleben von Struktur und Orientierung im eigenen Körper, andererseits durch Erleben von eigener Kraft, Ausdauer, Selbstwirksamkeit und Entspannung.

Stefan Perner BA, BSc.

Gehen, ging, gegangen

Ganganalyse – Was man sieht, ist oft nicht das Problem

© snyggg.de - Fotolia.com



»NICHT IMMER
HÄNGEN URSACHE
UND WIRKUNG
OFFENSICHTLICH
ZUSAMMEN.«

Der menschliche Gang ist ein zentrales Bewegungselement im Alltag und ein Indikator für die Gesundheit. Auffälligkeiten und Asymmetrien beim Gehen zu erkennen, ist nicht schwierig. Im Detail liegt jedoch die Krux.

Die meisten Laien erkennen, ob eine andere Person hinkt, humpelt oder »hatscht«. Die Herausforderung besteht jedoch darin, aus dem, was man am Gangbild eines Menschen sieht, für die Therapie sinnvolle Rückschlüsse abzuleiten. Was man an Auffälligkeiten im Bewegungsablauf beim Gehen erkennen kann, ist selten das eigentliche Problem, sondern die Strategie der PatientInnen, mit dem ursächlichen Problem umzugehen. Um PatientInnen mit Problemen beim Gehen eine zielgerichtete, gangspezifische Therapie zu ermöglichen, ist es daher unumgänglich, die vorliegende Bewegungsauffälligkeit genau zu analysieren und die möglichen Ursachen zu ergründen.

Ursache und Wirkung

Eine Auffälligkeit beim Gehen, welche sicher den meisten KollegInnen schon untergekommen ist, ist zum Beispiel die vermehrte Vorneigung des Oberkörpers während der Standphase. Die Ursachen dafür sind vielfältig: reduzierter Bewegungsumfang im Hüftgelenk, degenerative Veränderungen in der Wirbelsäule und viele mehr. Doch nicht immer hängen Ursache und Wirkung so offensichtlich zusammen. Einen weniger eindeutigen funktionellen Zusammenhang, der für die erfolgreiche Bewegungskorrektur entscheidend sein kann, soll an dieser Stelle erläutert werden. Dazu muss zuerst der physiologische Ablauf der Stoßdämpfungsphase beim Gehen genauer betrachtet werden. Wichtige Merkmale in dieser Phase sind (Abb. 1) die abrupte Gewichtsübernahme (60% des Körpergewichts in 0,02 Sekunden) bei einer Flexionsbewegung des Kniegelenks bis ca. 15 Grad Flexionsstellung, um die wichtigste Stoßdämpfung des Körpers beim Gehen zu gewährleisten.

KURSANKÜNDIGUNG

**Ganganalyse und Gangtherapie
in der Orthopädie und Traumatologie
21. und 22. Juni 2016**

Physio Austria Kurszentrum, Wien
Andreas Jocham, MSc

WEITERE INFORMATION UND ANMELDUNGEN VIA
www.physioaustria.at/kursprogramm

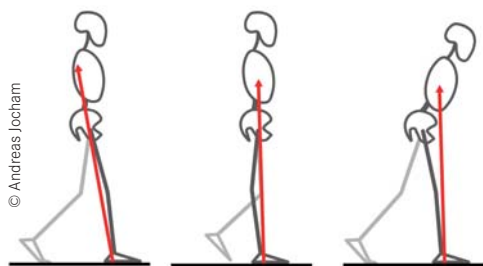

 ABB. 1
Loadingresponse

 ABB. 2
Hyperextensio

 ABB. 3
Trunkforeward

Der Kraftvektor der Bodenreaktionskraft (rot) läuft dabei hinter der Drehachse des Kniegelenks, wodurch es zu einem externen Flexionsmoment im Kniegelenk kommt. Gegen dieses Flexionsmoment wird durch die exzentrische Aktivität des M. quadriceps ein internes Extensionsmoment erzeugt. Andernfalls würde es zu einem unkontrollierten Weiterlaufen der Knieflexion und somit zu einem Giving-way-Phänomen kommen (Perry et al., 2010). Bei einer vorliegenden Schwäche des M. quadriceps besteht die Option, den Kniegelenkwinkel zu verändern. Betroffene PatientInnen bringen das Kniegelenk in eine Hyperextension, was sich meist in der frühen mittleren Standphase deutlich zeigt (Abb. 2). Dadurch verläuft der Kraftvektor der Bodenreaktionskraft vor dem Kniegelenk und es kommt zu einem externen Extensionsmoment, welches den M. quadriceps völlig entlastet, die posterioren Strukturen des Kniegelenks jedoch überbelastet (Götz-Neumann, 2011). Bei Personen, die nicht in der Lage sind, das Kniegelenk zu hyperextendieren, funktioniert dieser Kompensationsmechanismus nicht.

Sturzgefahr verhindern

Eine Möglichkeit, wie das Bein trotz Neutral- bzw. Flexionsstellung im Kniegelenk passiv stabilisiert werden kann, ist durch die Verlagerung des Kraftvektors der Bodenreaktionskraft. Dies kann durch eine vermehrte Vorneigung des Oberkörpers realisiert werden (Abb. 3). Durch die Verlagerung des Körperschwerpunktes nach ventral verläuft der Kraftvektor nun vor dem Drehzentrum des Kniegelenks und es kommt zu einem externen Extensionsmoment. Somit ist trotz der Flexionsstellung im Kniegelenk keine Aktivität des M. quadriceps erforderlich, um das Bein zu stabilisieren. Die gut gemeinte Aufforderung den Oberkörper beim Gehen aufzurichten, würde diesen Kompensationsmechanismus auflösen und könnte in solch einem Fall zu einer größeren Sturzgefahr führen. Die Herausforderung in der Therapie liegt darin, diese und andere Ursachen für Bewegungsauffälligkeiten zu erkennen und richtig zu interpretieren, um daraus adäquate Behandlungsansätze abzuleiten.

Andreas Jocham, MSc

LITERATUR

Götz-Neumann, Kirsten (2011): Ganganalyse in der Physiotherapie; 18 Tabellen. 3., unveränd. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Thieme (physiofachbuch).

Perry, Jacquelin; Burnfield, Judith M.; Cabico, Lydia M. (2010): Gait analysis. Normal and pathological function. 2nd ed. Thorofare, NJ: SLACK.

