

OMT-Abschlußarbeit:
Anfertigen einer Studie in Interviewform

Betreuer: Dr. Erwin Scherfer
Physio-Akademie des ZVK gGmbH in Wremen

**Was wissen Orthopäden
über
Manuelle Therapie und deren Ausbildung?**

Ralf Edele
Kapuzinerstr. 7
97070 Würzburg

0931-3294490 privat
0931-9910430 Praxis
AKTImed (Veitshöchheim)

ralfedele@web.de

Alexandra Tvrdy
Ahseufer 6
59063 Hamm

02381-374192 privat
02381-986560 Klinik
für MT (Hamm)

nana01@gmx.de

Björn Nophut
Im Hausgrund 6
36132 Eiterfeld

06672-1389 privat
06672-440 Praxis
Hübbe (Eiterfeld)

bdml@gmx.de

Inhaltsverzeichnis

I.	Abstract/Zusammenfassung	S. 3
II.	Einleitung	S. 4
III.	Material und Methoden mit	
	Ein- und Ausschlusskriterien.....	S. 6
	Aufteilung des Fragebogens.....	S. 7
	Durchführung des Interviews.....	S. 7
	Auswertung des Fragebogens.....	S. 7
IV.	Ergebnisse	S. 8
	Angaben zur Person.....	S. 8
	Kenntnisstand der Ärzte über physiotherapeutische Manuelle Therapie.....	S. 8
	Qualität der Kommunikation bezogen allgemein auf Physiotherapie	S. 13
	Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Physiotherapeuten bzw. die Rolle der Physiotherapeuten in der Versorgung ihrer Patienten.....	S. 16
	Ausbildungssituation der Physiotherapeuten in Deutschland.....	S. 19
V.	Diskussion	
	S. 20	
VI.	Schlussfolgerung	S. 24
VII.	Anhang mit	
	1. Anschreiben	S. 25
	2. Fragebogen.....	S. 26
	3. Tabellen	S. 35
	Tabelle 1.....	S. 35
	Tabelle 2.....	S. 36
	Tabelle 3.....	S. 37
	Tabelle 4.....	S. 38
	4. Begründung der Orthopäden bei Nichtteilnahme am Interview.....	S. 39

I. Abstract/Zusammenfassung

Main goal of this qualitative study was to scrutinise the state of knowledge of orthopedists about manual therapy and the OMT-training in particular. In addition, they were questioned about the quality of communication, the role of the physical therapists and the education of physiotherapy on an academic level in Germany.

The results show, that indications and the extent of continuing education leading to a certificate in manual therapy are known by the orthopedists, but not an international standard. The communication and its quality was rated positive, and suggestions for further improvements could be found. The role of the physical therapist in the medical care was also rated positive. The question on an academic education in physiotherapy found different opinions (with the doctors).

An improved education about manual therapy and OMT-training and an individual communication between the doctor and the physical therapist help to avoid misunderstandings and misconceptions and create a better, more efficient treatment for the patient with manual therapeutic indications.

Key words: Manual therapy – OMT– communication – academic education

Ziel der qualitativ gestalteten Arbeit war es, den Kenntnisstand von Orthopäden über Manuelle Therapie und speziell der OMT-Ausbildung zu hinterfragen. Ergänzend sollten Orthopäden zur Qualität der Kommunikation, Rolle der Physiotherapeuten und Akademisierung der Physiotherapie in Deutschland befragt werden.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Indikationen und das Weiterbildungsausmaß für eine Zertifizierung in Manueller Therapie den Orthopäden durchaus bekannt sind, ein internationaler Standard den meisten jedoch nicht geläufig ist. Die Kommunikation und ihre Qualität zwischen Arzt und Physiotherapeut wurden im Durchschnitt positiv bewertet, und es konnten Verbesserungsvorschläge herausgearbeitet werden. Auch die Rolle des Physiotherapeuten in der Versorgung des Patienten bekam eine positive Bewertung. Auf die Frage der Akademisierung waren die jeweils befragten Ärzte gespaltener Meinung.

Durch eine verbesserte Aufklärungsarbeit für Manuelle Therapie und OMT-Ausbildung sowie einer individuell gestalteten Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeut lassen sich Missverständnisse vermeiden und eine effizientere Behandlung bei manualtherapeutischen Indikationen für den Patienten gewährleisten.

Schlüsselwörter: Manuelle Therapie – OMT – Kommunikation – Akademisierung

II. Einleitung

Folgende praxisorientierte Situation: Ein Patient kommt zur Terminabsprache zum Physiotherapeuten. *„Ich habe starke Kreuzschmerzen, die ins Bein ausstrahlen! Mein Orthopäde hat mir Krankengymnastik verordnet. Wann kann ich einen Termin bekommen?“* Welchem Manualtherapeuten kommt diese Situation nicht bekannt vor? Unsere Erfahrungen als Manualtherapeuten in der physiotherapeutischen Praxis zeigen, dass Patienten bei Indikationen für Manuelle Therapie meistens ein Krankengymnastik-(KG-) oder Massage-Rezept ausgestellt bekommen.

Jedoch sind die eben beschriebenen Symptome mit Krankengymnastik oder Massage nur begrenzt zu therapieren. Denn **Krankengymnastik/Physiotherapie** bezieht sich verstärkt auf

„Heilverfahren durch Einsatz von passiver u. aktiver Bewegung des Menschen zur Prävention, Therapie u. Rehabilitation von gesundheitlichen Beschwerden u. Schädigungen, ... umfasst Untersuchung, Erstellen einer physiotherap. Diagnose u. eines Therapieplans, Intervention u. Evaluation der Therapie. Die Intervention ist orientiert am Therapieziel u. kann versch. Therapiekonzepte beinhalten (z.B. Manuelle Therapie...). Wesentliche Merkmale sind das Erlernen eines Eigenübungsprogramms u. die Anleitung zum Verhalten im Alltag“

(Pschyrembel 260. Auflage, S. 1419).

– also globale Manöver. **Massage** charakterisiert sich durch

„...Behandlung von Gewebe und Muskeln durch Druck- und Zugreize“
(Pschyrembel 260. Auflage, S. 1119).

Bedingt durch die Komplexität des Bewegungsapparates sowie die Vielzahl an körpereigenen Regionen und anatomischen Strukturen ist ein manualtherapeutischer Befund für die Behandlung von großer Bedeutung. Die **Manuelle Therapie** zielt ab auf die

„Untersuchung und Behandlung von reversiblen Funktionsstörungen am muskuloskeletalen System, z.B. Hyper-/Hypomobilität von Gelenken, Weichteilveränderungen der gelenkumgebenden Strukturen und Schmerzen in Gelenken“ *(Pschyrembel 260. Auflage, S. 1801).*

Die methodische Untersuchung, die sich in eine orientierende Untersuchung mit Anamnese, Inspektion und allgemeinen Bewegungstests sowie eine anschließende spezifische Untersuchung für die herausgefilterten Strukturen gliedert, ist kennzeichnend für die Manuelle Therapie. Die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten richten sich gezielt nach den Untersuchungsergebnissen.

Die erweiterten Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten (im Vergleich zur Krankengymnastik und Massage) ermöglichen dem Therapeuten Risikofaktoren zu minimieren sowie die Behandlung unter anderem effektiver zu gestalten. Als Folge dessen lassen sich Kosten einsparen, Chronizität vermeiden und schnellere Integration des Patienten in den Alltag gewährleisten.

Um dem Patienten eine effektive Behandlung zu garantieren, behandeln viele geschulte Therapeuten trotz KG-Verordnung mit Manueller Therapie, was eine finanzielle Einbuße und Abwertung dieser Methode bedeutet.

Aufgrund dieses Ungleichgewichts der Rezeptierung interessierte uns besonders der Kenntnisstand der niedergelassenen Orthopäden über Manuelle Therapie. Die Fragen dazu beziehen sich auf die Indikation für Manuelle Therapie, den finanziellen Unterschied zwischen KG und MT und die Zertifizierung der Manuellen Therapie.

Durch die Wahl unseres eigenen Ausbildungsweges zum Manualtherapeuten mit einem internationalen Abschluss war es uns wichtig, die Mediziner nach dem Bekanntsein einer **IFOMT**-Richtlinie zu fragen. Das ist die Weltorganisation der

Manualtherapeuten (= International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists).

Des Weiteren erkundigten wir uns nach der Akzeptanz der Ärzte von Manipulationen am Bewegungssystem durch entsprechend geschulte Therapeuten.

Einen weiteren Punkt stellt die Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeut dar, mit der wir uns befassten, um mögliche Anhaltspunkte für eine Optimierung zu erhalten. Dazu erkundigten wir uns nach der Häufigkeit von Rückfragen seitens der Physiotherapeuten zu Verordnungen bzw. von welcher Seite die Interaktion ausgeht. Gibt es Vorschläge zur Therapieänderung und werden diese berücksichtigt?

Was die „Mitteilung für den Arzt“ betrifft, waren wir neugierig zu erfahren, wie Ärzte diese bewerten und welchen Informationsgehalt sie für diese darstellt. Um bestehende Probleme in der Kommunikation von Seiten der Ärzte zu berücksichtigen, wurden sie gebeten, diese genauer zu benennen.

