

Persönliche PDF-Datei für Susan Bretschneider, Martin Thiel, Ronny Petzold, Uta Pfäffle, Matthias Zöller, Trisha Davies-Knorr, Sandra Baumgärtner, Harry von Piekartz

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Statements der 5 Mitglieder von OMT-Deutschland

DOI 10.1055/a-1499-5238
MSK 2021; 25: 133–140

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2021. Thieme.
All rights reserved.
Die *Muskuloskeletale Physiotherapie* ist
Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart,
Germany
ISSN 2701-6986

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Statements der 5 Mitglieder von OMT-Deutschland

„Hands-on!“ heißt der Schwerpunkt dieser Ausgabe der MSK, in der Hands-on/Hands-off- Herangehensweisen debattiert werden. Arne Vielitz und Dr. Claus Beyerlein, beide Herausgeber der MSK, baten daher Vertreter/-innen der 5 Mitglieder der Dachorganisation OMT-Deutschland um ein Statement zu folgenden Fragen: Was beinhaltet die muskuloskeletale Physiotherapie für Sie? Wie sieht eine gelungene/zeitgemäße praktische Umsetzung/Anwendung aus? Wie sehen Sie die muskuloskeletale Physiotherapie in der Zukunft? Wo geht die Reise hin?

Die Statements der 5 auf diese Fragen sind in alphabetischer Reihenfolge geordnet.

AGMT – Arbeitsgemeinschaft Manuelle Therapie im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.

Inhalte der muskuloskelettalen Physiotherapie Muskuloskeletale Physiotherapie beschäftigt sich mit Störungen des gesamten Bewegungsapparates. Therapeutinnen und Therapeuten müssen herausfinden, ob aktuell beim Patienten eine passive Bewegungseinschränkung, eine partielle oder globale Belastbarkeitsverminderung oder ein aktives Funktionsdefizit vorliegt. Dazu benötigen sie ausreichend fachliche Kenntnisse und handwerkliche Fähigkeiten.

Zur Vertiefung dieser Kompetenzen sind in der Weiterbildung der Manuellen Therapie (MT) neben den Inhalten der Biomechanik, der angewandten funktionellen Anatomie und der Funktionsweise des Nervensystems bei der AGMT die Grundlagen der Muskelphysiologie und der Trainingslehre inklusive Trainingstherapie enthalten. Zum Selbstverständnis der AGMT gehört es, diese Inhalte zu vermitteln, weshalb der Medizinische-Funktions-Trainings-Kurs (MFT) seit 30 Jahren elementarer Bestandteil der Weiterbildung ist. MT setzt sich mit neuro-muskuloskelettalen Beschwerden auseinander. Das aktive muskuläre System ist ein Bestandteil davon. Ohne Kenntnisse über Muskelphysiologie und Trainingslehre ist es aus unserer Sicht nicht möglich, eine vollständige neuro-muskuloskeletale klinische Untersuchung zu erheben und im Prozess des Clinical Reasoning die bestmögliche Therapiestrategie zu wählen und durchzuführen.

Zeitgemäße praktische Umsetzung In physiotherapeutischen Praxen findet sich oft eine überwiegende Anzahl an Patienten mit Belastbarkeitsstörungen, die nicht gleichzeitig Bewegungseinschränkungen aufweisen. Ob mit Hands-on-Einsatz oder striktem psychosozialen Hands-off-Ansatz

gearbeitet wird, sollte nicht von der Philosophie der jeweiligen Praxis abhängen, sondern unter anderem vom Beschwerdebild des Patienten, seiner Schmerzadaptabilität und Ansprechbarkeit auf die entsprechende Intervention. Dehnungen oder Gelenk-Mobilisationen können beispielsweise passiv als Hands-on- oder aktiv als Hands-off-Maßnahme durchgeführt werden. Intensität, Dauer und Frequenz sind dabei entscheidende Parameter, jedoch spielt auch die Akzeptanz des Patienten eine maßgebliche Rolle für die Verbesserung seines aktuellen Zustandes. Bei identifizierten Kraftdefiziten, die mit der bestehenden Störung in Zusammenhang gebracht werden, kann nur das aktive Training als sinnvollste (Hands-off-) Maßnahme eingesetzt werden. Verhaltens(physisch-)therapeutische Rehabilitationen, die dazu dienen, dem Patienten die Angst vor Bewegung und Belastung zu nehmen, können naturgemäß keine Hands-on-Interventionen sein. Die Wahl eines Hands-on- oder Hands-off-Einsatzes sollte sich außerdem aus den Ergebnissen einer systematischen Untersuchung ableiten.

Mit chronischen Erkrankungen, insbesondere den unspezifischen Beschwerden des Bewegungssystems, werden wir in der Physiotherapie immer häufiger konfrontiert. Hier wird zunehmend gefordert sein, angepasste Therapiestrategien bei diesen Patientengruppen anzuwenden. Aktive Maßnahmen führen dabei vermutlich eher zur Wiedererlangung eingeschränkter Alltagsfunktionen oder Alltagsbelastungen als passive Therapieformen. Patientenaktivität ist zusätzlich förderlich für eine Patienten-Therapeuten-Unabhängigkeit.

Für einige Trainingsprotokolle gibt es gute Evidenz. Für spezifische Übungen oder spezifische passive Interventionen gibt es bislang keine ausreichende oder gar keine Evidenz. Trotzdem wissen wir aus unserem klinischen physiotherapeutischen Praxisalltag, dass Hands-on-Maßnah-

men beim Patienten absteigende schmerzmodulierende Wirkungen hervorrufen können. Häufig werden dabei positive psychologische Reaktionen in Zusammenhang mit erfüllten Patientenerwartungen beobachtet. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass ein fehlender Nachweis von Evidenz für eine Intervention nicht automatisch aussagt, dass diese beim einzelnen Patienten keine positive Wirkung hat.