*Für Ihre
Patienten.
Für Ihre Praxis.
Für Ihre Profession.*

Zufriedene Patienten und eine erfolgreiche Therapie – viele Aspekte sind notwendig, um dieses Ziel zu erreichen: Ihr fachliches Können, eine professionelle Ausstattung, eine moderne Praxisführung und eine reibungslose Organisation. Holen Sie sich Inspiration und handfesten Input für Ihre Zukunft auf der TheraPro.

THERAPRO
FACHMESSE + KONGRESS

Messe Stuttgart / 29. – 31.01.2016
www.therapro-messe.de

Schnell und schneller

© veloimages



Physiotherapie im Radsport

Der Niederösterreicher Bernhard Spieslehner ist 29 Jahre alt und arbeitet seit seinem Abschluss 2010 in St. Pölten als freiberuflicher Physiotherapeut und im Radsport. Im Interview mit Inform berichtet er über die Herausforderungen und die Faszination.

Als Physiotherapeut im Radsport? Wie sind Sie dazu gekommen?

Mein Vorteil ist die Zeit als aktiver Radrennfahrer in den Jugendkategorien, aus der ich noch viele aktive AthletInnen kenne. So wurde ich das erste Mal bereits während meiner Ausbildung zum Physiotherapeuten 2008 vom damaligen KTM Team gefragt, ob ich nicht nach Japan mitfahren würde, damals noch unbezahlt – versteht sich. Nach einigen Einsätzen im In- und Ausland klopften dann schließlich das »Team Tirol« sowie auch das österreichische Nationalteam an, mit welchem ich beispielsweise bei Europa- und Weltmeisterschaften nach wie vor im Einsatz bin. Durch eine Empfehlung des Nationaltrainers Franz Hartl hatte ich das Glück, letztendlich beim deutschen Professional Continental Team »BORA Argon18« unter Vertrag zu kommen, das ich bei den weltweit größten und bedeutendsten Rennen als Physiotherapeut begleiten darf.

Was ist das Faszinierende daran?

Da gibt es so Einiges. Für mich bietet die Betreuung im Spitzensport den idealen Kontrast zum Praxisalltag, von dem beide Seiten – meine PatientInnen in der Praxis sowie auch die Athleten – profitieren. Die Abwechslung hält die Motivation für meine Arbeit aufrecht und die Erfahrung von der Arbeit mit meinen PatientInnen in der Praxis hilft natürlich ungemein auch in der Wettkampfbetreuung. Denn als Physio bist du komplett auf dich gestellt, wenn es um die Probleme der Athleten geht. Egal um welches Problem es sich handelt, du musst dein Möglichstes tun, um den Fahrer am nächsten Tag wieder zurück in den Sattel zu bekommen. Dass das nicht immer einfach ist, erkennt man spätestens dann, wenn man die zahlreichen Stürze und die Strapazen der Renner während einer Rundfahrt im Fernsehen zu Gesicht bekommt. Mit den Radsportlern komme ich auch in Gegenden der Welt, wohin ich sonst mit Sicherheit nie hinkommen würde. So war ich beispielsweise im tibetischen Hochland unterwegs oder auf einigen japanischen Inseln und habe auch Staaten wie Katar oder den Oman bereist. Momentan bin ich gerade in Kanada, bevor es nach einem kurzen Abstecher nach Hause auch gleich wieder weitergeht in die USA. Wir haben zwar nicht viel Zeit für Sightseeing, doch vom Leben der Menschen dort bekommt man meist einen sehr guten Eindruck.

Wo liegen die Herausforderungen?

Genau da, wo die Faszination liegt, liegen gleichzeitig meist auch die Herausforderungen. Die größte ist wahrscheinlich das Abschiednehmen von der Familie, bevor man in den Zug oder ins Auto steigt. Das geschieht doch recht häufig, denn dieses Jahr komme ich auf etwa 140 Tage, die ich unterwegs sein werde. Da kann das Reiseziel noch so schön oder exotisch sein! Ansonsten besteht die Kunst darin, sich selbst so gut wie möglich zu organisieren.

Was war das größte sportliche Ereignis an dem Sie teilgenommen haben?

Das war definitiv die diesjährige Tour de France. Ich habe zwar neben den alljährlichen Weltmeisterschaften und einigen großen Rennen auch schon die europäischen Spiele dieses Jahr in Baku miterleben dürfen, der Enthusiasmus der Fans in Frankreich ist aber nur schwer zu überbieten! Ein Beispiel: Zum Schlussanstieg hinauf nach Alpe d'Huez am vorletzten Tag waren auf den letzten 13 Kilometern etwa eine halbe Million ZuschauerInnen direkt an der Strecke. Wir wurden sogar im Betreuerauto gefeiert wie die Athleten selbst, da gab es doch ein wenig Gänsehaut, auch bei uns Betreuern.

Was müssten KollegInnen, die ebenfalls in diesem Bereich tätig sein wollen, beachten?

Der Idealfall ist wahrscheinlich immer eine eigene aktive Vergangenheit im Leistungssport. Die Empathie, die man dann den SportlerInnen, ihren Strapazen und Bedürfnissen, entgegenbringen kann, ist unbezahlbar und wird auch geschätzt. Ansonsten helfen natürlich Zusatzausbildungen in manuellen Therapien und idealerweise Zusatzkenntnisse in Cranio Sacraler Therapie oder chinesischer Medizin. Die Ausbildung zum Sportphysiotherapeuten ist zwar bei den meisten Teams nicht vorgeschrieben, hat mir persönlich aber sehr geholfen.

Mag. Patricia Otuka-Karner



Immer mehr Frühchen

Möglichst frühe Förderung essentiell

Christina Mühlburger widmete sich in ihrer Bachelor-Arbeit physiotherapeutischen Interventionen bei Frühgeborenen nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt.