Die Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Physiotherapeuten bzw. die Rolle der PT in der Versorgung ihrer Patienten beschäftigte uns als nächstes. Erachten die befragten Ärzte eine weiterführende Untersuchung des Physiotherapeuten für sinnvoll? Wie sehen sie die Rolle des Therapeuten - eher als gleichwertiger Partner oder als ausführendes Organ?

„Aus dem Bauch heraus“ sollten die Ärzte die Kompetenz der Physiotherapeuten einschätzen - eine Art Vertrauensfrage. Letztendlich suchten wir nach Hinweisen für eine eventuelle Problemlösung in der gemeinsamen Zusammenarbeit. Wie könnte man Abhilfe schaffen?

Interessante Ergebnisse erhielten wir noch auf die Frage, ob die Orthopäden eine Anhebung des Ausbildungsniveaus auf Fachhochschulebene begrüßen.

Der Einfachheit halber wird nur die männliche Form der Orthopäden und -innen bzw. der Therapeuten und -innen gewählt, um den Lesefluss zu verbessern.

III. Material und Methoden

Ein- und Ausschlusskriterien:

Die Zentralstudie fand in drei verschiedenen Regionen statt: in Würzburg (Bayern), Hamm (Nordrhein-Westfalen) und Fulda (Hessen). In jeder Region führte ein Therapeut die Interviews durch. Als Ein- und Ausschlusskriterien der Ärzte galten nur niedergelassene Orthopäden. Es sollten jeweils zwölf angeschrieben werden, die nach einem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. In Würzburg wurde jeder zweite Orthopäde aus den Gelben Seiten angeschrieben, in Hamm und Fulda gab es nur jeweils zwölf niedergelassene, wodurch keine Notwendigkeit der Randomisierung entstand.

Aufteilung des Fragebogens:

Als Messinstrument für unsere qualitative Befragung diente ein von uns entwickelter Fragebogen.

Dieser beinhaltete 35 Fragen, die sich in 17 geschlossene und 18 offene Fragen gliederten. Schwerpunkte waren „Angaben zur Person“, „Kenntnisstand der Ärzte über physiotherapeutische Manuelle Therapie“, „Qualität der Kommunikation bezogen allgemein auf Physiotherapie“, „Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Physiotherapeuten bzw. die Rolle der Physiotherapeuten in der Versorgung ihrer Patienten“ und „Ausbildungssituation der Physiotherapeuten in Deutschland“.

Durchführung des Interviews:

Zu Beginn wurde ein Informationsbrief an die jeweiligen Orthopäden versendet, in dem wir kurz unsere wissenschaftliche Arbeit vorstellten und gleichzeitig um Teilnahme des damit verbundenen Interviews baten. Die Angeschriebenen wurden mit fortlaufenden Nummern versehen (1 bis 12 Würzburg, 13 bis 24 Hamm und 25 bis 36 Fulda), wodurch die Anonymität der Ärzte gewährleistet wurde.

Um einen Termin zur Durchführung des Interviews zu vereinbaren, erhielten die Orthopäden nach 14 Tagen einen telefonischen Rückruf unsererseits. Nach Ter-

minabsprache wurde die mit zehn Minuten angesetzte Befragung im Stile „Face to face“ durchgeführt, die Fragen vom Interviewer vorgetragen und die Antworten der jeweiligen Orthopäden vom Interviewer schriftlich fixiert.

Auswertung des Fragebogens:

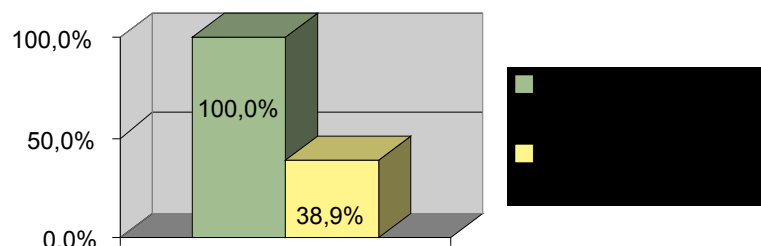
Die Antworten auf die geschlossenen Fragen wurden jeweils aufgelistet, ausgerechnet und prozentual ausgewertet, die Antworten der offenen Fragen größtenteils direkt übernommen oder bei entsprechender Zugehörigkeit Überbegriffen zugeordnet. Im Ergebnisteil wurden diese schriftlich zusammengefasst.

IV. Ergebnisse

Angaben zur Person

Von 36 angeschriebenen Orthopäden (davon zwei weiblich und 34 männlich) haben sich insgesamt 14 dem Interview gestellt (38,9%).

Eine der zwei Orthopädinnen (50%) und 13 der 34 Orthopäden (38,3%) nahmen an der Befragung teil. Im Schnitt waren die befragten Orthopäden knapp 51 (50,8) Jahre alt, haben vor 23 Jahren ihr 3. Staatsexamen absolviert und sind seit knapp 13 Jahren niedergelassen (12,6 Jahre).



Kenntnisstand der Ärzte über physiotherapeutische Manuelle Therapie

Manuelle Therapie als Heilmittel der Physiotherapie ist Ärzten aus dem Heilmittelkatalog bekannt. Dazu interessierte uns, ob sie selber Manuelle Medizin bzw.

Chirotherapie oder Chiropraxis praktizieren, was beinahe alle (92,8%) bestätigten, nur ein Orthopäde (7,2%) verneinte.

Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie oder Chiropraxis werden bei verschiedenen Indikationen angewandt.

Am häufigsten genannt wurden zusammengefasst die Wirbelsäulen-(WS-)blockierungen (21), gefolgt von den Blockaden der Extremitäten-/peripheren Gelenke (15), Schmerzsymptomatik (5), Blockierungen allgemein (3), Kontrakturen/Muskelverkürzungen (2) und sonstiges (4) mit einer Enthaltung. Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 1.

Eines der wichtigsten Elemente unseres Interviews war die Frage nach den bestehenden Indikationen, welche die Orthopäden zur Verordnung von Manueller Therapie bewegen. Die Antworten zeigen deutlich, dass Dysfunktionen, die von der Wirbelsäule ausgehen, den größten Anteil der Indikationen für MT-Verordnungen ausmachen. Diese Dysfunktionen der Wirbelsäule wurden 23-mal als Grundlage für ein Rezept über MT genannt. Dysfunktionen der Extremitätengelenke sowie aller peripheren Gelenke zählten die Interviewten als Indikationsbedingung zehnmal auf. Eine weitere Reihe von Indikationen sahen die Orthopäden im neuromuskuloskeletalen Bereich (viermal). Weitere Begründungen, um MT zu verordnen, gaben einige der befragten Orthopäden mit folgenden Möglichkeiten an:

- MT verordne ich selten
- MT zu teuer, eher KG-Verordnung, um Finanzen einzuschränken
- Für Mobilisationen längerer Dauer
- Bei Kontraindikationen für Manipulationen
- Bei komplexen Krankheitsbildern
- Selten bei Hüftproblemen
- Selten bei Fußproblemen
- Selten bei Knieproblemen
- Bei peripheren Dysfunktionen sehe ich eher keine Indikation für

MT. Detaillierte Angaben dazu finden sich in Tabelle 2.

Die bestehende Zertifizierung als Voraussetzung, um Manuelle Therapie abrechnen zu können, hielten 13 Ärzte für sinnvoll. Neben ihrer Zustimmung zum Zertifikat nannten sie verschiedene Gründe, warum eine abschließende Prüfung aus ihrer Sicht stattfinden sollte. Viele sahen darin eine Qualitätssicherung für die MT und die Behandlung am Patienten. Die Benennung als Manualtherapeut sei damit geschützt und nur denen bestimmt, die eine bestandene Prüfung abgelegt haben. Weiter wurde die Verringerung von Risiken innerhalb der Behandlung genannt sowie die Tatsache, dass ein bestimmter Leistungsnachweis erbracht werden muss.

Ein Orthopäde hielt ein Zertifikat für weniger sinnvoll. Er war der Meinung, dass die Manuelle Therapie eher in die Weiterbildungsordnung aufgenommen werden sollte.

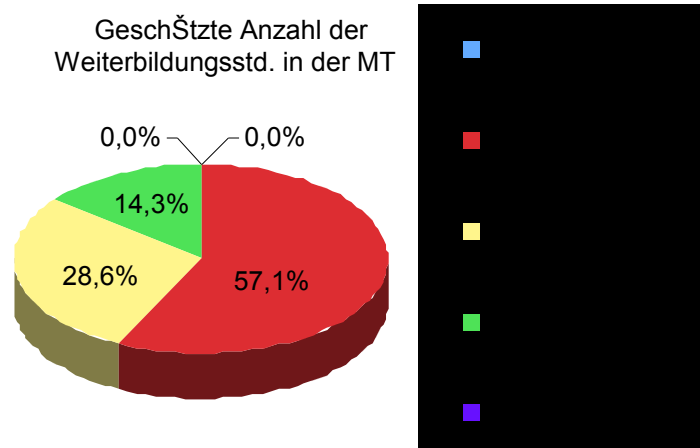
Den finanziellen Unterschied in der Vergütung zwischen den Abrechnungsziffern Krankengymnastik und Manueller Therapie pro Behandlung schätzten die Befragten ziemlich unterschiedlich ein. Bei gesetzlich versicherten Patienten reichte die Bandbreite von 0 bis 100%; einmal wurde gar keine Angabe gemacht. Der Mittelwert lag um die 20% (der tatsächliche Wert liegt bei 14,3%).