Wo geht die Reise hin? Ob beim Patienten mit einem Hands-on- oder Hands-off-Ansatz gearbeitet wird, kann die Physiotherapie auch in Zukunft nicht standardisiert festlegen, weil diese Entscheidung einerseits vom klinischen Beschwerdebild und den Untersuchungsergebnissen und andererseits vom Patienten selbst als bio-psycho-soziales Individuum abhängt. Trotzdem sollte sich die Physiotherapie bei der Auswahl der Interventionen an bestehende aktuelle Evidenz orientieren. Mit zunehmender Akademisierung und abhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem werden sicherlich in Zukunft weitere klinische Fragestellungen bezüglich physiotherapeutischer Interventionen untersucht werden. Das ist für die Physiotherapie und ihre Wirksamkeit eine Chance.

Autorinnen/Autoren

Susan Bretschneider, M. Sc., OMT,
Fachlehrerin der AGMT Physio-Deutschland
praxis.ra.be.bretschneider@t-online.de

DFOMPT – Deutsche Fachgruppe für Orthopädische Manuelle/Manipulative Physiotherapie

Wo geht die Reise hin? Es kommt eventuell einer Illusion gleich, aber wir im DFOMPT Vorstand glauben, dass im Kontext zum geforderten Erstkontakt in Deutschland kein Weg an der muskuloskelettalen Physiotherapie (OMPT = Orthopädische Manuelle/Manipulative Physiotherapie), gepaart mit einer grundständigen akademischen Ausbildung vorbeigeht, z. B. als Kombination eines grundständigen Physiotherapiestudiums mit einer anschließenden OMPT-Weiterbildung nach den Qualitätsstandards der IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manual/Manipulative Physiotherapy). Beide Wege, das Studium und die OMPT-Ausbildung, werden bereits erfolgreich praktiziert. Wenn ein Studium der Physiotherapie (PT) in Zukunft konsequent mit der OMPT-Weiterbildung kombiniert werden würde, wäre der Bereich der neuromuskuloskelettalen Physiotherapie (NMS-PT) für das Modell des Erstkontakts abgedeckt.

Eine OMPT-Abschlussarbeit aus dem Jahre 2018 beschäftigte sich mit dem Thema des Erstkontaktes in der PT durch die Einführung des sektoralen Heilpraktikers [1]. Ein Resultat der Studienanalyse zu dieser Arbeit zeigt,

dass der Erstkontakt in den jeweiligen Ländern im Mittel erst nach 27 Jahren nach Start der Akademisierung realisiert wurde [2]. Seit 2001 gibt es die Möglichkeit des PT-Studiums in Deutschland, sodass noch ungefähr weitere 6 Jahre bis zur Einführung des Erstkontakts verblieben, was ich für ein realistisches Zeitfenster halte. Ein Hemmnis auf diesem Weg sind auf jeden Fall die konkurrierenden PT-Berufsverbände in Deutschland. Hinzu kommt die gleichzeitige Ignoranz einiger dieser Verbände zur OMPT. Als Resümee dessen wird die OMPT leider sowohl berufspolitisch als auch parteipolitisch nicht bzw. kaum wahrgenommen. Leidtragende dieses Verhaltens sind vor allem die Patienten.

Inhalte der muskuloskelettalen Physiotherapie Vorweg möchte ich sagen, dass es im Bereich der physiotherapeutischen Spezialisierungen nirgends einen vergleichbar hohen Anspruch bezüglich der Didaktik und Methodik in der Wissensvermittlung wie in den vom Weltverband IFOMPT zertifizierten OMPT-Weiterbildungen gibt. Ein wesentlicher Teil der OMPT ist es, dass die Teilnehmenden oder Studierenden im Fokus der Wissensvermittlung stehen im Sinne eines teilnehmer-/studentenzentrierten statt eines dozenten-zentrierten Unterrichts. Gleichzeitig wird durch die Vermittlung der Inhalte von physiotherapeutischer und fachangrenzender Forschung (Stichwort: Evidence Based Physiotherapy – EBPT) eine dogmenfreie Umsetzung von OMPT erzielt und praktiziert.

Aufgrund dieses hohen Ausbildungsstandards erlangen die Teilnehmenden der DFOMPT-Weiterbildung exzellente Skills bezüglich der Diagnostik und der Behandlung von Patienten mit Beschwerdebildern im Bereich der muskuloskelettalen PT. Als Beispiel hierfür sind z. B. die segmentale Stabilisation oder auch gezielte Manipulationstechniken im Bereich der Extremitäten sowie der Wirbelsäule zu nennen. OMPT-Therapeuten und -Therapeutinnen beherrschen ein Schmerzmanagement mit der Zuordnung viszeraler Ursachen zu bestimmten Schmerzbildern. Auch das Erkennen von Red und Blue Flags sowie eine Zuordnung der bio-psycho-sozialen Ebene zu bestimmten Krankheitsbildern sind ein integraler Bestandteil der Ausbildung. Ein praktizierendes Clinical Reasoning (CR) trainiert die Therapeutinnen und Therapeuten, Grenzen der physiotherapeutischen OMPT-Behandlung zu erkennen, die in jedem Fall eine Empfehlung zu ärztlichen Fachbereichen nach sich ziehen.

Zeitgemäße praktische Umsetzung Die Grundvoraussetzung für eine gelungene Umsetzung im Alltag ist ein gutes Patientenmanagement. Dies bedeutet eine gut dokumentierte, systematische Vorgehensweise bei der Diagnosestellung, die von sich ständig reflektierenden Therapeutinnen und Therapeuten garantiert werden können. Gemeint ist ein praktiziertes CR mit dem Wissen von EBPT und der Zuordnung der psycho-sozialen Ebene zu bestimmten Krankheitsbildern (► **Abb. 1**).