»ZIEL DER PHYSIOTHERAPIE IST ES, DIE ANPASSUNG DES FRÜHGEBORENEN AN DAS EXTRAUTERINE LEBEN ZU UNTERSTÜTZEN UND ZU ERLEICHTERN.«

Weltweit, und auch in Österreich erkennbar, zeigt sich in den letzten Jahrzehnten ein starkes Ansteigen der Frühgeburtenrate (Klimont, 2012). Eine umfassende medizinische und therapeutische Versorgung ist dabei nicht nur während des Krankenhausaufenthaltes von großer Bedeutung, sondern auf Grund der Risiken auch nach der Entlassung aus dem stationären Setting (McCourt & Griffin, 2000). Die Risiken für frühgeborene Kinder umfassen einerseits eine Unreife und dadurch Verletzlichkeit der inneren Organe und andererseits auch psychische Faktoren, hervorgehend aus einer frühen Mutter-Kind-Interaktion (Dick, Weitbrecht & Lindroth, 1999). Diverse Interventionsprogramme haben sich zum Ziel gesetzt, das Kind in seiner Entwicklung möglichst früh zu fördern und die betroffenen Eltern hinsichtlich einer optimalen Betreuung zu unterstützen. Die vorliegende Bachelor-Arbeit stellt den kritischen Vergleich zweier Programme an, welche sich beide der Nachbehandlung frühgeborener Kinder nach Entlassung aus dem stationären Rahmen widmen. Ziel der Literaturarbeit war es, herauszufinden, welches der beiden Konzepte statistisch gesehen ein besseres motorisches Outcome bei Frühgeborenen zeigt.

Laut Statistik Austria zählte 2011 jedes zwölfte Neugeborene zu den Frühgeborenen. Davon kamen 72 Prozent zwischen der 34. und 36. Schwangerschaftswoche (späte Frühgeburt) zur Welt, 13 Prozent zwischen der 32. und 33. Woche (mäßig frühe Geburt) und weitere 10 Prozent zwischen der 28. und 31. Woche (sehr frühe Geburt). Bei den restlichen 5 Prozent handelt es sich um Frühgeborene vor der 28. Schwangerschaftswoche (extrem frühe Geburt) (Klimont, 2012).

Herausforderungen bei Frühgeburten

Neben respiratorischen Komplikationen, wie Atemnotsyndrom oder eine verzögerte Lungenentwicklung, besteht das hohe Risiko einer Schädigung des zentralen Nervensystems. Die ZNS-Störung beeinflusst die Atemsteuerung und es besteht vermehrt die Gefahr von Kreislaufproblemen oder Infektionen. Des Weiteren kann es zu Infarkt-Geschehen kommen und Krampfanfälle bzw. Epilepsien sind die Folge. Das muskuloskeletale System, der Gastrointestinaltrakt, das Herz-Kreislauf-System, der allgemeine Metabolismus und die Sinnesorgane sind durch die Unterentwicklung dem Stress durch die frühe Geburt nicht gewachsen und somit weniger resistent und hoch sensibel (Möckel & Mitha, 2009).

Im stationären Rahmen wird neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch physiotherapeutisch auf die beschriebenen Bereiche intensiv eingegangen. Ziel ist es, die Anpassung des Frühgeborenen an das extrauterine Leben zu unterstützen und zu erleichtern. Somit sollen eine optimale sensorische und psychoemotionale Entwicklung gewährleistet bzw. motorische und kognitive Folgeschäden vermieden werden.



VIBeS Plus und IBAIP

Nach der stationären Behandlung ist eine weitere Versorgung des Kindes unumgänglich. Zu den bekanntesten Nachbehandlungsprogrammen zählen das VIBeS Plus Interventionsprogramm (Victorian Infant Behavioral Study Plus Program) und das Infant Behavioral Assessment and Intervention Program (IBAIP). Ersteres wurde von einem interdisziplinären Team, bestehend aus PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen und KrankenpflegerInnen entwickelt. Das IBAIP basiert auf den Untersuchungen einer Forschergruppe um Rodd Hedlund und zwei Physiotherapeutinnen aus den USA. Wissenschaftlich wurden beide Programme vor allem auf das kognitive und motorische Outcome der Frühgeborenen hin untersucht (Spittle et al, 2010; Koldewijn et al, 2009). Sie wurden jeweils mit einer Standard-Versorgung verglichen und die jeweiligen Outcome-Kriterien in Abständen bis zu 66 Monaten evaluiert (Hus et al, 2013). Es handelt sich dabei primär um retrospektiv angelegte Studien.

Es zeigt sich, dass die allgemeinen physiotherapeutischen Ziele in Bezug auf die kindliche Entwicklung in beiden Interventionsprogrammen sehr ähnlich sind. Posturale Kontrolle, Verhaltensregulation und Arbeit mit der primären Bezugsperson werden in beiden Konzepten als wesentliche Eckpfeiler beschrieben. Der Arbeit mit den Eltern wird im VIBeS Plus Programm noch mehr Bedeutung beigemessen, welche durch PsychologInnen unterstützt wird. Neben der Evaluierung der kindlichen Entwicklung bezogen auf Kognition und Motorik wird auch die psychische Gesundheit der primären Bezugsperson statistisch untersucht und ausgewertet.

Der zeitliche Faktor der Interventionen variierte bezüglich der Dauer der einzelnen Einheiten sowie der Gesamtlänge der Programme. Trotz einer längeren Betreuung der Frühgeborenen im VIBeS Plus Programm konnten langfristig keine statistisch signifikanten Effekte im motorischen Bereich verzeichnet werden.

Conclusio

In den untersuchten Studien werden je nach Entwicklungsstand der Kinder unterschiedliche Assessments herangezogen und verglichen. Das spricht zwar einerseits für die hohe Qualität der Studien, erschwert jedoch einen möglichen direkten Vergleich der Outcome-Parameter. Durch die veröffentlichten Studien konnte gezeigt werden, dass es eine wissenschaftliche Evidenz für die positiven Auswirkungen beider Programme gibt. Interessanterweise liegen die Verbesserungen des VIBeS Plus Programmes jedoch primär im Verhalten der Kinder und in der psychischen Gesundheit der primären Bezugsperson, während mittels IBAIP langfristig positive Effekte in der Motorik erzielt werden. Bezogen auf die Fragestellung der Arbeit und die physiotherapeutische Relevanz scheint daher das IBAIP dem VIBeS Plus Programm überlegen.