Für privat versicherte Patienten schwankten die Meinungen zwischen 0 und 30%, zweimal wurden keine abgegeben. Der Mittelwert lag wieder um die 20%, der tatsächliche Wert aber bei 15,4%.

Wie wird ein Physiotherapeut zum Manualtherapeut?

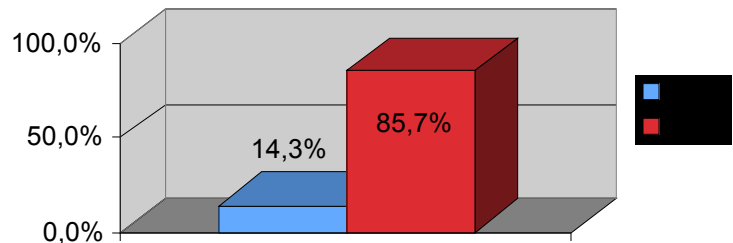
13 Orthopäden wussten, dass dafür eine Zusatzqualifikation oder Fortbildung Bedingung ist. Eine Person hatte keine Ahnung. Nach Meinung der meisten Befragten geht der Weg zum Manualtherapeut über Kurse oder Weiterbildung (11), davon nannten 7 explizite Weiterbildungsgesellschaften als Ausbildungswege, drei wussten keine Antwort auf die Frage.

Bei der Aufforderung, die Weiterbildung zum Manualtherapeuten gemessen an der Anzahl der Stunden anhand von fünf Möglichkeiten einzuschätzen, legten sich acht der Befragten auf 200 bis 300



Stunden fest. Vier wählten 300 bis 500 Stunden und zwei Ärzte 500 bis 750 Stunden. Die Möglichkeiten 100 bis 200 Stunden und 750 bis 1000 Stunden wurden von keinem geschätzt.

Die große Mehrheit (12) kannte keine internationale manualtherapeutische Ausbildung. Alle Befragten zeigten Interesse an einer kurzen Definition (14) für die OMT - Ausbildung.



Wir beschrieben sie wie folgt:

„Das internationale Examen ist von der Weltorganisation der Manualtherapeuten, der International Federation of **O**rthopaetic **M**anipulative **T**herapists, kurz **IFOMT** genannt, festgelegt worden. Die Standards sichern weltweit die Qualität von Aus- und Weiterbildungen in Manueller Therapie. Nur Weiterbildungen, die diesem Standard entsprechen, sind berechtigt, den Namen **O**rthopädische **M**anuelle **T**herapie, kurz **OMT**, zu tragen. Die festgelegten Standards liegen höher als die, die zum Erwerb des Zertifikats für die Abrechnungsposition „Manuelle Therapie“ gelten. So sind hier in Deutschland z.B. hohe Qualifikationen der Dozenten gefordert sowie 800 Unterrichtsstunden. Eine fachliche Abhandlung als Abschlussarbeit, die ca. 200 Stunden Arbeitsaufwand umfasst, schließt diese Weiterbildung ab.

In Ländern, in denen es für Manuelle Therapie einer besonderen Zulassung bedarf, wird eine OMT - Zulassung in der Regel anerkannt. Auch bei der Berufszulassung im Ausland ist die OMT - Weiterbildung eine Hilfe, denn sie spiegelt den hohen Standard wider“

(teilweise entnommen aus „12 Fragen und 12 Antworten zur Weiterbildung in Manueller Therapie (OMT)“, Information der AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. und der Physio-Akademie des ZVK gGmbH)

Die Befragten sollten die Unterschiede zwischen der sogenannten Zertifikatsprüfung und der internationalen Ausbildung (OMT) einschätzen, wobei fünf (= 35,7%) Orthopäden keine Ahnung hatten und neun (= 64,3%) weitere Aussagen lieferten:

Den Faktor „Zeit“ erläuterte ein Orthopäde, indem er meinte, dass bei der sogenannten Zertifikatsausbildung weniger Zeit vorhanden sei und somit beide Ausbildungen unterschiedliche Qualität hätten.

Ein anderer äußerte, dass die Ausbildung umfassender sei und Inhalte aus osteopathischen Techniken mit einfließen würden. Angleichungen der verschiedenen MT-Techniken zum Standard würden gefunden werden.

Von einem höheren Aufwand wurde gesprochen, auch dass mehr auf Grundlagen/Anatomie eingegangen und mehr praktisch geübt werde.

Eine weitere Aussage war, dass mehr Praxis stattfinde und es verschiedene Lehrinstitute gäbe. Zeitlich sei die internationale Weiterbildung gestreckt.

Die OMT stehe ähnlich der Arztausbildung auf einer breiter gefächerten Basis.

Es würden höhere Anforderungen, ähnlich der Osteopathie in den USA, gestellt.

Ein Befragter erkannte, dass die Unterschiede in der Anzahl der Stunden, der Qualität der Dozenten und inhaltlich lägen; ähnlich der Person, die knapp sagte, dass erweiterte Inhalte stattfänden.

Des Weiteren interessierte uns, welche Strukturen die Orthopäden ihrer Einschätzung nach erfolgreich mit Manueller Therapie/Manueller Medizin behandeln.

Am häufigsten genannt wurde mit abnehmender Häufigkeit, die Muskulatur (17), die Gelenke (14) und gelenkumgebenden Strukturen (11) sowie drei weitere.

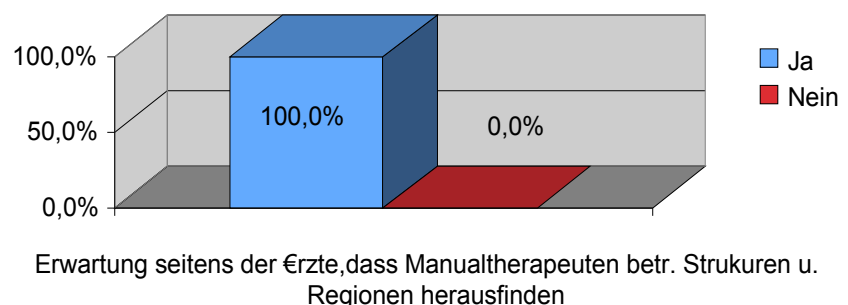
Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 3.

Auf die Frage, welche Störungen nach Einschätzung der Befragten erfolgreich mit Manueller Therapie/Manueller Medizin behandelt werden können, wurde sehr häufig arthrogen (19) erwidert.

Weiterhin findet sie Anwendung bei muskulären Angelegenheiten (8), gefolgt von allgemeinen Begriffen (6), schmerzbedingten Faktoren (4) und neurologischen Erkrankungen (2). Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 4.

Alle (14) Befragten erwarten von einem Manualtherapeuten, dass er betroffene Strukturen und Regionen heraus-

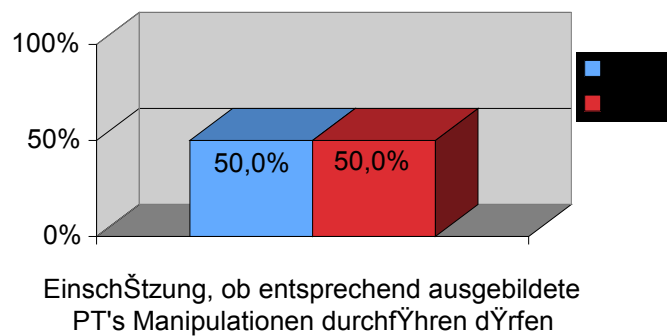
finden könne. Ein Orthopäde äußerte, dass er das auch von einem Krankengymnasten erwarte; einer fügte an, der Therapeut bräuchte mehr Zeit zur Untersuchung.



Zur Frage, ob entsprechend ausgebildete

Physiotherapeuten bei bestehender Indikation Manipulationen am Patienten durchführen sollten, waren die Fachärzte für Orthopädie geteilter Meinung. Genau die

Hälfte der befragten Orthopäden antwortete mit „Ja“, die andere Hälfte mit „Nein“. Ergänzend nannten einzelne Orthopäden einige Einschränkungen und/oder risikominimierende Maßnahmen, die im Vorfeld einer Manipulation vom Physiotherapeuten vorgenommen werden sollten. Die Manipulationen sollten zum Beispiel nicht angewandt werden, wenn vorher keine radiologische Kontrolle der zu behandelnden Region stattgefunden hat. Die nicht in der Ausbildung integrierte Notfallmedizin und die damit mangelhaften Kenntnisse über lebenserhaltende Maßnahmen war für einige Orthopäden ein weiteres Argument dafür, keine Manipulationen von Physiotherapeuten an der Halswirbelsäule durchführen zu lassen.



Qualität der Kommunikation bezogen allgemein auf Physiotherapie

Die meisten Orthopäden (10= 71,4%) bekommen von Seiten der Physiotherapeuten gelegentliche Rückfragen zu Rezept-Verordnungen. Drei (= 21,4%) gaben an, sie erhalten nie und nur einer (= 7,2 %) häufig Rückfragen.

Es zeichnete sich dabei ab, dass 13 (= 92,8%) der Befragten sich mit Physiotherapeuten gelegentlich in Verbindung setzen, einer (= 7,2%) sogar häufig.