Die Rolle des „Guide“ für den Patienten als Selbstverständnis, definiert durch die IFOMPT Standards, beinhaltet jedoch weitaus mehr an Therapeutenkompetenzen im zeitgemäßen Patientenmanagement als der in der Grundausbildung gelehrtene Kompetenz. Verschiedene erworbene Schlüsselqualifikationen der DFOMPT OMPT-Therapeuten und -Therapeutinnen, wie z.B. Schmerzzuordnung/-education, Stadien der Heilung verschiedener Bindegewebe unter Einbeziehung des neuralen Systems sowie Kenntnisse aktueller Rehabilitationsverfahren (z. B. Return to Activity), garantieren den Patienten somit eine qualifizierte Beratung im Hinblick ihres Krankheitsgeschehens. Gleichzeitig ist damit z. B. eine Therapeutenbewertung auf Fragestellungen der Patienten bezüglich etwaiger Pros und Kontras für eventuelle OP-Planungen gegeben.

Im Sinne von Best Practice muss abschließend gesagt werden, dass sich eine erfolgreiche OMPT-Intervention am Patienten neben aller Theorie lediglich durch erfahrene Therapeutenhände (Hands-on) umsetzen lässt.

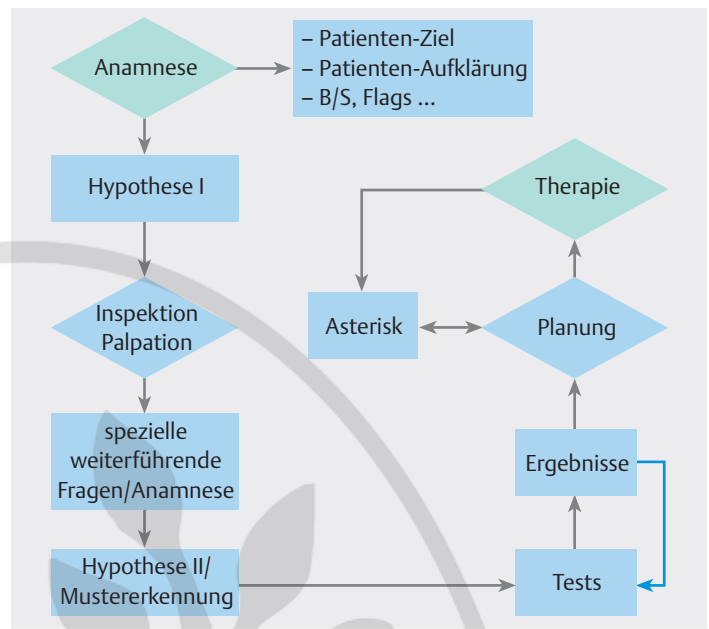
Autorinnen/Autoren

Martin Thiel, M.Sc., B.Sc., OMPT
(1. Vorsitz, Fachlicher Leiter DFOMPT)
physio.thiel@web.de

DGOMT e. V. – Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Manuelle Therapie (Kaltenborn-Evjenth-Konzept®)

Inhalte der muskuloskelettalen Physiotherapie Die Muskuloskelettale Physiotherapie (MST) sollte als eine spezialisierte Form der Physiotherapie (PT) mit klarem Kompetenzprofil wahrgenommen werden und einen besonderen Platz in der Gesundheitsversorgung einnehmen [3]. Sie basiert auf dem biopsychosozialen Modell und hebt sich damit im Wesentlichen von anderen Therapiekonzepten ab. Die Identifizierung von muskuloskelettalen Symptomen, Partizipations-/Aktivitätseinschränkungen, Funktionsstörungen und beitragenden Faktoren mündet in einer physiotherapeutischen Diagnose [4]. Sie leitet die Therapeutin bzw. den Therapeuten bei der adäquaten Handlungsauswahl und Prognose und hilft bei der Kommunikation im interdisziplinären Setting sowie im Patientengespräch.

Zeitgemäße praktische Umsetzung Der Patient steht im Mittelpunkt der MST und wird in alle Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen. Die Grundlage dafür bildet der Clinical Reasoning Prozess. Er berücksichtigt Erfahrungen, Erwartungen und Ziele der Patienten, findet in der Untersuchung, der Therapie sowie im Behandlungsverlauf fortlaufend Anwendung und ermöglicht die Integration interner sowie externer Evidenz. Vornehmlich kommen sensiti-