Christina Mühlburger, Bernhard Taxer, MSc

LITERATUR

- Klimont, J. (2012). Frühgeburten in Österreich. In Statistische Nachrichten.
- McCourt, M. & Griffin, C. (2000). Comprehensive Primary Care Follow-up for Premature Infants. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(6), 270-279.
- Dick, A., Weitbrecht, W. & Lindroth, M. (1999). Prävention von Entwicklungsstörungen bei Frühgeborenen. Heidelberg: Pflaum.
- Möckel, E. & Mitha, N. (2009). Handbuch der pädiatrischen Osteopathie (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Spittle, A., Anderson, P., Lee, K., Ferretti, C., Eeles, A., Orton, J., Boyd, R., Inder, T. & Doyle, L. (2010). Preventive Care at Home for Very Preterm Infants Improves Infant and Caregiver Outcome at 2 Years. *Pediatrics*, 126(1), 171-178.
- Koldewijn, K., Wolf, M.-J., Wassenauer, A., Meijssen, D., Sonderen, L., Baar, A., Beelen, A., Nollet, F. & Kok, J. (2009). The Infant Behavioral Assessment and Intervention Program for Very Low Birth Weight Infants at 6 Months Corrected Age. *The Journal of Pediatrics*, 154(1), 33-38.
- Hus, J., Jeukens-Visser, M., Koldewijn, K., Geldof, C., Kok, J., Nollet, F. & Wassenauer-Leemhuis, A. (2013). Sustained Developmental Effects of the Infant Behavioral Assessment and Intervention Program in Very Low Birth Weight Infants at 5, 5 Years Corrected Age. *The Journal of Pediatrics*, 162(6), 1112-1119.

»Reflexion« in der Physiotherapie

Ressourcen für die individuelle Weiterentwicklung und fachliche Entwicklungsprozesse

Im folgenden Artikel soll der Begriff der Reflexion und die Bedeutung reflexiven Handelns im medizinisch-therapeutischen Setting überlegt werden. Ziel ist es, bei den LeserInnen einen »Reflexionsprozess« zum Thema und zur weiteren Diskussion anzuregen.

Viele Empfindungs- und Denkprozesse laufen während des Kontakts mit PatientInnen ständig parallel ab und beeinflussen die therapeutischen Entscheidungen. Wir können damit unterschiedlich umgehen. Wir können sie unbewusst wirken lassen oder wir können sie ins Bewusstsein bringen und aktiv in die therapeutischen Handlungen einbeziehen. Es ist die Fähigkeit zur »Reflexion«, die uns helfen kann, alle Wahrnehmungen erst einmal zuzulassen, zu erkennen, in einer gewissen Weise systematisch während und nach einer therapeutischen Handlung zu analysieren und im Sinne eines ständigen Entwicklungsprozesses weiterwirken zu lassen. Der Bedeutung der Reflexion für das individuelle Lernen nimmt in der (medizinischen) Aus- und Weiterbildung einen zunehmend hohen Stellenwert ein. Reflexives Verhalten wird als eine Grundvoraussetzung für lebenslanges Lernen angesehen. Daher findet man auch in Curricula und Weiterbildungskonzepten zunehmend Lernphasen der Reflexion.

Den unterschiedlichen Theorien zur Reflexion als ein Teil des Lernprozesses ist gemeinsam, dass der Reflexionsprozess durch eine Handlung ausgelöst wird. Meist führt die Erfahrung einer »Handlungsblockade« zum vorübergehenden »Handlungsstillstand«, der über Reflexion gelöst wird. Die Reflexion folgt dann gewissen zyklischen Prozessen, die meist darin beschrieben werden, dass die Situation erst beschrieben, dann gefühlsmäßig erfasst wird. Danach erfolgen ein Evaluierungsprozess, eine Analyse und der Versuch einer Generalisierung, der zu einem Aktionsplan für vergleichbare Situationen führt. Dabei werden zur Erfassung und Beschreibung der Situation alle Ebenen des Erlebens und des Wissens gleichermaßen angesprochen. Über diesen Prozess erweitern sich das Spektrum der Erkenntnis und das Handlungspotential jeweils auf Basis der individuellen, eigenen Erfahrungen. Somit entsteht ein selbstgesteuerter Lernprozess, der sich deutlich unterscheidet von einem allgemeinen Weiterbildungsprogramm, das fremdgesteuert aufgesetzt wird.

Bestimmte individuelle Fähigkeiten und situative Gegebenheiten sind für die Umsetzung eines derartigen handlungsbegleitenden Prozesses notwendig. Einmal die Offenheit und Fähigkeit der unvoreingenommenen Zuwendung und Beobachtung, des Zuhörens und Aufnehmens einer Situation. Weiter die Fähigkeit, auf Erfahrungen und Erlebnisse zurückgreifen zu können und diese kritisch vergleichend zu nutzen, aber auch eigene emotionale Wahrnehmungen ernst und wichtig zu nehmen. Es braucht schließlich Selbstvertrauen und Mut, all diese Erkenntnisse zu einem individuell auf die Situation hin passenden Lösungsansatz zu verbinden und hier klar zu entscheiden, auch wenn die Handlungsplanung von vorgegebenen rezeptartigen, routinemäßig erfahrenen oder vorgegebenen Wegen abweicht.

Es stellt sich die Frage, ob Reflexion eine quasi »angeborene« oder erworbene Fähigkeit ist? Tatsächlich gibt es in der Literatur zwar unterschiedliche Darstellungen von Reflexionsformen und didaktischen Formen, die die reflexive Kompetenz fördern können. Jedoch beklagen AutorInnen, dass es keine konkreten Anleitungen für die Lehre gibt, wie Reflexion »unterrichtet« werden kann. Sicher gilt, dass Formen der Reflexion geübt werden müssen, um sich quasi zu automatisieren und in das Handlungsspektrum von TherapeutInnen bereits frühzeitig einzugliedern.

Was könnte das in der Praxis bedeuten?

Für das Individuum (PatientIn – BehandlerIn) könnte eine Hinwendung zum reflektierten Arbeiten dazu führen, situative Entscheidungen im Behandlungsprozess bewusst zuzulassen. Aus der Zusammenschau und der Erkenntnis der vielschichtigen Phänomene in der Interaktion TherapeutIn-PatientIn entsteht die Evidenz die uns in der Therapie leitet. Dabei erscheint es für den Lernprozess wichtig, die aus der Reflexion entstandenen neuen Phänomene und Erkenntnisse zu dokumentieren und darzustellen, um sie so als konkrete Lernerfahrungen weiter wirksam zu machen.

© dulsita - Fotolia.com

»FORMEN DER REFLEXION MÜSSEN
GEÜBT WERDEN, UM SICH QUASI
ZU AUTOMATISIEREN UND SICH
BEREITS FRÜHZEITIG IN DAS
HANDLUNGSSPEKTRUM VON
THERAPEUTINNEN EINZUGLIEDERN.«

Für das reflektierte Team heißt es, durch offene Kommunikation und Intervention die Diversität der Gruppen zu nutzen, um so gemeinsame Team-Lernformen aufzubauen, gruppeneigene Arbeitsstrategien aber auch spezifische fachliche Schwerpunkte zu entwickeln, diese über die Reflexion zu erkennen und konsequent nach außen darzustellen. Ein derartiger Team-Lernprozess baut auf der Akzeptanz und Wertschätzung von diverser Erfahrung, Erleben und Wissen auf und hat hohes Potential für eine berufliche Weiterentwicklung, die anregend, kreativ und erfolgreich ist.