Der größte Teil der Orthopäden war der Meinung, dass eine von Physiotherapeuten ausgestellte „Mitteilung an den Arzt“ nicht oder nur wenig informativ sei (10 Orthopäden = 71,4%). Ein Orthopäde (= 7,2%) antwortete mit „sehr informativ“. Drei der befragten Orthopäden (= 21,4%) antworteten mit „gar nicht informativ“.

Auf die Nachfrage, warum die „Mitteilung an den Arzt“ nur wenig oder gar nicht informativ sei, antworteten die Fachärzte sehr unterschiedlich. Die Aufzählung der folgenden Argumente geben die Antworten der Orthopäden wieder:

- Die Vernetzung zwischen Arzt und Physiotherapeut ist nicht einstimmig.
- Die Physiotherapeuten halten sich nicht an das, was auf der Verordnung vorgegeben ist.
- Die Mitteilungen enthalten zu wenig Informationen über die Therapieinhalte des Physiotherapeuten.
- Es wäre besser, das aufzuzählen, was zusätzlich aufgefallen ist; z.B.: Motivation des Patienten bezogen auf die Therapie.
- Es kommen zu viele Rückrufe, ca. über 50 Anfragen/Tag (insgesamt, nicht nur vom Physiotherapeuten).
- Es wäre sinnvoller, telefonischen Kontakt aufzunehmen; es gibt aber auch viele Physiotherapeuten, die an einer fachlichen Kommunikation interessiert sind.
- Feedback ist häufig nicht notwendig, weil die Mitteilungen für den Arzt nicht informativ sind; zu viele Mitteilungen kommen zurück oder sind wenig differenziert.
- Der Rücklauf der Mitteilungen ist zu hoch bzw. kaum zu bewältigen; wirtschaftliche Gründe stehen im Vordergrund.
- Die Mitteilungen sind oft nicht sachbezogen. Es ist nicht immer wichtig zu wissen, wie groß ein Bewegungsausmaß eines Gelenkes oder einer Extremität ist, sondern es ist manchmal wichtiger, Informationen über ein unregelmäßiges Erscheinen des Patienten zur Therapie oder über bestimmte Kompensationsmechanismen des Patienten usw. zu erfahren.
- Die Mitteilungen sind zu sehr an wirtschaftliche Gründe gekoppelt.
- Der Arzt hat nicht die Zeit, einen Patienten so zu untersuchen wie ein Physiotherapeut. Deshalb werden Physiotherapeuten immer zu einem Befund kommen. Zusätzlich unterliegen die Ärzte der Verordnungspflicht und können deshalb nicht so verordnen, wie sie es wünschen.

Bei der Weiterführung der Befragung, ob eine „Mitteilung an den Arzt“ auch bei privat versicherten Patienten eingeführt werden sollte, antworteten drei der Orthopäden (= 21,4%) mit „Nein“ und elf Orthopäden mit „Ja“ (= 78,6%). Mehrere Orthopäden

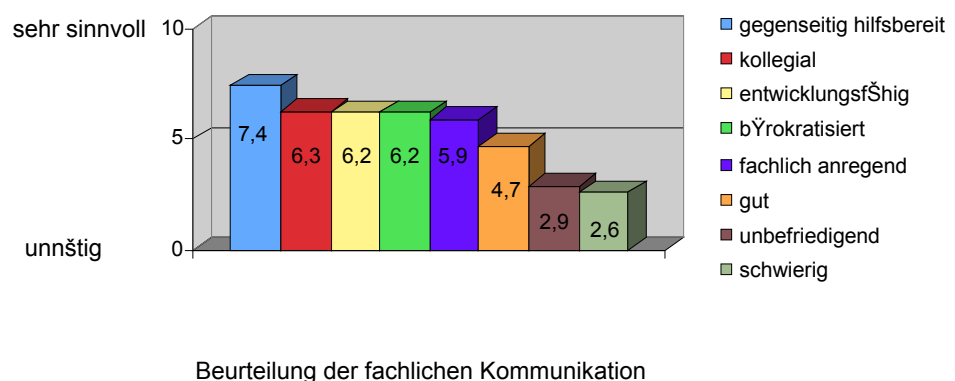
äußerten ergänzend, dass eine Mitteilung sich nur auf informative und wichtige Dinge beschränken sollte.

Ein steigender bürokratischer Aufwand war für zwei Orthopäden der entscheidende Faktor, eine „Mitteilung für den Arzt“ bei privat versicherten Patienten nicht einzuführen. Ein weiterer Orthopäde verwies auf eine intensive Ebene zwischen Patienten und Physiotherapeuten im Vergleich zum Patienten und Orthopäden. Auf dieser Basis werde es irgendwie immer zu einer Weiterempfehlung der Therapie kommen. Diese seien aber wegen Verordnungspflicht und Heilmittelrichtlinien für Orthopäden nicht so umsetzbar.

Auf die Frage, ob der Arzt Empfehlungen oder Vorschläge vor Ablauf der ersten Behandlungsserie von Seiten des Physiotherapeuten bekomme, antworteten vier Orthopäden mit „Nein“. „Selten“ sowie „gelegentlich“ wurde von jeweils drei Orthopäden angegeben. Zwei Orthopäden beantworteten die Frage mit „Ja“. „Häufig“ bescheinigte ein Orthopäde. Als Ergänzung fügte ein Orthopäde hinzu, dass bei einer von ihm detailliert gestellten Diagnose keine Nachfragen entstünden.

Die Beurteilung der fachlichen Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Ärzten wurde insgesamt als durchschnittlich von den Befragten bewertet. Auf einer Skala von 0 (nicht zutreffend) bis 10 (absolut zutreffend) wurden die verschiedenen Adjektive, wie im Diagramm bzw. der Tabelle im Anhang zu sehen, eingeschätzt:

Beim Thema Kommunikation waren sich die Teilnehmer ziemlich einig: zwölf (= 85,7%) sehen Prob-



leme in der Kommunikation, zwei (= 14,3%) sind damit soweit zufrieden und sehen keine Schwierigkeiten. Diese zwölf Personen wurden gebeten, sich genauer zu äußern.

Besonders finanzielle Belange (6) bezüglich Budget und Wunschverordnungen scheinen eine Rolle zu spielen, außerdem Zeitmangel (4), keine oder zu wenig Kommunikation (4), Gleichgültigkeit auf beiden Seiten (1) oder anderweitige Behandlungsausführung (1).

Dass die Information meist über den Patientenweg läuft und keine Fragen zur OP gestellt werden, war die Ansicht eines Orthopäden.

Einige Verbesserungsvorschläge zur Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeut gingen aus einer Reihe vielseitiger Antworten von Seiten der Orthopäden hervor. Folgende Antworten zur möglichen Kommunikationsverbesserung wurden gegeben:

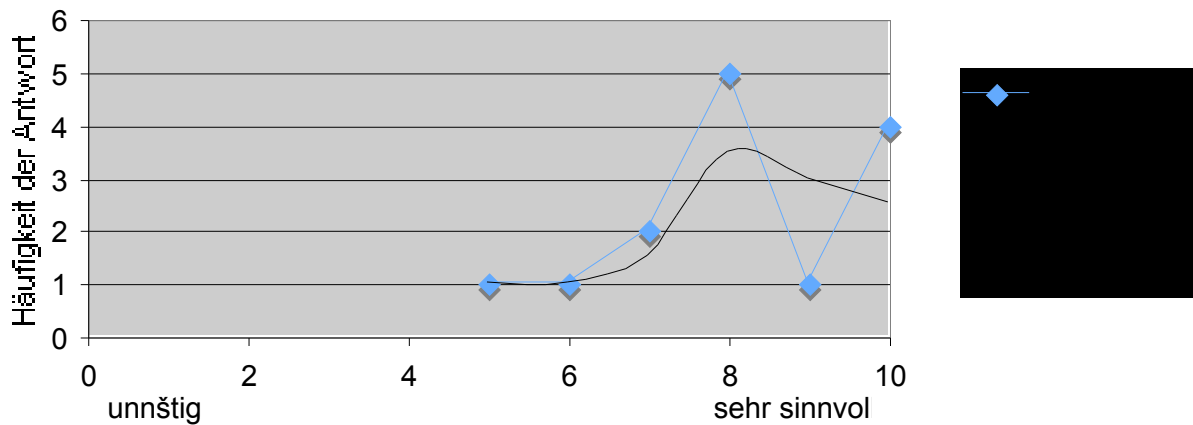
- Durch gemeinsame Veranstaltungen
- Entbürokratisierung und individueller Kontakt
- Interdisziplinäre Fortbildungen
- Round Tables, z.B. einmal pro Quartal
- Durch ehrliche Anfragen von beiden Seiten
- Persönliche Gespräche
- Schriftverkehr ist besser als eine telefonische Kommunikation
- Kurze Telefonate
- Durch eine schriftliche Mitteilung für den Arzt
- Direkter Kontakt zwischen Arzt und Physiotherapeuten
- Eigentlich sind keine Probleme innerhalb der Kommunikation vorhanden

Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Physiotherapeuten bzw. die Rolle der Physiotherapeuten in der Versorgung ihrer Patienten

Bei dem Bereich der Rollen- und Aufgabenverteilung sollten die Ärzte eine Skala von 0 bis 10 einschätzen, wobei 0 unnötig bedeutet und 10 sehr sinnvoll. Im Durchschnitt