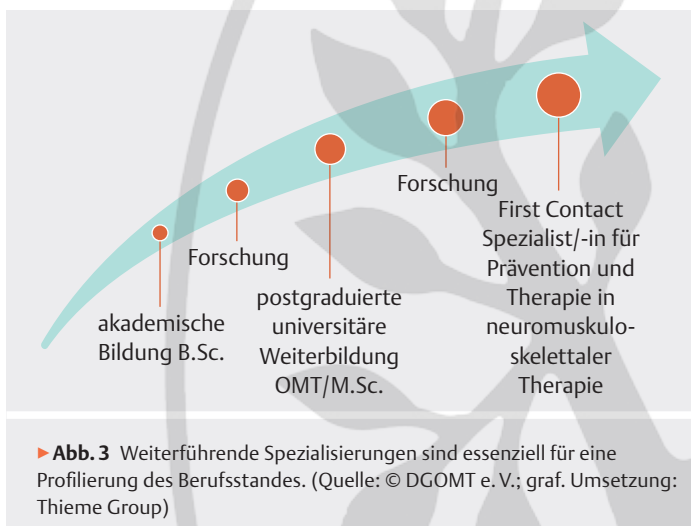
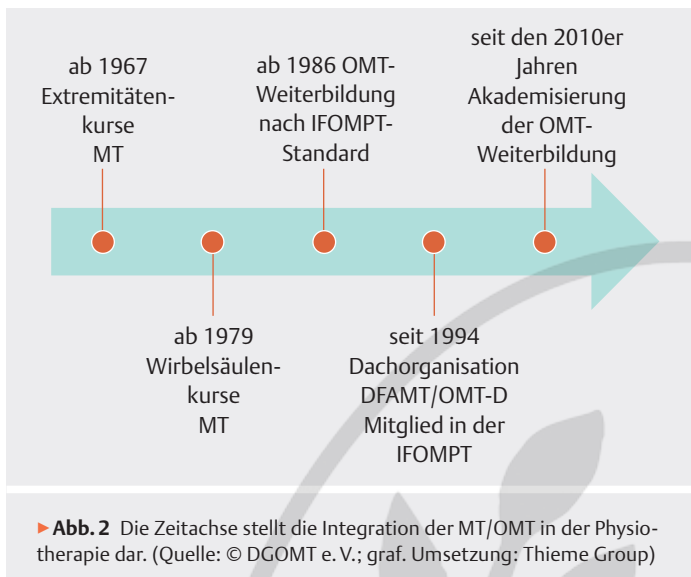


► **Abb. 1** Systematische Vorgehensweise zur Diagnosefindung. (Quelle: © DFOMPT; graf. Umsetzung: Thieme Group)

ve und spezifische Verfahren, u. a. Fragebögen, Techniken mit guter klinischer Anwendbarkeit sowie apparative Diagnostik, zum Einsatz und werden entsprechend situationsbedingt angepasst. Die MST ist multimodal ausgerichtet. Elementare Bestandteile sind, neben der Patientenedukation, Kombinationen verschiedener Spezialisierungen. Die Manuelle Therapie, die Trainingstherapie, die Ergonomie und das Selbstmanagement stehen für ein erfolgreiches MST-Resultat und sind unter anderem Inhalt der aktuellen OMT-Weiterbildung der DGOMT.

Vor allem aktive Maßnahmen, wie Training und Eigenübungen, unterstützen darin, Einschränkungen und Störungen des muskuloskelettalen Systems zu beseitigen sowie vorhandene Ressourcen zu erhalten bzw. zu fördern. Neben der Symptomreduktion oder -beseitigung und der Erhaltung oder Verbesserung der Mobilität und sensomotorischen Leistungsfähigkeit liegt der Fokus auf der Steigerung der allgemeinen körperlichen Belastbarkeit, dem Ausdauer- und Krafttraining. Dies zeigen die Ergebnisse verschiedener Studien [5][6][7]. Olaf Evjenth hat schon früh auf die Bedeutung des aktiven Trainings hingewiesen und diese seit den 1970ern praktisch angewandt. Er integrierte das Training in die Orthopädische Manuelle Therapie nach Kaltenborn-Evjenth® und war damit ein Vorreiter auf diesem Gebiet [8].

Um die Effekte unseres Handelns zu bestätigen oder zu widerlegen, ist die systematische Forschung ein integraler Baustein der MST. Dies fördert die Autonomie, die Abgrenzung zu anderen Therapiekonzepten und stärkt die Zukunftsfähigkeit dieser Spezialisierung im Gesundheitswesen.



Wo geht die Reise hin? Das Arbeitsfeld der Physiotherapie und damit auch der MST ist im Wandel und schließt neben den kurativen und rehabilitativen Bereichen mehr und mehr auch gesundheitserhaltende/-fördernde und präventive Ansätze mit ein [9]. Es bedarf daher nachhaltiger, aktivitätsorientierter und evidenzbasierter Konzepte. Ein Beispiel dafür ist das 7-Phasen-Modell, das sinnvoll Einzelbehandlungen (z. B. MT) mit Gruppentherapien (KGG) und freiem Training über einen Zeitraum von ca. einem Jahr kombiniert. Symptome werden reduziert, Beweglichkeit und Koordination erhalten/verbessert, allgemeine Belastbarkeit, Ausdauer und Kraft gesteigert [10]. Mit diesem Modell wird ein Übergang von der akutversorgenden bzw. rehabilitativen Phase in die Gesundheitsförderung geschaffen. Patienten werden zu Klienten.

„Der moderne Physiotherapeut ist gleichzeitig Behandler, Begleiter und Berater auf der Basis eines teilhaberorientierten Behandlungsansatzes.“ [11] Dieses Rollenverständnis bildet die Basis für ein zukunftsorientiertes Standbein:

die Partizipation am Gesundheitsmarkt, z. B. anhand von Personal- & Kleingruppentherapie sowie betrieblicher Gesundheitsförderung, jeweils auf die persönlichen Ziele abgestimmt und auf wissenschaftlicher Evidenz basierend. Dadurch ergeben sich neue Handlungsfelder mit viel Potenzial.

Bei einem Statement über die Zukunft kann es hilfreich sein, Vergangenheit und Gegenwart zu betrachten. Bei den MT/OMT-Spezialisierungen der PT lag und liegt der Fokus auf der muskuloskelettalen Therapie. Seit mehr als 5 Jahrzehnten entwickelt sich diese Fachprofession fortlaufend weiter (► **Abb. 2**) und ist als Heilmittel fest in unserer Gesundheitsversorgung etabliert.