Für unser Gesundheitswesen eröffnet sich über den Weg, Reflexion als eine Fähigkeit zunehmend zu fördern und anzuregen, dass medizinisch-therapeutisches Handeln wieder die PatientInnen/KlientInnen selbst in das Zentrum rückt, aber auch, dass sich Wissenschaft und Innovation zu einem spannenden Zusammenwirken verbinden und so Forschungsentwicklung und Praxis bereichert werden.

TIPP

Eine lange Version des Beitrags findet sich in der Rubrik »Wissen und Werkzeuge« im Bereich »Für Mitglieder« auf www.physioaustria.at

Definition nach »Rollen«

International und national werden derzeit die Kompetenzen von PhysiotherapeutInnen nach »Rollen« definiert. Die allgemein anerkannte zentrale Kompetenz des/der fachlichen Experten/Expertin wird ergänzt durch sechs andere Rollen (KommunikatorIn, TeamworkerIn, ManagerIn, InnovatorIn, GesundheitsförderIn, ProfessionsangehörigeR). Dabei ist in den zugehörigen Kompetenzen vor allem im Bereich »InnovatorIn« die Reflexion als Basis lebenslangen Lernens und innovativer Lernprozesse besonders dargestellt. Dieses erweiterte Verständnis beruflicher Kompetenz wird dazu führen, dass Entwicklung und Höherqualifikation innerhalb der Berufsgruppen als ein komplexes Geschehen anerkannt wird. Möglicherweise kann es zu einer Neuorientierung kommen, in der die Qualifikation von Fachpersonal sich nicht mehr dominant an der Wissenskompentenz alleine misst, sondern einer komplexen Sichtweise Raum gibt, in der soziale, emotionale, kognitive und ethische Kriterien ausgeglichen betrachtet und bewertet werden.

Barbara Gödl-Purrer, MSc

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

Ein Kursprogramm im Besonderen für die tägliche Praxis der Physiotherapie.
NEU im Programm: Die Osteopathieausbildung mit freier Modulwahl. Kostenlos anfordern unter: www.upledger.at

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



Clinical Reasoning im Spannungsfeld Praxis und Lehre

Über die wesentliche Rolle der PraktikumsanleiterInnen



© auris - Fotolia.com

»CLINICAL REASONING ERHEBT NICHT
NUR DEN ANSPRUCH, PATIENTINNEN
IN DEREN GESAMTHEIT ZU ERFASSEN
UND ZU BEHANDELN, SONDERN AUCH
DAS EIGENE THERAPEUTISCHE TUN
KRITISCH UND FORTLAUFEND ZU
REFLEKTIEREN UND ZU BEWERTEN.«

LITERATUR

Jones, M. A. (1992). Clinical Reasoning in Manual Therapy. *PHYS THER.* 1992; 72:875-884.

Higgs, J. et al. (Editors). (2008). *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 3rd Edition. Butterworth Heinemann Elsevier.

Atkinson, H. L. & Nixon-Cave, K. (2011). A Tool for Clinical Reasoning and Reflection Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Framework and Patient Model. *PHYS THER.* 2011; 91:416-430.

Im Laufe der letzten zwanzig Jahre hat sich im Bereich der Wissenschaft und Forschung zum Thema Clinical Reasoning sehr viel getan. Es kann von einer wesentlichen Weiterentwicklung für den Berufsstand der Physiotherapie gesprochen werden.

In der bereits 1992 erschienenen Publikation von Mark Jones zum Thema »Clinical Reasoning in Manual Therapy« wird die Notwendigkeit eines reflexiven Prozesses im Rahmen des klinisch-wissenschaftlich orientierten PatientInnen-Managements dargestellt. Clinical Reasoning (CR) wird dabei als kognitiv gesteuerter Vorgang im Zuge der Evaluierung und der Behandlung von PatientInnen definiert. Dabei wird darauf verwiesen, dass das Ziel dieses Prozesses eine effektive Behandlung des jeweiligen Problems der PatientInnen ist und diese primär durch fortlaufende Reflexion und deren Evaluierung möglich ist. CR ist weder als Begrifflichkeit noch in Form seiner Durchführung ein für die Physiotherapie allein angewandter Prozess. Auch in anderen medizinischen Bereichen ist CR ein fester Bestandteil klinischer und diagnostischer Denkvorgänge.

Der medizinische Bereich muss sich nach wie vor das Vorurteil gefallen lassen, primär mittels biomedizinischen Hintergrund, d.h. diagnostischem Reasoning, zu arbeiten. Dies besteht allerdings zu Unrecht. Neben den Disziplinen Ergotherapie, Physiotherapie, Krankenpflege und der Hebammen bedient sich auch die medizinische Community vermehrt des biopsychosozialen Denkmodells. Vor allem in den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und in der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzsyndromen wird dieses Konzept vermehrt angewandt, um auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen in einem interdisziplinären Setting einzugehen. Die Implementierung der International Classification of Function, Disability and Health (ICF) in die Behandlung und Rehabilitation erfüllt dabei zusätzlich den Anspruch einer ganzheitlichen Herangehensweise.

Praktiziert wird CR auf unterschiedliche Art und Weise. Auf Grund der hohen Praktikabilität und der bestehenden Evidenz hat sich jedoch der hypothetisch-deduktive Vorgang durchgesetzt. Dieser auf Hypothesen aufgebaute Denkprozess erfordert das primäre Sammeln von Informationen zur Bildung von Überlegungen, um in weiterer Folge diese aufgestellten Hypothesen zu testen, zu überprüfen und im jeweiligen Falle zu bestätigen oder zu verwerfen.

Herausforderungen der Anwendung

Im Rahmen der Lehre erweist sich die Vermittlung scheinbar logischer und für fortgeschrittene TherapeutInnen klarer Abläufe nicht immer als einfach. Neben dem ersten kognitiven Schritt, die Abläufe zu verstehen und vernetzende Zusammenhänge, zumindest theoretisch, zu erkennen, kommt es in weiterer Folge zur Umsetzung an den jeweiligen Praktikumsstellen. Dabei sind die Studiengänge auf die Unterstützung engagierter PraktikumsanleiterInnen angewiesen, welche die erlernten Inhalte mit den Studierenden anwenden und etwaige Lernschritte wiederum evaluieren. Wesentlich erscheint hierbei eine regelmäßige Kommunikation zwischen Praktikumsstellen und Fachhochschulen, basierend auf dem gegenseitigen Verständnis – klinischer Alltag und Praxis im Gegenzug zu Grundausbildung und Lehre.