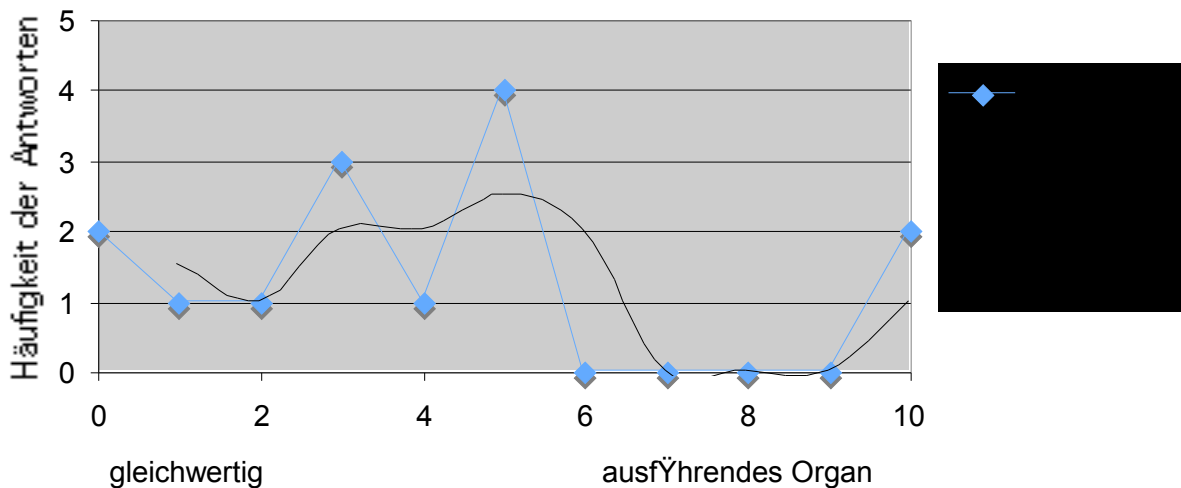
kam 8,2 heraus bei der Frage, ob die Ärzte eine weiterführende Untersuchung durch den Physiotherapeuten für sinnvoll halten, die auf ihre Untersuchung und Diagnose aufbaut.

Auf einem Kontinuum zwischen den Polen „gleichwertiger Partner“ und Gewichtung der weiterführenden Untersuchung



„ausführendes Organ“ sollten die Teilnehmer die Tätigkeit des Physiotherapeuten einstufen, wobei 0 gleichwertiger Partner und 10 ausführendes Organ bedeutete. Im Durchschnitt kristallisierte sich der Wert 4,0 heraus, also etwas näher am Pol des gleichwertigen Partners. Je zweimal wurden die beiden Extreme gewählt, also vollkommen gleichwertig bzw. lediglich ausführend.

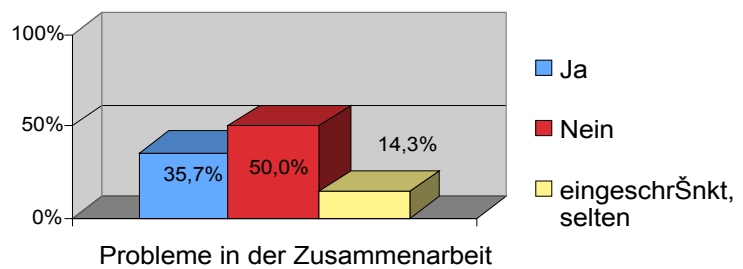
Wertigkeit der physiotherapeutischen Tätigkeit



Eine Bauchfrage war, ob die befragten Ärzte, wenn Sie Ihre Patienten zur Physiotherapie schickten, das Gefühl hätten, dass die Physiotherapeuten wüssten, was sie mit ihren Patienten machten. Eine klare Antwort gaben elf der 14 Befragten, nämlich acht (= 57,1%) antworteten mit „Ja“ und drei (= 21,4%) mit „Nein“.

Die anderen antworteten mit „teils, teils“ oder auch „nicht immer“ (2). Ein Orthopäde ging davon aus, dass die Therapeuten fachkundig sind und die Effektivität (also nur das Resultat) zähle. Ein anderer glaubte, dass manche, aber nicht alle wüssten, wie zu behandeln wäre. Die Hoffnung auf Therapeutenwissen hatte ein weiterer, fügte aber an, dass z.T. nur Massage statt KG stattfinden würde.

Wir fragten uns als Manualtherapeuten, wie die Fachärzte das kollegiale Verhältnis zu den Physiotherapeuten betrachten.



Für die Hälfte der Befragten (7)

(= 50%) gibt es keine Probleme in der Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten, fünf (= 35,7%) sahen doch einige Schwierigkeiten, worauf sie auch näher eingegangen sind. Die anderen beiden gaben lediglich „eingeschränkt“ bzw. „selten“ an in Bezug auf Probleme in der Kooperation.

Drei hatten die Erfahrung gemacht, dass eine andere Ausführung der Verordnung gewünscht wurde oder die Therapeuten sich bei fehlender Verordnung meldeten. Wunschverordnungen (2), Kommunikation (2), ewigen Therapeutenwechsel (1) oder Leistungsunterschiede der Therapeuten (1) empfanden die Ärzte genauso negativ wie abfällige Bemerkungen über Kollegen (1) oder geringe Zusammenarbeit (1).

Da die Verordnung das einzige Infoblatt zwischen Arzt und PT sei, sollte diese besser gestaltet sein – vorgegebene Texte (im PC gespeichert) lassen wenig Info zu, z.B. durch ICD-Verschlüsselung, erklärte einer (1).

Es gab zwei Enthaltungen zu dieser Überlegung bei Problemen der Zusammenarbeit.

Uns wiederum lag daran zu ergründen, wie man diesen Problemen abhelfen könnte.

Drei waren der Ansicht, die Physiotherapeuten sollten sich mehr nach der Arztverordnung richten. Drei forderten mehr und bessere Kommunikation, einer speziell durch Telefonate. Je ein Orthopäde wünschte sich:

- engere Zusammenarbeit;
- einen Therapeuten für einen Patienten zum Wohl des Patienten;
- die Patientenübergabe auf wenige Therapeuten beschränkt, um als Arzt den Überblick zu behalten;
- nicht schlecht über den anderen zu sprechen;
- Kontrolle;
- und dass die Verordnung besser gestaltet ist.

Auch hier gab es vier Enthaltungen.

Ausbildungssituation der Physiotherapeuten in Deutschland

Auf die Frage zur Akademisierung der Physiotherapie in Deutschland antworteten sieben der befragten Orthopäden mit "Nein" (50%), fünf der befragten Ärzte mit "Ja" (35,8%). Ein Orthopäde beantwortete die Frage mit "teilweise" und ein Orthopäde machte keine Angaben.

Die Begründung für ein "Ja" oder "Nein" der Orthopäden fielen, wie schon die Antworten zur Akademisierung der Physiotherapie zeigte, sehr unterschiedlich aus. Die Orthopäden, die der Akademisierung positiv gegenüber standen, sahen in ihr eine Aufwertung des Berufes in verschiedenen Bereichen. Eine verbesserte Kompetenz und Leistungsfähigkeit wurden damit verbunden. Am häufigsten assoziierten die Orthopäden eine Niveausteigerung, welche mit einer deutlich verbesserten Qualitätssicherung des Berufes verbunden sei. Diese könnten zum Beispiel zu Führungspositionen in größeren Praxen oder physiotherapeutischen Einrichtungen (z.B. Kliniken) befähigen.

Die gegenüber der Akademisierung nicht positiv eingestellten Orthopäden halten die Ausbildung für umfangreich genug und sehen somit keine Notwendigkeit in der Professionalisierung. Die hohe Stundenzahl der Ausbildung ließe keine

Verbesserung der Physiotherapie mehr zu und führe nur zu einer „Verzettelung“ in zu viele Fachbereiche. Einer der Orthopäden hielt die angebotenen Zusatzausbildungen für völlig ausreichend.

Krankengymnastik bedeute immer noch, Bewegen, um Störungen zu verbessern, und diese zu akademisieren wäre nicht gut. Könnte jedoch ein erweitertes Spektrum der Diagnostik usw. damit aufgebaut werden, dann mache ein Studium Sinn. Eine mit dem Studium verbundene höhere Bürokratisierung und Dokumentation wäre wiederum schlecht und spreche nicht für eine Akademisierung. Und nur um einen Titel zu haben, bräuchte man keinen akademischen Grad. Viele Titel und Zertifikate führten schnell dazu, sich mit den Dingen nur oberflächlich zu befassen, so die Meinung eines Orthopäden.

Die Physiotherapie sei in ihrem momentanem Status gut aufgehoben. Möchte man einen höheren Standard erreichen, müssten Dinge, wie z.B. Pharmakologie gelehrt werden. Sollte man dieses jedoch in ein Physiotherapiestudium integrieren, dann könnte man sich auch gleich für ein Medizinstudium entscheiden. Generell sei eine Professionalisierung der Physiotherapie nicht notwendig, so begründete ein weiterer Orthopäde seine Einstellung.

V. Diskussion

Ziel unseres Interviews war es, sich direkt bei den Ärzten über deren Kenntnisstand der Manuellen Therapie zu informieren. Durch unsere Sichtweise als ausgebildete Manualtherapeuten und angehende „OMTler“ ist uns in der täglichen Arbeit aufgefallen, dass viele Indikationen für eine manualtherapeutische Behandlung sprechen. Für uns Autoren ist es oft so, dass diese Patienten von uns mit MT behandelt werden, die Verordnungen der Patienten jedoch als KG-Verordnung, teilweise sogar als Massageverordnung laufen.

Die anschließende Korrektur der Heilmittelverordnung wird vom Physiotherapeuten an den Patienten herangetragen. Der Patient sucht dann wieder den Arzt zur Rezeptkorrektur auf. Die Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeut findet somit über den Umweg „Patient“ statt. Dabei kommt es häufig zu Kommunikationsproblemen und Missverständnissen. Beispielsweise bittet der Therapeut den

Patienten, die Änderung des Rezeptes vornehmen zu lassen, um ihn effektiver behandeln zu können. Der Patient trägt diese Bitte dem Arzt mit seinen eigenen Worten vor. Wenn dieser in seiner Formulierung dem Arzt gegenüber die Bitte als Forderung vermittelt, kann sich der Arzt unter Druck gesetzt fühlen und eine Änderung des Rezeptes ablehnen.

Unsere Auswertung ergab, dass knapp 93% der Befragten Manuelle Medizin selber praktizieren und dieses bevorzugt an der Wirbelsäule.

Im gleichen Verhältnis zeigen die Ergebnisse, dass auch die Indikationen zur MT-Verordnung von den Orthopäden ebenfalls an der Wirbelsäule zu finden sind.

Die für Manuelle Therapie notwendige Zusatzqualifizierung - die umfangreiche Weiterbildungsstunden und eine Zertifikatsprüfung beinhaltet - sowie die verschiedenen Ausbildungswege sind den Orthopäden teilweise bekannt. Deswegen stellt sich uns die Frage, nach welchen Kriterien Ärzte entscheiden, wann sie KG oder MT verordnen. Geht man von den Ergebnissen und Einschätzungen der Befragung aus, lässt sich ein wirtschaftlicher Aspekt im Nichtverordnen von MT vermuten.

Obwohl sich der finanzielle Mehraufwand der MT gegenüber der KG auf „nur“ ca. 15% belaufen, zeigt sich erfahrungsgemäß, dass MT öfter vom darin ausgebildeten Therapeuten angewendet wird als im Verhältnis dazu vom Arzt verschrieben.

Da die bestehenden Inhalte und Behandlungsmöglichkeiten der Manuellen Therapie den befragten Ärzten weitgehend bekannt sind, ist es für die Autoren bedauerlich, dass eine Ausbildung nach internationalem Standard (IFOMT) 85,7% der Befragten nicht geläufig ist. Hier zeigt sich ein deutlicher Aufklärungsbedarf! Entsprechende Informationsbroschüren über Manuelle Therapie sowie die OMT - Ausbildung für Patienten und Ärzte, sind von der *AG Manuelle Therapie im ZVK e.V.* und der *Physio-Akademie des ZVK gGmbH* herausgegeben worden. Sie erläutern die Ausbildungs-, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit entsprechendem Mehraufwand der Therapeuten.

Es besteht also die Möglichkeit für jeden Manualtherapeuten und OMTler, Patienten und/oder Ärzte adäquat zu informieren. Des Weiteren existiert eine Liste im Internet, die über qualifizierte Therapeuten in der Region des Patienten Auskunft gibt (www.dfamt.com).

In der OMT-Ausbildung sind die „schnellen Techniken“ (Manipulationen) als fester Bestandteil integriert. Daher sind ihre Absolventen dazu ausgebildet und in der Lage, diese am Patienten durchzuführen.

Zur viel diskutierten Manipulationsanwendung gehen bei den Interviewten die Meinungen auseinander. Einschränkungen wie radiologische Kontrolle und die Unkenntnis in der Notfallmedizin wurden als Begründung für nicht durchführbare Manipulationen genannt. Die Autoren sind der Ansicht, dass die gelernten Techniken (ohne Rotationen) bei richtiger Anwendung und Indikation den Patienten keinen Schaden zufügen.

Es sollte entsprechend ausgebildeten Therapeuten die Kompetenz zugesprochen werden, selbst zu entscheiden, schnelle Techniken durchzuführen.

Die Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und PT stellt eine weitgehend positive Bewertung dar, die sicherlich noch von beiden Seiten ausbaufähig ist. Dabei wurden gute Vorschläge zur Problemlösung von den Orthopäden genannt. Aufgrund der vielfältigen Verbesserungsvorschläge und individuellen Vorstellungen von einer optimalen Kommunikation sind die Autoren der Meinung, dass es sinnvoll ist, diese mit dem jeweiligen Arzt abzustimmen.

Im Widerspruch dazu steht, dass zehn Orthopäden die Mitteilung für gesetzlich Versicherte ablehnen, jedoch elf die „Mitteilung an den Arzt“ für private Patienten sogar begrüßen würden. Dadurch würde sich aber die von den Ärzten beklagte Bürokratisierung bzw. der zeitliche Mehraufwand verstärken. Die Mitteilungen sollen bekanntermaßen den optimalen Informationsfluss zwischen Arzt und PT und eine damit bestmögliche Behandlung gewährleisten. Die Ergebnisse deuten daher auf finanzielle Interessen der Ärzte bei den privat Versicherten hin, die ja eigentlich gleich den gesetzlich Versicherten behandelt werden sollten.

Da die Befragten eine weiterführende Untersuchung durch den PT für sinnvoll halten, wäre es sinnvoll, wenn beide Seiten genauere Informationen über die jeweiligen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hätten. Die Therapeuten könnten effizienter untersuchen und behandeln. Außerdem ließen sich Wiederholungs-

untersuchungen vermeiden, Zeit sparen und zielgerichteter arbeiten. Denn eine ärztliche Diagnose, wie z.B. „WS-Syndrom“, ist nicht aussagekräftig bzw. differenziert genug.

Weiterführende Untersuchungen (allgemeine Differenzialdiagnostik) könnten bei einer Kopplung von manualtherapeutischen Untersuchungstechniken (Arzt und PT) eventuell vermieden werden und so Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden.

In Bezug auf die **Rolle der Physiotherapeuten in der Versorgung der Patienten** hatten mehr als die Hälfte der Interviewpartner Vertrauen in die Fähigkeiten der Behandlung der PTs. Die anderen Ärzte äußerten das Gefühl, dass die Therapeuten nicht wüssten, was diese mit ihren Patienten machen. Diese Kritik sollte jeder für sich überprüfen und seinen Behandlungsansatz reflektieren:

Behandeln wir immer befundorientiert oder manchmal nur intuitiv?

Führen wir vor der Behandlung regelmäßig eine Anamnese durch?

Führen wir die Behandlung wie im Rezept angegeben aus?

Entsprechen die angenommenen Rezepte der Qualifikation bzw. Ausbildung der behandelnden PTs?

Genauso wie die Meinungen der Ärzte auseinander gehen, divergieren die Ansätze bei den PTs, da letztendlich jeder nur sich selbst hinterfragen kann und seinem Gewissen gegenüber verantwortlich ist. Man kann also nur an das eigene Arbeitsethos appellieren und mit Ärzten ein Vertrauensverhältnis aufbauen, indem regelmäßig Kommunikation betrieben wird.

Zur verstärkt aufkommenden **Akademisierung** der Physiotherapie äußerten sich 50% der Interviewten ablehnend. Aus den Antworten lässt sich ablesen, dass die Befragten keine wissenschaftliche Notwendigkeit für eine Akademisierung sehen. Die Autoren ziehen daraus zwei Möglichkeiten in Betracht: Entweder ist die Komplexität der Physiotherapie mit deren Anwendungsgebieten den befragten Ärzten nicht gegenwärtig oder sie sehen in dieser Entwicklung eine Abwertung für ihren Berufsstand als Arzt. 35,7% der Orthopäden befürworteten eine Akademisierung als Kompetenz- und Qualitätssteigerung.

Die größtenteils ungenauen Antworten ließen sich mit einer gezielteren Fragestellung sicherlich ausdifferenzieren.

VI. Schlussfolgerung

Die Autoren sind sich durchaus bewusst, dass diese Arbeit nicht repräsentativ für alle Orthopäden zu sehen ist. Jedoch können weitere Thesen und Arbeiten daraus abgeleitet werden. Interessant wäre eine umfangreichere Arbeit zu erstellen, die aussagekräftiger über die Orthopäden und ihr Verhältnis zur Manualtherapie in Deutschland ist. Genauso würden wir uns über Projekte freuen, die aus unserer Arbeit hervorgehen würden. Beispielsweise eine Statistik, wann von Ärzten KG beziehungsweise MT verordnet wird.

Die Autoren haben im Rahmen der Arbeit gelernt, zukünftig die Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeuten individuell zu hinterfragen und dementsprechend mit beiderseitigen Vorstellungen zu gestalten. Dies bedeutet zunächst sicherlich einen zeitlichen Mehraufwand für beide Parteien, was sich jedoch schnell in effizienteren Resultaten und weniger Missverständnissen auszahlt und hilft, die bestmögliche Behandlung für den Patienten zu gewährleisten.

Es liegt an uns, den Therapeuten, mehr Aufklärungsarbeit über die Fachrichtungen MT bzw. OMT bei Patient und Arzt zu leisten. Wünschenswert wären auch Rückfragen von Seiten der Ärzte bezüglich durchgeführter MT-Rezepte.

Wir würden eine verbesserte Aufklärung zur Gestaltung der Budgetierung begrüßen, um mehr Verständnis und eine gewisse Transparenz für PTs zu entwickeln. So können Physiotherapeuten für die Argumentation von Ärzten sensibilisiert werden.

Wichtig war für die Autoren der Hinweis von Seiten der Orthopäden auf die fehlenden Kenntnisse innerhalb der Notfallmedizin. Die insgesamt und speziell wichtigen Elemente, vor allem in Bezug auf Manipulationen, sollten eine Überlegung wert sein. Ernsthaft sollte darüber nachgedacht werden, in welcher Form und Größe Notfallmedizin in die OMT-Ausbildung integriert werden sollte.

VII. Anhang

VII.1. Anschreiben

Bitte um Teilnahme an einem Interview

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

wir sind drei Physiotherapeuten, die an einer Weiterbildung in Manueller Therapie teilgenommen haben. Teil des Curriculums dieser Weiterbildung ist die Anfertigung einer Facharbeit. Wir haben uns in diesem Zusammenhang für ein Projekt entschieden, das sich einerseits mit der ärztlichen Einschätzung von physiotherapeutischer Manueller Therapie und andererseits mit der Kommunikation zwischen Ärzten und Physiotherapeuten beschäftigt.

Hierzu möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bitten.

Wir würden Sie gerne zu diesen Themen interviewen. Das Interview ist teilstandardisiert und wird nicht länger als ca. zehn Minuten dauern. Alle Ihre

Angaben würden anonym und vertraulich ausgewertet. Die Ergebnisse unseres Projektes stellen wir Ihnen bei Interesse gerne zur Verfügung.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich zu einem Interview bereit erklären könnten. Wir werden in Kürze versuchen, Sie telefonisch zu erreichen, um einen Gesprächstermin zu vereinbaren.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter folgenden Rufnummern zur Verfügung:

In <i>Würzburg</i> : Ralf Edele	0931-9910430 Praxis AKTImed in Veitshöchheim, 0931-3294490 privat
In <i>Hamm</i> : Alexandra Tvrdy	02381-986560 Klinik für MT in Hamm, 02381-374192 privat
In <i>Eiterfeld</i> : Björn Nophut	06672-440 Praxis Hübbe in Eiterfeld, 06652-1389 privat.

Auch unser Betreuer, Herr Dr. Erwin Scherfer von der *Physio-Akademie des ZVK gGmbH* in Wremen ist gerne bereit, auf evtl. Rückfragen zu antworten. Er ist unter der Rufnummer 04705-95180 zu erreichen.

Für Ihre Unterstützung möchten wir uns im Voraus bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Physiotherapeut XY

VII.2. Fragebogen

Fragebogennummer :

Begrüßung, Vorstellung

Im Rahmen einer physiotherapeutischen Weiterbildung führen wir eine Untersuchung durch.

Dieses Projekt ist unsere Abschlussarbeit für diese Weiterbildung. Hierfür möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bitten. Es handelt sich um ein 10 – 15 minütiges Interview, das wir mit Ihnen führen möchten.

In unserem Projekt interessieren wir uns, wie Mediziner über Manuelle Therapie denken, inwieweit die Mediziner über Weiterbildungsmöglichkeiten der Physiotherapeuten in Manueller Therapie informiert sind und auch Ihre Einschätzung der Qualität der Kommunikation mit den Physiotherapeuten, mit denen Sie in der Versorgung der Patienten zusammen arbeiten. Wir würden Ihnen zusätzlich gerne ein paar Fragen zu Ihrer Sicht der Rolle der Physiotherapeuten in der Versorgung Ihrer Patienten stellen.

Angaben zur Person

Geschlecht :

weiblich männlich

Fachrichtung :

Wie alt sind Sie:

Wann haben Sie Ihr 3. Staatsexamen gemacht?

Seit wann sind Sie niedergelassen?

Kenntnisstand der Ärzte über physiotherapeutische Manuelle Therapie

Sie kennen Manuelle Therapie als Heilmittel der Physiotherapie aus dem Heilmittelkatalog. Dazu möchte ich Ihnen gerne einige Fragen stellen.

1. Praktizieren Sie selber Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie oder Chiropraxis?

Ja

Nein

Wenn ja:

2. Bei welchen Indikationen wenden Sie Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie oder Chiropraxis an?

(ca. drei, keine Vorgaben)

3. Bei welchen Indikationen verschreiben Sie Manuelle Therapie?

(ca. drei, keine Vorgaben)

4. Ich möchte nun auf die Abrechnungsziffern eingehen. Manuelle Therapie ist eine dieser Abrechnungsziffern. Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 29.09.2003 bestätigt, dass Zertifikatserfordernisse gelten (B 3KR 31/02 R). Somit ist ein Zertifikat notwendig, um Manuelle Therapie abrechnen zu können. Was halten Sie davon?

5. Wie ist Ihrer Einschätzung nach der finanzielle Unterschied in der Vergütung in % zwischen den Abrechnungsziffern Krankengymnastik und Manueller Therapie pro Behandlung bei gesetzlich versicherten Patienten?

6. Wie ist Ihrer Einschätzung nach der finanzielle Unterschied in der Vergütung in % zwischen den Abrechnungsziffern Krankengymnastik und Manueller Therapie pro Behandlung bei privat versicherten Patienten?

7. Wie wird eine Physiotherapeutin/ ein Physiotherapeut zum Manualtherapeuten?

8. Welche Ausbildungswege sind Ihnen bekannt, um Manualtherapeut/in zu werden?

9. Als wie umfangreich schätzen Sie - gemessen an der Anzahl der Weiterbildungsstunden – die Weiterbildung ein, die ein Physiotherapeut machen muss, um Manualtherapeut zu werden?

Ich lese Ihnen hierzu fünf Möglichkeiten vor und Sie sagen mir, als wie umfangreich Sie die Weiterbildung in Stunden einschätzen.

Stunden	Zutreffendes bitte ankreuzen
100 – 200	
200 – 300	
300 – 500	
500 – 750	
750 – 1000	

10. Ist Ihnen eine manualtherapeutische Ausbildung nach internationalem Standard bekannt?

Ja

Nein

Wenn nein:

11. Haben Sie Interesse an einer kurzen Definition?

Ja

Nein

Wenn ja, dann:

*Das internationale Examen ist von der Weltorganisation der Manualtherapeuten, die **International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists** kurz **IFOMT** genannt, festgelegt worden. Die Standards sichern weltweit die Qualität von Aus- und Weiterbildungen in Manueller Therapie. Nur Weiterbildungen, die diesem Standard entsprechen, sind berechtigt, den Namen **Orthopädische Manuelle Therapie**, kurz **OMT**, zu nennen. Die festgelegten Standards liegen höher als die, die zum Erwerb des Zertifikats für die Abrechnungsposition „Manuelle Therapie“ gelten.*

So sind hier in Deutschland z.B. hohe Qualifikationen der Dozenten gefordert, sowie 800 Unterrichtsstunden. Eine fachliche Abhandlung als Abschlussarbeit, die ca. 200 Stunden Arbeitsaufwand umfasst, schließt diese Weiterbildung ab. In Ländern, in denen es für Manuelle Therapie einer besonderen Zulassung bedarf, wird eine OMT-Zulassung in der Regel anerkannt. Auch bei der Berufszulassung im Ausland ist die OMT- Weiterbildung eine Hilfe, denn sie spiegelt den hohen Standard wider.

12. Worin bestehen Ihrer Einschätzung nach die Unterschiede zwischen der sogenannten Zertifikatsprüfung und der internationalen Ausbildung (OMT)?

13. Welche Strukturen können Ihrer Einschätzung nach erfolgreich mit Manueller Therapie/Manueller Medizin behandelt werden?

(ca. drei, keine Vorgaben machen)

14. Welche Störungen können Ihrer Einschätzung nach erfolgreich mit Manueller Therapie/Manueller Medizin behandelt werden?

(ca. drei, keine Vorgaben machen)

15. Würden Sie von einem Manualtherapeuten erwarten, dass er betroffene Strukturen und Regionen herausfindet?

Ja

Nein

Sonstiges:

16. Sollten Ihrer Einschätzung nach entsprechend ausgebildete Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten auch Manipulationen an Patienten anwenden dürfen?

Ja

Nein

Sonstiges:

*Jetzt würde ich Ihnen gerne ein paar Fragen zur **Qualität der Kommunikation** stellen. Diese beziehen sich nicht mehr spezifisch auf Manuelle Therapie, sondern allgemein auf Physiotherapie.*

17. Wie oft gibt es von Seiten der Physiotherapeuten Rückfragen zu Rezeptverordnungen?

häufig

gelegentlich

nie

18. Setzen Sie sich mit Physiotherapeuten in Verbindung?

häufig

gelegentlich

nie

19. Wie informativ ist für Sie die „Mitteilung für den Arzt“ bei Patienten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind?

sehr informativ

wenig informativ

gar nicht informativ

Bei wenig oder nicht informativ:

20. Warum ist die Mitteilung für Sie nicht oder wenig informativ?

21. Würden Sie die Einführung „Mitteilung für den Arzt“ auch bei privat versicherten Patienten befürworten?

Ja

Nein

Wenn nein:

22. Warum würden Sie die Einführung nicht befürworten?

23. Erhalten Sie Empfehlungen oder Vorschläge vor Ablauf der ersten Behandlungsserie von Seiten des Physiotherapeuten?

24. Wie beurteilen Sie insgesamt die fachliche Kommunikation mit Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Rahmen der Versorgung Ihrer Patienten?

Hierzu möchte ich Ihnen eine Reihe von Adjektiven vorlesen, mit denen die Kommunikation beschrieben werden kann. Ich lese Ihnen alle erst einmal vor. Dann ein zweites Mal und bitte Sie dann auf einer Skala von 0 bis 10 jeweils anzugeben, für wie zutreffend sie dieses Adjektiv halten. 0 steht für überhaupt nicht zutreffend, 10 für absolut zutreffend.

Beachten Sie bitte: Es geht um Ihre Beurteilung der gegenwärtigen Situation, nicht wie es nach Ihrer Auffassung sein sollte oder könnte.

Adjektive	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Durchschnitt ————— befragte Ärzte
Gut			5	1	1	1	2	1	3			65 = 4,64
Entwicklungsfähig			1			2	3	3	2		3	87 = 6,22
Gegenseitig hilfreich			1			1	1	1	7	2	1	104 = 7,4
Schwierig	1	3	6		2	1			1			36 = 2,6
Kollegial	2			1		1		2	7		1	88 = 6,3
Bürokratisiert	2	1						2	3	2	3	87 = 6,2
Fachlich		2	1			1	3	1	5	1		83 = 5,9

anregend												
Unbefriedigend	3	3	2	1		1			2	2		40 = 2,9

25. Wenn Sie Probleme in der Kommunikation sehen, können Sie diese genauer benennen?

Ja

Nein

Wenn ja:

26. Welche?

27. Wenn Sie Probleme in der Kommunikation sehen, wodurch oder wie können diese verbessert werden?

Jetzt möchte ich Ihnen noch Fragen zum letzten Bereich, und zwar der Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Physiotherapeuten bzw. die Rolle der Physiotherapeuten in der Versorgung Ihrer Patienten, stellen.

28. Halten Sie eine weiterführende Untersuchung durch den Physiotherapeuten, die auf Ihre Untersuchung und Diagnose aufbaut, für sinnvoll?

Bitte beurteilen Sie von 0 bis 10.

0 bedeutet unnötig und 10 sehr sinnvoll.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Unnötig												Sehr sinnvoll

29. Wenn Sie die Tätigkeit des Physiotherapeuten auf einem Kontinuum zwischen den Polen „gleichwertiger Partner“ und „ausführendes Organ“ einstufen müssten, wo würden Sie sie ansiedeln?

0 bedeutet gleichwertiger Partner und 10 ausführendes Organ.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gleichwertiger Partner												Ausführendes Organ

Eine „sehr unverhohlene Frage“, die ich Sie bitte „aus dem Bauch heraus“ zu beantworten:

30. Wenn Sie Ihre Patienten zur Physiotherapie schicken, haben Sie das Gefühl, dass die Physiotherapeuten wissen, was sie mit Ihren Patienten machen?

Ja

Nein

Sonstiges:

31 Gibt es Probleme in der Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten?

Ja

Nein

Wenn ja:

32. Welche?

33. Wie könnte man diesen Problemen abhelfen?

Die zwei letzten Fragen berühren die Ausbildungssituation der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Deutschland.

34. Mittlerweile gibt es an verschiedenen Hochschulen in Deutschland Studiengänge für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten; in der Regel handelt es sich um auf die Ausbildung aufbauende Studiengänge. Würden Sie eine Anhebung des Ausbildungsniveaus auf Fachhochschulebene begrüßen?

Ja

Nein

35. Warum?

Vielen Dank für Ihre Zeit !

VII.3. Tabellen

Tabelle 1:

Überbegriff	Antworten	Häufigkeitsfaktor
WS-Blockierungen	WS-Blockaden	5
	Segmentale Funktions- und Bewegungsstörungen der WS	4
	LWS	4
	HWS	3
	BWS	2
	ISG	2
	Skoliose	1

Blockaden der Extremitäten-/peripheren Gelenke	Extremitäten-/Gelenkblockierungen	8
	Fibula	2
	Schulter	1
	Daumensattelgelenk	1
	Handwurzel	1
	Fingergelenke	1
	Radiusköpfchen	1
Schmerzsymptomatik	Kopfschmerz	2
	Myofascialer Schmerz	1
	Chronische Beschwerden	1
	Pseudoradikuläre Symptome	1
„Blockierungen allgemein“		3
„Kontrakturen/Muskelverkürzungen“		2
Sonstiges	Alle Gelenksfunktionsstörungen	1
	Tinnitus	1
	Globusgefühl	1
	Schluckstörungen	1

Tabelle 2:

Überbegriff	Antworten	Häufigkeitsfaktor
Dysfunktionen der WS	WS	4
	HWS	3
	BWS	1
	LWS	1
	ISG	4
	Segmentale Funktionsstörungen	7
	Kopfschmerzen	1
	Ischialgien	1
	Costotransversalgelenke	1

Dysfunktionen der Extremitätengelenke/peripheren Gelenke	Funktionelle Störungen der Gelenke	2
	Posttraumatische Gelenkfunktionsstörungen	1
	Hypomobilität des Knies	1
	Kapselverletzungen	1
	Hypomobilität der Hüfte	1
	Schulter	2
	Kapselverletzung	1
	Fingergelenke	1
Dysfunktionen im neuromuskuloskeletalen Bereich	Muskelspannungen, mit verbundenen Blockaden	1
	Sehnen	1
	Myofascialer Schmerz	1
	Neurophysiologische Schmerzen	1
Sonstiges	Selten MT Einschränkung durch Finanzen, eher KG-Verordnung	

Tabelle 3:

Überbegriff	Antworten	Häufigkeitsfaktor
Muskulatur	Muskeln allgemein	10
	Sehnen(ansätze)	6
	Myogene Tendopathien	1
Gelenke	Gelenke allgemein	10
	Facetten/kleine Gelenke	4
Gelenkumgebende Strukturen	Ligamente	6
	Kapsel	4
	arthrogene Tendopathien	1

Sonstiges	neuromuskuläre Strukturen	1
	Bandscheibe	1
	Gefäße	1

Tabelle 4:

Überbegriff	Antworten	Häufigkeitsfaktor
Arthrogen	Allgemeine Blockierungen/ Gelenkfunktionsstörungen	10
	Obere Kopfgelenkdysfunktion	1
	HWS-Blockaden	1
	LWS-Blockaden	1
	ISG-Blockaden	1
	Primär WS-Blockaden	1
	Schultersteife	1
	Periphere Störung	1
	Craniomandibuläre Störungen	1

	Fersensporn	1
Muskulär	Kontrakturen	3
	Tendopathien	3
	Muskeldysbalancen	1
	Myogelosen	1
Allgemeine Begriffe	Bewegungseinschränkung	4
	Weichteile	1
	„verkürzte Bänder“	1
Schmerzbedingt	Schmerz(rezeptoren)	2
	HWS-bedingter Kopfschmerz (Meningen)	1
	Achillodynie	1
Neurologisch	Cervicobrachialgie	1
	Vegetative Erkrankung	1

VII.4. Begründung der Orthopäden bei Nichtteilnahme am Interview:

Absagen der Orthopäden Nr.	Begründung
3	Die Arzthelferin richtete aus, dass ein Interview nicht möglich wäre, nur ein anonymer Fragebogen
5	Rückruf vom Arzt am nächsten Tag nach der Anfrage, er habe „ehrlich gesagt keinen Bock“
6	Kein Interesse
9	Die Arzthelferin erläuterte, der Arzt wäre in dieser Praxis seit kurzem nicht mehr tätig, trotzdem kam die Frage nach der Arztbezahlung für das Interview
13	Zuerst keine Zeit, bei direkter Nachfrage kein Interesse
14	Kein Interesse (selbst telefonisch abgesagt)
15	Mehrmals wurde von der Therapeutin bei der Arzthelferin angefragt, diese

	teilte mit, dass der Arzt zurückrufen würde, was nicht eintrat
16	Erst hatte der Arzt aus persönlichen Gründen keine Zeit, nach zwei Monaten erfolgte kein Rückruf auf erneute Anfrage. Nach dem letzten Anruf der Therapeutin sagte er das Interview komplett ab
19	Die ersten drei Wochen hatte der Arzt Fortbildungen, außerdem praktiziere er wenig MT und man solle andere Orthopäden fragen
20	Er wäre stark eingespannt und hätte wenig Zeit
21	Kein Interesse
22	Keine Zeit
26	Hat kein Interesse und auch keine Zeit
27	Haben Wartezeiten für Patienten von 2,5 Monaten, deshalb keine Zeit für Interview
28	Siehe Nr. 27, da Gemeinschaftspraxis
29	Hat im Moment keine Zeit für diese Dinge
30	Kein Interesse
31	Siehe Nr. 30, da Gemeinschaftspraxis
32	Ist zur Zeit im Fortbildungsstress
33	Zu viel zu tun momentan
35	Persönlich gesprochen: hat mit Praxis und Osteopathiebehandlungen zu viel zu tun und keine Zeit für ein Interview
36	Wollte sich nach 3-maligem Anrufen zur Terminabsprache noch mal melden, hat nie stattgefunden