

Gudrun Diermayr ist Professorin für Physiotherapie an der Fakultät für Therapiewissenschaften der SRH Hochschule Heidelberg. Nach ihrer Ausbildung in Wien sammelte sie fünf Jahre Berufserfahrung und verbrachte im Anschluss sieben Jahre in New York. Dort forschte sie im Rahmen ihrer Master- bzw. Doktorarbeit im Bereich Motorische Kontrolle und Motorisches Lernen. In ihrer aktuellen Forschung interessiert sie sich für die ambulante physiotherapeutische Versorgung von Menschen nach Schlaganfall allgemein und speziell für Faktoren, welche die Implementierung aktueller Erkenntnisse in die tägliche Praxis erschweren bzw. erleichtern.



„Der Heilmittelkatalog müsste geändert werden“

Prof. Dr. Gudrun Diermayr über Forschung in der Neuroreha Gudrun Diermayr verfolgt mit ihren Mitarbeiterinnen an der SRH Hochschule Heidelberg ein spannendes Projekt, in dem es um Basisdaten in der derzeitigen physiotherapeutischen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall geht. Im Sommer 2018 befragten sie ambulant tätige Therapeuten in Baden-Württemberg und Thüringen zu deren Arbeitsweise bei Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nach Schlaganfall.

➔ **Frau Diermayr, in Ihrer aktuellen Forschung versuchen Sie Basisdaten zu ermitteln, die wissenschaftlich fundiert aufzeigen, wie Physiotherapeuten in der täglichen Praxis arbeiten.**

Ja. Uns geht es darum zu erfahren, wie Therapeuten in der Praxis die Vorgaben aus dem Heilmittelkatalog, die Empfehlungen aus Leitlinien und aktuellen Studien umsetzen können. Nach unseren Erfahrungen und durch viele Gespräche vermuten wir, dass hier eine Diskrepanz vorliegen könnte. Als Wissenschaftlerin möchte ich wissen, wo wir ansetzen müssen, um eine Veränderung zu ermöglichen. Und dabei geht es nicht darum, den Therapeuten später Vorschriften machen zu wollen.

Sondern?

Wir möchten sie vielmehr ermutigen und befähigen, aktuelle Erkenntnisse in die Praxis umsetzen zu können, auch wenn es eine Veränderung der langjährigen und natürlich auch erfolgreichen Praxis bedeutet. Unter aktuellen Erkenntnissen verstehen wir vor allem das auf Prinzipien des motorischen Lernens aufbauende repetitive aufgabenorientierte Training mit einem Fokus auf der Hands-off-Therapie.

Es wäre schön, wenn sich Neues in der ambulanten Versorgung schneller etablieren könnte. In den 1960er Jahren waren die Ideen der Bobaths auch etwas ganz Neues, was sich dann über Jahre fest etabliert hat. Heute wissen wir, dass ihre Grundannahmen über das Gehirn so nicht stimmen. Und kurz vor ihrem Tod haben sie dies ja sogar formuliert. Wir sind an den Heilmittelkatalog gebunden, aber die Dinge entwickeln sich weiter, und mit unserer For-

schung wollen wir nun Daten sammeln, die zeigen sollen: Was wird derzeit in der Praxis gemacht? Welche Ressourcen sind vorhanden? Was brauchen Therapeuten, um aktuelle Erkenntnisse umzusetzen?

Der Heilmittelkatalog muss in Ihren Augen also geändert werden?

Es geht mir nicht darum, gegen Bobath oder ein anderes Konzept zu argumentieren. Die Konzepte haben sich in den letzten Jahren ja sinnvoll weiterentwickelt und sich an aktuelle Erkenntnisse zum motorischen Lernen angepasst und aufgabenorientiertes Training mit aufgenommen. Aber in meinen Augen müsste es dann nicht mehr Bobath heißen – und ja, es müsste im Heilmittelkatalog entsprechende Veränderungen geben. Man fragt sich ja schon, warum jemand, der die aktuellsten Erkenntnisse einsetzt und sich zum Beispiel in Spieltherapie oder CIMT fortgebildet hat, die Position KG-ZNS nicht abrechnen kann. Aber in unserem Projekt geht es noch gar nicht

”

Es wäre schön, wenn sich Neues schneller etablieren würde.