Man kann zum Schluss kommen, dass trotz des langen Bestehens und auch der dementsprechenden Forschung zu CR in den Gesundheitsberufen nach wie vor ein gewisses Unverständnis und eine Scheu vor derartigen Abläufen besteht. Je weiter man sich als PhysiotherapeutIn in Richtung ExpertInnenstadium bewegt, umso schneller laufen klinische Denkprozesse ab. Dies bedeutet nicht automatisch eine Steigerung der Genauigkeit im Rahmen der klinischen Kompetenz. Im Gegenteil birgt das sogenannte Muster-Erkennen (pattern recognition) die Gefahr, wesentliche Fakten zu übersehen. Um genau das zu verhindern, wird Bachelor-AbsolventInnen die Möglichkeit einer möglichst umfassenden Befunderhebung nach hypothetisch-deduktivem Ansatz mitgegeben.

Begleitende Reflexion

Als eine Kernkompetenz der Praktikumsstellen ist nun die begleitende Reflexion im Rahmen eines Fehler- und Stärkenfindungsprozesses zu sehen. In der Rolle der ExpertInnen im fachlichen, aber auch kommunikativen, kollaborativen und empathischen Sinne leben PraktikumsbetreuerInnen mehrere Kompetenzen vor, welche im Unterricht an der Fachhochschule oft gar nicht in dem Sinne erfüllt werden können. Erst im direkten PatientInnenkontakt können die angesprochenen Social Skills und natürlich auch technische Fertigkeiten angewandt (reflection in action) und im Anschluss gemeinsam (reflection on action), unter anderem an Hand des CR-Prozesses, reflektiert werden.

Abschließend gilt es auf Grund der gemachten Erfahrungen zu erheben, welche Kompetenzen postgraduell zusätzlich erworben werden können, um einerseits die eigenen klinischen Fähigkeiten zu verbessern und gleichzeitig Studierende in ihrem Praktikum gut und sicher zu begleiten. Aus diesem Grund wird in den nächsten Monaten per Fragebogen durch die FH Joanneum in Graz der Status Quo zu diesem Thema erhoben. Es soll dabei die Frage beantwortet werden, wie PhysiotherapeutInnen CR wahrnehmen und wovon sie vor allem im klinischen Alltag profitieren. Ziel ist dabei eine Darstellung der Wertigkeit und des Verständnisses dieser Denkvorgänge. CR erhebt schließlich nicht nur den Anspruch, PatientInnen in deren Gesamtheit zu erfassen und zu behandeln, sondern auch das eigene therapeutische Tun kritisch und fortlaufend zu reflektieren und zu bewerten.

Beate Salchinger, MSc MSc, Bernhard Taxer, MSc



Nervensache

Assessments in der Neurologie

Alle akuten und chronischen Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems zählen zu den Domänen der Neurorehabilitation. Die große Zahl der Assessments, die der Neurorehabilitation zur Verfügung stehen, spiegelt dieses breite Aufgabenfeld wider.

TABELLE 1

Häufigste Assessments in steirischen Neurorehabilitationseinrichtungen

ASSESSMENT	REHA-PHASE	ICF-EBENE
Barthel Index	A, B, C, (D)	A, KF
Berg Balance Scale (BBS)	C	A
Early Functional Abilities (EFA)	A, B,	A, KF
Einbeinstehbalance	C	A
Esslinger Transfer Skala	A, B, (C)	A
Functional Ambulation Categories (FAC)	(A), B, C, (D)	A
Functional Reach (FR)	C	A, KF
Gelenksbeweglichkeit	A,B,C,D	KF
Muskelfunktionsprüfung	A,B,C,D	KF
Nine hole peg (OE)	C	A
POMA	C	A
Sensibilitätstests	A,B,C,D	KF
VAS-Schmerz	A,B,C,D	KF
10m walking	C, D	A
6 min. walking	C, D	A

ANMERKUNG

A – Aktivitätsebene; KF – Körperfunktionsebene.

QUELLE

unveröffentlichtes Protokoll aus einer Sitzung des steirischen »Neuronetzwerkes für PhysiotherapeutInnen« (2013)

Die wesentlichsten Assessments für den Bereich der Neurorehabilitation werden in einem zu diesem Thema erschienen Buch von Schädler et al. (2012) übersichtlich vorgestellt. In einem noch unveröffentlichten Manuskript konnten Schomberg et al. (2015) zudem zeigen, dass Assessments in der Neurorehabilitation in Österreich bereits gut verankert sind. Die Daten weisen aber auch darauf hin, dass PhysiotherapeutInnen primär Assessments auf Funktions- und Strukturebene und weniger im Bereich Partizipation, Selbstständigkeit und Lebensqualität verwenden. Eine Umfrage in steirischen Neurorehabilitationseinrichtungen bestätigt diese Aussage nur zum Teil (Tab. 1).

Assessments und Clinical Reasoning Prozess

Assessments können im Clinical-Reasoning-Prozess unterschiedlich einfließen. Häufig sind sie ein wesentlicher Faktor in der Bestätigung des Therapieerfolges. Aber auch im Rahmen der Hypothesenbildung können sie wichtige Informationen liefern. Auch dann, wenn sie nicht primär von der eigenen Berufsgruppe erhoben wurden. So wird z. B. die Catherina Bergego Scale (CBS) zur Erfassung eines Neglekts primär von Pflegepersonen oder ErgotherapeutInnen durchgeführt. Die Ergebnisse beeinflussen aber entscheidend die Überlegungen für physiotherapeutische Settings und Interventionen. Auch die Evaluierung von Schlafstörungen z.B. mittels der Epworth Sleepiness Score (ESS), die von Medizinern durchgeführt wird, stellt einen wesentlichen Faktor im physiotherapeutischen Prozess dar. Denn Schlafstörungen stellen eine große Barriere beim Wiedererlernen motorischer Fertigkeiten nach einem Schlaganfall dar (Leppä-vuri et al. 2002). Hier könnten PhysiotherapeutInnen möglicherweise öfters Ergebnisse solcher Assessments für ihren Befundungs- und Planungsprozess einfordern.