In der OMT-Deutschland sind Gesellschaften vereint, die der International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists Incorporated (IFOMPT) und somit der Weltgesundheitsorganisation unterstehen. Sie alle sichern Standards der MST und setzen sich für eine zukünftige Autonomie dieser Fachprofession ein. Gemeinsam wird der Kontext von Zertifikatsweiterbildungen, weiterführenden Spezialisierungen bis hin zur Akademisierung diskutiert. Die Diskussion von Zertifikatsweiterbildungen bezieht sich in erster Linie auf die Kosten der Weiterbildungen und auf den finanziellen Mehrwert in der Abrechnung von Heilmitteln [12][13]. Weiterführende Spezialisierungen verschiedener Fachbereiche der Physiotherapie, vordergründig mit akademischen Graden, sind essenziell und in Zukunft für eine gesicherte Profilierung des Berufsstandes dringend notwendig (► **Abb. 3**).

Das Niveau der deutschen PT ist nicht State of the Art! Es gibt einen hohen Nachholbedarf, um international aufzuschließen [9]. Spezialisierungen wie die OMT werden selbst in Ländern mit einer grundständigen akademischen Ausbildung (z. B. USA, Norwegen, Schweden, Österreich) über eine postgraduierte universitäre Weiterbildung mit Master-Abschluss absolviert. Das zeigt, dass eine qualitativ hochwertige Weiterbildung auch bei einer zukünftigen Abschaffung der Zertifikatsposition sicherlich Bestand haben wird, gerade im Hinblick auf den bevorstehenden Paradigmenwechsel, der uns 2021 die Blankoverordnung bringen wird. Das bedeutet, dass den Therapeutinnen und Therapeuten eine deutlich höhere Verantwortung zugeordnet wird. Viele wünschen sich einen Übergang von der Blankoverordnung zum First Contact. Dabei müssen wir jedoch kritisch hinterfragen, ob zum einen das derzeitige Ausbildungs- und Weiterbildungsniveau für diesen Entwicklungsschritt ausreicht und zum anderen die ärztlichen Gesellschaften dies zulassen. Anfänglich gab es auch deutliche Widerstände aus der Ärzteschaft in Bezug auf die physiotherapeutischen Spezialisierungen MT/OMT.

Heute bedarf es neben Lobby-, insbesondere aktiver Forschungsarbeit, um die Effektivität unseres therapeutischen Handelns zu belegen. Damit in Zukunft die akademische

Weiterentwicklung der Physiotherapie vor dem Hintergrund des Fachärztemangels und der spezialisierten Ausrichtung der PT für die medizinisch konservative Therapie nicht boykottiert wird.

Packen wir es an!

Autorinnen/Autoren

Ronny Petzold, M.Sc., PT-OMT(DGOMT®),
Fachlehrer für KGG
ronny.petzold@mp-physio.de

Uta Pfäffle, M.Sc., PT-OMT(DGOMT®),
Fachlehrerin MT/KGG, Nationale Instruktorin KEOMT®
uta.pfaeffle@freenet.de

Matthias Zöller, M.Sc., PT-OMT(DGOMT®),
Fachlehrer MT, Internationaler Instruktor KEOMT®
matthias.zoeller@dgomt.de

DVMT – Deutscher Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) e. V.

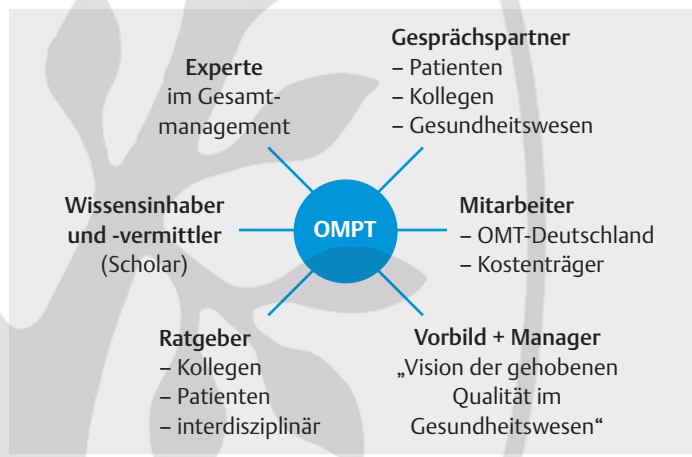
Inhalte der muskuloskelettalen Physiotherapie Die Physiotherapie und damit auch die neuromuskuloskelettale (NMSK) Physiotherapie ist stetig im Wandel und passt sich fortwährend an. Die Frage nach der Zukunft unserer Profession in Deutschland wurde in den vergangenen beiden Jahren häufiger als je zuvor diskutiert. Bewegungen wie #TherapeutenamLimit und #TherapeutenamZug konnten Aufmerksamkeit erregen, Diskussionen erwecken und Bewusstsein für die Bedeutung der Therapieberufe generieren. Schwere Steine wurden ins Rollen gebracht. Wir als Interessensvertreter/-innen sehen es als unsere Pflicht, innerhalb unseres Rahmens diese Bewegung weiterhin voranzutreiben. Zugleich darf auch ein Augenmerk darauf liegen, welche Wege innerhalb von „World Physiotherapy“ (ehem. WCPT), OMT-Deutschland und in der OMPT-Weiterbildung des DVMT bereits beschrritten wurden. Der Fokus des Orthopädischen Manuellen PhysioTherapeuten (OMPT) ist das NMSK-Management.

So wie unser Nervensystem nicht wie eine Maschine funktioniert, sondern am Leben ist und die Fähigkeit hat, sich zu verändern [14], verhält es sich auch im NMSK-Management. Ganz gleich, ob dies das Jahrzehnt der Nerven, der Muskeln, der Gelenke, der Faszien oder der kognitiv basierten Physiotherapie ist, unsere Entscheidungsfindung und unser Vorgehen bleiben klar patientenorientiert, basierend auf dem biopsychosozialen Modell.