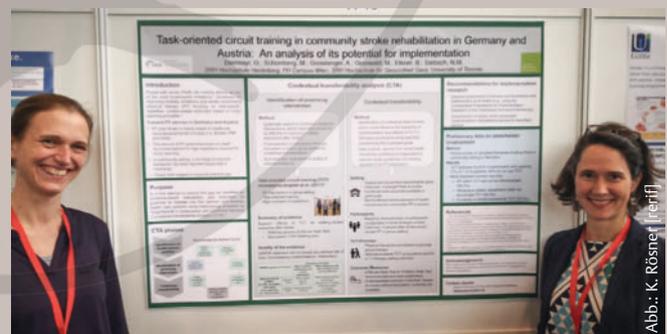


ABB. 2 Im Mai stellten Gudrun Diermayr und Andrea Greisberger die ersten Ergebnisse ihres Forschungsprojekts auf dem Weltkongress der Physiotherapie in Genf auf einem Poster vor.

darum. Wir wollen erst einmal herausfinden, was derzeit gemacht wird und wie wir neue Erkenntnisse in die Praxis bringen können. Ich sehe in unseren Daten beispielsweise, dass Therapeuten zum Teil sowohl aufgabenorientiert mit den Patienten üben als auch nach Bobath arbeiten. Neues hat also durchaus Einzug gehalten.

Was haben Sie in Ihrer Studie noch ermittelt?

Neben dem, was die Therapeuten in ihrer Behandlung einsetzen, haben wir angeschaut, welche Ressourcen sie haben. Beispielsweise haben wir gefragt, ob sie mit der Zeit, die sie laut Verordnung für den Patienten haben, zufrieden sind. Und da zeigte sich eindeutig, dass 70% der Befragten die Zeit für nicht ausreichend erachten. Zudem gaben 65% an, dass sie der Heilmittelkatalog daran hindert, neue Erkenntnisse umzusetzen, und knapp 70% meinten, dass keine Zeit für wissenschaftlich orientierte Tätigkeiten wie Literatursuche, Erarbeiten neuer Assessments, Suche nach und Lesen von Leitlinien zur Verfügung stehe.



Wir wollen helfen, neue Erkenntnisse in die Praxis zu bringen.

Im Weiteren haben Sie die Inhalte der Therapieeinheiten angeschaut. Genau, wir haben in dem Fragebogen ein Fallbeispiel vorgegeben, bei dem die Befragten frei beschreiben sollten, was sie konkret mit diesem Patienten machen würden. In einer späteren Frage gab es eine Liste zum Ankreuzen, in der sowohl die klassischen Therapieinhalte wie Vojta und PNF vorgegeben waren als auch die Inhalte, die die aktuellen niederländischen und deutschen Leitlinien empfehlen.

Und was machen die Therapeuten in der Regel?

Am häufigsten wurde die Ganganalyse genannt, und 15% der Nennungen zur Untersuchung bezogen sich auf standardisierte Assessments. Bezogen auf die Behandlung wurde Bobath eindeutig am häufigsten genannt, gefolgt von Krafttraining und PNF. Weiter haben wir nach den Gründen für die Entscheidung für die genannten Therapieinhalte gefragt. Die meisten gaben hier ihre Fortbildungen an, gefolgt von positiven Erfahrungen und der Angabe: „weil es Routine ist“.



Jahresabo physioscience

Damit Wissenschaft in die Praxis kommt, müssen Forschungserkenntnisse publiziert und für Therapeuten zugänglich gemacht werden. Für die deutschsprachige Physiotherapie ist die physioscience aus dem Thieme Verlag daher unverzichtbar. Wer ein Jahresabo gewinnen möchte, klickt bis zum 12.7.2019 unter www.thieme.de/physiopraxis > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „physioscience“.



ABB. 3 Teamarbeit: Die im Interview angesprochenen Forschungen sind in Kooperation mit Prof. Dr. Bernhard Elsner (SRH Hochschule für Gesundheit Gera), Andrea Greisberger, MSc (FH Campus Wien) und Prof. Dr. Nancy Salbach (University of Toronto) entstanden. Maria Schomberg, MSc, Lisa Barthelmes und Marit Gronwald unterstützten als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen. Langfristiges Ziel des Projektteams ist es, in enger Zusammenarbeit mit Therapeuten, Patienten und Vertretern des Gesundheitssystems das repetitive, aufgabenorientierte Training in der Praxis zu verankern. Ende Mai reichte das Team eine „Potenzialanalyse zum Zirkeltraining bei Schlaganfall“ zur Veröffentlichung in einer internationalen Zeitschrift ein. Die Ergebnisse der Basisumfrage werden national und – gemeinsam mit erhobenen Daten aus Österreich – international publiziert.

Haben Sie die Therapeuten auch gefragt, welche Fortbildungen sie als ihre Wissensbasis nutzen?

Ja, 90% der Teilnehmer hatten mindestens eine Zertifikatsposition – also Bobath, PNF oder Vojta. Nur 4% gaben an, eine evidenzbasierte Neuro-Fortbildung wie CIMT oder Spiegeltherapie absolviert zu haben. Und die Grundausbildung war bei 6–9% einer der drei wichtigsten Gründe für die Auswahl der spezifischen Untersuchung und Behandlung im Fallbeispiel.

Was Sie als Hochschuldozentin natürlich ein bisschen erschreckt. (lacht) Genau.

Waren denn die meisten der Befragten akademisch ausgebildete Physiotherapeuten?

Nein, das Durchschnittsalter der Befragten betrug 50 Jahre, und die meisten hatten eine klassische Ausbildung. 16% hatten einen Bachelor- oder Masterabschluss.

Welche weiteren Erkenntnisse brachte Ihnen die Untersuchung?

Spannend waren für mich die Erkenntnisse, die wir aus dem Kontext erhalten haben. Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, haben wir die Therapeuten zum Teil dreimal angeschrieben. Damit haben wir viele genervt, und es kamen Reaktionen wie: „Wenn ich doch schon keine Zeit für meine Patienten und die Dokumentation habe, wann und wieso soll ich dann auch noch so was machen?“ In den Kommentaren zeigte sich der Wunsch, dass endlich der Heilmittelkatalog geändert werden sollte – und die Vergütung! Das ist natürlich ein berechtigter Wunsch, aber das können wir mit solchen wissenschaftlichen Projekten nicht erreichen. Unsere Daten könnten aber als Argumentationsgrundlage in der Diskussion rund um die notwendigen Veränderungen verwendet werden. Und deshalb möchten wir praktisch tätige Physiotherapeuten ermuntern und bitten, an Umfragen im Rahmen von konkreten Forschungsprojekten teilzunehmen.

Dafür sind Sie in anderen Projekten deutlich konkreter, was umsetzbare Veränderungen betrifft, richtig?

Ja, spannend ist zum Beispiel eine Potenzialanalyse, die wir bezogen auf ein Zirkeltraining in der Neurologie gemacht haben, und zwar



Abb.: SRH Hochschule Heidelberg [renif]

für Deutschland und für Österreich. Das Zirkeltraining in der Gruppe ist eine Maßnahme mit qualitativ hochwertiger Evidenz, um die Mobilität nach Schlaganfall zu verbessern. Wir möchten herausfinden, ob und wie man es in deutschen und österreichischen Praxen implementieren kann. Was müsste man dafür im System anpassen? Und welche Anpassungen braucht es in den Manualen zum Zirkeltraining? Zum Beispiel, mit welcher Gruppengröße wäre es machbar? Im Rahmen der Arbeit wurden Parallelen der Systeme in beiden Ländern deutlich – was für ein enges Zusammenarbeiten bei der Lösung der offenen Fragen spricht.

In Deutschland hängt wieder viel am Heilmittelkatalog, in dem das Zirkeltraining in der Neuroreha bisher gar nicht vorkommt. Ein erster Schritt ist jetzt zwar gemacht, indem Änderungen von Einzel- in Gruppentherapie vereinfacht wurden. Aber für eine flächendeckende Implementierung in Deutschland reicht das nicht. Natürlich geht es uns – und auch in der wissenschaftlichen Literatur – nicht darum, das aufgabenorientierte Zirkeltraining in der Gruppe bei allen Menschen nach Schlaganfall anzuwenden, und es ersetzt selbstverständlich auch nicht die Einzeltherapie!

Wollen Therapeuten denn das Zirkeltraining überhaupt anwenden?

Wir haben nicht gefragt, ob sie es wollen, sondern, ob sie es kennen, ob sie es machen bzw. warum sie es nicht machen. Dabei zeigte sich, dass es nicht alle kennen und dass es fast niemand macht. Die Begründungen waren neben mangelnder Zeit und mangelndem Wissen, dass damit keine individualisierte Behandlung möglich sei. Das sagte immerhin die Hälfte der Befragten. Weitere 40% gaben an, dass das Training an ihrem Arbeitsplatz aus logistischen Gründen nicht durchgeführt werden könne, und 24% sagten, dass es auf die Probleme der vorhandenen Patienten nicht anwendbar sei. Hier sehen wir deutlich, dass es nicht nur um die äußeren Bedingungen geht.

Was müsste man also tun, um Therapeuten zu überzeugen, dass es eine sinnvolle und umsetzbare Maßnahme ist?

Diese Frage kann ich mit unseren Daten noch nicht beantworten. Es braucht weitere Informationen von den Praktikern. Wenn wir jetzt gleich mit der Umsetzung in die Praxis starten würden, wäre das Scheitern vorprogrammiert. In einem weiteren Projekt, für das ich gerade einen Forschungsantrag schreibe, wollen wir im Detail wissen: Was sind eure Bedenken bei der Umsetzung in die Praxis? Was bräuchte es in euren Augen, damit man aufgabenorientiertes Zirkeltraining anwenden kann? Gleichzeitig müssen wir die Patienten einbeziehen. Denn auch die sind ja Einzeltherapie gewohnt. Und weiter müssen wir überlegen, wie und mit welchen Veränderungen man das Zirkeltraining implementieren kann – z.B. indem man Zweier- oder Dreiergruppen bildet anstatt Gruppen mit 10–12 Teilnehmern. Hier gilt es eine Strategie zu entwickeln und im Forschungskontext deren Machbarkeit zu testen. 3–4 Jahre später müssen wir dann in einer neuen Studie abgleichen: Kommt jetzt wirklich etwas Besseres raus?

”

Das Zirkeltraining in der Gruppe ist eine Maßnahme mit qualitativ hochwertiger Evidenz.

Ein ganz schön langer Prozess.

Ja. Aber so ist der wissenschaftlich saubere und für die Nachhaltigkeit förderliche Weg. Erst dann planen wir, diesen Ansatz mit Krankenkassen über Modellprojekte zu etablieren.

Gibt es denn Länder, in denen es schon besser umgesetzt wird?

Das aufgabenorientierte Zirkeltraining wird auch in Deutschland zum Teil schon in der stationären Rehabilitation angewendet. Ich selbst habe vor allem Erfahrungen in den USA gesammelt. Dort gibt es unter anderem sogenannte „Community Exercise Programs“ für Menschen nach Schlaganfall. Und auch in Kanada gibt es solche Angebote innerhalb der Gemeinde. Vielleicht liegt die bessere Umsetzung aktueller Erkenntnisse in diesen Ländern auch daran, dass dort die Neuerungen von Kollegen kommen. Ein schönes Beispiel dafür ist das LSVT-BIG-Konzept für Patienten mit Parkinson, das mittlerweile auch in Deutschland Fuß gefasst hat (PHYSIOPRAXIS 4/19, S. 40). Hier wurde systematisch Grundlagenforschung betrieben, ein Konzept entwickelt, implementiert und evaluiert.

Das Gespräch führte Themenscout Martin Huber.