Herausforderung: Upper Motor Neuron Syndrom

Das Upper Motor Neuron Syndrom (UMNS) stellt einen breiten Symptomkomplex in der Neurorehabilitation dar. Doch vorhandene Assessments auf Funktionsebene können diesen nur teilweise abbilden.

MINUS PHÄNOMENE:

Zurzeit ist es nötig, bei den von Schädler et al. (2012) angeführten manuellen Kraftmessungen (MMT) bzw. der Jamar-Handkraftmessung neben dem angeführten Kraftwert gegebenenfalls auch das Auftreten von synergistischen Bewegungen, die im Rahmen der Kraftaufwendung sichtbar werden, zu vermerken. Es besteht der Bedarf nach Adaptierung der Skala (Einteilung von 0 bis 5) hinsichtlich der spezifischen Probleme zentral-neurologischer PatientInnen (verlangsamte Kontraktions- und Dekontraktionsfähigkeit, Verlust an Geschicklichkeit, Plusphänomene infolge der Kraftentwicklung).

Auch das Symptom Fatigue ist mit der Fatigue Severity Scale (FSS) nicht ausreichend abgebildet. Zur Entwicklung angepasster Ausdauerprogramme für PatientInnen, die unter diesem Syndrom leiden, bedürfte es vermehrt der Berücksichtigung von Vitalparametern oder des Einsatzes der BORG-Skala.

PLUS PHÄNOMENE:

Wenn auch in aktuellen Untersuchungen zur Messung von Spastizität der Modifizierten Tardieu Skala (MTS) der Vorzug gegenüber der Modifizierten Ashworthskala (MAS) gegeben wird, so bleibt ein geeignetes klinisch relevantes Assessment zur Beurteilung dieses Symptoms noch aus. Assoziierte Reaktionen werden von Gjelsvik (2007) in drei Grade eingeteilt und können so Hinweise für therapeutische Interventionen geben. Diese Einteilung wurde aber noch nicht auf wissenschaftliche Gütekriterien untersucht.

ADAPTIVE PHÄNOMENE:

Zur Differenzierung von Bewegungseinschränkungen gegenüber Spastizität scheint die Modifizierte Tardieu Skala am geeignetsten zu sein. Mittels Inspektion und Palpation können Rückschlüsse auf Veränderungen der Muskulatur gezogen werden. Eine genaue Kenntnis der Assessments ermöglicht PhysiotherapeutInnen deren richtige Interpretation und den gezielten Einsatz im Rahmen der Neurorehabilitation.

Hannes Aftenberger, MSc

LITERATUR

- Gjelsvik, B.E.B., (2007). Die Bobath-Therapie in der Erwachsenenneurologie. Stuttgart: Thieme
- Schädler, S. et al. (2012). Assessments in der Rehabilitation. Band 1: Neurologie (3.Auflage). Bern: Huber
- Schomberg, M. et al. (2015). Facilitators and barriers of the use of outcome measures in neurorehabilitation – a survey among physiotherapists in Austria. 3rd European Congress of Neurorehabilitation; 2015 Dez. 1-4; Wien.
- Leppävuori, A. et al., (2002). Insomnia in ischemic stroke patients. Cerebrovascular Diseases. 14(2), 90-97.



6. Tag der Gesundheitsberufe

„Qualität und steigende Belastung“

Moderation: Gerald Groß

Donnerstag, 7. April 2016

09:00 Uhr bis 14:00 Uhr

in Wien

Save the date!

www.gesundheitsberufekonferenz.at

Ein strahlender Beruf

RadiologietechnologInnen stellen sich vor

rtaustria – Berufsverband der RadiologietechnologInnen Österreich vertritt seit 1957 als parteiunabhängige, gemeinnützige Vereinigung berufspolitische Belange der RadiologietechnologInnen. Neben wesentlicher Mitarbeit bei der Berufs- und Ausbildungsentwicklung nimmt rtaustria Einfluss bei Gesetzesentwürfen, wie z.B. dem MAB- oder Gesundheitsberuferegistergesetz. Außerdem werden bestehende Berufsrechte permanent gesichert und weiterentwickelt.

© pestikov - Fotolia.com

Das Berufsbild der RadiologietechnologInnen ist noch immer weitgehend in der Bevölkerung unbekannt. So versucht rtaustria mittels medialer Kampagnen, das Berufsbild bekannter zu machen. Selbst im Gesundheitssektor ist der Beruf der RadiologietechnologInnen häufig noch mit Fragezeichen behaftet. Durch aktive Mitarbeit in berufsrelevanten Institutionen und Netzwerken soll ein Baustein für die Bekanntmachung der Marke »Radiologietechnologie« gelegt werden.

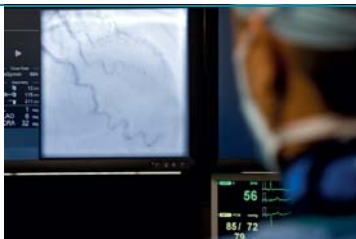
Aufgabengebiet der RadiologietechnologInnen

Nach dem 6-semestrigen Bachelorstudium, welches mit dem Bachelor of Science in Health Studies sowie der Berufsberechtigung zum Radiologietechnologen/zur Radiologietechnologin abschließt, arbeiten RadiologietechnologInnen in öffentlichen oder privaten Krankenanstalten, radiologischen Instituten bzw. Ordinationen oder können auch in der Industrie oder Forschung tätig werden. Einsatzbereiche finden sich sowohl in der Human- als auch Veterinärmedizin. RadiologietechnologInnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung der radiologisch-technischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 2 Abs. 3 MTD-Gesetz. Sie können angestellt oder freiberuflich tätig werden.

Neben der Arbeit mit den PatientInnen, welche im Mittelpunkt steht, bringen RadiologietechnologInnen eine hohe Affinität für Medizin und Technik mit. Sie arbeiten mit hochmoderner Medizintechnik. Um immer up to date zu bleiben, sind Dynamik und Flexibilität gefragt. Dadurch ist der Beruf sehr abwechslungsreich.