Wie in ► **Abb. 4** veranschaulicht ist, müssen und dürfen wir uns als OMPT-Physiotherapeuten und -therapeutinnen stets mit Entwicklungen und neuen Forschungsergebnissen auseinandersetzen, ohne die Werte und Wünsche der individuellen Patienten aus den Augen zu verlieren. Dies



► **Abb. 4** Die drei Säulen der Evidenz-informierten Physiotherapie, angelehnt an Sackett (2000) [15]. (Quelle: © S. Baumgärtner, T. Davies-Knorr; graf. Umsetzung: Thieme Group)



► **Abb. 5** Die Rollen des/der OMPT-Physiotherapeuten, angelehnt an Frank et al. (2015) [16][17]. (Quelle: © S. Baumgärtner, T. Davies-Knorr; graf. Umsetzung: Thieme Group)

ist immer eine Herausforderung, da es noch nie einfacher war, gleichermaßen geballte und ausgedehnte Literatur aus der gesamten Welt zu akquirieren. Die Interpretation dieser Informationen und das Umsetzen der „Best Practice“ im Gesamtmanagement sind die Ziele und Aufgaben, die wir uns als OMPT-Physiotherapeuten setzen.

Zeitgemäße praktische Umsetzung Der oder die OMPT-Physiotherapeuten verpflichtet sich, ein Berufsleben lang Evidenz-informiert zu arbeiten. Frank et al. beschreiben sechs professionelle Rollen, die ein Arzt leben bzw. erfüllen soll (► **Abb. 5**) [16]. Diese Rollen sind auch für das umfassende physiotherapeutische NMSK-Management relevant und werden im IFOMPT Standards Dokument dargestellt [17]. Sie spiegeln die verschiedenen Rollen der

OMPT-Physiotherapeuten und -therapeutinnen (OMPTs) sowie das NMSK-Management, basierend auf den Prinzipien des Maitland-Konzepts, sehr gut wider.

OMPTs sind auch in Zukunft Fachfrauen oder -männer, die in einem spezialisierten Bereich der Physiotherapie gleichermaßen Wissen und klinische Fähigkeiten bereithalten. In diesem Zusammenhang sei gesagt, dass eine Diskussion über Hands-on vs. Hands-off gar nicht nötig ist, wenn es um das biopsychosoziale Gesamtmanagement eines einzelnen individuellen Patienten geht. OMPTs sind genau diese Ratgeber und Spezialisten, die gemeinsam mit den Patienten überlegen und entscheiden, wann im Verlauf welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um die festgelegten Ziele zu erreichen. Dieses Management beruht auf verbalen und non-verbalen Fähigkeiten in der Kommunikation, aktives Management zu vermitteln, dem Wissen und Vermögen, manuelle Techniken sicher einzusetzen, einem fundierten Clinical Reasoning und dem nötigen theoretischen Hintergrundwissen.

Im Austausch mit Patienten, Kolleginnen, Partnern im Gesundheitswesen oder auch mit den Kostenträgern stellen die OMPTs aus unserer Sicht Experten dar, die Vorbilder und Ratgeber sind, wenn es um die „Vision der gehobenen Qualität im Gesundheitswesen“ [17] geht. So wie die anderen OMPT-Gruppierungen wachsen auch wir innerhalb des DVMT stetig weiter. Anpassungen sind wichtig und geschehen laufend.

Das regelmäßige nationale und internationale „Monitoring“ untereinander sichert einen hohen Qualitätsstandard. Wir wünschen uns jedoch auch eine noch aktivere Zusammenarbeit innerhalb OMT-Deutschlands. Eine lebendige Partnerschaft wird dazu beitragen, den Bekanntheitsgrad der OMPT zu erhöhen. Der nächste Schritt ist die Anerkennung der Weiterbildung durch die Kostenträger.

Wo geht die Reise hin? In sozialen Netzwerken kann man lesen, wie Physiotherapeuten und -therapeutinnen jeden Alters, auch diejenigen in Ausbildung, fordern, dass es eine Weiterentwicklung der Physiotherapie gibt, eine Modernisierung der Ausbildung, steigende Löhne, eine Änderung des Fachkräftemangels und zeitgleich eine Jobgarantie. Wir sind der Meinung, dass der Wandel bereits begonnen hat. Durch unser gemeinsames Auftreten binnen OMT-Deutschland haben wir bereits dazu beigetragen und Veränderungen bewirkt. Durch weitere Kooperationen können wir unsere Öffentlichkeitsarbeit weiterhin vorantreiben. Das allein reicht natürlich nicht aus. Daher sehen wir es als umso wichtiger an, dass wir unseren Status als Vorbilder, Ratgeberinnen und Spezialisten weiterhin ausbauen. Wir wünschen uns noch viel mehr OMPT Kolleginnen und Kollegen im NMSK-Management, um weiterhin die Qualität im Gesundheitswesen zu erhalten und auszubauen.

Das Konzept von Donald O. Hebb, zusammengefasst von Carla Shatz, findet für uns die Abschlussworte: „Neurons that fire together, wire together“ [18]. Besser könnten wir unser zukünftiges Vorgehen innerhalb der OMPT nicht beschreiben. Die Bereitschaft zur Veränderung obliegt nicht nur unserem eigenen Organismus, sondern ebenso unserer Organisation.