RadiologietechnologInnen wenden ionisierende Strahlung in den Fachdisziplinen der Radiologischen Diagnostik (Röntgen), der Computertomografie (CT), der Nuklearmedizin, der Strahlentherapie und Radioonkologie sowie der Angiografie und interventionellen Radiologie an. Zu den anderen bildgebenden Verfahren, welche quasi »strahlungsfrei« sind, zählen die Magnetresonanztomografie (MRT) sowie Sonografie. Weitere Teilbereiche, in denen RadiologietechnologInnen tätig werden, sind die Qualitätssicherung, der PatientInnenschutz, die Dosimetrie sowie der Strahlenschutz. All dies wird verknüpft mit hochmodernen Informations- und Kommunikationstechnologien der Medizin.

Da RadiologietechnologInnen sowohl in der Diagnostik als auch Therapie tätig sind, hat jede MTD-Berufsgruppe Berührungspunkte. Ohne RadiologietechnologInnen gäbe es keine Bilder zur Diagnosestellung und könnten bestimmte therapeutische Behandlungen nicht durchgeführt werden. Die Physiotherapie beispielsweise ist häufig auf Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder angewiesen, welche als Grundlage für die Therapieplanung nötig sind.



Orchideen der Radiologietechnologie

In der Fachdisziplin Strahlentherapie und Radioonkologie wenden RadiologietechnologInnen hochenergetische ionisierende Strahlung zur Behandlung von benignen und malignen Tumoren an.

Das Mammakarzinom ist zurzeit nicht nur aufgrund des Screenings in der Bevölkerung in aller Munde. Es zählt mit einem Anteil von 30 Prozent zu den häufigsten Tumorerkrankungen bei Frauen. Dass das Mammakarzinom jedoch keine reine Frauenkrankheit mehr ist, wissen viele Männer nicht. Das Mammakarzinom beim Mann ist eine Rarität und somit eine »Orchidee«. Laut Statistik Austria gab es 2011 in Österreich 85 Neuerkrankungen bei Männern (vgl. 5.349 bei Frauen). Die Mortalitätsrate belief sich auf 12 Männer (vgl. 1.481 bei Frauen).

Die Erkrankung wird oft sehr spät entdeckt, da erste Anzeichen ignoriert werden, nicht selten aufgrund fehlenden Wissens. Das Diagnose- und Behandlungsschema ist ähnlich wie bei der Frau. Primärdiagnostik ist die Mammografie und Sonografie, ergänzt durch eine radiologische Palpation und Inspektion. Zur histologischen Abklärung wird meist eine Mammabiopsie veranlasst. Weiterführende Untersuchungen wie z.B. MRT werden ebenfalls von RadiologietechnologInnen durchgeführt. Welches Therapieschema angewendet wird, hängt u.a. von der Tumorart, Tumorgroße, den befallenen Lymphknoten und dem Grad der Metastasierung ab. RadiologietechnologInnen spielen dabei sowohl im Rahmen der diagnostischen Abklärung als auch im Therapieprozess eine wichtige Rolle,

denn: ohne fachlich gute Bilder kein fachlich guter Befund. Falls eine Strahlentherapie indiziert ist, arbeiten RadiologietechnologInnen bei der Planung (Strahlendosierung und -fraktionierung) einer Strahlenbehandlung mit und führen die Therapie eigenverantwortlich durch.

Da im Vergleich Männer 100-mal seltener als Frauen am Mammakarzinom erkranken, ist das Forschungsinteresse aufgrund der kleinen Patientengruppe eher gering. In diesem Bereich gibt es demnach Aufholbedarf. Zu den bekannten Risikofaktoren bei Männern zählen neben dem Klinefelter Syndrom die sogenannten Brustkrebsgene (BRCA), welche familiär vererbt werden.

In der interventionellen Radiologie werden Erkrankungen mit Hilfe von minimal-invasiven Eingriffen behandelt. Diese werden mittels bildgebender Verfahren wie Röntgen, Computertomografie, Magnetresonanz oder Sonografie durchgeführt. Auch in dieser Fachdisziplin gibt es einige Orchideen. Als Beispiel sei hier eine Intervention im Rahmen eines Marfan-Syndroms (MFS) genannt. Dabei handelt es sich um eine seltene angeborene genetische Bindegewbserkrankung. Die geschätzte Häufigkeit liegt bei 1:5.000, in Österreich sind etwa 800 Menschen davon betroffen. PhysiotherapeutInnen werden bei MFS PatientInnen beispielsweise im Rahmen der Behandlung von Skoliosen tätig.

Evelyn Huber, MBA

»OHNE FACHLICH
GUTE BILDER KEIN
FACHLICH GUTER
BEFUND.«

LITERATUR

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. (2012). Mammakarzinom des Mannes. Leitlinie. Empfehlung der Fachgesellschaft zur Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (2014). Männer mit Brustkrebs: Urologen plädieren für Früherkennungsuntersuchung bei Risiko-Patienten. Journal Onkologie, 09/2014. Zugriff am 30.08.2015 unter <http://www.journalonko.de/news/anzeigen/?id=7209>

Marcheix Bertrand et al (2008). Stent Grafting of Dissected Descending Aorta in Patients with Marfan's Syndrome: Mid-Term Results. Journal of the American College of Cardiology. Cardiovascular Interventions, Volume 1, Issue 6, December 2008, Pages 673–680. doi:10.1016/j.jcin.2008.10.005

Marfan Initiative Österreich (2015). Diagnose. Zugriff am 23.08.2015 unter <http://www.marfaninitiative.at/index.php/extensions/diagnose>

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V. (2015). Brustkrebs beim Mann. Zugriff am 29.08.2015 unter <http://www.brustkrebs-beim-mann.de/brustkrebs-beim-mann/>

Statistik Austria (2015). Brust (C50) - Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr) und Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr), Österreich ab 1983. Zugriff am 05.09.2015 unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitswesen/krebserkrankungen/brust/index.html

Yosuke et al (2010). Total aortic repair in Marfan syndrome using stent grafting with hybrid techniques. Journal of Vascular Surgery. Vol. 52, Issue 5, November 2010, Pages 1365–1366. doi:10.1016/j.jvs.2009.11.047



„Entwicklungsneurologische Behandlung nach dem Bobathkonzept“

Kinder-Bobath-Sonderausbildung
Oktober 2016 bis Jänner 2018 in Wien

Interessentinnen wenden sich bitte an: bobath@wso.at

Wiener Sozialdienst
Carinthia, Sim Center 9, 1150 Wien
E-Mail: bobath@wso.at, Fax Nr.: 01908 121-0 1120
Homepage: www.wiener-sozialdienst.at

VIELFALT UND ENTWICKLUNG



www.physioaustria.at

100 jahre IM ZEITSPRUNG
physiotherapie
österreich