Autorinnen/Autoren

Trisha Davies-Knorr, M.Sc., OMPT-DVMT®, MCSP, Leiterin der DVMT e.V. Weiterbildungskommission, IMTA Teacher, Mitglied IFOMPT Standards Committee

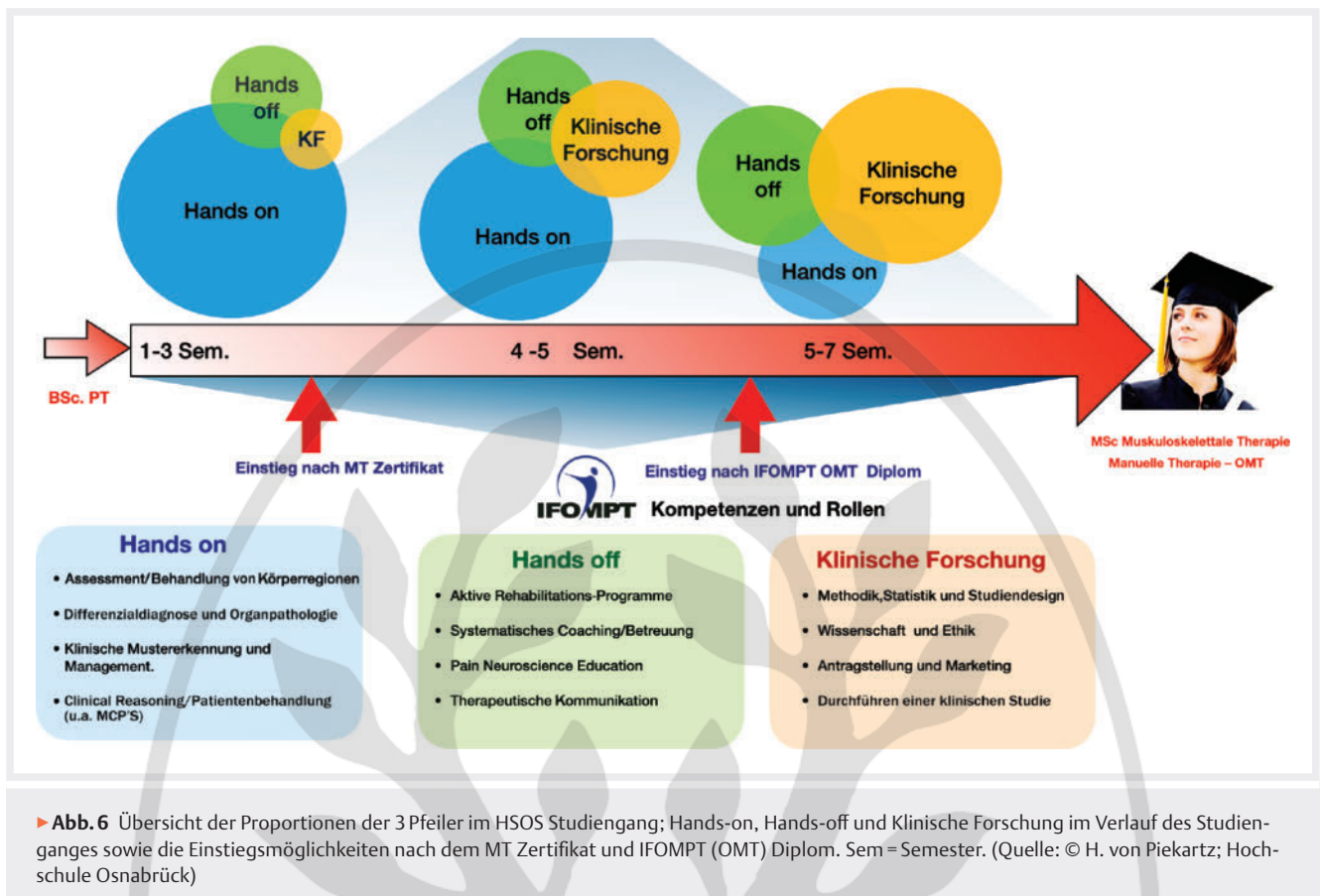
Sandra Baumgärtner, M.Sc. Muskuloskeletale Physiotherapie, Dipl. PT, OMPT-DVMT®, Mitglied der DVMT e.V. Weiterbildungskommission, IMTA Teacher
sandra.baumgaertner@imta.ch
trisha.davies-knorr@imta.ch

HSOS – Hochschule Osnabrück

Inhalte der muskuloskelettalen Physiotherapie Für die Antwort auf die gestellte Frage ist es notwendig, einen Blick auf die Vorgeschichte zu werfen. Die Namensänderung von „Manuelle Therapie“ zu „Muskuloskeletale Physiotherapie“ erfolgte in den späten 1990er bis zum Jahr 2000 in Australien. Gwendolen Jull nannte in einem persönlichen Gespräch am 23.01.2021 als Grund für diese Änderung, dass aus verschiedenen Effektstudien passive Behandlungen nicht das erwartete Ergebnis zeigten und gleichzeitig auch ein frischer Wind über Theorien und Modelle zu motorischer Kontrolle und Rehabilitation aufkam. Auf dem Kongress „Moving in on Pain“ in Adelaide im Mai 1995 wurden die Begriffe „Hands-on“ und „Hands-off“ geboren. Rosemary McIndoe, Physiotherapeutin und Psychologin, stellte ein sehr praktisches Modell „to move out of pain“ vor, wobei Manuelle Therapie (Hands-on), Coaching und Selbstmanagement (Hands-off) fließend ineinander übergangen [19]. Im Jahr 2008 wurde die Namensänderung „Muskuloskeletale Therapie“ durch verschiedene IFOMPT Gremien akzeptiert und übernommen.

Dieser Trend hat sich bis heute weiterentwickelt, wobei Kenntnisse aus den Schmerz- sowie sozialen Wissenschaften immer mehr eingeflossen sind. Anno 2021 werden aus einem biopsychosozialen Grundgedanken innovative Assessments und Interventionen, wie Dry Needling, kraniale Manuelle Therapie, Echografie, Pain Neuroscience Education und viele mehr, integriert. Dies geschieht konform der Kompetenzprofile der IFOMPT [20]. Basierend auf diesen Grundgedanken umfasst die (neuro-)muskuloskeletale Physiotherapie (NMSP) für den Studiengang an der HSOS Folgendes:

- NMSP ist „Hands-on plus“, inkl. aktiver Therapie und Edukation auf verschiedenen Ebenen, wie Lebensstil-anpassungen, Schmerzbewältigung und Bewegung



(Hands-off) mit der optimalen Dosierung zum richtigen Zeitpunkt.

- Implementieren der besten internen und externen Evidenz der (neuro)muskuloskeletalen Therapie.
- Innovative Assessments und Behandlungsansätze nicht sofort verwerfen, sondern kritisch reflektieren und, wenn möglich, erforschen.
- Professionalität fördern, d. h. anderen Berufsgruppen verdeutlichen, was ein/-e NMS-Physiotherapeut/-in macht. Hierbei wird versucht, die von der IFOMPT vorgegebenen Rollen (Klinischer Experte, Kommunikator, Gesprächspartner, Manager, Fürsprecher der Gesundheit, Wissenschaftler, Professional) zu erfüllen und diese mit klinischer Forschung zu untermauern.

Der letzte Punkt „(selbstständiger) klinischer Forscher“ ist eine Rolle, die an der HSOS nochmal besonders hervorgehoben und mit einem international anerkannten Master of Science in Muskuloskeletaler Therapie abgeschlossen wird (➤ **Abb. 6**).

Zeitgemäße praktische Umsetzung Die Akzeptanz des Begriffes „Manuelle Therapie“ hat in unserer Berufsgruppe, bei den Dozenten und in der Gesellschaft lange gedauert. Der Akzeptanz-Prozess des Begriffes „Muskuloskeletale Physiotherapie“ wird hoffentlich schneller erfolgen. Ein Vorteil dabei ist, dass die Anzahl an Assessments und Behandlungsmöglichkeiten (Hands-on und -off), die zu mus-

kuloskeletaler Therapie gehören, pluriformer geworden sind und so der Begriff auch mehr Unterstützung innerhalb der physiotherapeutischen Berufsgruppen bekommen kann. Wichtig ist auch, wer sich als Experte in Muskuloskeletaler Therapie bezeichnen darf. Nur IFOMPT-diplomierte Physiotherapeuten und -therapeutinnen oder auch Kolleginnen und Kollegen, die einen Grundkurs in Manueller Therapie absolviert haben, aktives Management betreiben und kurzfristige und langfristige Ziele der Therapie festlegen? Dies zu erörtern ist eine wichtige Aufgabe für die Fachgesellschaften, OMT-Deutschland und die Berufsverbände. Insbesondere, wenn das MT-Zertifikat in der Zukunft abgeschafft werden soll, ist dies möglicherweise eine geeignete Situation, um die Berufsbezeichnung neu zu definieren.

Wo geht die Reise hin? Muskuloskeletale Physiotherapie (MST) hat eine gute Zukunftsperspektive, weil sie eine sehr gute internationale Plattform (IFOMPT) hat. Durch eine optimale Zusammenarbeit in der OMT-Deutschland, wobei die 5 Mitgliedsorganisationen einander unterstützen und nach den Richtlinien der IFOMPT agieren, soll die Qualität der Ausbildung oder des Studiengangs verbessert werden. Hierdurch kann die Professionalisierung gefördert werden, wobei ein Nachteil ist, dass deutsche Physiotherapeuten immer noch den Status eines „Heilhilfsberufs“ haben im Gegensatz zu Physiotherapeuten in anderen europäischen Ländern. Auch scheint der aktuell amtierende

deutsche Gesundheitsminister Herr Spahn von der Akademisierung der Physiotherapie nicht begeistert zu sein, obwohl in allen anderen europäischen Ländern ein Studium mit Bachelorabschluss die Regel ist und sich Deutschland aufgrund der politischen Blockadehaltung eher ins Abseits katapultieren könnte. Außerdem gibt es keine starke politische physiotherapeutische Lobby, wie z. B. bei den Heilpraktikern. Angemerkt werden muss auch, dass die Konkurrenz von anderen Ausbildungen mit einer anderen Organisationsstruktur und intelligenten Werbestrategien, wie z. B. in dem Feld der Osteopathie, viele junge Physiotherapeuten und -therapeutinnen gewinnt. Diese Kolleginnen und Kollegen lernen dann leider nicht die internationale muskuloskeletale Therapie kennen. Günstige Aspekte in Deutschland sind die Entwicklung der Blanko-Verordnung und ein möglicher Direktzugang. Hier haben ausgebildete IFOMPT (Neuro)muskuloskeletale Therapeutinnen und Therapeuten als Spezialisten gute Karten. Aber auch in diesem Punkt spielen die Einflüsse von Faktoren wie Werbung, politische Lobby, Publikationen und Zusammenarbeit von Berufsverbänden eine wichtige Rolle. Eine gute erkennbare Zusammenarbeit, die qualitativ gute Arbeit liefert, wird ein wichtiger Schlüsselpunkt zum Erfolg sein.

Autorinnen/Autoren

Prof. Dr. Harry von Piekartz

Studiengangsleiter M.Sc. Muskuloskeletale Therapie (Manuelle Therapie – OMT) an der Hochschule Osnabrück, Senior Teacher International Maitland Teacher Association (IMTA)
H.von-Piekartz@hs-osnabrueck.de

Literatur

Literaturverzeichnis des Artikels am Ende der HTML-Version unter www.thieme-connect.de/products/ejournals/msk

Bibliografie

MSK – Muskuloskeletale Physiotherapie 2021; 25: 133–140
DOI 10.1055/a-1499-5238
ISSN 2701-6986
© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany