



## Therapeutenkammer: Mit Vernunft entscheiden!

IFK-Modellvorhaben bei WCPT-Kongress vorgestellt  
Kammerdiskussion: Gemeinsame Position der Verbände  
Subakromiales Impingement Syndrom und muskuläre Aktivität  
Ausdauertraining in der Migränetherapie  
Rechtliche Fakten zu einer Therapeutenkammer  
Interview mit Prof. Keith Hill aus Australien

IFK-Intern  
Berufspolitik  
Wissenschaft  
Praxis  
Recht  
Blickpunkt

# IFK jugendnetzwerk



die physiotherapeuten  
Bundesverband selbstständiger  
Physiotherapeuten - IFK e. V.



[www.ifk.de](http://www.ifk.de)



## Liebe Leserinnen und Leser,

bevor Sie die aktuelle Ausgabe der physiotherapie lesen, möchte ich einen kleinen Auftrag an Sie richten: Ob analog oder digital, bitte merken Sie sich den 9. September 2019 vor. Ich würde mich freuen, Sie an diesem Tag zum 2. TherapieGipfel des Spitzenverbands der Heilmittelverbände (SHV) in Berlin begrüßen zu können. Der SHV möchte dort erneut mit hochkarätigen Vertretern des Gesundheitswesens die drängenden Themen der Therapeuten in Deutschland diskutieren. Zugesagt hat bereits Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, und der packt derzeit bekanntlich an – auch im Heilmittelbereich. Im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) hat er erste Weichen gestellt, um die Rahmenbedingungen für Therapeuten zu verbessern. Er liebt die Debatte und fordert alle Gesundheitsberufe auf, mitzudiskutieren und das Gesundheitswesen der Sache dienend zu gestalten.

Adressiert an die Ärzte sendete er beim 122. Deutschen Ärztetag im Mai dieses Jahres die Botschaft, dass sie sich bei der Weiterentwicklung anderer Gesundheitsberufe bis in ihre Wortwahl hinein konstruktiv verhalten und nicht ständig nur mögliche Gefahren durch Veränderungen in den Vordergrund stellen sollten. Im Gegenteil wäre es wichtig, die Qualifikationen aller gemeinsam zu nutzen und den erforderlichen Wandel mitzugestalten.

Im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung wird der IFK die Akademisierung weiter einfordern.

Dass wir Therapeuten auch bei diesem Gesundheitsminister weitere zahlreiche Punkte haben, für die gekämpft werden muss, zeigte seine Botschaft zum Thema Akademisierung in dieser Rede. Keine Akademisierung für alle, war seine Aussage. Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsbedarfe und im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung werden wir genau das aber weiter für die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie einfordern.

Mit Spannung wurde beim Ärztetag das Ergebnis der Präsidentenwahl erwartet. Nach acht Jahren an der Spitze der Bundesärztekammer kandidierte der amtierende Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery nicht erneut. Nachfolger wurde Dr. Klaus Reinhardt, der in seiner Funktion als Bundesvorsitzender des Hartmannbundes schon die ein oder andere – immer sachliche und faire – Diskussion mit dem IFK führte.

Ein deutliches Plus aus Sicht des IFK ist, dass mit ihm erstmals nach 41 Jahren ein Freiberufler an der Spitze der Ärzteschaft steht. Als Facharzt für Allgemeinmedizin kennt er die Probleme aller Selbstständigen im Gesundheitsbereich. Er will sie anpacken und den Wandel eindeutig gestalten.

„Im Gesundheitswesen ist der Kulturwandel im vollen Gang. Wenn wir diesen Wandel gestalten wollen, muss sich die Ärzteschaft auf die verbindenden Elemente besinnen und eine intelligente Vorwärtsstrategie entwickeln“, kündigte er bereits an. Bleibt zu hoffen, dass er damit nicht nur das Verbindende innerhalb der Ärzteschaft meint, sondern auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen.

Auch wir packen weiter an, derzeit im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Digitale Versorgung-Gesetz (DVG). Lesen Sie hierzu auch den Artikel in der Rubrik „Berufspolitik“.

In diesem Sinn  
Ihre

Ute Repschläger



## ■ IFK-intern

- 4 kurz berichtet
- 10 Hauptstadtkongress:  
Fachgespräche mit Entscheidern  
des Gesundheitswesens
- 11 IFK-Modellvorhaben bei  
WCPT-Kongress vorgestellt
- 12 IFK-Forum Nord
- 14 Rege Diskussion bei  
Kammer-Veranstaltung
- 15 Spannender fachlicher Austausch mit  
renommiertem Experten aus Down  
Under
- 16 Umsetzung TSVG Step 1:  
Bundeshöchstpreise ersetzen Preise  
auf Landesebene ab 1. Juli 2019
- 18 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
beim IFK: Immer schön den Überblick  
behalten

## ■ berufspolitik

- 20 Das Digitale Versorgung-Gesetz
- 22 Kammerdiskussion: Verbände  
positionieren sich gemeinsam
- 24 Was können Pflegekammern leisten –  
und was nicht?

## ■ wissenschaft

- 28 Der Zusammenhang zwischen dem  
subakromialen Impingement Syndrom  
und der muskulären Aktivität – ein  
Literaturreview

## ■ praxis

- 34 Ausdauertraining in der Migräne-  
therapie: eine narrative Einschätzung  
wissenschaftlicher Evidenz

- 37 Evidenz-Update

## ■ recht

- 40 Die Therapeutenkammer –  
ein Kurzüberblick

## ■ blickpunkt

- 42 Interview mit Professor Keith Hill

## ■ fortbildung

- 48 IFK-Fortbildungen
- 59 Fortbildungen allgemein
- 61 Anmeldeformular

## ■ mitgliederservice

- 44 Buchbesprechung
- 45 IFK-Regionalausschüsse
- 46 Physioservice des IFK
- 59 pt-Anzeigen
- 60 IFK-Kontakt
- 62 Beitrittserklärung

## ■ impressum

- 45 Impressum

## ■ Personelle Veränderungen im IFK-Team

Gleich zwei gelernte Physiotherapeutinnen begrüßte der IFK Anfang Juni in seinem hauptamtlichen Team. Sarah Reinecke übernahm die Leitung des Referats Fortbildung und Wissenschaft. Judith Backes unterstützt den IFK als Wissenschaftliche Mitarbeiterin. Mit dem Bildungsbereich kennt sich Reinecke gut aus – denn bevor sie beim IFK anfang, war sie bei maxQ, tätig, einer Schule für Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen. Dort betreute sie als Standortleiterin nicht nur den Bereich der Physiotherapie, sondern auch die Ergotherapie und die Altenpflege. Nach ihrem Wechsel in das Management war sie für insgesamt sieben Standorte in Nordrhein-Westfalen zuständig. Dabei konnte die neue Leiterin des IFK-Referats Fortbildung und Wissenschaft auch auf eigene Erfahrungen zurückgreifen: Neben ihrer Ausbildung zur Physiotherapeutin in Deutschland absolvierte sie in Utrecht (NL) ein Bachelorstudium. Später schloss sie das Masterstudium „Sportphysiotherapie“ an der Sporthochschule Köln an. Direkt aus der Praxis kommt Physiotherapeutin Judith Backes. Sie unterstützt den IFK ebenfalls seit Anfang Juni als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Neben der praktischen Erfahrung als Therapeutin bringt sie dafür auch den nö-



Sarah Reinecke.



Judith Backes.



Michael Heine.

tigen wissenschaftlichen Hintergrund mit: Ihre Ausbildung absolvierte sie in Form eines Bachelorstudiums an der HAN Hochschule Nimwegen (NL). Nach einigen Jahren als Physiotherapeutin entschloss sie sich zu dem berufs begleitenden Masterstudium „Management im Gesundheitswesen und Gesundheitsökonomie“ an der Fresenius-Hochschule. Beim IFK übernimmt Backes nun die Aufgaben von Michael Heine. Heine unterstützte den IFK lange Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter. Dabei begleitete er unter anderem das IFK-Modellprojekt für mehr Autonomie und brachte an vielen Stellen seine wissenschaftliche Expertise in die Verbandsarbeit ein. Vielen IFK-Mitgliedern ist er zudem aus der Beratung bekannt, wenn er Physiotherapeuten bei allen fachlichen Fragen rund um Verordnungen Rede und Antwort stand. Der IFK bedankt sich herzlich bei Heine für sein Engagement. Allen dreien wünscht der IFK für die anstehenden Herausforderungen alles Gute und viel Erfolg.

## ■ Klein-Schmeink: TSVG bringt nur erste Verbesserungen



„Wir müssen weiterhin laut bleiben“, ermutigte Maria Klein-Schmeink, MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Bundestagsfraktion, die rund 50 Teilnehmer des zweiten Diskussionsabends für Heilmittelerbringer in Münster. Auf dem Podium diskutierte sie unter anderem mit Denise Girvan, IFK-Regionalausschussvorsitzende Osnabrück. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bringe erste Verbesserungen, konstatierte Klein-Schmeink. Man dürfe aber nun nicht abwarten, bis die Auswirkungen spürbar werden. „Denn dann ziehen schnell Jahre ohne große Entwicklung ins Land“, so Klein-Schmeink. „Die Anhebung der Vergütung auf das bundesweit

höchste Niveau wird etwas Verbesserung bringen, jedoch noch lange nicht das Notwendige, um auf eine gerechte Bezahlung zu kommen“, forderte sie weitere Nachbesserungen. Auch die Blankoverordnung bei bestimmten Indikationen sei nur ein erster Schritt. „Aber dabei dürfen wir nicht stehenbleiben.“ Deshalb werde sie die ihr zur Verfügung stehenden Mittel wie Kleine Anfragen und Gesetzentwürfe nutzen, um eine Aufwertung der gesamten Heilmittelbranche voranzutreiben. Im September will die Bundestagsabgeordnete über den Reformbedarf bei der Ausbildung zu den Heilberufen diskutieren. Der genaue Termin wird rechtzeitig auf der IFK-Internetseite bekannt gegeben.

## ■ Änderungen beim Genehmigungsverfahren

Seit dem 1. Mai 2019 müssen Verordnungen außerhalb des Regelfalls bei der IKK gesund plus nicht mehr das Genehmigungsverfahren durchlaufen. Das teilte die Krankenkasse dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) schriftlich mit. Wenn auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet wird, müssen Patienten Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen, nicht extra bei der Krankenkasse einreichen und prüfen lassen. Der IFK stellt seinen Mitgliedern eine Übersicht bereit, welche Kassen bereits auf ein Genehmigungsverfahren verzichten. Diese Liste ist nach dem

Login online im Physioservice erhältlich. Die Printversion kann außerdem in der IFK-Geschäftsstelle angefordert werden. Voraussichtlich ab dem kommenden Jahr wird eine solche Übersicht nicht mehr nötig sein: Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist geregelt, dass grundsätzlich keine Genehmigungsverfahren mehr durchgeführt werden sollen. An die Stelle des bisherigen Regelfalls treten dann die „indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen“. Diese dürfen auch ohne Prüfung überschritten werden. Allerdings muss der Gemeinsame

Bundesausschuss (G-BA) die neuen „indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen“ zunächst definieren. Dies geschieht mit Veröffentlichung der neuen Heilmittel-Richtlinie, jedoch wohl nicht vor dem Jahr 2020. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) wies in einem Rundschreiben darauf hin, dass demnach bis zum Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinie die aktuelle Regelung fortbesteht: Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen also weiterhin genehmigt werden, sofern die Krankenkassen nicht freiwillig darauf verzichten.

## ■ TSVG: Zulassungsverfahren 2.0 – noch kein Handlungsbedarf

Die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens ist ein Teilbereich, der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf den Weg gebracht wurde. Doch auch wenn das TSVG seit dem 11. Mai 2019 in Kraft ist, müssen sich Praxisinhaber keine Sorgen machen: Zunächst einmal behält das ursprüngliche System seine Gültigkeit. Wer also bereits eine Kassenzulassung hat, behält diese auch. Das TSVG regelt, dass künftig ein bundeseinheitlicher Rahmenvertrag zwischen den maßgeb-

lichen Verbänden und dem GKV-Spitzenverband geschlossen werden muss, der auch die Zulassungsvoraussetzungen definieren wird. Der neue bundeseinheitliche Rahmenvertrag muss nun zunächst verhandelt werden und tritt frühestens am 1. Juli 2020 in Kraft. Bis dahin gelten für alle Neuzulassungen die Zulassungsempfehlungen nach altem Recht. Anschließend haben Praxisinhaber sechs Monate Zeit, um diesen neuen Vertrag anzuerkennen. Damit behalten sie ihre Zulassung. Ein

großer Vorteil am neuen Verfahren ist, dass die maßgeblichen Verbände als Vertragspartner nun mehr Mitspracherecht bei der Ausgestaltung haben. Dieses werden sie nutzen, zumal die Gesetzesbegründung zum TSVG explizit vorgibt, dass keine zu einschränkende Reglementierung – beispielsweise zu Raumgröße oder Deckenhöhe – in dem Vertrag zu erfolgen hat. Außerdem müssen Praxisinhaber künftig nur noch bei einer einzigen Stelle eine Zulassung beantragen.

## ■ 70 Jahre Bundesverband der Freien Berufe (BFB)

Sein 70-jähriges Bestehen feierte der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) mit einem Festakt in Berlin. Zu den 200 geladenen Gästen zählte auch Ute Repschläger, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK). Der IFK ist Mitglied im BFB. Kernthema des Festakts war die Digitalisierung. Diese stelle auch die Freien Berufe vor umfassende neue Herausforderungen, erläuterte BFB-Präsident Prof. Dr. Wolfgang Ewert in seiner Begrüßungsrede.



IFK-Vorstandsvorsitzende Ute Repschläger mit Dr. Ulrich Oesingmann, Ehrenpräsident des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB). Foto: BFB/Henning Schach



Trafen sich in Berlin (v.l.): Ute Repschläger, IFK-Vorstandsvorsitzende, Peter Klotzki, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB), und Kai Haake, Geschäftsführer des Bundesverbands Deutscher Unternehmensberater (BDU). Foto: BFB/Henning Schach

Anlässlich der 70-Jahr-Feier hatte das Institut für Freie Berufe (IFB) eine Erhebung unter 2.000 Freiberuflern durchgeführt. Ergebnis: Mehr als acht von zehn Freiberuflern rechnen damit, dass die Digitalisierung bis zum Jahr 2025 stark (47 Prozent) oder sogar sehr stark (38,7 Prozent)

auf ihre Tätigkeit durchschlägt. Allerdings ist nur knapp jeder Dritte (29,2 Prozent) der Meinung, die politischen Rahmen- beziehungsweise Wettbewerbsbedingungen seien ausreichend, um die Chancen der Digitalisierung gut nutzen zu können.



## ■ PKV: Dr. Florian Reuther übernimmt für Volker Leienbach

17 Jahre lang war Volker Leienbach die Spitze des Verbands der Privaten Krankenversicherungen (PKV). Nun wurde er in Köln in den Ruhestand verabschiedet. Über 400 Gäste aus der Gesundheitsbranche nahmen an der feierlichen Verabschiedung teil, unter ihnen auch Ute Repschläger, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK). Nachfolger von Leienbach ist Dr. Florian Reuther, der seit März das Amt des Direktors und geschäftsführenden Vorstandsmitglieds des Verbands innehat. Zuvor leitete er fast zehn Jahre lang die PKV-Rechtsabteilung und arbeitete als Mitglied der Geschäftsführung an strategischen Entscheidungen und Projekten mit.



Dr. Volker Leienbach (l.), ehemaliger Direktor des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV).

## ■ Frühjahrsfest der Zahnärzteschaft



Beim Frühjahrsfest der Zahnärzteschaft (v.l.): Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (BZÄK), Dr. Karl-Georg Pochhammer (KZBV), Dr. Björn Pfadenhauer (IFK), Ute Repschläger (IFK), Dr. Wolfgang Eßer (KZBV) und Martin Hendges (KZBV). Foto: © KZBV/axentis.de

Auch beim Frühjahrsfest der Zahnärzteschaft in Berlin spielte das Thema „Digitalisierung“ eine große Rolle. Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur sei eine absolute Grundvoraussetzung dafür, dass der zahnärztliche Berufsstand zusammen mit den anderen Heilberufen und den Krankenkassen den Weg in die digitale Zukunft des Gesundheitswesens gehen könne, betonte Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Der Mehrwert der Digitalisierung könne beispielsweise im Bürokratieabbau oder in der Vereinfachung von Prozessen liegen. Auch Dr. Thomas Gebhart,

Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit, besuchte den gemeinsamen Empfang der KZBV und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und griff in seinem Vortrag die Worte Eßers auf. Er ergänzte, die Digitalisierung dürfe im Gesundheitsbereich keinen Selbstzweck darstellen, sondern müsse nutzenstiftend sein und die medizinische Versorgung verbessern. Die elektronische Patientenakte sei dabei ein Kernstück. Und auch wenn der persönliche Kontakt nach wie vor der „Goldstandard“ sei, könnten Telemedizin und digitale Anwendungen die Versorgung sinnvoll ergänzen.



Die IFK-Vertreter Ute Repschläger und Dr. Björn Pfadenhauer (l.) sprachen auch mit Dr. Wieland Schinnenburg, MdB. Foto: © KZBV/axentis.de

## ■ Dr. Roy Kühne: „Wir haben verstanden“

„Wir haben verstanden, was Branchen- und Kassenvertreter konkret von der Politik erwarten.“ – In klaren Worten fasste Dr. Roy Kühne, MdB (CDU), Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestags, das Ergebnis des Zukunftworkshops zusammen: In einem konstruktiven Austausch hatten die Teilnehmer erarbeitet, welche Themen nun angegangen werden müssen, um die Zukunft der Heilmittelbringer zu sichern. Zunächst gab es drei Impulsvorträge zu den Themenblöcken „Nachwuchs gewinnen“, „Wirtschaftlichkeit erhalten“ und „Zukunft gestalten“. Anschließend berieten die Teilnehmer gemeinsam, welche Maßnahmen nun konkret von wem und bis wann umgesetzt werden müssen. Zu dem Workshop hatte Kühne unter anderem Vertreter der Verbände der Heilmittelberufe, des GKV-Spitzenverbands, des Verbands der Ersatzkassen und des AOK-Bundesverbands eingeladen.



Dr. Björn Pfadenhauer (l.), IFK, und Dr. Roy Kühne, MdB (CDU).



Der IFK-Geschäftsführer Dr. Björn Pfadenhauer (rechts stehend) präsentierte die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe des Themenblocks „Nachwuchs gewinnen“.

Dr. Björn Pfadenhauer, Geschäftsführer des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), präsentierte die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe des Themenblocks „Nachwuchs gewinnen“. Ein wichtiger Punkt war die bundesweite Schulgeldfreiheit. „Derzeit haben wir eine Flickenteppichlösung“, kritisierte Pfadenhauer. In jedem Bundesland gebe es andere Regelungen. Manche haben das Schulgeld bereits komplett abgeschafft, andere anteilig, in wieder anderen Regionen falle noch das komplette Schulgeld an. „Dadurch entstehen unter anderem Pendlerströme unter den Auszu-

bildenden, die so keinesfalls gewollt sein können. Wir brauchen hier dringend eine bundesweite Lösung“, forderte Pfadenhauer. Gruppenkonsens fand sich auch darin, dass das Bild der Physiotherapie in der Öffentlichkeit insgesamt besser werden müsse. Auf dem Weg dorthin seien der Direktzugang, die Vollakademisierung, eine höhere (Ausbildungs-)Vergütung sowie mehr Interprofessionalität und Aufstiegschancen wichtige Etappenziele. Als Basis dafür müssten die Berufsgesetze und die Ausbildungsprüfungsverordnung erneuert werden.

## ■ IFK beim Bundesärztag



Ute Repschläger und Dr. Björn Pfadenhauer (l.) mit Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, ehemaliger Präsident der Bundesärztekammer.

Dr. Klaus Reinhardt ist der neue Präsident der Bundesärztekammer. Beim Deutschen Ärztag in Münster setzte er sich im dritten Wahlgang gegen Martina Wenker, Präsidentin der niedersächsischen Ärztekammer, durch. Reinhardt gehört dem Vorstand der Bundesärztekammer bereits seit 2015 an. Nun löst er den ehemaligen Präsidenten Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery ab, der nach acht Jahren an der Spitze nicht erneut für dieses Amt kandidierte. Zu den rund 1.500 Besuchern des Bundesärztagess ge-

hörten auch die IFK-Vorstandsvorsitzende Ute Repschläger und IFK-Geschäftsführer Dr. Björn Pfadenhauer. Sie nutzten unter anderem die Gelegenheit zum interprofessionellen Austausch. Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery nutzte seine letzte Eröffnungsrede bei einem Bundesärztag für konstruktive Kritik an der Gesundheitspolitik. Dabei ging er unter anderem auf die Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ein, das am 11. Mai 2019 in Kraft trat. Der Staat greife zunehmend in die Kompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung ein, richtete der Bundesärztekammer-Präsident das Wort an den anwesenden Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. „Wir haben ein unterschiedliches Verhältnis zur Selbstverwaltung“, so Montgomery. Gleichwohl betonte er, dass einige Gesetzesinitiativen in die richtige Richtung gingen. Die Bundesärzteschaft sei nach wie vor bereit, konstruktiv mit der Politik zusammenzuarbeiten. Er kritisierte jedoch auch, dass immer mehr zentrale ärztliche Berufsinhalte auf andere Gesundheitsberufe übertragen würden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn forderte die Ärzteschaft auf, nicht immer nur an die Gefährdung zu denken, sondern sich bei der Entwicklung



Dr. Klaus Reinhardt. Foto: Bundesärztekammer

anderer Gesundheitsberufe konstruktiv zu verhalten. Das schließe auch die passende Wortwahl mit ein. Wichtig sei es, dass Qualifikationen gemeinsam genutzt werden. Die Ärzteschaft rief er auf, den Wandel aktiv mitzugestalten. Die grundsätzliche Akademisierung für alle therapeutischen Berufe strebt er allerdings nicht an.



## ■ BFB-Hauptgeschäftsführer besuchte den IFK



Dr. Björn Pfadenhauer (l.), Ute Repschläger und Peter Klotzki. Foto: Maren Letterhaus (IFK)

Peter Klotzki, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB), folgte der Einladung des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) in die Geschäftsstelle nach Bochum. Dort tauschte er sich in konstruktiver Runde mit Ute Repschläger, IFK-Vorstandsvorsitzende, und Dr. Björn Pfadenhauer, IFK-Geschäftsführer, aus. Dabei ging es unter anderem um die momentanen Herausforderungen von Physiotherapeuten als Freiberufler. Klotzki übernahm im März die Aufgaben des BFB-Hauptgeschäftsführers. Zuvor war er als Kommunikationschef des Verbands Deutscher Zeitschriftenverleger (VDZ) tätig.

## ■ Repschläger referierte bei Bobath-Fortbildungstagung

Einen Überblick über die wichtigsten berufspolitischen Entwicklungen gab Ute Repschläger, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), während der Fortbildungstagung der Vereinigung der Bobath Therapeuten Deutschlands.

Es sei ein langer Weg gewesen, bis das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) schließlich am 11. Mai 2019 in Kraft trat. „An der Vorbereitung waren viele Akteure beteiligt“, so Repschläger. Beispielsweise habe Dr. Roy Kühne, MdB und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestags, bereits im April 2018 zu einer Diskussion über die großen Branchenprobleme eingeladen.



IFK-Vorstandsvorsitzende Ute Repschläger referierte bei der Bobath-Fortbildungstagung.



Kollegialer Austausch zwischen Vorstandsmitgliedern des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten und der Bobath-Vereinigung (v.l.): Mark Rietz (IFK), Andrea Espei (Bobath), Gerd Marsollek (Bobath), Claudia Abel (Bobath), Ute Repschläger (IFK), Katharina von Bistram (Bobath) und Miriam Pia Burghardt (Bobath).

Und auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn habe das Gespräch zu den Verbänden gesucht, bevor er im September 2018 sein Eckpunktepapier vorlegte. „Der fachlich-politische Austausch läuft oft im Hintergrund“, erläuterte die IFK-Vorstandsvorsitzende.

Öffentlichkeitswirksam sei hingegen der 1. TherapieGipfel des Spitzenverbands der Heilmittelverbände (SHV) im September 2018 gewesen. „Die Veranstaltung war so erfolgreich, dass wir bereits den 2. TherapieGipfel am 9. September 2019 in Berlin planen“, verriet Repschläger. Und auch die SHV-Sommeraktion, bei der Mitglieder der Verbände Politiker zu sich in die Praxen einladen, sei auf viel Resonanz gestoßen.

Doch auch wenn mit dem TSVG nun viele Verbesserungen für die Heilmittelerbringer auf den Weg gebracht wurden, sei noch immer einiges zu tun. „Derzeit bereitet der SHV eine gemeinsame Vorlage zur Überarbeitung des Berufsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vor“, berichtete Repschläger.

Ziel seien zeitgemäße, kompetenzorientierte Ausbildungsinhalte, eine Überprüfung des derzeitigen Zertifikatssystems und als langfristiges Ziel die Vollakademisierung der Ausbildung. „Bis es soweit ist, brauchen wir jedoch sinnvolle Übergangslösungen“, forderte die IFK-Vorstandsvorsitzende.



## ■ Einblicke hinter die Kulissen des Bundestags

„Berufspolitik trifft Bundespolitik“ hieß es eine Woche lang im Rahmen des 25. Know-how-Transfers der Wirtschaftsunioren Deutschland. Der CDU-Bundestagsabgeordnete und erste Vorsitzende des Bundes-Gesundheitsausschusses, Erwin Rüdgel, gab dem IFK-Regionalausschussvorsitzenden Sergej Borkenhagen die Möglichkeit, ihn als Mitglied der Wirtschaftsunioren Deutschland bei seiner parlamentarischen Arbeit zu begleiten.

„Mir ist es wichtig, dass gerade auch die regionale fachbezogene Wirtschaft Einblicke in die parlamentarische Arbeit erhält“, betonte Rüdgel. „So können viele Vorbehalte und Missverständnisse abgebaut werden.“ Gleichzeitig wachse sowohl bei den jungen Wirtschaftsvertretern als auch bei den Parlamentariern die gegenseitige Wertschätzung. „Deshalb bin ich offen für diesen engagierten und konstruktiven Austausch“, so Rüdgel weiter. Für Borkenhagen, der auch eine Schule für Physiotherapie betreibt, ein einmaliges Angebot, „das ich gerne wahrgenommen habe, um mir ein Bild zu machen, wie der politische Entstehungsprozess für gesundheitliche Rahmenbedingungen vonstattengeht.“



Politik und Wirtschaftsunioren auf Augenhöhe: Erwin Rüdgel (l.), erster Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bundestag, wurde vom IFK-Regionalausschussvorsitzenden Sergej Borkenhagen bei der parlamentarischen Arbeit begleitet.

Nicht zuletzt durch den vollen Terminplan wurde die Woche zu einem erfolgreichen Erlebnis. Auf dem Programm standen Ausschusssitzungen und Anhörungen des Gesundheitsausschusses, Sitzungen der CDU/

CSU-Bundestagsfraktion, der Workshop zur Zukunft der Heilmittelerbringer von Dr. Roy Kühne, MdB, (CDU) (siehe Artikel auf Seite 7) sowie ein Termin mit Bundeskanzlerin Angela Merkel.

## ■ Nachgeholte SHV-Sommeraktion in Osnabrück

Im vergangenen Sommer hatte es leider nicht mehr geklappt, aber Dr. Mathias Middelberg, MdB, und Dr. Roy Kühne, MdB, (beide CDU/CSU-Bundestagsfraktion) hielten Wort: Im Zuge einer „verspäteten SHV-Sommeraktion“ besuchten sie Denise Girvan, Osnabrücker Regionalausschussvorsitzende des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK).

Während des Treffens berichtete Kühne von den Bestrebungen des Bundesgesundheitsministeriums, die Digitalisierung in der Gesundheitsbranche voranzutreiben. Ein erster, kleiner Erfolg sei, dass auch Physiotherapeuten an die Telematik angeschlossen werden sollen, so Kühne. (Mehr dazu gibt es im Artikel zur Berufspolitik ab Seite 20.)

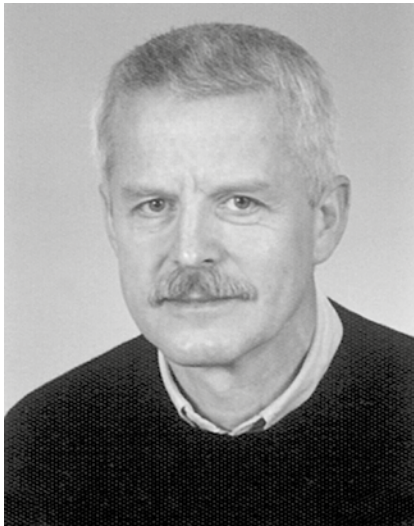
Mit Blick auf das jüngst in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) forderte er, dass die Blankoverordnung für möglichst viele Diagnosen geöffnet werde. Zudem sicherte er zu, sich für die gesetzlichen Voraussetzungen zur Durchführung eines Modellvorhabens zum Direktzugang starkzumachen. Er hoffe, dass damit der „Flaschenhals Arztwartezimmer“ bald umgangen werden könne.



Denise Girvan, IFK-Regionalausschussvorsitzende Osnabrück, empfing Dr. Roy Kühne, MdB, (l.) und Dr. Mathias Middelberg, MdB, (beide CDU/CSU-Bundestagsfraktion) in ihren Praxisräumen.

Middelberg erkundigte sich unter anderem nach dem bestehenden Ausbildungssystem. Girvan wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Reform der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung seit langem überfällig sei. Außerdem kritisierte sie, dass es noch keine bundesweite Schulgeldfreiheit gebe. Zwar sei es

natürlich zu begrüßen, dass immer mehr Bundesländer die Auszubildenden vom Schulgeld befreien. Die derzeitige „Flickenteppichlösung“ sei aber im Kampf gegen den Fachkräftemangel nicht zielführend. Er werde eher dafür sorgen, dass angehende Auszubildende in Ländern ohne Schulgeld ihre Ausbildung beginnen.



Im Mai erreichte uns die Nachricht, dass **Alf Anso Brokmeier**, langjähriger Fachleiter der „Manuelle Therapie“-Ausbildung des IFK, verstorben ist.

Brokmeier war seit 1984 für den IFK zunächst als Fachlehrer, später dann als Ausbildungsleiter der „Manuelle Therapie I“- und „Manuelle Therapie II“-Ausbildung tätig. Mit seinem unermüdlichen, enthusiastischen Einsatz in Forschung und seinem internationalen Austausch hat Alf Anso Brokmeier die Manuelle Therapie in Deutschland befeuert und maßgeblich beeinflusst. Sein Wissen dokumentierte er unter anderem im „Kursbuch Manuelle Therapie“.

Wir halten sein Werk in lebendiger Erinnerung.

# Hauptstadtkongress: Fachgespräche mit Entscheidern des Gesundheitswesens

## Maren Letterhaus

Wohin geht es mit der Gesundheitsversorgung? Diese und weitere Fragen standen im Mittelpunkt der Gespräche am Messestand des Spitzenverbands der Heilmittelverbände (SHV) beim Hauptstadtkongress in Berlin.



Zu den Besuchern des SHV-Stands beim Hauptstadtkongress in Berlin gehörte unter anderem Dr. Roy Kühne (2.v.l.), MdB und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestags. Er informierte sich bei (v.l.) Dr. Björn Pfadenhauer (IFK), Hans Ortman (VPT) und Rainer Großmann (ZVK).

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das jüngst in Kraft getreten ist, bringt zahlreiche Veränderungen für die Heilmittelbringer auf den Weg. An vielen Stellen besteht aber noch Verhandlungsbedarf, etwa bei der genauen Ausgestaltung der bundesweit einheitlichen Höchstpreise. Der SHV-Stand beim Hauptstadtkongress bot den idealen Rahmen für den Austausch zu diesem und anderen Themen. Denn der Spitzenverband der Heilmittelverbände vertritt die Interessen der Heilmittelbringer auf Bundesebene und ist somit Ansprechpartner für Politik, Ministerien, Selbstverwaltungsorgane, andere bedeutende Organisationen des Gesundheitswesens und die Medien.

All diese Vertreter waren beim Hauptstadtkongress in Berlin zugegen, an dem insgesamt rund 8.500 Entscheider aus dem deutschen Gesundheitswesen teilnahmen. Dazu gehörte auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der den Kongress mit einem Vortrag zum Thema „Schritt für Schritt: Gesundheit und Pflege besser machen“ eröffnete.





Tauschten sich beim WCPT-Kongress in Genf aus (v.l.): IFK-Vorstandsvorsitzende Ute Repschläger und die beiden Professorinnen Irina Nast und Astrid Schämänn, beide von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

# IFK-Modellvorhaben bei WCPT-Kongress vorgestellt

**Michael Heine**

**Vor internationalem Publikum präsentierte Prof. Irina Nast beim Kongress der „World Confederation for Physical Therapy“ (WCPT) in Genf die Ergebnisse des IFK-Modellvorhabens für mehr Autonomie in der Physiotherapie. Nach dem Vortrag der Professorin am Institut für Physiotherapie der ZHAW gab es ausreichend Gelegenheit zum Austausch mit den internationalen Gästen.**

Insgesamt rund 4.500 Physiotherapeuten aus 131 Ländern nahmen an dem WCPT-Kongress teil – unter ihnen auch Ute Repschläger, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands selbständiger Physiotherapeuten (IFK). Neben viel fachlichem Input gab es in Genf die Gelegenheit, sich mit Kollegen aus den unterschiedlichsten Ländern auszutauschen. Dabei ging es sowohl um fachliche Ansätze als auch um die berufspolitischen Rahmenbedingungen.

Für Gesprächsstoff sorgte zudem der Vortrag von Prof. Nast über das Modellvorhaben „Physiotherapie“. Darin wurden zwei Patientengruppen behandelt – bei einer durften die Physiotherapeuten selbst über Art, Dauer und Frequenz der Behandlung entscheiden. „In dieser Gruppe wurden die verschiedenen Heilmittel mehr miteinander kombiniert“, stellte Nast fest. Die individuellen Patientenbedürfnisse wurden also besser berücksichtigt. Die Effektivität der Behandlung sei dabei mindestens genauso hoch gewesen, obwohl der Behandlungszeitraum kürzer und die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten im Durchschnitt in etwa gleich war.

Das Modellvorhaben für mehr Autonomie wurde von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) wissenschaftlich evaluiert und gemeinsam mit dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK) sowie der BIG direkt gesund durchgeführt.



**Michael Heine, M.Sc.**  
war wissenschaftlicher Mitarbeiter  
des IFK.

# Viel los in der Branche viel los beim IFK-Forum



Die stellvertretende IFK-Geschäftsführerin RAin Ulrike Borgmann (li.) und Sarah Reinecke, Leiterin IFK-Referat Fortbildung und Wissenschaft, bei der Analyse der Online-Live-Abstimmung im Rahmen des IFK-Forums Nord.

**Maren Letterhaus**

**Das Interesse am IFK-Forum Nord war enorm: Mit rund 140 Physiotherapeuten war der Saal in Hamburg bis auf den letzten Platz gefüllt. „Ihre große Beteiligung spiegelt auch wider, wie viel derzeit in unserer Branche passiert“, eröffnete IFK-Vorstandsvorsitzende Ute Repschläger. Gemeinsam mit RAin Ulrike Borgmann, stv. IFK-Geschäftsführerin, gab sie einen Überblick über die wichtigsten Themen, die die Physiotherapeuten derzeit bewegen.**

„Ich habe Ihnen hier eine echte Revolution mitgebracht“, deutete Borgmann auf den rund 50-seitigen Ausdruck des kompletten Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG). Vieles werde dadurch besser, vieles werde einfacher – „und das ist sehr gut!“, betonte Borgmann. Die meisten der insgesamt 50 Seiten beziehen sich auf die Ärzte, ein verhältnismäßig geringer Teil auf die Physiotherapie. Dieser Teil aber reiche aus, um viele vorhandene Strukturen zu verändern.

Borgmann erinnerte in diesem Zusammenhang unter anderem an die bundesweiten Höchstpreise, die zum 1. Juli 2019 gebildet werden sollen. Danach gehe es in die ersten Vergütungsverhandlungen, die flächendeckend für ganz Deutschland zum 1. Juli nächsten Jahres zu führen sind. „Und dafür brauchen wir dringend Ihre Hilfe“, wandte sich Repschläger direkt an die IFK-Mitglieder. Gerade werde ein Gutachten zur wirtschaftlichen Situation der Physiotherapie vorbereitet, das als Basis für die Verhandlungen dienen soll. „Deshalb ist es ganz wichtig, dass Sie alle bei der Befragung mitmachen und uns damit einen anonymisierten Einblick in Ihren Praxen geben“, warb Repschläger um breite Beteiligung.

**1 Milliarde mehr Erhöhung, als mit Grundlohnsummenbindung möglich gewesen wäre.**

Einen kleinen Übungslauf in puncto Beteiligung gab es direkt beim IFK-Forum Nord: Per App konnten die Teilnehmer in einer Live-Abstimmung ihre Meinung kundtun. Optimistisch zeigten sie sich zum Beispiel bei der Frage, ob das TSVG die Situation ihrer Praxen verbessern werde. 92 Prozent der Anwesenden stimmten dem (eher) zu, die übrigen konnten es derzeit noch nicht absehen.



# Nord



IFK-Vorstandsvorsitzende Ute Repschläger erläuterte auch den Einsatz des IFK zur Aktualisierung von Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen.

Doch nicht nur das TSVG bewegt die Branche, auch das Berufsgesetz steht vor einer grundlegenden Überarbeitung. „Wir setzen uns unter anderem stark dafür ein, dass die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aktualisiert wird“, erläuterte Repschläger. Der IFK fordere zum Beispiel, dass schon in der Ausbildung die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werde. Zudem strebe der IFK die vollständige Akademisierung der Ausbildung an. „Doch bis es soweit ist, können wir nicht warten. Deshalb halten wir für die Übergangsphase unbedingt auch die Modernisierung der schulischen Ausbildung für unverzichtbar“, so Repschläger.

Viel Zeit nahmen sich die beiden Referentinnen auch für die zahlreichen Fragen und Anregungen der Teilnehmer. „Ich danke Ihnen für Ihre Offenheit“, betonte Repschläger. „Das hilft uns auch dabei, unsere Verdansarbeit weiterhin an Ihren Bedürfnissen auszurichten.“

Und auch das Zulassungsverfahren werde vereinheitlicht. „Anstelle des bisherigen Verfahrens wird ein Vertrag zwischen den Verbänden und den Krankenkassen treten. Wir haben also künftig auch mehr Mitspracherechte“, so Borgmann. Außerdem werde der Bestandsschutz für Praxen deutlich verbessert.

**Maren Letterhaus, M.Sc.**  
ist Referentin für Presse- und  
Öffentlichkeitsarbeit des IFK.



## Termine...

**Mittwoch, den 10. Juli 2019 | 18.00 – ca. 20.00 Uhr**

### PhysioPraX 2.0 – Ergebnispräsentation in Nürnberg

ICF Nürnberg e. V. | Zentrumslocation | Königsstr. 57 | 90402 Nürnberg  
(Parkmöglichkeiten in den umliegenden Parkhäusern)

Die Ergebnisse der ersten von allen großen Berufsverbänden gemeinsam getragenen PhysioPraX-Umfrage liegen vor! Deutschlandweit haben Praxen in den vergangenen Monate ihre betriebswirtschaftlichen Kennzahlen auf der im letzten Jahr überarbeiteten und optimierten Online-Plattform [www.bwa-physioprax.de/2.0](http://www.bwa-physioprax.de/2.0) bereitgestellt. Die – selbstverständlich anonym erfassten – Daten wurden vom Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) unter Leitung von Prof. Dr. Günter Neubauer genauestens unter die Lupe genommen und ausgewertet. Das entsprechende Gutachten wird am 10. Juli 2019 in Nürnberg präsentiert. Alle interessierten Mitglieder der teilnehmenden Berufsverbände sind zu dieser Veranstaltung herzlich eingeladen.

Ute Repschläger, IFK-Vorstandsvorsitzende, wird gemeinsam mit Markus Norys (ZVK) und Hans Ortman (VPT) das Projekt PhysioPraX 2.0, die Hintergründe, die politische Bedeutung und einen Ausblick darlegen. Prof. Neubauer und Christina Niedermeier vom Institut für Gesundheitsökonomik stellen das neue Gutachten vor, erläutern die Details und werden auch auf die Schlussfolgerungen eingehen, die Praxisbesitzer für sich persönlich ziehen können. Ein kleiner Imbiss sowie Getränke stehen bereit.

**Da die Teilnehmerzahl beschränkt ist, ist eine verbindliche Anmeldung erforderlich.**



**Freitag, den 19. Juli 2019 | 16.15 – ca. 21.30 Uhr**

### Physiotherapie Forum Süd in Feldkirchen bei München

Hotel Bauer | Münchner Straße 6 | 85622 Feldkirchen

**16:15 Uhr** Eröffnung und Begrüßung

**16:20 Uhr** Das Richtige zur richtigen Zeit

Vergütungserhöhungen, bundeseinheitlicher Höchstpreis, Wegfall der Grundlohnsummenbindung – Warum sich jetzt Dinge erreichen lassen, die bisher weit weg schienen.

Referent: Michael Reinhard | ifo-Institut

**17:45 Uhr** Kaffeepause

**18:00 Uhr** Neustart des Systems dank TSVG:

**Was bringt das den Praxisinhabern konkret?**

Vergütung, Zulassungsverfahren, Blankoverordnung, Schiedsstelle

Referentinnen: Ute Repschläger, IFK-Vorstandsvorsitzende

RAin Ulrike Borgmann, stv. IFK-Geschäftsführerin

**18:45 Uhr** Fragen und Diskussion

**19:05 Uhr** Etappenziel TSVG erreicht –

**jetzt weiter mit Vollgas in die zweite Runde!**

Berufsgesetz, Direktzugang, Therapeutenkammer & Co.

Referentinnen: Ute Repschläger, IFK-Vorstandsvorsitzende

RAin Ulrike Borgmann, stv. IFK-Geschäftsführerin

**19:50 Uhr** Fragen und Diskussion

**20:15 Uhr** Ausklang mit Buffet



Online-Anmeldung unter:

[www.ifk.de/verband/aktuell/termine/](http://www.ifk.de/verband/aktuell/termine/)

# Rege Diskussion bei Kammer- Veranstaltung

Maren Letterhaus



Rund 40 Therapeuten folgten der Einladung zur Informationsveranstaltung zum Thema Verkammerung nach Bochum, um ihre Argumente für oder gegen eine Kammer zu präsentieren. „Ziel der Veranstaltung soll der Austausch von Informationen und Standpunkten sein, um sich dann seine eigene Meinung zu bilden“, motivierte Ute Repschläger, IFK-Vorstandsvorsitzende, die Gäste zur regen Teilnahme.

Das nahmen die Therapeuten gern an. Engagiert wurde zum Beispiel diskutiert, wie eine Kammer überhaupt strukturiert werden könnte, um zahlenmäßig kleinere Berufsgruppen nicht zu benachteiligen. Einige Gäste hatten auch schon konkrete Fragen vorbereitet, die sie den Verbandsvertretern stellten.

Andreas Pfeiffer, DVE-Vorsitzender, erläuterte die Unterschiede zwischen Kammern und Verbänden. „Kammern sind Ländersache und basieren auf dem Kammergesetz durch die jeweiligen Landtage“, so Pfeiffer. Verbänden liege hingegen das Vereinsrecht zugrunde. Die Vereinssatzung werde von der Mitgliederversammlung beschlossen.

RA Volker Gerrlich, dbs-Geschäftsführer, ergänzte, dass Kammern und Verbände unterschiedliche Zuständigkeiten hätten. Eine Kammer erarbeite zum Beispiel eine Berufsordnung und Regelungen zur Berufszulassung. „Verbände kümmern sich unter anderem um Kassenverhandlungen“, so Gerrlich.

Das Interesse der Anwesenden am Kammer-Thema war so groß, dass die Rednerliste kaum abriss. Da überraschte es nicht, dass viele Gäste auch nach dem offiziellen Ende der Veranstaltung noch im Saal blieben und die Diskussion in Kleingruppen fortsetzten. „Der Abend hat gezeigt, dass die Debatte noch lange nicht zu Ende ist“, resümierte IFK-Geschäftsführer Dr. Björn Pfadenhauer, der die Moderation des Abends übernommen hatte. Die Verbände dbs, DVE und IFK werden die gesammelten Argumente mit in ihre weitere Verbandsarbeit nehmen.

Zu der Infoveranstaltung hatten der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) und der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) gemeinsam eingeladen.

**Maren Letterhaus, M.Sc.**  
ist Referentin für Presse- und  
Öffentlichkeitsarbeit des IFK.





# Spannender fachlicher Austausch mit renommiertem Experten aus Down Under

Michael Heine

Eine besondere Ehre für den IFK: Professor Keith Hill von der Curtin Universität in Perth (Australien) folgte der Einladung des IFK und besuchte die Geschäftsstelle in Bochum. Keith Hill ist einer der international renommiertesten Physiotherapie-Wissenschaftler auf dem Gebiet der Altersforschung. Mit klarem Fokus auf physiotherapeutische Konzepte setzt sich Hill seit vielen Jahren für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung älterer Menschen ein.



Unter dem Titel „Challenges and opportunities of Demographic Change: How does Physiotherapy need to evolve?“ lieferte eine Expertenrunde spannende und konstruktive Einsichten zu problembezogenen, australischen Versorgungskonzepten. Die IFK-Experten diskutierten mit Hill die Möglichkeit der Übertragbarkeit von präventiven und kurativen Konzepten auf den deutschen Versorgungskontext. Zudem wurden Inhalte und Maßnahmen zu einer effektiven Sturzprophylaxe, der Einsatz digitaler Lösungen oder auch Ansätze zu einer holistischen Patientenversorgung diskutiert. Die Impulse aus der Expertenrunde stellen eine wertvolle Bereicherung für zukünftige berufspolitische Initiativen des IFK dar.

Beteiligt an der IFK-Expertenrunde zu Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels in der Physiotherapie (v.l.): Bettina Weis, Prof. Dr. Christian Grüneberg, Michael Heine, Prof. Keith Hill, Pek Hill, Ute Repschläger, Dr. John Schiefelers, Marietta Handgraaf und RÄin Ulrike Borgmann. Foto: Sebastian Neuhaus, IFK

Beim Besuch der IFK-Geschäftsstelle zeigte sich Hill zudem sehr interessiert an der berufspolitischen Arbeit und den mitgliederorientierten Aktivitäten des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK). Auch die Besichtigung der physiotherapeutischen Forschungseinrichtungen an der nahegelegenen Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum stießen beim australischen Experten auf reges Interesse.

In der Diskussion um die Gestaltung der zukünftigen Gesundheitsversorgung führt kein Weg an dem Begriff „Demografischer Wandel“ vorbei. Dabei stellt die Alterung der Bevölkerung nicht nur das deutsche Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, sondern ist ein internationales, dringliches Handlungsfeld. Da die Physiotherapie über große Potenziale verfügt, Lösungsansätze und -konzepte zur Versorgung älterer Menschen zu liefern, ist der IFK diesbezüglich seit langem im intensiven Austausch mit Fachleuten aus dem Bereich Geriatrie.

Für IFK-Mitglieder steht nach dem Login ein Webinar mit Prof. Keith Hill zum Thema „Sturzprophylaxe“ in der IFK-Mediathek zum Abruf bereit.



Ein vertiefendes Interview mit Prof. Keith Hill gibt es in der Rubrik „Blickpunkt“ ab S. 42.



Michael Heine, M.Sc.  
war wissenschaftlicher Mitarbeiter  
des IFK.

# Umsetzung TSVG Step Bundeshöchstpreise auf Landesebene

## Ulrike-Christin Borgmann

Es ist der erste Schritt der umfangreichen Reform der Vergütung von ambulanten Heilmittelleistungen. Ab dem 1. Juli 2019 greift §125b Absatz 2 SGB V. Dort heißt es:

„Ab dem 1. Juli 2019 gilt für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition in einer Region des Bundesgebiets vereinbart worden ist.“

## Voraussichtliche Bundeshöchstpreise zum 1. Juli 2019

Position	Bezeichnung	Höchstpreis
20201	Manuelle Lymphdrainage (MLD) - Großbehandlung 45 Min.	38,42 €
20202	Manuelle Lymphdrainage (MLD) - Ganzbehandlung 60 Min.	51,23 €
20204	Kompressionsbandagierung einer Extremität	16,32 €
20205	Manuelle Lymphdrainage (MLD) - Teilbehandlung 30 Min.	25,62 €
20501	KG Einzel	21,11 €
20507	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)	39,74 €
20708	KG-ZNS-Kinder (KG nach Bobath, Kinder)	41,90 €
20709	KG-ZNS-Kinder (KG nach Vojta, Kinder)	41,90 €
20710	KG-ZNS (KG nach Bobath, Erw.)	33,52 €
20711	KG-ZNS (KG nach Vojta, Erw.)	33,52 €
20712	KG-ZNS (PNF, Erw.)	33,52 €
21201	Manuelle Therapie	25,35 €

Stand: 25.06.2019

Abb. 1: Voraussichtliche Bundeshöchstpreise in Kernpositionen.

Die prozentualen Auswirkungen der Erhöhungen dieser neuen Preisliste sind von Land zu Land unterschiedlich. Die Berechnung erfolgt jedoch in allen Fällen und für jede einzelne Position nach dem gleichen Prinzip (siehe Abbildung 2).

Die detaillierten Informationen sowie den Stichtag der Anwendung erhalten IFK-Mitglieder schnellstmöglich, sobald die offizielle Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbands vorliegt.

Richtig spannend wird es dann in Step 2: Zum 1. Juli 2020 werden auf der skizzierten Basis die ersten „echten“ Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband nach den Spielregeln des TSVG geführt.

Dafür braucht es die Hilfe aller: Derzeit wird ein Gutachten zur wirtschaftlichen Situation der

# 1: ise ersetzen Preise ab 1. Juli 2019

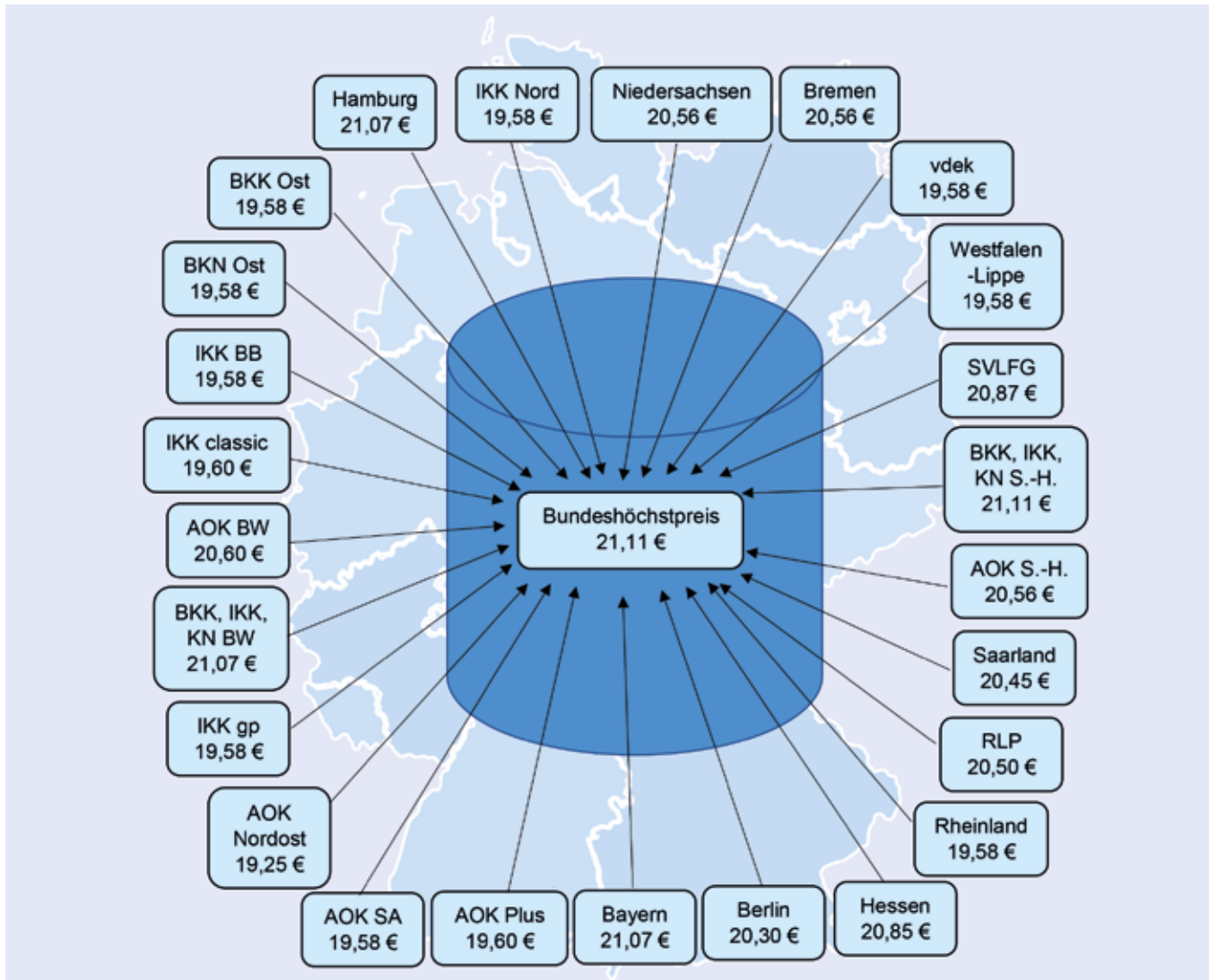


Abb. 2: Das Prinzip der Berechnung am Beispiel allgemeine Krankengymnastik.

Physiotherapie vorbereitet, das als Basis für diese Verhandlungen dienen soll. Sobald – voraussichtlich ab September – die Umfrage zum Gutachten gestartet wird, ist die Mithilfe aller Praxisinhaber in der Heilmittelbranche gefragt, um eine höchstmögliche Beteiligung an der Umfrage zu erreichen.



**Ulrike-Christin Borgmann**  
 ist stellvertretende IFK-Geschäftsführerin  
 und Leiterin des Referats Recht.





**Maren Letterhaus**

**Das Telefon klingelt. „Herzlich willkommen in der IFK-Pressestelle, was kann ich für Sie tun?“ – Eigentlich wollte die Pressereferentin des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) gerade einen Artikel für die kommende Ausgabe des Fachmagazins schreiben. Aber Anfragen von Journalisten haben immer Vorrang.**

Dieses Mal geht es um den Fachkräftemangel, der die Physiotherapie vor immer größere Herausforderungen stellt. Die Journalistin am Telefon ist auf der Suche nach aktuellen Zahlen und wünscht sich zusätzlich eine Stellungnahme des Berufsverbands. Und gibt es vielleicht auch noch einen Praxisinhaber, der für ein Interview zur Verfügung steht? In der IFK-Geschäftsstelle ist nun Teamwork gefragt. Die neuesten Statistiken sind schnell zur Hand und die Mitarbeiter von der Mitgliederberatung kennen einen Praxisinhaber, der sich erst kürzlich über anhaltende Personalsorgen beklagte. Dieser wird prompt kontaktiert. Parallel verfasst die Pressereferentin einen Text, wie der IFK die Probleme durch den anhaltenden Fachkräftemangel einschätzt, und stimmt diese Stellungnahme mit dem Vorstand ab. Dann geht alles zusammen als Infopaket an die Journalistin.

Aber, stand nicht ursprünglich etwas ganz anderes auf der To-Do-Liste? Ach ja, der Artikel für das kommende Magazin...

Ohne Flexibilität geht es nicht im IFK-Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Viele Aufgaben lassen sich im Vorfeld planen. Aber wenn es neue Entwicklungen in den Kassenverhandlungen gibt, ein Mitglied auf ein konkretes Problem in der Region aufmerksam macht, eine andere Institution falsch über die Branche berichtet oder eine wichtige Information für die Mitglieder reinkommt, dann muss eben umdisponiert werden.

Langfristiger lassen sich da die Aufgaben angehen, die mit der Vorbereitung von Veranstaltungen zu tun haben. Die Organisation selbst erledigen andere Kollegen beim IFK. Im Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit werden aber zum Beispiel Einladungsbriefe verfasst, Hintergrundinformationen für Vorträge recherchiert und

Details mit möglichen Mitreferenten besprochen. Außerdem koordiniert die Mitarbeiterin die Erstellung von Veranstaltungsflyern, Give-Aways und Pressemappen.

Während der Veranstaltung selbst ist dann voller Einsatz gefragt. Denn die goldene Regel des Journalismus' gilt natürlich auch für Pressestellen: Der Schnellste gewinnt. Also tippt die Pressereferentin während Messe, Podiumsdiskussion oder Vortrag fleißig in die Tasten des Laptops, schnappt sich dann die Kamera und veröffentlicht in den sozialen Netzwerken schon mal erste Fotos als kleine „Appetitmacher“. Der fertige Artikel folgt dann, sobald alles sorgfältig geprüft ist und alle Zitate autorisiert wurden. Denn trotz aller Eile gilt beim IFK natürlich auch der Qualitätsanspruch, dass alle publizierten Informationen korrekt sein müssen.

Eine der Voraussetzungen dafür ist, dass die Pressereferentin gut über die aktuellen Themen Bescheid weiß. Deshalb gehört auch eine Portion Gremienarbeit zu ihrem Tagesgeschäft. Während der IFK-Vorstandssitzungen und bei regelmäßigen Treffen mit der Geschäftsführung und den Referatsleitern erfährt die Pressereferentin, was für die Physiotherapie und den IFK derzeit am wichtigsten ist. Daraus lassen sich häufig direkt Themen für die Öffentlichkeitsarbeit ableiten. Gemeinsam wird dann während der

# ö n den ehalten



Sitzungen diskutiert und entschieden, welcher Veröffentlichungskanal der passende ist. Viele Artikel landen zunächst auf der Internetseite und anschließend auf der IFK-eigenen Facebookseite. Einige Themen sind so relevant, dass sie zudem auf den Redaktionsplan des kommenden Magazins kommen.

Ach ja, der Artikel für das Magazin...

Neben dem eigentlichen Schreiben der Texte bringt das Magazin auch viel organisatorischen Aufwand mit sich. Der IFK hält laufend die Augen nach geeigneten Gastautoren offen, die dem Magazin mit ihrem Fachwissen einen interessanten Mehrwert bieten können. Doch auch die Texte, die aus den eigenen IFK-Reihen kommen, müssen gesammelt, redigiert und an den externen Grafiker weitergeleitet werden. Und wenn der dann das Heft fertig gestaltet hat, machen sich die IFK-Mitarbeiter auf Fehlersuche – wieder im Team. Denn gerade in den eigenen Artikeln verstecken sich die Tippfehler oft am besten. Und am Ende soll ja schließlich alles stimmen.

Oh, das Telefon klingelt. Ein Journalist möchte ein Interview mit der Vorstandsvorsitzenden führen. Die Pressereferentin kontaktiert also die Vorsitzende, koordiniert Terminvorschläge und bekommt gleich noch die Bitte, einige Hintergrundinformationen zu recherchieren.

Zum Glück ist der Artikel für das Magazin gerade fertig geworden...



## 09.09.2019 | Berlin **2. TherapieGipfel** mit Jens Spahn

**Der SHV veranstaltet den zweiten  
bundesweiten Therapiegipfel  
der Heilmittelbranche.**

Melden Sie sich jetzt an unter:  
**[www.therapiegipfel.de](http://www.therapiegipfel.de)**

Die Teilnahme ist kostenlos und  
die Teilnehmerzahl begrenzt.

**Tagungsort:**  
**Langenbeck Virchow Haus,  
Historischer Hörsaal**  
Luisenstraße 58/59 | 10117 Berlin

**Wir bewegen alle zu handeln.**  
Die Politik. Die Krankenkassen. Und Sie.

# Das Digitale Ver

Dr. Björn Pfadenhauer

**Spektakulär geht es in Berlin weiter: Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat den Bundestag gerade mit zahlreichen Inhalten passiert, die für die Physiotherapie wichtig sind, da bereitet Bundesgesundheitsminister Jens Spahn schon das nächste Gesetz vor. In seinem Entwurf zum Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) greift er zentrale Forderungen des IFK in Sachen Digitalisierung der therapeutischen Versorgung auf. Eine gute Entwicklung, die der Branche zahlreiche Chancen eröffnet.**

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist ein Begriff, den mitunter zwar jeder kennt, den aber nur wenige mit Inhalt füllen können. Digitalisierung spielt im deutschen Gesundheitswesen bisher nur eine untergeordnete Rolle und betraf fast ausschließlich Ärzte, Apotheker und Psychotherapeuten, die das Thema eher zurückhaltend betrachtet haben. Zurückhaltung zeigt Jens Spahn in Sachen Digitalisierung aber nicht, denn durch Gesetzesänderungen, die das TSVG gebracht hat, hat er das Thema zur Chefsache erklärt. Und jetzt will er handeln.

Die Sicherstellung der Patientenversorgung ist eines der zentralen Themen, das nicht nur den IFK umtreibt, sondern das sich auch der Bundesgesundheitsminister auf die Fahne geschrieben hat. Zur Sicherstellung sind aber nicht nur ausreichend (zufriedene) Mitarbeiter nötig, sondern auch die Neuordnung der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufen im Gesundheitswesen. Daneben sind Themen wie Kommunikation mit- und untereinander sowie Bürokratieabbau zentrale Bausteine. Der bürokratische Korrekturaufwand, den die Absetzung jeder vierten bis fünften Verordnung in Physiotherapiepraxen mit sich bringt, spricht hier Bände.

Wenn analoge Prozesse, die bisher nicht gut gelaufen sind, einfach nur kopiert und digitalisiert werden – in der Kommunikation mit Ärzten genauso wie mit Kassen und den Patienten – wird daraus nichts Gutes und Hilfreiches entstehen. Denn wenn man einen schlechten Prozess digitalisiert, hat man am Ende einen schlechten digitalen Prozess und niemandem ist geholfen.

Digitalisierung kann aber dabei helfen, schlechte und aufwendige Prozesse neu zu denken und so zu etablieren, dass sie am Ende unterstützen, Zeit sparen und die Patientenversorgung optimieren. Das verlangt natürlich von allen, sich auf neue Prozesse einzulassen und zunächst Arbeit zu investieren. Diesen konstruktiven und sinnvollen Weg will der IFK gehen und begleiten.

Zukunftsfähigkeit, Innovation und neue Formen der Zusammenarbeit lassen sich durch die Möglichkeiten der Digitalisierung so gestalten, dass das deutsche Gesundheitswesen, der Alltag in den Praxen, alle Therapeuten und damit am Ende die flächendeckende Patientenversorgung und Patientenzufriedenheit auf Dauer davon profitieren können.

## ■ Was schlägt Spahn vor und was hält der IFK davon:

### ■ Therapieunterstützende Apps

Wer kennt sie nicht: Die App – eine Applikations-, also Anwendungssoftware: Auf dem Smartphone oder Tablet als kleines Quadrat der treue Begleiter für Mails, Nachrichten, Zeitungen, Musik, die Bank, zum Joggen oder für den IFK. Apps gibt es zu Tausenden; mal mit weniger, mal mit mehr Mehrwert für den Einzelnen. In jedem Fall sind sie für einen großen Teil der Bevölkerung selbstverständlicher Begleiter; sie sind im Alltag angekommen. Sie sind vom Bereich therapieunterstützender Gesundheitsanwendungen aber nahezu ausgeschlossen und viel zu wenig präsent.

Darum macht es nur Sinn, dass Versicherte zukünftig einen Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen haben sollen. Sinnigerweise geschieht das in Form von Gesundheits-Apps, die verordnet werden können.

Eine innovative Idee, denn diese Apps sollen, ähnlich wie andere Gesundheitsanwendungen auch, nur nach entsprechend aufwendiger Prüfung genehmigt werden. Gerade im Bereich der Physiotherapie ist es aber unumgänglich, dass therapieunterstützende Apps durch Physiotherapeuten selbst verordnet werden können und nicht durch den Arzt, der den Therapieverlauf gar nicht einschätzen kann.

Der IFK fordert daher, dass entsprechende therapieunterstützende Apps durch Physiotherapeuten verordnungsfähig werden. Es macht nur Sinn, dass therapieunterstützende Anwendungen als Teil der Therapie gezielt durch den Therapeuten eingesetzt werden können.

Zur IFK-App geht es übrigens hier:



### ■ Volle Zugriffsrechte auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Für eine erfolgreiche digitale Infrastruktur im Gesundheitswesen hält der IFK die Weiterentwicklung digitaler Komponenten für zwingend, was wiederum nur möglich ist, wenn alle Leistungserbringer an der Telematik-Infrastruktur (TI) teilhaben. Die Telematik-Infrastruktur ist die Datenautobahn im Gesundheitswesen. Telematik setzt sich aus den Begriffen Telekommunikation und Informatik zusammen. Die Telematik ist ein geschlossenes Netz, das Sicherheit und damit den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den Gesundheitsfachberufen untereinander und mit dem Patienten ermöglichen soll.



# sorgung-Gesetz

Bisher ist vorgesehen, dass Ärzte, Apotheker und Psychotherapeuten zahlreiche Rechte in der TI erhalten, die über die Möglichkeiten anderer Berufe hinausgehen. Physiotherapeuten müssen, wenn der Patient es gestattet, aber auch die Möglichkeit haben, beispielsweise einen digitalen Arzt- oder Entlassbrief zu lesen.

Der IFK fordert folgerichtig, die Rechte der Gesundheitsfachberufe hinsichtlich der Lese- und Schreibberechtigungen der eGK zu harmonisieren und dem Patienten die Entscheidungsbefugnis zu überlassen, wer auf welche Daten zugreifen kann. Unter dem Blickwinkel der Qualität und Effizienz der Versorgung müssen hier gleiche Regeln für alle gelten. Letztlich kann damit der Therapieverlauf optimiert werden, was dem Patienten unmittelbar nützt.

## ■ Volle Kostenerstattung

Dass die Ausstattungs- und Betriebskosten – also die Anschaffung und Installation des sogenannten Konnektors, dem Herzstück, das die Software mit der Telematik-Infrastruktur und dem Kartenlesegerät für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten verbindet – wie bei den Ärzten durch die Kostenträger übernommen werden sollen, ist für unsere Praxen wirtschaftlich notwendig und entspricht der IFK-Forderung.

Der Entwurf ist deshalb in dieser Hinsicht sehr zu begrüßen.

## ■ Telekonsile

Der Entwurf sieht vor, dass Telekonsile zwischen Ärzten in größerem Umfang ermöglicht werden sollen. Bisher war dies beispielsweise bei der Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen möglich, also bei untersuchungsbezogenen Fragestellungen, die außerhalb des Fachgebiets des behandelnden Arztes liegen. Hier soll zukünftig deutlich mehr sektorenübergreifend kommuniziert und gearbeitet werden können.

Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum diese Möglichkeit nur Ärzten vorbehalten sein soll. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander ist deutlich optimierungsfähig. Interprofessionelle Arbeitskonzepte müssen in einem zukunftsorientierten Gesundheitssystem eine Selbstverständlichkeit sein, die auch Telekonsile zwischen unterschiedlichen Professionen im Gesundheitswesen ermöglichen, wie zwischen Ärzten und Physiotherapeuten. Zudem müssen die dafür nötigen Kommunikationsleistungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen als Behandlungsbestandteil auch von der Gesetzlichen sowie der Privaten Krankenversicherung finanziert werden.

## ■ Elektronische Verordnung

Der Entwurf nimmt auch Bezug auf die elektronische Verordnung (eVO) von Heilmitteln. Allerdings sieht der Entwurf nicht die Einführung einer eVO vor, sondern regelt nur, dass der Rahmen – also die Art und Weise – festgelegt werden soll. Damit können die Umsetzung und Einführung der elektronischen Verordnung nicht flächendeckend erfolgen, weil Physiotherapeuten, die nicht an die TI angeschlossen sind, elektronische Verordnungen nicht lesen können. Die eVerordnung soll also le-

diglich geplant und getestet werden. Es wird im Entwurf nicht festgelegt, was danach mit der eVO passieren soll. Das ist in der Logik des Entwurfs insofern nachvollziehbar, weil die freiwillige Anbindung an die TI weitere Schritte nicht ermöglicht. Das ist natürlich ein Problem, auf das der IFK hingewiesen hat. Erst wenn flächendeckend alle Leistungserbringer an die TI angeschlossen sind, kann ein innovatives Instrument wie die eVO bürokratieentlastend wirken.

Um von Anfang an alles richtig zu machen und nicht nur auf dem Reißbrett Prozesse zu entwickeln, die hinterher in der Praxis nicht funktionieren, fordert der IFK, zunächst ein Pilotprojekt in einer Modellregion durchzuführen. Dort soll die eVO von physiotherapeutischen Leistungen eingehend getestet und wenn nötig angepasst werden, sodass sie tatsächlich einen Gewinn für die Praxen darstellt. Die Lösungen, die entwickelt werden, müssen Hand und Fuß haben. Das geht nur, wenn die Therapeuten selbst mit im Entwicklerboot sitzen.

Der IFK signalisiert damit schon jetzt Interesse, ein entsprechendes Projekt zu begleiten. Der **Verordnungsprozess** kann dann deutlich besser und für alle Beteiligten sinnvoller gestaltet werden. Der IFK verfügt über hinreichende Erfahrung in diesem Bereich der Projektentwicklung, da er bereits an einem Piloten zur Ausgabe von eHeilberufsausweisen teilgenommen hat.



## ■ Wie geht es weiter

Das Gesetzgebungsverfahren zum DVG steht noch ganz am Anfang. Es wird Änderungen am Referentenentwurf geben, die jetzt noch nicht absehbar sind. Der vorliegende Entwurf wird nun zunächst im Bundesgesundheitsministerium beraten – unter anderem mit dem IFK. Höchstwahrscheinlich in der zweiten Jahreshälfte wird ein bearbeiteter Entwurf des Gesetzes, der Kabinettsentwurf, in den deutschen Bundestag eingebracht, wo er dann weiter beraten und verändert wird, bevor darüber abgestimmt werden kann. Auch dieses parlamentarische Verfahren wird der IFK eng begleiten und seine Mitglieder natürlich über die aktuelle Entwicklung auf dem Laufenden halten.

Dr. Björn Pfadenhauer  
ist IFK-Geschäftsführer.



# Kammerdiskussion: Verbände positionieren

Die Meinungen gehen teils weit auseinander, wenn über das Für und Wider einer Therapeutenkammer diskutiert wird. Was könnte eine Kammer verbessern? Welche Aufgaben werden schon jetzt von Verbänden übernommen? Welche Hoffnungen werden durch sie eher nicht erfüllt?

In einem gemeinsamen Papier haben Berufsverbände verschiedener Professionen nun ihre Standpunkte zur Therapeutenkammer verschriftlicht. Neben dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) betei-



Bundesverband selbstständiger  
Physiotherapeuten – IFK e. V.



## Für und Wider einer Kammer

### Könnte eine Therapeutenkammer dazu beitragen, die Therapieberufe voranzubringen?

Die unterzeichnenden Berufsverbände vertreten ihre jeweilige Berufsgruppe in allen Belangen und sind dazu von ihren Mitgliedern demokratisch legitimiert.

**Die wichtigsten berufspolitischen Ziele beinhalten die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Heilmittelerbringer, insbesondere: bessere Vergütung der Heilmittelleistungen – gerade in Zeiten, in denen der Fachkräftemangel zu einem immer größeren Problem in Therapiepraxen und damit in der Patientenversorgung wird.**

### Welchen Beitrag könnte eine Kammer hier leisten?

Eine Therapeutenkammer übernimmt berufsrechtliche Aufgaben, die bisher in staatlicher Verantwortung sind, z. B. die Sanktionierung ordnungswidriger Berufsausübung. Eine Therapeutenkammer würde also hoheitliche Aufgaben vom Staat übertragen bekommen. Die Finanzierung dieser Aufgabe würde vom Staat auf die Berufsangehörigen übertragen werden. Vergütungsverhandlungen zur Verbesserung der finanziellen Situation der Therapeuten darf eine Kammer nicht durchführen, da sie nicht Vertragspartner der gesetzlichen Kassen ist. Da eine Therapeutenkammer nur mit einer Pflichtmitgliedschaft ihrer Berufsaufsicht nachkommen könnte und demokratisch legitimiert wäre, würde der zu entrichtende Mitgliedsbeitrag die Therapeuten finanziell zusätzlich belasten. Die Erfahrungen im letzten Jahr mit neu gegründeten Pflegekammern haben gerade zum Thema Pflichtbeitrag eher für negative Schlagzeilen gesorgt. In Niedersachsen prüft die Landesregierung ein Eingreifen zur Beitragsordnung der Pflegekammer.

### Eine Kammer erstellt für ihre Mitglieder Berufsordnungen.

Diese fassen geltendes Recht zusammen.

### Welche Folgen hätte dies für Therapeuten?

Da Kammern Länderkammern sind, könnte es 16 verschiedene Berufsordnungen geben. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) versucht der Gesetzgeber, Regelungen wie die Praxiszulassung oder Vergütungsverhandlungen bundeseinheitlich umzusetzen. Die Errichtung 16 verschiedener Länderkammern würde diesen Prozess unterlaufen. Bei einer Therapeutenkammer, die alle Heilmittelerbringer umfassen würde, müsste eine gemeinsame Berufsordnung zusätzlich die Herausforderung bewältigen, die sehr unterschiedlichen berufsrechtlichen Regelungen der einzelnen Heilmittelberufe abzudecken.

Die Kammer beaufsichtigt die Einhaltung der Berufsordnung und kann bei Verstoß mit der eigenen Gerichtsbarkeit handeln.

**Eine Kammer würde ethische Rahmenbedingungen schaffen, nach denen sich die ihr angehörigen Heilmittelerbringer in ihrer Berufsausübung richten sollen.**

### Wie sieht die „Ist-Situation“ aus?

Physiotherapeuten folgen bereits ethischen Grundsätzen. Verstöße werden durch das deutsche Rechtssystem ausreichend geahndet.

Die Ergotherapie hat die europäische Berufsethik des COTEC übernommen. Eine deutsche Ausdifferenzierung ist wünschenswert, aber nicht dringend notwendig. Seltene Verstöße werden auch hier durch das deutsche Rechtssystem ausreichend geahndet.

Auch die Logopädie/Sprachtherapie folgt ethischen Grundsätzen. Darüber hinaus besteht bereits die dbS-Ethikkommission, die bei Forschungsprojekten und Abschlussarbeiten im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie tätig wird. Wichtige Voraussetzung in der Entwicklung der Berufsethik ist die Professionsentwicklung samt Theoriebildung. Auch dies ist ein Grund für die Forderung nach einer grundständig hochschulischen Ausbildung und Forschung in den einzelnen Fachgebieten.

**Befürworter der Kammer wünschen sich ein geschlossenes Auftreten der Berufsgruppe.**

### Wie sieht die „Ist-Situation“ aus?

Verbände fungieren als Sprachrohr der Berufsgruppe und können auch als Einzelverband Stellungnahmen zu Gesetzes- und Verordnungsentwürfen vornehmen bzw. Vorschläge zu allen den Berufsstand und die Berufsausübung betreffenden Fragen machen (z. B. zuletzt zum TSVG). Eine Therapeutenkammer hätte zwar ein gesetzlich festgeschriebenes Anhörungsrecht. Die Anhörung der Kammer schafft jedoch Doppelstrukturen und erhöht dadurch die Kosten für solche Verfahren. Bei Doppelstrukturen ist nicht auszuschließen, dass sich widersprechende Stellungnahmen abgegeben werden. Das schadet den Therapeuten in ihrer Einflussnahme. Wir schätzen zudem aktuell die Möglichkeit der berufsgruppenspezifischen Stellungnahme und Mitwirkung im Gesetzgebungsverfahren. Innerhalb der Verbände werden Diskussionen um – auch gemeinsame – Positionen geführt, um bei den maßgeblichen Branchenthemen poli-

# eren sich gemeinsam

ligten sich der Deutsche Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba), der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs), der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl), der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE), der Deutsche

Verband für Podologie (ZFD), der Physiotherapieverband (VDB) und der Verband Physikalische Therapie (VPT).



DEUTSCHER VERBAND DER  
ERGOTHERAPEUTEN E. V.



VPT Verband  
Physikalische Therapie



podod  
deutschland ZFD

tisch an einem Strang zu ziehen. Durch langjährige Lobbyarbeit haben sich die Verbandsvertreter auf der politischen Bühne etabliert und verfügen über ein großes Netzwerk in der Gesundheitspolitik über die gesamte Parteienlandschaft hinweg.

Der Aufbau einer zusätzlichen Lobby in Form einer Therapeutenkammer ist ein langwieriger Prozess. Die Politik wünscht sich jedoch lediglich einen einzigen Ansprechpartner für die Belange von Heilmittelerbringern. Insofern wäre zu prüfen, ob eine Intensivierung der bestehenden Zusammenarbeit der maßgeblichen Verbände eine Alternative zur Kammer werden könnte.

**Eine Kammer könnte eine Fort- und Weiterbildungsordnung erstellen, die für alle Therapeuten außerhalb der GKV-Regelung im ambulanten Bereich gilt.**

**Ist das ein Vorteil?**

Ob dies dringend erforderlich ist, kann bezweifelt werden. Die Ausbildungs- und Prüfungsverfahren sind gesetzlich geregelt, die Fort- und Weiterbildungsordnung ist für den ambulanten Bereich über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geregelt und abgesichert. Durch Rahmenverträge wird sichergestellt, dass Therapeuten z. B. im ambulanten Bereich ihre Leistung angemessen und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend erbringen.

**Eine Therapeutenkammer kann Aufgaben regionaler Gesundheitsbehörden übernehmen, wie die Ausstellung der Berufsurkunde oder die Überwachung der Qualität der Ausbildung.**

**Ist das ein Vorteil?**

Das sind grundsätzlich sinnvolle Aufgaben, stellen aber zurzeit nicht die dringlichsten Aufgaben im Heilmittelbereich dar. Die Festlegung und Weiterentwicklung von fachlichen Standards und Qualitätskriterien sind in das bestehende System eingebettet. Statistische Daten über das Gesundheitspersonal werden anhand offizieller Erhebungen des Statistischen Bundesamts und in Zukunft auch mittels des elektronischen Gesundheitsberufe-Registers und der BGW-Daten ermittelt. Um die Lücken zu schließen, bedarf es Optimierungen bei den erhobenen Daten des Statistischen Bundesamts und der BGW. Die Einführung des elektronischen Gesundheitsberufe-Registers muss vorangetrieben werden. Eine neue Datenbasis auf Grundlage der Mitgliedszahlen einer Therapeutenkammer ist nicht zusätzlich erforderlich.

**Kammerbefürworter argumentieren, Therapiepraxen können dann Privatpreise betriebswirtschaftlich kalkulieren.**

**Ist das ein Vorteil?**

Eine Therapeutenkammer könnte dem Gesetzgeber einheitliche Gebührenordnungen für Privatpreise vorschlagen und bei Streitigkeiten eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit einer Privatliquidation abgeben. Sollte eine einheitliche Gebührenordnung für sinnvoll gehalten werden, so könnten die Berufsverbände auch heute schon dem Gesetzgeber einen Vorschlag unterbreiten. Bereits jetzt nehmen die Berufsverbände gutachterlich zu Fragestellungen des Berufsrechts (wie zur Angemessenheit einer Privatliquidation) Stellung.

**Befürworter behaupten, mit einer Kammer sei ein Anschluss der Therapeuten an ein Versorgungswerk möglich.**

**Das ist nicht richtig:**

Therapeuten können ihre Altersvorsorge selbst regeln und haben häufig die Wahlmöglichkeit, ob sie (nur) eine gesetzliche oder (auch) eine private Altersvorsorge wahrnehmen. Eine durch eine Kammer ermöglichte Etablierung eines ersetzenden Versorgungswerks ist ausgeschlossen, § 6 SGB VI setzt für eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung voraus, dass die Kammer schon vor 1995 bestanden hat. Die Berufsverbände haben bereits jetzt die Möglichkeit, mittels Gruppenverträgen ihren Mitgliedern günstige Altersvorsorgeverträge anzubieten.

## Fazit:

Zwar wären in einer Therapeutenkammer erstmals ausnahmslos alle Therapeuten aufgrund der Zwangsmitgliedschaft pflichtorganisiert, allerdings würde die Verkammerung an sich zu keiner besseren Interessenvertretung führen. Die Kosten und der Bürokratieaufwand für jeden Berufsangehörigen würden sich auf jeden Fall erhöhen. Daher prüfen die Verbände, wie sich durch eine engere Zusammenarbeit der maßgeblichen Verbände, durch eine Kassentherapeutische Vereinigung und durch die Umsetzung des eGDR die Zukunft der Therapieberufe und der Patientenversorgung weitaus erfolgreicher gestalten lassen.



Dieser Artikel erschien erstmalig in der Ausgabe 3/2019 des Magazins „G+G-Digital“. Der IFK dankt dem G+G-Magazin und der Autorin

# Was können Pflegekammer und was nicht?

Gerade in den sozialen Netzwerken tauchen hier und dort Forderungen nach einer Therapeutenkammer auf. Wie sich die Einführung einer solchen Kammer auf eine Branche auswirkt, hat Dr. Antje Schwinger anhand der Pflegebranche analysiert. In ihrem Gastbeitrag stellt sie vor, welche Aufgaben eine Kammer übernehmen kann – und welche nicht. Außerdem wirft sie einen Blick über die Grenze und bringt Erfahrungen aus Schweden und Großbritannien in ihre Analyse mit ein.

**Dr. Antje Schwinger**

## ■ Pflegekammer als starke Klammer?

Seit der Bundestagswahl 2017 stehen die Arbeitsbedingungen in der Pflege auf der politischen Agenda. Der Fachkräftemangel indes ist nicht neu. Schon seit Langem machen Pflegekräfte und ihre Interessenvertretungen auf die Situation aufmerksam. Um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und das Ansehen des Pflegeberufs zu erhöhen, fordern Teile von ihnen, Pflegekammern einzurichten. In drei Bundesländern – Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen – gibt es sie bereits. In Baden-Württemberg sowie in Nordrhein-Westfalen ist die Entscheidung für die Errichtung einer Pflegekammer gefallen. Parallel zu den Entwicklungen auf Länderebene haben der Deutsche Pflegerat und die Pflegekammer Rheinland-Pfalz Ende 2017 die Gründungskonferenz für die Errichtung einer Bundespflegekammer ins Leben gerufen.

## ■ Aufgaben nicht frei definierbar

Pflegekammern sind also auf dem Vormarsch. Unumstritten sind sie aber nicht. Dabei geht es nicht nur um die Frage, ob Kammern das Image des Pflegeberufs verbessern können, sondern auch um deren Aufgaben. Diese sind nicht beliebig definierbar, sondern beschränken sich auf Gebiete, die der Regelungskompetenz der Länder unterliegen, nämlich Aspekte der Berufsausübung – nicht der Berufszulassung. Konkret umfasst dies die Definition von Berufsordnungen und -pflichten, die mit der Erlaubnis einhergehen, die Berufsbezeichnung zu tragen. Zu unterscheiden sind allgemeine Berufspflichten, beispielsweise die gewissenhafte Berufsausübung, Schweige- und Dokumentationspflicht, Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie besondere Berufspflichten, zum Beispiel zur Fortbildung. Die Berufsaufsicht dient der Einhaltung der Berufsregeln (also der Berufsordnungen). Um eventuelle Pflichtverletzungen ahnden zu können, ist eine Gerichtsbarkeit erforderlich. Mit der Berufsaufsicht geht die Registrierung der Pflegekräfte in einem Berufsregister einher. Die Kammer hat ferner die Aufgabe, das Berufsverständnis weiterzuentwickeln und damit einhergehend die Fort- und Weiterbildung entsprechend zu gestalten.

Welche Aufgaben  
Pflegekammern  
übernehmen dürfen,  
bestimmt der  
Gesetzgeber.

Zuletzt vertritt die Kammer auch die Interessen der Berufsgruppe. Vermengt wird unter dem Begriff Interessenvertretung jedoch häufig die formale Einbindung der Berufsgruppe in das korporatistische Gesundheitswesen – das heißt maßgeblich in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem zentralen Gremium des deutschen Gesundheitswesens – einerseits und andererseits die allgemeine Interessenvertretung, die den Einfluss auf politische und weitere gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse meint.

## ■ Evaluation erst in mehreren Jahren möglich

Exemplarisch für den Diskurs zwischen Befürwortern und Gegnern von Pflegekammern stehen die Positionen des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) auf der einen Seite sowie die der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di auf der anderen Seite. Kammerbefürworter wie der DBfK argumentieren, dass die Einbindung der Berufsgruppe in die Weiterentwicklung und Aufsicht des Berufs die Qualität der Pflege verbessere. Gleichzeitig werde hierdurch die Professionalisierung und damit einhergehend die Ausweitung pflegerischer Aufgaben und Verantwortung beschleunigt und das Ansehen des Berufs erhöht. Im Kern setzen die Kammerbefürworter die Interessen des Berufsstands gleich mit gesamtgesellschaftlichen Interessen. Die Kammergegner wie ver.di hingegen lehnen die Übertragung von aus ihrer Sicht gesamtgesellschaftlichen Aufgaben an die Berufsgruppe ab. Die Festlegung von Standards und Bildungsinhalten wie auch die Berufsgerichtsbarkeit sei besser in staatlichen Händen beziehungsweise bei der Justiz aufgehoben.

Ob hiesige Pflegekammern die in sie gesetzten Hoffnungen erfüllen können, ist ungewiss. Da eine Evaluation ihrer Wirkung erst in mehreren Jahren möglich ist, lohnt sich ein Blick nach Großbritannien, einem Land mit Pflegekammertradition, und nach Schweden, einem Land ohne berufliche Selbstverwaltung in Form einer Kammer.

# ammern leisten –

## ■ Kritik an berufsrechtlicher Überwachung

In Großbritannien müssen Pflegekräfte, die ihren Beruf ausüben wollen, beim Nursing and Midwifery Council (NMC) registriert sein. Arbeitgeber und die gesamte Öffentlichkeit können auf der Internetseite des NMC nach Personen suchen und sich anzeigen lassen, ob es sich um eine registrierte Pflegefachkraft handelt. Angehörige, Kollegen, Arbeitgeber und Behörden können beim NMC Beschwerden über registrierte Pflegekräfte einreichen. Die Zahl der berufsrechtlichen Anzeigen beim NMC ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen. 2016/2017 kamen auf 10.000 registrierte Pflegekräfte 80 Anzeigen sowie 15 Suspendierungen. Die Umsetzung der berufsrechtlichen Überwachung des NMC stand jedoch lange Zeit in der Kritik. Reformiert wurden unter anderem Verwaltungsabläufe und deren Controlling. Ferner wurde die unzureichende Überprüfung der alle drei Jahre vorgeschriebenen Erneuerung der Zulassung wie auch die mangelnde Verzahnung der Tätigkeiten des NMC mit denen der anderen Berufskammern (Ärzte, Apotheker, Pflege, Osteopathen etc.) und der Aufsicht der Leistungserbringer bemängelt.

Auch in Schweden – dort gibt es keine Pflegekammer – müssen alle Pflegekräfte, die ihren Beruf ausüben wollen, bei einer zentralen staatlichen Behörde, dem National Board of Health and Welfare, registriert sein. Die berufsrechtliche Überwachung obliegt dem Health and Social Care Inspectorate (IVO). Diese staatliche Behörde kann eigenständig tätig werden oder bei Beschwerden von Patienten, Angehörigen oder weiteren Dritten. Auch sind die Leistungserbringer in Schweden gesetzlich dazu verpflichtet, patientengefährdendes Fehlverhalten des durch sie eingesetzten Personals beim IVO zu melden. Wie in Großbritannien stand aber auch in Schweden die Umsetzung der berufsrechtlichen Überwachung und Sanktionen in der Kritik. Daraufhin hat der Gesetzgeber unter anderem die Aufsicht aller Gesundheitsberufe unter dem Dach des IVO vereint.

## ■ Berufsentwicklung mit und ohne Kammer

Wie bereits erwähnt, werden in der hiesigen Debatte Pflegekammern häufig mit der Professionalisierung und damit der Ausweitung pflegerischer Tätigkeiten verknüpft. Faktisch aber haben Kammern hier keinerlei Regelungsbefugnis. Auch die Ärztekammern können nicht definieren, welche Tätigkeiten Mediziner vorbehalten sind. Das gibt das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde (Heilpraktikergesetz) sowie ergänzend das Sozialgesetzbuch V vor.

Blickt man wiederum nach Großbritannien wird deutlich, dass den dortigen Pflegekräften Tätigkeiten offenstehen, die in Deutschland als Ausübung von Heilkunde gelten und damit Ärzten vorbehalten sind. Britische

Pflegekräfte dürfen beispielsweise Arzneimittel verordnen, Laboruntersuchungen anordnen und die Versorgung von Patienten steuern. Dieses erweiterte Tätigkeitsspektrum britischer Pflegekräfte resultiert aber nicht aus einer entsprechenden beruflichen Regulierung. Vielmehr ist in Großbritannien – im Unterschied zu Deutschland – nicht gesetzlich vorgegeben, welche Tätigkeiten ausschließlich Ärzten vorbehalten sind. Lediglich für das Verordnen von Arzneimitteln bedarf es einer spezifischen Zulassung beim NMC. Treiber dieser Entwicklung war angesichts langer Wartezeiten und einem Ärztemangel in den 1990er Jahren der britische Gesetzgeber selbst. Heute möchte das NMC die entstandenen neuen pflegerischen Aufgabenfelder gern durch Berufstitel und geschützte Tätigkeiten fixieren. Doch der britische Gesetzgeber ist hier zurückhaltend. Er schätzt die Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen, sieht mit Blick auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis aber wenig Sinn in weitergehenden Regulierungen.

In Schweden haben Pflegekräfte ebenfalls ein breiteres Aufgabenspektrum als in Deutschland. In dem skandinavischen Land gibt es keine dem deutschen Arztvorbehalt vergleichbare Abgrenzung ärztlicher Tätigkeiten. Nur für das Verordnen von Arzneimitteln müssen schwedische Pflegekräfte eine entsprechende Weiterbildung und Registrierung nachweisen. Eine entsprechende Qualifizierung steht aber nur Pflegekräften in der ambulanten Versorgung offen. Zudem ist die Bandbreite der zu verordnenden Wirkstoffe beschränkt, und die medizinische Gesamtverantwortung trägt der behandelnde Arzt.

## ■ Aus- und Weiterbildung im Drei-Länder-Vergleich

Mit den pflegerischen Tätigkeiten und der Berufsentwicklung hängen auch die Aus- und Weiterbildung eng zusammen. Großbritannien nahm die akademisierte Ausbildung bereits vor rund 35 Jahren in Angriff. Seit 2013 müssen britische Pflegekräfte ein dreijähriges Bachelorstudium absolvieren. Demgegenüber ist in Deutschland für Pflegekräfte erstmals ab 2020 die akademische Erstausbildung an Hochschulen regulär vorgesehen. Die hierzulande bereits existierenden universitären Pflegestudiengänge laufen als Modellvorhaben oder sind als duale Studiengänge konzipiert.

In Großbritannien war das NMC wesentlicher Treiber der Akademisierung der Pflegeausbildung. Anders als in Deutschland kann das NMC die Ausbildungsinhalte jedoch auch definieren. Dies ist hierzulande nicht möglich, denn trotz föderaler Ordnung ist es dem Gesetzgeber auf Bundesebene vorbehalten, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen zu regeln. Konkret bedeutet dies, dass der Bund durch das

## Professionalisierung, Akademisierung und Ausweitung hängen vom Willen der Politik ab –

Krankenpflege- und Altenpflegegesetz beziehungsweise perspektivisch durch das Pflegeberufegesetz und die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen die Ausbildung zur Pflegekraft sowie die Zulassung gestaltet. Lediglich die Regulierung der Berufsausübung und Weiterbildung obliegt den Ländern.

In Schweden, dem Vergleichsland ohne Pflegekammer, hat sich dennoch eine ähnliche Entwicklung vollzogen wie in Großbritannien. Die Ausbildung ist dort bereits Anfang der 1980er Jahre an Hochschulen verankert worden. Hiernach erfolgten weitere Anpassungen. Diese waren zwar auch durch den berufspolitischen und pflegewissenschaftlichen Diskurs beeinflusst. Der eigentliche Grund dafür war aber der Prozess in der Europäischen Union, die Studiengänge und -abschlüsse europaweit zu harmonisieren (Bologna-Prozess). Ziel der schwedischen Regierung war es, die Studienabschlüsse ab 2007 den Bologna-Vorgaben entsprechend mit einem graduierenden Abschluss auf Bachelor-niveau anzusiedeln.

### ■ Interessenvertretung mit Blick aufs Allgemeinwohl

Wie bereits erwähnt, wird im deutschen Diskurs über die Kammerbildung die Durchsetzung der Interessen des Pflegeberufs – unisono – gleichgesetzt mit gesamtgesellschaftlichen Interessen. Wie wird dies in anderen Ländern gesehen? Schaut man beispielsweise auf England, so zeigt sich, dass auch dort in den 1970er Jahren, in Verbindung mit dem damals als defizitär bewerteten Ausbildungssystem, die berufliche Selbstverwaltung der Pflegekräfte erheblich gestärkt wurde. Seither hat der britische Gesetzgeber jedoch die Selbstverwaltungsstrukturen der Pflegekammer sowie der Ärztekammer ständig evaluiert und reformiert.

Ziel war es, die berufliche Selbstverwaltung so zu gestalten, dass diese tatsächlich im Sinne des Allgemeinwohls agiert. Im Ergebnis hat der britische Gesetzgeber einen Wandel der Selbstverwaltungsstrukturen hin zu eher administrativen Organen vorangetrieben. Exemplarisch hierfür steht, dass dem NMC-Kammervorstand auch Laienmitglieder angehören, also Personen, die nicht aus der Berufsgruppe kommen. Auch wird seit 2008 der NMC-Kammervorstand nicht mehr durch die Berufsangehörigen gewählt, sondern von einem staatlichen Ausschuss, dem Privy Council, benannt.

### ■ Mitbestimmungsrechte stehen auf einem anderen Blatt

Was die Interessenvertretung von Pflegekammern im G-BA betrifft – beispielsweise fordert der Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ein Stimmrecht für Vertreter der Pflegeberufe im G-BA –, hilft der Blick ins Ausland wenig. Denn in anderen europäischen Ländern gibt es diese Form der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht. Aber an dieser Stelle ist zum einen darauf hinzuweisen, dass der hiesige Bundesgesetzgeber – wie bei den Ärztekammern auch – keine Regelungskompetenz für die Schaffung einer Bundespflegekammer hat. Außerdem haben sich die Ärztekammern als freiwillige Arbeitsgemeinschaft zur Bundesärztekammer (BÄK) zusammengeschlossen. Die BÄK besitzt im Gemeinsamen Bundesausschuss lediglich Beratungsrechte, aber kein Stimmrecht. Der Deutsche Pflegerat, und damit die Berufsorganisationen der Pflegeberufe, hat ebenfalls Beratungsrechte im G-BA – wenngleich nicht im selben Umfang wie die BÄK. Die Frage fehlender Mitbestimmungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss betrifft aber nicht allein die Pflegeberufe. Auch die fehlende Mitbestimmung durch Patienten wird immer wieder kritisch angemahnt. Dabei geht es nicht zuletzt

## Pflegekammer auf einen Blick

Pflegekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, in denen kraft Gesetz Angehörige der Pflegeberufe Pflichtmitglieder sind. Die Selbstverwaltung der Heilberufe in Form von Kammern fällt aufgrund der föderalen Verfassung der Bundesrepublik in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Das Heilberufsrecht des jeweiligen Bundeslands bildet die Grundlage für die Struktur und Organisation der Kammern. Die Rechtsaufsicht obliegt dem jeweils zuständigen Ministerium des Bundeslands. Mehrere Landespflegekammern können sich zu einer Bundespflegekammer in Form einer freiwilligen Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen. Pflegekammern übernehmen die Funktion der Selbstverwaltung des Berufsstands.

#### Zu ihren Aufgaben gehören:

- Schaffung einer einheitlichen Berufsethik
- Registrierung der Berufsangehörigen
- Erlass einer Berufsordnung: Sie regelt Berufsbild, Qualitätsstandards in der Berufsausübung, berufliche Pflichten (zum Beispiel Schweige- und Dokumentationspflicht), Qualitätssicherung durch Fortbildung und ethische Pflichten im Beruf
- Berufsaufsicht und gegebenenfalls Einschreiten bei Missachtung der Berufsethik und Berufsordnung
- Ansprechpartner für den Gesetzgeber bei Beratungsbedarf
- Definition der Inhalte und Ausgestaltung der Weiterbildung

#### Aber die Pflegekammer:

- verhandelt keine Tarife
- definiert nicht die Ausbildungsinhalte oder weitere Anforderungen zur Zulassung zum Beruf
- definiert keine den Pflegekräften vorbehaltenen Tätigkeiten
- ist nicht die Interessenvertretung der einzelnen Pflegefachkraft bei Konflikten und Problemen am Arbeitsplatz



## pflegerischer Handlungsfelder und nicht von einer Kammer.

um die Frage der demokratischen Legitimation des G-BA, Richtlinien und andere Normen zu erlassen, die Dritte betreffen, die im Unterschied zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Deutschen Krankenhausgesellschaft und zum GKV-Spitzenverband nicht stimmberechtigt sind. Diese Frage wurde auf Grundlage eines Prüfauftrags des Verfassungsgerichts vom Dezember 2016 in drei rechtswissenschaftlichen Gutachten beleuchtet. Somit ist die Forderung, die Pflege brauche eine Stimme, in den Gesamtdiskurs um den G-BA einzuordnen. Wichtig dabei auch: Die Frage verbesserter Mitbestimmungsrechte ist erst einmal losgelöst von der institutionalisierten Form der Vertretung der Pflege (Dachorganisation der Berufsverbände, Bundespflegekammer) zu diskutieren.

### ■ Wirkung von Kammern analysieren

Insgesamt zeigt der Blick nach Großbritannien und Schweden erstens, welchen Stellenwert die Berufsaufsicht und damit der Patientenschutz als Aufgabe von Kammern hat, und zweitens, welche Bemühungen notwendig waren, damit diese – sei es durch das englische NMC oder das schwedische IVO – auch tatsächlich wirkt. Auch für Deutschland wäre eine Diskussion und Analyse wünschenswert gewesen, was Kammern im Sinne ihrer beruflichen Aufsichtsfunktion überhaupt bewir-

ken, welche Regelungsdefizite bestehen und welche konkreten Rahmenvorgaben erforderlich sind, um Fehlentwicklungen zu begegnen. Mit Blick auf die Interessenvertretung zeigen Großbritannien und Schweden ferner: Professionalisierung, Akademisierung und Ausweitung der pflegerischen Handlungsfelder (Delegation, Substitution) hängen nicht von einer Kammer ab, sondern vom Willen der Politik und einer entsprechenden Gesetzgebung. Mit der Blaupause Ärztekammer im Kopf wird von einer stärkeren Stellung des Berufs ausgegangen. Dies mag gelingen. Letztlich aber ist bislang die Chance vertan worden, mit der Neugründung von Kammern in der Pflege auch das Wirken der ärztlichen Kammern zu evaluieren und gegebenenfalls zu reformieren.



**Dr. Antje Schwinger**  
leitet den Forschungsbereich Pflege  
im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiO).

anzeige

Viele gute Gründe

für ein **OSTEOPATHIE-STUDIUM** an der **IAO**



#5

**State-of-the-Art**

Seit 30 Jahren Trendsetter der Osteopathieausbildung im deutschsprachigen Raum. Anerkannt und ISO 9001 qualitätsgeprüft.

Oft kopiert und nie erreicht. Das Original, für mich die erste Wahl!

Berufsbegleitend studieren (Diplom/Master) an der International Academy of Osteopathy (IAO)  
[www.osteopathie.eu/gutegruende](http://www.osteopathie.eu/gutegruende)

# Der Zusammenhang zwischen Impingement Syndrom und ein Literaturreview

Rike Küppers

## ■ Einleitung

Eine uneingeschränkte Schulterfunktion ist im alltäglichen Leben von großer Bedeutung. Die berufliche Tätigkeit, aber auch Freizeitaktivitäten werden durch Schulterprobleme oft eingeschränkt. Der Schulterkomplex ist dabei eines der am häufigsten von Verletzungen betroffenen Regionen [15], wobei hier das Subakromiale Impingement Syndrom (SIS) am häufigsten vorkommt [17, 31]. Das SIS wird nicht als spezifisches Krankheitsbild beschrieben, sondern als Oberbegriff einer Ansammlung von Symptomen (siehe Tab. 1) [9, 10, 22].

Häufigstes Symptom ist der sogenannte „Schmerzhafte Bogen“ bei einer aktiven Armhebung zwischen 60 Grad bis 120 Grad [2, 8, 24]. Professor Charles S. Neer II klassifizierte das SIS erstmalig 1972 und unterteilte es in zwei Kategorien: strukturell und funktionell. Wenn das SIS aufgrund eines Engpasses des subakromialen Raumes durch Weichteilentzündungen oder Knochenwachstum verursacht wird, zählt es zu dem strukturellen SIS. Als „funktionell“ wird es bezeichnet, wenn ein Muskelungleichgewicht vorliegt, wodurch der Humeruskopf unter das Schulterdach gezogen wird [30]. Eine Kombination aus strukturellen und funktionellen Faktoren kann ein SIS entstehen lassen. Auch

intrinsische, wie muskuläre Ermüdung oder Tendinopathien, sowie extrinsische Faktoren, wie eine Instabilität des Glenohumeralgelenks oder eine Degeneration des Akromioklavikulargelenks, können ursächlich für ein SIS sein [3, 7].

Der Neurologe Vladimir Janda, ein Experte für chronische muskuloskeletale Schmerzen, vermutete, dass das SIS ein charakteristisches Muskelungleichgewicht zeige („Upper Crossed Syndrome“), in welchem eine Schwäche des unteren und mittleren Teils des Musculus (M.) trapezius, M. serratus anterior, M. infraspinatus sowie des M. deltoideus in Verbindung mit einer erhöhten Anspannung des oberen Teils des M. trapezius, der Musculi (Mm.) pectorales und des M. levator scapulae vorliege [32].

### Veränderte muskuläre Aktivität durch Schmerz

Schmerzen führen laut Hodges und Lund et al. zu einer gehemmten Muskelaktivität. Um die Auswirkung von Schmerz auf die Muskelaktivität zu veranschaulichen, wird im Folgenden das Schmerz-Adaptions-Modell nach Lund et al. beschrieben: Sie gehen davon aus, dass unter Schmerzen die muskuläre Aktivität des Agonisten reduziert sei, während der Antagonist eine erhöhte Aktivität aufzeige. Die erhöhte Muskelaktivität des Antagonisten sei laut Lund et al. eine nützliche Reflexanpassung, auch bei zielmotorischen Bewegungen, welche eine mobilitätslimitierende und eine bewegungsgeschwindigkeitsreduzierende Wirkung aufweise, um weitere Verletzungen und Schmerzen zu verhindern. Weiter ergeben die Daten von Lund et al., dass eine Abnahme der Motoneuronproduktion die Folge sei, wenn der Muskel als Agonist aktiv ist. Wenn er als Antagonist fungiert, komme es zu einem Leistungsanstieg. Dies führe außerdem zu einer Reduzierung der maximalen willkürlichen Muskelkontraktionsstärke (maximum voluntary contraction, MVC). Die erhöhte Aktivität des Antagonisten sei auf die reduzierte Übertragung durch die inhibitorischen Interneurone und der Bahnung des EPSP zurückzuführen und die verringerte Aktivität des Agonisten auf die Bahnung des IPSP's [26].

Nach Hodges können diese Veränderungen sowohl auf einer verzögerten Übertragung des efferenten motorischen Befehls vom ZNS in die Peripherie als auch auf eine veränderte motorische Antwort zurückzuführen sein [16]. Des Weiteren zeigen neuere Studien von Graven-Nielsen et al. (2001) oder Mense u. Schiltenswolf (2010) eine gehemmte Aktivität eines schmerzenden Muskels, eine heterogene Störung bei einer motorisch koordinierten dynamischen Bewegungsausführung sowie ein heterogen reaktives Verhaltensmuster der Antagonisten.

### Messinstrument für die Muskelaktivität

Um eine muskuläre Aktivität zu messen, wird die Elektromyografie (EMG) genutzt. Dies ist eine „Methode zur Registrierung der willkürlich oder unwillkürlich ausgelöst oder durch elektrische Stimulation provozierten Aktionsströme im Muskelgewebe bzw. einzelner Muskelaktionspotenziale (MAP)...“ [35]. Die Messung kann auf zwei unterschiedliche Arten erfolgen: Nadel-EMG (invasiv) oder Oberflächen-EMG (nicht-invasiv).

## Die Symptome des SIS

Symptom	Ursache/Auswirkung
Schmerzhafter Bogen	Schmerz bei aktiver Armhebung zwischen 60° bis 120°
Pathologie der Rotatorenmanschette	Schwellung der Weichteilgewebe; Dysfunktion der Rotatorenmanschette während der Bewegungsausführung
Skapular dyskinesie	Einengung während der Armhebung; Schulterblatt folgt nicht ausreichend dem Humeruskopf aufgrund der fehlenden Aufwärtsrotation, Neigung nach posterior und AR
Instabilität	Exzessive Humeruskopftranslationen aufgrund von Kapsellaxität und Instabilität verursachen subakromiale Einengung
Bizeps-SLAP-Pathologie	Problematiken der Bizepssehne (Tendinopathie, Tenosynovitis); Labrumläsionen am Ursprung der langen Bizepssehne führen zu Impingement
GIRO (Glenohumeral Internal Rotation Deficit)	Sport-spezifische Adaption der posterioren Schulterstrukturen führen zur chronisch exzessiven Überlastung, z. B. beim Werfen → Kontraktur der posterioren Kapsel, Knochenadaption des Humerus, Muskelhypertrophie der Außenrotatoren, welche zur Bewegungseinschränkung führt

Tabelle 1: Symptome des SIS. (Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Cools et al., 2008).

# en dem subakromialen der muskulären Aktivität –

Bei dem Nadel-EMG werden Nadelelektroden in den Muskel eingestochen, um myogene und neurogene Schädigungen zu differenzieren. Das Oberflächen-EMG wird verwendet, um eine gestörte Muskelkoordination oder ein muskuläres Ermüdungsverhalten festzustellen. Hierfür werden Oberflächen-elektroden auf den zu beurteilenden Muskel geklebt. Wichtig ist die genaue Elektrodenpositionierung, welche von verschiedenen Forschern genauestens evaluiert wurden [z. B. 4, 14, 34]. Nachdem der Amplitudenausschlag der maximalen willkürlichen Muskelkontraktionsstärke (maximum voluntary contraction, MVC) genormt wurde, kann der aktuelle Beanspruchungsgrad gemessen werden [35]. Somit wird mit dem EMG „nicht die Kraft, sondern immer nur das Ausmaß der Muskelaktivierung [gemessen]...“ [21].

## Ziel der Arbeit

Folglich ist es umso wichtiger als Therapeut zu wissen, welche Aktivität welcher Muskel bei einem SIS aufweist, um auf diese im Verlauf der Behandlung exakt eingehen zu können und somit dem Patienten eine wirksame Rehabilitation zu gewährleisten. Aus diesem Grund gilt es, Folgendes herauszufinden: Welche Zusammenhänge gibt es zwischen dem subakromialen Impingement Syndrom und der muskulären Aktivität?

## ■ Methode

### Suchstrategie, Auswahlkriterien, methodologische Qualität

Für das vorliegende Literaturreview wurde eine systematische Recherche zwischen September und November 2017 durchgeführt. Als Suchbegriffe für die Recherche wurden die Begriffe ‚Subakromiales Syndrom‘; ‚Impingement Syndrom‘; ‚Elektromyografie‘, ‚EMG‘, ‚Elektroden‘ und ‚muskuläre Arbeit‘ sowie deren englischen Entsprechungen verwendet. Gesucht wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed des National Center for Biotechnology Information (NCBI), Science direct, PEDro und der Cochrane Library. Es wurden lediglich Veröffentlichungen ab dem Jahr 2000 verwendet. Zudem konnte aus den Referenzen der ausgewählten Studien nach weiterer Literatur recherchiert und selektiert werden.

Die ausgewählten Studien mussten folgende Kriterien erfüllen:

- Die muskuläre Aktivität sollte elektromyografisch (EMG) gemessen worden sein.
- Vergleich von zwei Gruppen innerhalb einer Studie: SIS-Gruppe versus Gesunde-Gruppe.
- Studien ab dem Jahr 2000.
- Englischsprachige Studien.

Alle ausgewählten Artikel wurden anhand der Empfehlungen der Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) auf das jeweilige Evidenzlevel (siehe Tab. 2) geprüft. Des Weiteren wurde die methodische Qualität der experimentellen Studien, wie randomisiert kontrollierte Studien (RCT) oder kontrollierte Studien (CT), mithilfe der Physiotherapie Evidenz Datenbank (kurz: PEDro) Skala bewertet. Mit gut konnte die methodische Qualität einer Studie bewertet werden, wenn sie acht bis zehn Punkte erfüllt, als mittelmäßig, wenn sie sechs bis sieben Punkte erfüllt, und mit schwach, wenn sie

Evidenzlevel	Erläuterung
1a	mindestens ein systematisches Review auf Basis methodisch hochwertiger randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)
1b	mindestens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
2a	mindestens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung, wie zum Beispiel eine Kohortenstudie
2b	mindestens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien
3	mindestens eine methodisch hochwertige nicht experimentelle Studie
4	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Tabelle 2: Evidenzlevel. (Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an: Agency for Health Care Policy and Research (1992), aus: ergopraxis (Mehrzholz, J. (2010)).

weniger als fünf Punkte erfüllt. Außerdem wurden die Querschnitts-, Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien mithilfe des STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology) Index bewertet. Hier konnte die methodische Qualität mit gut bewertet werden, wenn sie 15 bis 22 Kriterien erreicht, als mittelmäßig, wenn sie sieben bis 14 Kriterien erreicht und mit schwach, wenn sie eins bis 13 Kriterien erreicht.

## ■ Ergebnisse

### Auswahl der Studien, methodische Qualität

Durch die Recherche in den Datenbanken mithilfe der Verknüpfung der Suchbegriffe konnten insgesamt 893 Studien gefunden werden. Nach Selektion dieser verblieben zwölf relevante Studien. Hierunter befinden sich vier quasi-experimentelle Studien, drei Fall-Kontroll-Studien, drei Querschnittsstudien sowie zwei klinische Studien. Insgesamt wurden acht Studien mit einem Evidenzlevel von 2a und vier Studien mit 2b bewertet. Die beiden klinischen Studien wurden als „mittelmäßig“ bewertet. Die übrigen Studien wurden als „gut“ bewertet.

### In den Studien überprüfte Muskulatur

Die Mehrheit der Studien überprüft die oberflächliche Muskulatur, wie die drei Anteile des M. trapezius (T), den M. serratus anterior (SA), M. deltoideus (D) und den M. latissimus dorsi (LD). Die Minderheit berücksichtigt die muskuläre Aktivität von tieferliegenden Muskeln wie dem M. levator scapulae (LS), M. rhomboideus major (RM), M. pectoralis minor (PM), M. supraspinatus (SU) und dem M. infraspinatus (IN). Gemessen werden die genannten Muskeln sowohl mit oberflächlichen Elektroden (sEMG) als auch mit intramuskulären Nadelelektroden. Die Elektrodenanlagen werden in allen Studien nach standardisierten Elektrodenpositionierungen geklebt [z. B. nach: 4, 14, 34].



### Vorgehensweise und Ergebnisse der Studien

Alle Studien ermittelten vor Beginn des Testprozederes den Amplitudenausschlag der MVC, um im Anschluss in der Bewegungsausführung den aktuellen Beanspruchungsgrad des zu prüfenden Muskels zu ermitteln. Bei den Ergebnissen bezüglich der drei Anteile des T sind sich die Autoren nicht ganz einig.

In sechs von zehn Studien, in denen UT untersucht wird, kann während der Ausführung einer Bewegung keine signifikante Veränderung der muskulären Aktivität zwischen der SIS-Gruppe zur Kontrollgruppe (No-SIS) festgestellt werden [2, 8, 11, 19, 20, 41]. In den vier weiteren Studien kann eine signifikant höhere Aktivität zwischen den beiden Gruppen erfasst werden [10, 23, 29, 38]. In der Studie von Cools et al. zeigt die SIS-Gruppe während der Abduktion (ABD) eine signifikant höhere muskuläre Aktivität von UT ( $p < 0,001$ ) auf der betroffenen Armseite im Vergleich zur dominanten Seite von No-SIS. Außerdem kann eine signifikant höhere Aktivität von UT ( $p < 0,01$ ) der betroffenen Seite im Vergleich zur nicht-betroffenen Seite innerhalb der SIS-Gruppe festgestellt werden. Des Weiteren zeigen die SIS-Probanden ein signifikant höheres Verhältnis zwischen der UT-, MT-Aktivität ( $p < 0,001$ ) sowie zwischen der UT-, LT-Aktivität ( $p < 0,001$ ) im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dies bedeutet, dass UT in beiden Fällen eine Überaktivität aufweist. Ein signifikant höheres Verhältnis zwischen der UT-, LT-Aktivität ( $p < 0,01$ ) liegt auch auf der betroffenen Seite von SIS im Vergleich zu ihrer gesunden Seite vor. Während der Außenrotation (AR) werden in der Studie von Cools et al. ähnliche Ergebnisse erfasst. SIS zeigt eine signifikant höhere muskuläre Aktivität in UT auf der betroffenen Seite im Vergleich zu No-SIS ( $p < 0,001$ ) und im Vergleich zu ihrer gesunden Seite ( $p < 0,001$ ). Diese Ergebnisse wurden während einer unilateralen Armbewegung im Sitz mit jeweils fünf Wiederholungen in Abduktion/Adduktion und Außenrotation/Innenrotation erfasst.

Bei der Vorgehensweise von Lin et al. wurde während der Armelevation die Protraktion/Retraktion, Abwärts-/Aufwärtsrotation und das posteriore/anteriore Kippen der Skapula mithilfe des Eulerwinkels bei Amateur- und Student-Athleten sowie bei der Kontrollgruppe gemessen. Die Amateur-

Athleten der SIS-Gruppe weisen eine signifikant höhere UT-Aktivität ( $p=0,001$ ) im Vergleich zu No-SIS auf. Dies trifft auch bei den Amateur-Athleten zu, die einen niedrigeren posterioren Skapulakippwinkel besitzen ( $p=0,025$ ). Sowohl die Amateur- als auch die Student-Athleten, welche eine größere Skapulaelevation besitzen, haben eine signifikant höhere UT-Aktivität ( $p=0,029$  und  $p=0,041$ ).

In der Studie von Michener et al., in welcher die Probanden eine bilaterale Armelevation (von 0 Grad bis zur maximalen Elevation) mit externen Ellenbogen und einer Belastung von 1,4 kg oder 2,3 kg fünfmal durchführen sollten, zeigt SIS ein signifikant höheres Verhältnis zwischen der UT-, LT-Aktivität ( $p=0,008$ ) im Vergleich zu No-SIS. Das bedeutet, dass für UT eine Überaktivität vorliegt.

Diese Überaktivität von UT im Verhältnis zwischen UT und LT können auch Smith et al. zwischen SIS und No-SIS unter ähnlichen Testbedingungen erfassen ( $p=0,019$ ). Hier führten die Probanden auch eine bilaterale Elevation (von 0 Grad bis zur maximalen Elevation) durch, allerdings ohne Belastung.

In der Untersuchung von MT sind die Studienergebnisse noch unstimmliger. In sieben von zehn Studien können die Forscher keine signifikanten Unterschiede zwischen SIS und No-SIS feststellen [2, 3, 8, 12, 19, 20, 29]. Zwei Studienergebnisse zeigen eine signifikant geringere Aktivität [10, 11] von MT und eine Studie eine signifikant höhere Aktivität [41].

Cools et al. erlangt die Ergebnisse einer signifikant geringeren Aktivität der SIS-Gruppe während der AR im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $p < 0,01$ ). Außerdem wird ein signifikant höheres Verhältnis bei SIS zwischen der UT-, MT-Aktivität ( $p < 0,001$ ) im Vergleich zu No-SIS erfasst. Auch hier bedeutet dies, dass MT eine Unteraktivität aufweist.

Zu diesem Ergebnis kommt auch die Studie von De Morais et al. Für das Testverfahren führten die Probanden eine bilaterale Elevation in AR-Stellung der Arme (von 0 Grad bis zur maximalen Elevation) durch.

Tucker et al. erfassen eine signifikant höhere muskuläre Aktivität von MT bei den SIS-Probanden im Vergleich zu den No-SIS-Probanden ( $p=0,027$ ). Hier führten die Personen drei Übungen mit jeweils fünf Wiederholungen aus: Cuff-Link, Standard-Liegestütze und Liegestütze auf dem BOSU Sport Balance Trainer.

LT wird in allen zwölf Studien untersucht. Acht Studien kommen zu keinen signifikanten Unterschieden in der Muskelaktivität zwischen SIS und No-SIS [2, 3, 8, 11, 12, 19, 20, 41]. In vier Studien kann eine signifikant niedrigere muskuläre Aktivität von LT festgestellt werden [10, 23, 29, 38].

In der Studie von Cools et al. wird bei der SIS-Gruppe eine niedrigere muskuläre Aktivität von LT ( $p=0,003$ ) im Vergleich zu No-SIS registriert. Außerdem zeigt SIS, wie bei UT schon erwähnt, ein signifikant höheres Verhältnis zwischen der UT-, LT-Aktivität im Vergleich zu No-SIS ( $p < 0,001$ ) und im Vergleich zu ihrer nicht-betroffenen Seite ( $p < 0,01$ ), welches hier bedeutet, dass LT eine Unteraktivität aufweist.

Überprüfte Muskulatur	Anzahl Studien kein signifikanter Unterschied ( $p > 0,05$ )	Anzahl Studien signifikanter Unterschied ( $p < 0,05$ )		Anzahl Studien gesamt
		höhere Aktivität	niedrigere Aktivität	
M. trapezius	—	—	—	—
- pars descendens	6	4	—	10
- pars transversa	7	1	2	10
- pars ascendens	8	—	4	12
M. serratus	5	—	4	9
M. deltoideus	—	1	—	1
- pars clavicularis	2	—	—	2
- pars acromialis	2	1	—	3
M. latissimus dorsi	—	2	—	2
M. supraspinatus	1	1	—	2
M. infraspinatus	1	—	1	2
M. rhomboideus major	1	—	—	1
M. pectoralis minor	—	1	—	1
M. levator scapulae	1	—	—	1

Tabelle 3: Kurzübersicht der Studienergebnisse. (Quelle: eigene Darstellung).

Auch die Amateur- und Student-Athleten in der Studie von Lin et al. haben eine signifikant niedrigere LT- Aktivität ( $p < 0,0005$ ;  $p=0,002$ ) im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Darüber hinaus wird eine signifikant niedrigere LT-Aktivität ( $p=0,036$ ) bei den Student-Athleten der SIS-Gruppe erfasst, die einen niedrigeren posterioren Skapulakippwinkel besitzen.

Michener et al. untersuchen unter anderem das Verhältnis zwischen UT/LT und LT/SA. Hier werden folgende Ergebnisse erfasst: SIS zeigt ein signifikant höheres Verhältnis zwischen der UT-, LT-Aktivität ( $p=0,008$ ) und ein signifikant geringeres Verhältnis zwischen der LT-, SA-Aktivität ( $p=0,026$ ) im Vergleich zu No-SIS. Das bedeutet, dass LT im Vergleich zu UT eine Unteraktivität und im Vergleich zu SA eine Überaktivität aufweist. Smith et al. kommen zu gleichem Ergebnis bei der Untersuchung des Verhältnisses von UT und LT ( $p=0,019$ ).

Auch für SA stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Studien nicht überein. In fünf Studien können keine signifikanten Unterschiede registriert werden [2, 3, 8, 19, 41]. In vier weiteren können allerdings eine unterschiedliche Aktivität zwischen SIS und No-SIS festgestellt werden [11, 12, 23, 29].

In der Studie von De Morais Faria et al. zeigt SIS eine signifikant gesenkte Koaktivierung von MT/SA im Vergleich zu No-SIS. Michener et al. finden ein geringeres Verhältnis zwischen der LT-/SA-Aktivität ( $p=0,026$ ) im Vergleich zu No-SIS heraus. Das bedeutet, dass eine Unteraktivität von SA vorliegt.

Die Ergebnisse von Diederichsen et al. kommen zu einer signifikant niedrigeren Aktivität von SA bei der SIS-Gruppe sowohl während der ABD ( $p=0,03$ ) als auch während der AR ( $p < 0,001$ ) im Vergleich zu No-SIS. Die Probanden führten hier jeweils eine unilaterale Abduktion und Außenrotation mit 90 Grad flektiertem Ellenbogen mit zehn Prozent des MVC's durch.

Auch Lin et al. stellen sowohl bei den Amateur- als auch bei den Student-Athleten der SIS-Probanden eine signifikant niedrigere SA- Aktivität ( $p=0,009$ ;  $p=0,024$ ) fest. Dies trifft auch auf jene Amateur-Athleten der SIS zu, die einen niedrigeren posterioren Skapulakippwinkel besitzen ( $p=0,04$ ).

MD zeigt unterschiedliche Ergebnisse in insgesamt drei Studien. Diederichsen et al. kommen zu einer signifikant höheren Aktivität von MD während der AR ( $p=0,04$ ). Ayatollahi et al. und Bandholm et al. können keine signifikanten Unterschiede zwischen der SIS- und Kontrollgruppe feststellen.

Sowohl beim SU als auch beim IN und AD sind sich Bandholm et al. und Diederichsen et al. nicht einig. Bandholm et al. finden keine signifikanten Unterschiede der drei Muskeln zwischen SIS- und No-SIS-Gruppe. Getestet wurde hier die unilaterale ABD mit 90 Grad flektiertem Ellenbogen mit drei unterschiedlichen Widerständen (zehn Prozent, 27,5 Prozent, 35 Prozent des MVC's), sowohl isometrisch als auch isokinetisch.

Diederichsen et al. testeten die Bewegung, wie oben schon erwähnt, unter ähnlichen Bedingungen. Die Ergebnisse zeigen, dass SIS auf der betroffenen Seite eine signifikant höhere muskuläre Aktivität in SU während der ABD ( $p=0,04$ ) und eine signifikant niedrigere Aktivität in IN während der Außenrotation (AR) ( $p=0,04$ ) im Vergleich zur Kontrollgruppe

hat. Außerdem zeigt auch die asymptomatische Seite der SIS-Gruppe während der AR eine signifikant höhere Aktivität von SU ( $p=0,006$ ) und AD ( $p=0,01$ ) im Vergleich zu der nicht-dominanten Seite der No-SIS-Gruppe. Beim LD sind sich die beiden Autoren einig. Der LD in der SIS-Gruppe zeigt in beiden Studien eine signifikant höhere Muskelaktivität während der Abduktion im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Für D wird in der Studie von Lin et al. eine signifikant höhere Aktivität erfasst ( $p=0,035$ ). Diese ist allerdings nur bei den Student-Athleten der SIS-Probanden vorhanden, die einen niedrigeren posterioren Skapulakippwinkel besitzen. Ansonsten kann für D kein signifikanter Unterschied registriert werden.

In der Studie von Castelein et al. kann in der SIS-Gruppe eine höhere Muskelaktivität von PM bei allen drei Armbewegungen, bestehend aus der maximalen Elevation, dem Handtuchwischen an der Wand und einer Armelevation bis 90 Grad mit einer 30 Grad Außenrotationsstellung, im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden ( $p=0,023$ ). Für RM und LS werden hier keine signifikanten Unterschiede zwischen der SIS- und Kontrollgruppe erfasst [8].

Die Schmerzabfrage wird anhand der visuellen Analogskala (VAS) in drei Studien berücksichtigt [3, 20, 29]. Bandholm et al. quantifizieren die Schmerzintensität der Probanden während der Ruhephasen und der verschiedenen Kontraktionen (0 = kein Schmerz; 10 = schwerster Schmerz). Die SIS-Gruppe meldet signifikant mehr Schmerzen in Ruhe und während der verschiedenen Kontraktionen zurück als die Kontrollgruppe ( $p < 0,05$ ).

Michener et al. fragen die Testpersonen ebenfalls während der Muskelkontraktionen ab (0 = kein Schmerz; 10 = schwerster Schmerz). SIS äußert hier einen Durchschnittswert von 2,3/10 und No-SIS 0/10.

Larsen et al. berücksichtigen die VAS-Abfrage der Probanden vor und nach der Bewegungsausführung (0 = kein Schmerz; 100 = schwerster Schmerz). Hier wird zwischen der SIS- (23-29/100) und No-SIS-Gruppe (0-4/100) ein signifikanter Unterschied in der Vorher-Abfrage festgestellt ( $p < 0,01$ ). Allerdings gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Angabe der Schmerzveränderung zwischen Vorher- und Nachher-Abfrage ( $p=0,48$ ).

## ■ Ergebnisdiskussion

### Muskelaktivität

Die Studienergebnisse bestätigen sowohl das „Upper Crossed Syndrome“ nach Janda, als auch das Schmerz-Adaptions-Modell nach Lund et al. Laut Janda zeigen MT, LT, SA, IN und D eine niedrigere Muskelaktivität, während UT, PM und LS eine erhöhte Aktivität aufweisen. Diese Ergebnisse spiegeln vier von zwölf Studien wider [10, 12, 23, 38], außer für D (erhöhte Aktivität [23]), und LS (kein signifikanter Unterschied [8]). Die Überaktivität von D könnte ein kompensatorischer Mechanismus sein, der die Unteraktivität von SA ausgleichen soll [23]. Dass kein Unterschied von LS zwischen der SIS-Gruppe und der Kontrollgruppe herausgefunden werden konnte, könnte daran liegen, dass es derzeit keine weitere Studie gibt (unter Einhaltung der Einschlusskriterien), die zusätzlich diesen Muskel untersucht. Deshalb kann ein Zustimmung oder Widerlegen der Hypothese, dass LS eine Überaktivität zeigt, nicht geschlussfolgert werden. Darüber hinaus ist Castelein et al. die einzige Studie, welche tieferliegende Muskeln wie den PM, LS und RM untersucht. Die erhöhte Aktivität von PM könnte

laut Castelein et al. auf ein verkürztes Muskelgewebe zurückzuführen sein. Da dieser Muskel unter anderem für das Herabziehen der Skapula nach kaudomedial und ventral verantwortlich ist, könnte eine Überaktivität dieses Muskels den subakromialen Raum verengen und ein SIS begünstigen. Von LS und RM konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Somit sind weitere Forschungen dringend notwendig, um hier einheitliche Aussagen treffen zu können [8].

Die Ergebnisse bezüglich LD von Bandholm et al. und Diederichsen et al. bestätigen die Theorie des Schmerz-Adaption-Modells nach Lund et al., welches davon ausgeht, dass unter Schmerzen die muskuläre Aktivität des Agonisten reduziert sei, während der Antagonist eine erhöhte Aktivität aufzeige. LD fungiert während der Abduktion als Antagonist und weist eine erhöhte Aktivität während dieser Bewegung bei SIS-Patienten im Vergleich zu No-SIS-Patienten auf. Laut Lund et al. sei die erhöhte Muskelaktivität des Antagonisten eine nützliche Reflexanpassung, auch bei zielmotorischen Bewegungen, welche eine Limitation in der Mobilität und eine Reduzierung der Bewegungsgeschwindigkeit zur Folge habe, um weitere Verletzungen und Schmerzen zu verhindern. Laut der Theorie von Lund et al. müsste der SU eine niedrigere Aktivität aufweisen, da er agonistisch während der Abduktion zusammen mit dem D als Kräftepaar fungiert, um den Humeruskopf in der Gelenkpfanne zu zentrieren. Die Ergebnisse von Diederichsen et al. ergeben allerdings eine erhöhte Aktivität, welche sie als mechanische Kompensation zum überaktiven D begründen, um die Kraft und Bewegungsgeschwindigkeit aufrechtzuerhalten. Außerdem könnte die erhöhte Muskelaktivität von SU während der Armhebung den Schmerz verstärken, da es zu einer Überlastung des Muskels kommen könnte [12]. Die zwei Studien, die eine signifikant niedrigere Aktivität für MT feststellen können, gehen davon aus, dass dieses an der agonistischen Muskelaktivität (Schmerz-Adaptions-Modell) liege, die der Muskel zusammen mit dem SA als Kräftepaar für die Aufwärtsrotation und Stabilisation der Skapula während der Armelevation aufwenden muss [10, 11]. Tucker et al. erfassen eine signifikant höhere muskuläre Aktivität von MT bei den SIS-Probanden im Vergleich zu den No-SIS-Probanden. Dies könnte an den durchgeführten Aufgaben (Cuff-Link, Standard-Liegestütze und Liegestütze auf dem BOSU Sport Balance Trainer) liegen, welche insgesamt eine höhere komplexere muskuläre Anforderung in Anspruch nehmen.

Die Unteraktivität des SA bewerten die Autoren in den Studien während der Armelevation negativ, da dies zu einer geringen Stabilisation der Skapula führe [11, 12, 23, 29]. Diese Ergebnisse unterstützen das Modell der Schmerzadaption nach Lund et al., da der SA als Agonist für die Aufwärtsrotation sowie für die Skapulastabilisation arbeitet. Auch Jandas Theorie des „Upper Crossed Syndrome“ wird bestätigt.

Insgesamt können, basierend auf den vorliegenden Ergebnissen, keine evidenzbasierten Aussagen getroffen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Studienergebnisse bezüglich der betrachteten Muskulatur können lediglich Tendenzen gegeben werden. Der UT weist bei SIS-Patienten eine erhöhte und der LT sowie der SA eine niedrige Aktivität im Vergleich zu No-SIS-Patienten auf. Allerdings sind weitere Forschungen notwendig, um diese Aussagen zu festigen und für die ebenfalls überprüfte Muskulatur (MT, LD, SU, IN, LS, PM, RM) homogene Schlussfolgerungen treffen zu können.

### Schmerzverhalten

Die Schmerzabfrage wird in drei Studien berücksichtigt [3, 20, 29]. Diese kommen alle zu dem Ergebnis, dass der Schmerz der SIS-Probanden im Vergleich zur No-SIS-Gruppe signifikant höher ist. Die Autoren der drei

Studien gehen davon aus, dass dies an einem veränderten afferenten Feedback-Mechanismus oder einer veränderten zentralen Verarbeitung des afferenten Impulses liege. Außerdem sind sie sich einig, dass eine wechselseitige Beziehung zwischen einer unkoordinierten skapulothorakalen Muskelaktivität und Schmerz vorliege: Eine unkoordinierte Aktivität zwischen der skapulothorakalen Muskulatur führt zu einer schmerzhaften Schulterbeweglichkeit und andersherum: Der Schmerz führt zu einer unkoordinierten Aktivität der skapulothorakalen Muskulatur. Demnach sollte in zukünftigen Forschungen das Schmerzverhalten unbedingt berücksichtigt werden.

Insgesamt sind sich die Autoren aller Studien einig, dass eine unkoordinierte Aktivität zwischen der skapulothorakalen Muskulatur, wie es bei SIS-Patienten vorkommt, zu einer beeinträchtigten, schmerzhaften und instabilen Schulterbeweglichkeit führt. Daraus resultiert, dass der Schmerz während der Rehabilitation nicht außer Acht gelassen werden sollte.

## ■ Stärken und Limitationen der inkludierten Studien

### Überprüfte Muskulatur

Die explizite Auswahl der Einschlusskriterien konnte dem Ziel für einheitliche Aussagen bezüglich der Muskulatur zum Teil gerecht werden, da der Großteil der zwölf Studien nur die drei verschiedenen Muskelanteile des T sowie den SA berücksichtigen. Muskeln wie D, LD, SU, IN, RM, PM und LS werden jeweils in ein bis maximal drei Studien untersucht. Aus diesem Grund ist es problematisch, homogene Aussagen für diese spezifischen Muskeln zu treffen. Hierfür wären weitere Forschungen notwendig, um die Ergebnisse der Studien zu bestätigen oder zu widerlegen.

### Probandenauswahl

In den einzelnen Studien weisen die Probanden bezüglich Alter, Geschlecht und Body-Mass-Index keinen signifikanten Unterschied zwischen SIS und No-SIS auf, welches einen sinnvollen Vergleich in den Studien realisierbar machen lässt. Ein Vergleich der Studienergebnisse aller Probanden der gesamten Studien könnte ein Grund für die unterschiedlichen Studienergebnisse darstellen. Drei der zwölf Studien rekrutierten zum Beispiel Athleten als Probanden [10, 23, 41]. Hier kommt die Frage auf, ob die Ergebnisse dieser Studien sinnvolle Schlussfolgerungen für den Therapeuten im Therapiealltag darstellen, welcher nicht mit Athleten zusammenarbeitet. Außerdem besitzen diese Probanden differente muskuläre Voraussetzungen im Vergleich zu Nicht-Athleten. Interessant wären zukünftige Forschungen ausschließlich mit Leistungssportlern oder Athleten, um für diese Subgruppe einheitliche Aussagen treffen zu können und um herauszufinden, welche Aktivität die entsprechende Muskulatur bei diesen Personen aufweist.

### Testprozedere

Des Weiteren sind die unterschiedlichen Durchführungsmethoden in den Studien zu berücksichtigen. Die Elektrodenanlagen werden in allen Studien nach standardisierten Elektrodenpositionierungen geklebt. Dies führt zu einer reproduzierbaren Durchführungsmethode.

In drei Studien wurde die Bewegungsausführung mit Widerständen (abhängig vom MVC) durchgeführt und in zwei weiteren Studien wurden funktionelle Übungen durchgeführt [3, 8, 12, 29, 41]. Diese Durchführungen gehen, im Gegensatz zu einer frei und aktiv durchgeführten Bewegung ohne Belastung, mit einer komplexeren muskulären Anforderung einher. Außerdem ist die Interpretation des MVC der SIS-Patienten zu beachten.



Sechs der zwölf Studien beachten dies nicht in ihrer Auswertung [10, 11, 19, 20, 23, 41]. Unter Umständen ist der SIS-Patient aufgrund von Schmerzen oder inhibitorischen Mechanismen nicht in der Lage, seine Muskulatur vollständig zu kontrahieren. Somit könnte der genormte Amplitudenausschlag des MVC beeinflusst und die daraus resultierenden Widerstände könnten ungeeignet sein [2, 3, 8, 12, 29, 38]. Demzufolge können die unterschiedlichen Ergebnisse für eine Bewegungsrichtung auf die veränderte muskuläre Anforderung aufgrund der unterschiedlichen Bewegungsdurchführung oder der mäßigen Interpretation des MVC zurückzuführen sein.

### Methodologische Qualität

Darüber hinaus ist die methodologische Qualität der Studien zu berücksichtigen. Die beiden klinischen Studien Castelein et al. und Tucker et al. wurden mit jeweils sechs Punkten bewertet. Aus diesem Grund wird die interne Validität als „mittelmäßig“ bewertet. Somit sind die Ergebnisse dieser Studien kritisch zu betrachten und der Bezug auf den Therapiealltag fraglich.

Die zehn weiteren Studien, die anhand des STROBE-Index bewertet wurden, bekamen jeweils zwischen 20 bis 22 Punkte. Somit ist die Stärke der Berichterstattung als „gut“ zu beurteilen. Vor allem die externe Validität wird in allen Studien explizit benannt, welches die Übertragung in den klinischen Alltag möglich macht.

Die Evidenzlevel aller Studien (2a bzw. 2b) sind mäßig. Somit kann sowohl die formale als auch die inhaltliche Qualität der Studien als „moderat“ bezeichnet werden. Daher ist die Aussagekraft dieser Studien bezüglich der Ergebnisse im Therapiealltag weitestgehend zu berücksichtigen.

### Bedeutung für den Therapiealltag

Folgende Studien unterstreichen die Wichtigkeit der Kenntnis über die Aktivitäten diverser Muskeln von SIS-Patienten, da ein chirurgischer Eingriff dem Patienten keine klinischen Vorteile bringen und somit erspart bleiben könnte.

Das systematische Review von Steuri et al. fasst RCT's über die Wirksamkeit von konservativer Behandlung, einschließlich pharmakologischer Interventionen, sowie Trainingstherapie und Manuelle Therapie bei Erwachsenen mit SIS bezüglich Schmerz und Bewegungsausmaß zusammen. Die Ergebnisse zeigen bei Betrachtung der Effektstärken (gering = 0,2; moderat = 0,5; groß = 0,8) unter anderem, dass gezieltes Auftrainieren der zu schwachen Muskulatur die größte Effektstärke (0,95) im Gegensatz zu Kortikosteroiden (0,65) und nicht-steroidalen Antirheumatika (0,29) aufweist [39]. Diese Ergebnisse verstärken weiterhin die Wichtigkeit für die zukünftige Vorgehensweise in der Behandlung von SIS-Patienten in der Physiotherapie.

Eine weitere Studie (mit randomisiertem, placebokontrolliertem Design) von Beard et al. untersuchte die Wirksamkeit der arthroskopischen subakromialen Dekompressionsoperation, welche häufig bei SIS-Patienten durchgeführt werde, da ein Erfolg fraglich sei. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass eine subakromiale Dekompression dem SIS-Patienten gegenüber einer Nicht-Behandlung keine klinischen Vorteile bietet. Somit wird deutlich, dass die Aufklärung sowie eine auf den Patienten abgestimmte physiotherapeutische Behandlung für den Patienten immer wichtiger werden [5].

Auch die Studie von Ketola et al. untersuchte die Wirksamkeit der arthroskopischen Akromioplastik nach fünf Jahren bezüglich der Entwicklung des

Muskelvolumens der Rotatorenmanschette und ob der operative Eingriff vor einer Ruptur der Rotatorenmanschette schützt. Die Ergebnisse ergeben keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Volumenveränderung der Muskulatur oder Rupturen der Sehnen zwischen der operierten Gruppe im Vergleich zur konservativ behandelten Gruppe. Somit hat die arthroskopische Akromioplastik basierend auf den Ergebnissen dieser Studie keinen langfristigen Erfolg [18]. Des Weiteren belegen die Ergebnisse des Fünf-Jahre-Follow-ups von Björnsson Hallgren et al., dass eine spezifische Übungstherapie bei subakromialen Beschwerden einem operativen Eingriff bevorzugt wird und die Notwendigkeit einer Operation dadurch reduziert werden kann.

Anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, dass die Aufklärung sowie eine auf den Patienten abgestimmte physiotherapeutische Behandlung für den Patienten immer wichtiger wird.

### Fazit

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass unter anderem ein Muskelgleichgewicht ein funktionelles Impingement impliziert. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, eine sorgfältige Anamnese der Schulterproblematik einschließlich der Testung und Untersuchung von wichtigen Muskeln des Patienten zu erfassen, um eine auf den Patienten angepasste und wirksame Rehabilitation ohne einen chirurgischen Eingriff zu gewährleisten. Hier ist die Kenntnis der muskulären Aktivität bei Patienten, die vom SIS betroffen sind, von grundlegender Bedeutung. Als Hilfestellung kann die Theorie nach Janda als möglicher Ansatz dienen, da bestimmte Muskeln eine Prädisposition für Schwäche oder Hyperaktivität besitzen.

Demnach sollte die zu schwache Muskulatur fokussiert gekräftigt und die zu erhöhter Aktivität neigende Muskulatur gedämpft und/oder gedehnt werden. Somit kann die Ursache für ein funktionelles Impingement reduziert oder sogar verhindert werden. Zusätzlich kann dies als Prävention dienen.

Da der chronifiziert nozizeptive Schmerz, welcher bei SIS-Patienten häufig ein begleitendes Symptom darstellt, eine veränderte Signalverarbeitung von chemischen und physikalischen Reizen aufweist, ist das Eingehen auf diese Veränderung zusätzlich ein grundlegendes Ziel in der Rehabilitation von SIS-Patienten. Aus diesem Grund ist zudem die Kenntnis des Schmerz-Adaptions-Modells nach Lund et al. nicht außer Acht zu lassen. Hier ist es wichtig, die veränderte Reaktion der Muskulatur durch Schmerz aufzuheben, damit die Muskulatur wieder eine uneingeschränkte Funktion in der Bewegungsausführung übernehmen kann.

Weitere Forschungen bezüglich der muskulären Aktivität sind sinnvoll, um einheitliche Aussagen für die verschiedenen Muskeln treffen zu können, um dies sowohl im Therapiealltag als auch in der Rehabilitation und Prävention von Schulterbeschwerden einbinden zu können.



**Rike Küppers, B.Sc.**

ist Physiotherapeutin und hat ihren Bachelor of Science an der Fachhochschule Osnabrück absolviert. Sie arbeitet im Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, einer stationären (Früh-)Rehabilitationseinrichtung für neurologische Patienten.

Die Zahlen in den rechteckigen Klammern verweisen auf Literaturangaben. Eine Literaturliste ist in der IFK-Geschäftsstelle erhältlich.

# Ausdauertraining in d eine narrative Einschätzung

Miriam Onescheit | Prof. Dr. Christian Thiel

Migräne ist gemäß International Headache Society (IHS) eine neurologische und primäre Kopfschmerzkrankung mit und ohne Aura in Form wiederkehrender Attacken von vier bis 72 Stunden Dauer. Charakterisiert wird sie durch einseitige, pulsierende Lokalisation, mäßige bis starke Intensität, mögliche Verstärkung durch körperliche Aktivität sowie Begleiterscheinungen wie Übelkeit und/oder starke Licht- und Lärmempfindlichkeit [2]. Bei einer Lebenszeitprävalenz von 14 Prozent (Frauen zwei- bis dreimal häufiger betroffen) liegt Migräne gemäß der Global Burden of Disease Study (2015) auf Platz drei, was die Beeinträchtigung gelebter Jahre für unter 50-Jährige angeht [3]. Neben gravierenden persönlichen Beeinträchtigungen, die zeitlich deutlich über die Attacken hinausgehen, verursacht die Migräne in Europa jedes Jahr direkte und indirekte Kosten von durchschnittlich 111 Milliarden Euro [4]. Körperliche Aktivität und aerobes Ausdauertraining können einen wichtigen Beitrag zur Therapie leisten [1], wobei konkrete Angaben zur Trainingsdosierung fehlen. Der vorliegende Artikel fasst narrativ die aktuelle Studienlage anhand von kontrollierten Studien zu klinischen Effekten, praktischer Gestaltung und Dosierung von Ausdauertraining auf die Migräneerkrankung zusammen.

## ■ Effekte von Ausdauertraining auf die Migräneerkrankung

Eine aktuelle Abschlussarbeit von Keiser und Flury hat unterschiedliche Studien zu den Effekten eines Ausdauertrainings bei erwachsenen Migränebetroffenen zusammengefasst [5], wovon in vier Studien eine Zuweisung in eine Ausdauerintervention und eine Kontrollintervention vorgenommen wurde [6-9]. Nach dem Erscheinen der Arbeit von Keiser und Flury [5] wurden drei weitere kontrollierte Studien publiziert [13-15]. Hanssen et al. untersuchten die Effekte von moderatem Ausdauertraining, hochintensivem Intervalltraining (HIIT) und keiner Intervention auf die Migränezfrequenz [14]. Kroll et al. untersuchten die Effekte eines dreimonatigen Ausdauertrainings bei Menschen mit Migräne und koexistierendem Nacken- und Spannungskopfschmerz [15]. Alle Studien zeigten (teilweise signifikante) trainingsinduzierte Verbesserungen von mindestens einem der klinischen Endpunkte Schmerzintensität, Attackenfrequenz sowie Attackendauer. Zwei der Studien beobachteten eine Verbesserung der Lebensqualität [7, 9]. Eine Reduktion einer durch Migräneschmerz bedingten Beeinträchtigung wurden von Narin et al. [7] und Kroll et al. [15] und eine Verbesserung von häufig in Zusammenhang mit der Migräne stehender Depression beziehungsweise dem psychischen Wohlbefinden von Santiago et al. [6] und Kroll et al. [15] festgestellt. Hanssen et al. beobachteten eine stärkere Reduktion der Migränetage durch Intervalltraining im Vergleich zu moderatem Dauertraining und der Kontrollbedingung [14].

In den Studien wurden wöchentlich zwei- bis dreimal 40 bis 60 Minuten Radfahren, Walken, Joggen, (Step-)Aerobic oder Training auf dem Crosstrainer über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen betrieben. In ihrem Review schlussfolgern Keiser und Flury, dass mindestens dreimal 20 Minuten Training pro Woche mit moderater Intensität (z.B. Borg-Skala nicht über 14, also maximal etwas anstrengend) über sechs Wochen durchgeführt werden sollte [5]. Aktuellere Studien zeigen, dass

ein größerer Umfang sowie ein längerer Trainingszeitraum sicher machbar und vermutlich effektiver sind. Teilnehmer, die ihre Ausdauerleistungsfähigkeit verbessern können, scheinen tendenziell stärker zu profitieren [8].

## ■ Steuerung Ausdauertraining allgemein – Übertragbarkeit auf Menschen mit Migräne

Die Intensität des Trainings wurde in den inkludierten Studien, mit Ausnahme von Hanssen et al. [14], als „aerob“ beschrieben, was gemeinhin einen sehr breiten Intensitätsbereich von moderatem bis intensivem Dauer- oder Intervalltraining umfasst. Hanssen et al. [14] berichtete von größeren Effekten durch hochintensives Intervalltraining als durch moderates Dauertraining, und Kroll et al. [15] und Varkey et al. [9] ließen vergleichsweise intensiv bei einem Anstrengungsempfinden von Borg 14 bis 15 (15 entspricht „anstrengend“) trainieren [16]. Eine behutsame Hinführung und Steigerung vorausgesetzt, scheint daher ein Training im „intensiven“ Bereich möglich (siehe Tabelle 1).

Die Trainingsintensität wurde teilweise auch in Relation zur (maximalen) Herzfrequenz (60 bis 70 Prozent) gesteuert, was allerdings zu ungenau ist und nicht empfohlen werden kann. Bei einigen Patienten könnte dies dazu führen, dass sie nur knapp oberhalb der Ruhe-Herzfrequenz arbeiten, sodass der gesetzte Trainingsreiz zu niedrig ist. Zielgerichteter ist die Steuerung anhand der Herzfrequenzreserve (der Differenz zwischen individuell gemessener maximaler Herzfrequenz und Ruhe-Herzfrequenz) in Kombination mit dem Anstrengungsempfinden. Sofern bekannt, verspricht die Steuerung anhand der individuellen maximalen für drei oder vier Minuten möglichen Wattleistung (Fahrradergometer) oder Geh-/Laufgeschwindigkeit (das heißt der maximalen aeroben Leistung aus einem Belastungstest) eine noch bessere Steuerung. Tabelle 1 zeigt unterschiedliche Ausdauertrainingsintensitäten und Möglichkeiten zu deren Steuerung.

# er Migränetherapie: wissenschaftlicher Evidenz

	Typische Dauer	Relativ zur maximalen aeroben Leistung	Prozent der Herzfrequenzreserve (HRR)	Anstrengungsempfinden (Rating of perceived Exertion, RPE)		Sprechfähigkeit
	Minuten	Geschwindigkeit (km/h) oder Leistung (Watt)	Schläge/min	Borg-Skala (6-20, linear)	US-RPE (0-10, nicht-linear)	Talk Test
<b>Leichte Dauer- methode; Aufwärmen/ Cooldown</b>	30-120 5-10	30-40 %	30-40 % HRR	10-11 („leicht“)	2-3 („milde“ bis „mäßig“)	Singen komfortabel möglich
<b>Moderate Dauer- methode</b>	20-60	40-60 %	40-60 % HRR	12-13 („etwas anstrengend“)	4 („recht schwer“)	Längeres Unterhalten gut möglich
<b>Intensive Dauer- methode</b>	15-45	60-75 %	60-75 % HRR	14-15 („anstrengend“)	5 („schwer“)	Längeres Unterhalten mit Mühe möglich
<b>Intensive Intervall- methode (High Intensity Interval Training)</b>	4x2 bis 6x5	75-100 % (Belastung) und 20-50 % (Pause)	75-95 % HRR (eingeschränkt nutzbar)	15 („anstrengend“) bis 17 („sehr anstrengend“)	5 („schwer“) bis 7 („sehr schwer“)	Längeres Unterhalten nicht mehr möglich

Tabelle 1: Typische Dauer und Steuerung der Intensität dynamischen Ausdauertrainings [17, 18].

Ein Ausdauertraining sollte behutsam gesteigert und dann langfristig beibehalten werden. Moderates Dauertraining kann gegebenenfalls zum Einstieg aufgesplittet werden (beispielsweise viermal fünf Minuten mit drei Minuten Pause). Ist ein 20-minütiges Dauertraining am Stück möglich, kann der Umfang bei gleicher Intensität kleinschrittig gesteigert werden, zum Beispiel um fünf Minuten alle zwei bis vier Wochen. Bei Erreichen einer Dauer von etwa 30 bis 45 Minuten kann dann vorsichtig die Intensität (Geschwindigkeit/Wattleistung) erhöht werden. Wird das Training anhand des Anstrengungsempfindens und/oder der Herzfrequenz gesteuert, passen sich die Geschwindigkeit oder Wattleistung automatisch an die mit der Zeit verbesserte Leistungsfähigkeit an.

Aus Bewegungsdosis-Wirkungs-Studien zu anderen Krankheitsbildern lässt sich ableiten, dass der Energieumsatz (also das Produkt aus Intensität und zeitlichem Gesamtumfang) beziehungsweise die insgesamt zurückgelegte Distanz oder geleistete Arbeit die bestimmende Größe für die Höhe der Trainingseffekte darstellt [19]. Auf dem Fahrradergometer unterscheiden sich somit die Effekte eines 30-minütigen Trainings mit 100 Watt nur unwesentlich von den Effekten eines 45-minütigen Trainings mit 66 Watt. Ebenso sind beim Joggen die Effekte einer 24-minütigen Einheit mit 10 km/h vergleichbar mit denen einer 30-minütigen Einheit mit 8 km/h, denn es werden jeweils 4 Kilometer zurückgelegt. Da bisher ungeklärt ist, welche physiologischen Aspekte für die günstigen Effekte von Ausdauertraining auf die Migräne-

erkrankung verantwortlich sind, bleibt jedoch offen, ob der Energieumsatz als relevanter Parameter in der Wirksamkeit des Trainings gewertet werden kann.

## ■ Klinische Relevanz der Ergebnisse

Keiser und Flury sehen in ihrem Review Evidenz für die positiven Effekte eines chronischen Ausdauertrainings [5], was von später publizierten Studien unterstützt beziehungsweise zumindest nicht widerlegt wird [14, 15]. Die Ergebnisse von Varkey et al. zeigen, dass ein zwölfwöchiges Ausdauertraining in Bezug auf die Attackenfrequenz, die Anzahl der Migränetage pro Monat sowie die Lebensqualität (nicht jedoch in Bezug auf die Schmerzintensität) genauso effektiv wie Entspannung oder die Einnahme von Topiramate sein kann [9]. Werden diese Ergebnisse in weiteren Studien bestätigt, böte die Bewegungsintervention eine effektive Alternative für diejenigen, die die Einnahme von Medikamenten vermeiden oder minimieren möchten oder einen besseren Zugang zu aktiven Maßnahmen als zu angeleiteten Entspannungsverfahren haben.

Santiago et al. konnten eine signifikant größere Verbesserung in der Gruppe, in welcher Ausdauertraining mit Amitriptylin kombiniert wurde, im Vergleich zu einer alleinigen Amitriptylin-Gabe feststellen [6]. Ausdauertraining verspricht folglich Potenzial als Ergänzung zu einer medikamentösen Therapie mit zusätzlichen Verbesserungen einer Reihe von Migränesymptomen.



Tietjen and Collins diskutieren endotheliale Dysfunktion als Ursache und Folge von Migräne und betonen die Notwendigkeit des Managements kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Menschen mit Migräne [20]. Es liegt eine hohe Komorbidität von Migräne und Herz-Kreislauf-Problemen vor, was die Entwicklung nicht-vasoaktiver Therapieansätze notwendig macht [21-23]. Wegen ihrer vasokonstriktiven Wirkung sind Triptane für Menschen mit kardiovaskulären Risiken häufig nicht gut geeignet [22]. Durch seine protektive Wirkung auf die endotheliale Funktion und somit aller damit einhergehenden Funktionen des Herz-Kreislauf-Systems stellt Ausdauertraining sowohl eine mögliche Alternative als auch eine gesundheitsförderliche Begleittherapieform zu einer medikamentösen Behandlung dar.

In der Gesamtschau erscheint allerdings die wissenschaftliche Evidenz aufgrund erheblich variierender Stichprobengrößen, methodischer Qualität und Vollständigkeit des Reportings der verfügbaren Studien vorläufig. Das Risiko für Nebenwirkungen ist noch nicht hinreichend konsequent untersucht, insbesondere nicht im Versorgungsalltag. Teilweise wird über körperliche Anstrengung als Triggerfaktor bei Migräne berichtet [24, 25].

## ■ Psychologische Aspekte

Migräne ist eine multifaktorielle und multimodale Erkrankung, in deren Behandlung biopsychosoziale Faktoren Berücksichtigung finden sollten [1]. Irby et al. entwarfen in ihrer Arbeit ein komplexes Modell, welches die Effekte von aerobem Ausdauertraining und deren Wechselwirkung sowohl mit sozial-kognitiven Faktoren wie Selbstwirksamkeit/-management, Erwartungshaltung und Pathologien wie Depressionen und Angstvermeidungsverhalten als auch mit physiologischen Veränderungen aufzeigt [26]. Ausdauertraining könnte vor dem Hintergrund bekannter Effekte auf die mentale Gesundheit [27] als wichtige Komponente eines multimodalen Therapieansatzes fungieren.

Neben der eigentlichen Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit können zur Steigerung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz auch körper- und bewegungsbezogene Kognitionen und günstige personale Handlungseigenschaften und Bewertungsdispositionen entwickelt werden [28]. Zu den Kognitionen gehören Effektwissen durch ausführliche und verständliche Erläuterung der Effekte von Ausdauertraining

sowie Handlungswissen durch Hinweise, Üben und Erleben, wie Training gesteuert und durchgeführt wird. Zu hilfreichen Handlungseigenschaften und Bewertungsdispositionen können unter anderem eine günstige Motivstruktur und hohe Selbstwirksamkeit beitragen, indem Freude am Training geweckt und das regelmäßige Training sowie die gegebenenfalls gesteigerte Leistungsfähigkeit und reduzierte Anzahl von Migräneanfällen gut dokumentiert und adäquat gewürdigt werden.

## ■ Fazit

Nicht zuletzt durch die globale Initiative Exercise is Medicine® (EIM) rückt der ökonomische und gesundheitliche Nutzen einer stärkeren Berücksichtigung von körperlicher Aktivität in der medizinischen Versorgung immer stärker in den Blickpunkt [29]. Neben Sportwissenschaftlern profitieren Physiotherapeuten als „Bewegungsexperten“ von dieser Entwicklung und stellen gleichzeitig wichtige Akteure dar.

Ausdauersport hat im Vergleich zu einer Do-nothing-Kontrollbedingung oder anderen therapeutischen Interventionen in allen bislang publizierten Studien gleich gute oder bessere Effekte auf die Migräneerkrankung erzielt. Ein mindestens sechswöchiges Ausdauertraining (dreimal mindestens 40 Minuten pro Woche, moderate bis intensive aerobe Aktivität) kann die Frequenz, Dauer und zum Teil auch die Intensität von Migräneattacken sowie begleitende, mit der Lebensqualität in Zusammenhang stehende Faktoren günstig beeinflussen. Eine Implementierung in die Praxis erscheint, auch wegen der protektiven Effekte auf die Endothelfunktion, mindestens als sinnvolle Ergänzung zu medikamentöser Therapie.

Publizierte Studien legen nahe, dass vorerst eine Orientierung an üblichen Trainingsparametern für die Steuerung des Ausdauertrainings bei Patienten oder Untrainierten möglich ist. Um im Einzelfall Training als Triggerfaktor auszuschließen, ist eine präzise Steuerung und Dokumentation des Trainings und möglicher Exazerbationen notwendig. Das persönliche Stressempfinden sollte dabei als wichtiger Faktor berücksichtigt werden.

Für ein verbessertes Verständnis und fundierte Steuerung des Trainings könnten erweiterte Kenntnisse der zyklischen Veränderungen des zentralen Serotoninhaushalts bei Menschen mit Migräne als Pathomechanismus [30] ebenso wie die Effekte von Ausdauersport auf das serotonerge System hilfreich sein [31-33].

**Miriam Onescheit, B.A.** (Anglistik/französische Romanistik)/**B.Sc.** (Physiotherapie) ist Physiotherapeutin, seit 2017 tätig in einer Physiotherapie-Praxis in Bochum mit dem Schwerpunkt muskuloskeletale Beschwerdebilder. Abschluss Physiotherapie-Studium an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum.



**Prof. Dr. Christian Thiel**

ist Sportwissenschaftler und Professor im Studienbereich Physiotherapie an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum; Forschungsschwerpunkte: Leistungsregulation, Assessment körperlicher Leistungsfähigkeit, Registrierung körperlicher Aktivität; Habilitierte 2013 zum Thema „Steuerung sportlicher Ausdauerbelastungen in Training, Wettkampf und Therapie“ an der Goethe-Universität Frankfurt a. M.



## Rekonstruktive Supermikrochirurgie des Lymphsystems als unterstützende Behandlungsoption bei sekundären chronischen Lymphödemen – Diagnostik und minimalinvasive Therapie

Die leitliniengerechte Behandlung des chronischen Lymphödems basiert auf den Prinzipien der Komplexen Physikalischen Entlastungstherapie. Seit der Neuerung der Leitlinie im Mai 2017 ist erstmalig auch die chirurgische Therapie als unterstützende Maßnahme aufgenommen worden. Eine Säule der chirurgischen Therapie ist die rekonstruktive Lymphchirurgie, bei der erstmalig der Ansatz verfolgt wird, das chronische Lymphödem kausal zu therapieren und die symptomatische Therapie zu unterstützen. In diesem Artikel werden klinisch relevante, diagnostische Verfahren und supermikrochirurgische Techniken vorgestellt und diskutiert.

### ■ Einleitung

Das chronische Lymphödem stellt einen Zustand dar, welcher durch eine anhaltende Lymphabfluss-Störung der abhängigen Gliedmaße oder Körperpartie nach Verletzung oder viel häufiger nach onkologischer Therapie gekennzeichnet ist. Es kann in annähernd allen Bereichen des Körpers auftreten. Das chronische Lymphödem kann primär, also durch anlagebedingte Störungen, oder sekundär als Früh- oder Spätfolge eines Traumas entstehen. Es unterscheidet sich vom akuten und reversiblen Lymphödem durch seinen fortschreitenden Verlauf, wobei die Geschwindigkeit des Fortschreitens individuell unterschiedlich ist. Mit Fortschreiten der Krankheit kommt es zu einer irreversiblen Bindegewebsvermehrung mit Fibrose des umgebenden Gewebes.

Am häufigsten entsteht das sekundär chronische Lymphödem (SCL) nach onkologischen Eingriffen mit notwendiger Lymphadenektomie und nach Radiotherapie [1]. Allein nach chirurgischer und unterstützender Radio-Intervention bei Mammakarzinom erleiden sechs bis 49 Prozent der Patienten das SCL im Verlauf [2]. Das SCL kann dabei innerhalb von Tagen oder erst nach Jahrzehnten auftreten, wobei drei Jahre nach den Eingriffen die meisten neuen Fälle auftreten. Besonders in den Frühstadien ist das SCL eine häufig unterschätzte Erkrankung, welche durch ihren chronisch-progressiven Charakter den Patienten physisch, psychisch und in seiner Lebensqualität deutlich einschränken kann. Komplikationen im Verlauf der Erkrankung sind neben wiederkehrenden Erysipelen auch signifikante Bewegungseinschränkungen allein durch die Umfangsvermehrung. Insbesondere an der oberen Extremität kann das chronische Lymphödem beinahe einen kompletten Verlust der Gebrauchsfähigkeit der Hand bedeuten. Selbst bei Beginn einer sofortigen konservativen Therapie ist ein Fortschreiten nicht immer zu verhindern, was die langjährigen Therapieanstrengungen sowohl für den Patienten als auch für die Behandelnden erfolglos macht [3].

Durch die modernen supermikrochirurgischen Therapieansätze kann die konservative Therapie vom Diagnosezeitpunkt aus entscheidend beeinflusst werden. So kann bei ausgeschöpften konservativen Maßnahmen und bei entsprechender Compliance des Patienten eine Rekonstruktion des Lymphsystems erfolgreich verlaufen [4, 5].

### ■ Diagnostik

Die Einteilung des chronischen Lymphödems erfolgt klassischer Weise klinisch. Hier sind eine dezidierte Anamnese und körperliche Untersuchung erforderlich. Insgesamt können vier Stadien beschrieben werden, welche fließend ineinander übergehen. Klinisch unauffälliges Stadium 0 kann über Monate oder Jahre ohne klinische oder funktionelle Ausprägung bestehen. Sobald ein Lymphödem klinisch auffällig wird, entspricht es dem Stadium 1. Hier ist das Lymphödem theoretisch noch reversibel und es kommt zu keinem Umbau des Bindegewebes. Ab Stadium 2 gilt das Lymphödem nicht mehr als spontan reversibel und es beginnt der fibrotische Umbau vor allem des subkutanen Fettgewebes. Das Stadium 3 entspricht dem Endstadium, welches auch unter dem Synonym Elephantiasis geläufig ist. Es bestehen massive fibrotische Haut- und Weichteilveränderungen mit einer irreversiblen Umfangsvermehrung. Die klinische Einteilung wird auch in der weiterführenden Bildgebung des Lymphsystems beibehalten, wobei bestimmte Veränderungen den klinischen Stadien zuzuordnen sind (Abb.1). Interessanterweise liegen an der

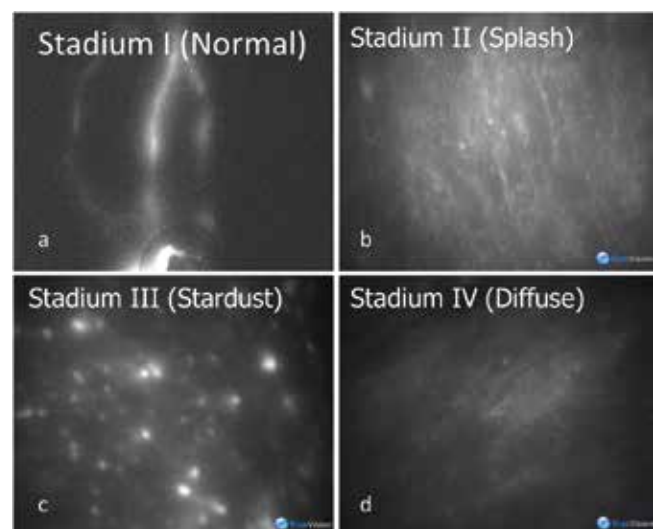


Abb. 1: Vier Stadien des Lymphödems in der ICG-FLAG. (a) Stadium I (Normal); (b) Stadium II (Splash); (c) Stadium III (Stardust); (d) Stadium IV (Diffuse).

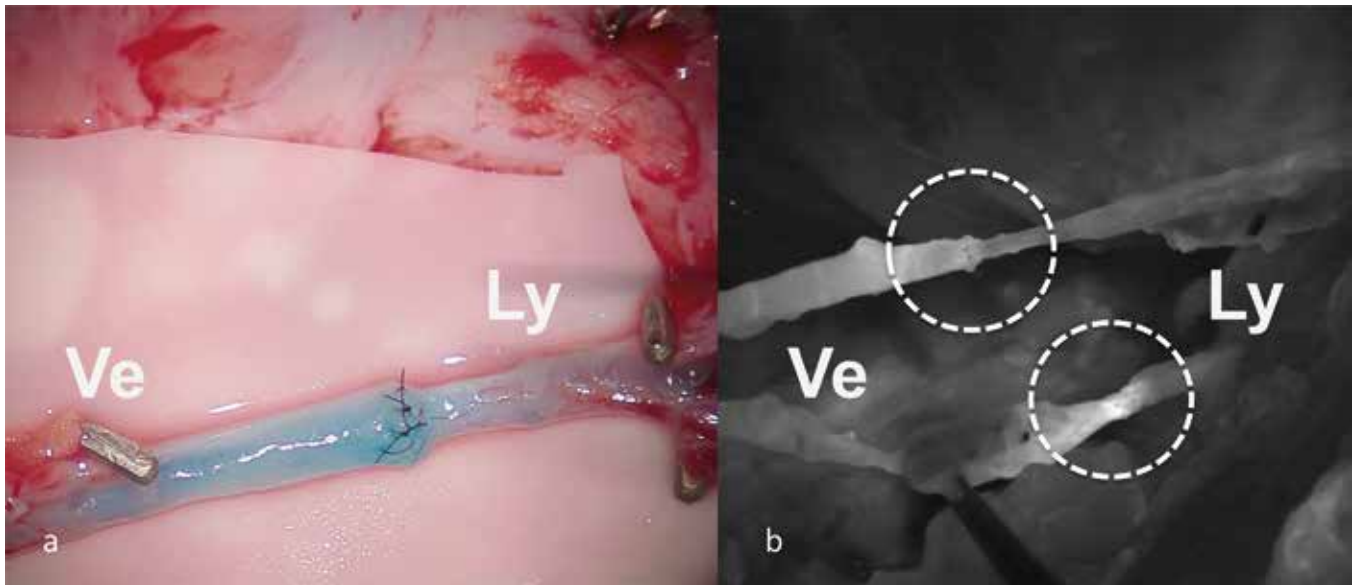


Abb. 2: (a) Lymphovenöser Bypass in 12-facher Vergrößerung; (b) ICG-Nah-Infrarot-Darstellung einer funktionellen LVA.

betroffenen Extremität häufig mehrere Stadien nebeneinander vor, so dass das höchste Stadium in der Bildgebung im klinischen Alltag ausschlaggebend ist.

Die Bestimmung der Stadien durch direkte oder indirekte Darstellung des Lymphsystems ist nur bei entsprechender klinischer Konsequenz sinnvoll. Die Möglichkeiten der weiterführenden Diagnostik umfassen die Lymphsintigraphie, die MRT-Lymphangiographie, die Digitale-Substraktions-Lymphangiographie (DSL) und die Indocyanin-Fluoreszenz-Lymph-Angiographie (ICG-FLAG). Die diagnostischen Verfahren stehen in Spezialzentren zur Verfügung und unterscheiden sich in ihrer Aussagekraft [6]. Lymphsintigraphie und DSL arbeiten mit radioaktiver Strahlung, wohingegen die MRT-Lymphangiographie und die ICG-FLAG ohne diese auskommen. ICG-FLAG und Lymphsintigraphie spiegeln die Funktion in Bezug auf die Zeit wider und sind somit lymphodynamisch und direkt, wohingegen DSL und MRT-Lymphangiographie eine lymphostatische und indirekte Darstellung des Lymphsystem beziehungsweise seiner Funktion bieten [7].

Aus klinischer Erfahrung ist die ICG-FLAG aufgrund der unkomplizierten Technik, der nicht vorhandenen Strahlenbelastung, der Echtzeitwiedergabe der Lymphfunktion und des intraoperativen Handlings den anderen Diagnostikverfahren weit überlegen. Die pathologische Lymphabflussstörung kann innerhalb von Minuten beurteilt werden. Die Vorteile des

minimalinvasiven diagnostischen Verfahrens werden effektiv intra- und perioperativ zur Funktions- und Erfolgskontrolle der chirurgischen Lymphrekonstruktion zunutze gemacht [8]. Des Weiteren erfolgt die prä- und postoperative Umfangsmessung der Extremität zur Verlaufskontrolle. Hierfür sind multiple Verfahren in Gebrauch, welche ihre Vor- und Nachteile bezüglich Kosten, Nutzen und Zeitaufwand haben. Als effizienteste Verfahren gelten die Wasservolumetrie, die Umfangsmessung, die Bioimpedanzspektroskopie und die Perometrie [9]. Welches Verfahren von den Spezialzentren favorisiert wird, hängt vom Untersucher ab.

### ■ Rekonstruktive supermikrochirurgische Verfahren

Die Prinzipien der rekonstruktiven Lymphchirurgie-Techniken sind bereits in den Sechzigerjahren beschrieben worden. Aufgrund der technischen Herausforderung, die ca. 0,5 mm kalibergroßen Gefäße darzustellen und diese für Rekonstruktionen nutzbar zu machen, wurde das Verfahren für Jahrzehnte lang nicht mehr angewandt. Durch den technischen Fortschritt mit der Entwicklung von Operationsmikroskopen, welche eine entsprechende Vergrößerung des Operationsfelds erreichen, ist eine Darstellung und Rekonstruktion des Lymphsystems vereinfacht worden.

Zurzeit existieren zwei erprobte Verfahren zur Rekonstruktion des Lymphsystems auf der Ebene der Technik zur Anlage von Mikrogefäßanastomosen, die lymphovenöse Bypass-Operation (Lymphovenöse Anastomosierung, LVA) und der freie vaskularisierte Lymphknotentransfer (VLKT) [4, 10].

### ■ Lymphovenöse Bypass-Operation (LVA)

Bei der LVA-Operation wird ein Shunt zwischen Lymphgefäß- und Venenetz durch supermikrochirurgische Anastomosierung angelegt. Subdermale und subkutane Venolen, die einen günstigen Flussgradienten aufweisen, können sowohl an das tiefe subfasziale Lymphsystem als auch an oberflächliche subdermale Lymphgefäße mit einem Durchmesser von 0,3 bis 0,8 mm in End-zu-End- oder End-zu-Seit-Technik anastomo-

anzeige

**Berufshaftpflichtversicherung**  
ab **79,40 €**  
netto jährlich.

**SPEZIELL FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN**

**Jetzt beraten lassen:**  
☎ +49 (0)2204 30833-0  
[www.versichert-mit-ullrich.de](http://www.versichert-mit-ullrich.de)

**SELBSTÄNDIG.**  
**WAS WIRKLICH WICHTIG IST.**





„Des Weiteren sollte, wie in der S2k-Leitlinie für das chronische Lymphödem gefordert, die konservative Therapie mindestens für sechs Monate konsequent durchgeführt worden sein.“

siert werden [11]. Da der intravasale Druck im Lymphsystem höher ist als der in den Venolen, kann die gestaute Lymphe in das venöse System abgeleitet werden. Hierdurch kann eine kopfwärts gelegene Blockade des Lymphsystems umgangen werden [12]. Die funktionellen Lymphgefäße, welche zur Anastomosierung genutzt werden, können intraoperativ durch ICG-Fluoreszenz-Lymph-Angiographie durch die Haut ausfindig gemacht und unter Operationsmikroskop präpariert werden. Nach Aufsuchen einer in Kaliber passenden Venole erfolgt die supermikrochirurgische Anastomosierung. Die Verbindung zwischen Venole und Lymphgefäß kann dabei zum Beispiel in End-zu-End-, End-zu-Seit- oder Lambda-Technik (zwei Lymphgefäße auf eine Empfängervenole) angelegt werden.

Zur Erfolgskontrolle wird die Durchgängigkeit des Anasomosenbereichs fluorooptisch geprüft. LVAs können sowohl mehrfach an einer Extremität (Multi-Level) oder an mehreren Regionen (Multi-Side) simultan durchgeführt werden. Ein deutliches Anschwellen der Extremität konnte in einigen Fällen bereits innerhalb von wenigen Tagen nach erfolgter Anastomosierung beobachtet werden.

Auch wenn der Eingriff aufgrund seiner überschaubaren Invasivität in lokaler oder regionaler Anästhesie erfolgen kann, wird er in den meisten Fällen aufgrund der Eingriffsdauer und zum Komfort des Patienten in Allgemeinnarkose durchgeführt. Auch die Behandlungsdauer im Krankenhaus hängt stark von eventuellen Risikofaktoren und Behandlungsregimen ab. Ein mehrtägiger stationärer Aufenthalt mit entsprechender postoperativer lymphologischer Behandlung zur Unterstützung der chirurgischen Therapie ist zu empfehlen.

## ■ Diskussion

Das SCL ist aufgrund der Anzahl neu auftretender Erkrankungen von bis zu zwei Prozent der Bundesbevölkerung und mit einer hohen Dunkelziffer nicht zu vernachlässigen. Auch wenn die Radikalität onkologischer Eingriffe in den letzten Jahrzehnten stark rückgängig ist, zeigen Studien, dass selbst bei zum Beispiel Sentinel-Lymphadenektomie ein Risiko von sieben Prozent für die Ausbildung eines chronischen Lymphödems besteht. Somit mögen in Zukunft weniger Patienten an SCL erkranken, dennoch bleibt es eine wichtige Aufgabe, die Patienten, welche bereits radikal-onkologisch operiert wurden und ein SCL entwickelt haben, bestmöglich zu therapieren [1, 2].

Die rekonstruktive Lymphchirurgie stellt dabei ein vielversprechendes Verfahren dar, welches die konservative Therapie zumindest unterstützen kann. Auch wenn die Anzahl an Studien gering sein mag, konnte in einer Metaanalyse von Hannah et al. mit 69 analysierten Publikationen

eine Umfangsreduktion von 33 Prozent nach LVA (95 Prozent KI: 14,4 bis 51,9 Prozent) nachgewiesen werden. Hierbei ist der Erfolg der Operation, gemessen an der Umfangsreduktion im Bereich der oberen Extremität, signifikanter als an den unteren Gliedmaßen. Dies kann zum Teil durch den intravasalen Druckgradienten erklärt werden, welcher an der oberen Extremität geringer ist und somit die Ableitung der Lymphflüssigkeit erleichtert.

In den Studien lässt sich eine Verbesserung der Lebensqualität auch als ein Parameter für die Frequenz von Erysipelepisoden nachweisen. Auch wenn mehrere Studien berichten, dass sogar eine Kompressions-therapie eingestellt werden konnte, zeigen Erfahrungen, dass trotz einer Umfangsreduktion und trotz Besserung der Funktion und der Lebensqualität der supportive Effekt der chirurgischen Therapie durch Vernachlässigung der konservativen Therapie reduziert wird.

Des Weiteren ist eine objektive und realistische Aufklärung der Patienten bezüglich der Erwartungen und Komplikationen solch chirurgischer Maßnahmen essenziell, denn nur bei entsprechender Compliance kann ein bedarfsgerechtes Behandlungsregime erfolgreich umgesetzt werden. Um letztendlich die Indikation zu rekonstruktiv-lymphchirurgischen Eingriffen zu stellen, ist eine dezidierte Analyse und effektive apparative Diagnostik der Problematik notwendig. Des Weiteren sollte, wie in der S2k-Leitlinie für das chronische Lymphödem gefordert, die konservative Therapie mindestens für sechs Monate konsequent durchgeführt worden sein.

## ■ Schlussfolgerung

Die rekonstruktive Lymphchirurgie hat bereits vielversprechende Ergebnisse als unterstützende Therapie des SCL gezeigt. Für chronische Lymphödeme, die für diese operativen Techniken nicht adressierbar sind, besteht des Weiteren die Möglichkeit des vaskularisierten Lymphknoten-Transfers, auf welchen in der folgenden Ausgabe der physiotherapie gesondert eingegangen wird.



**Pascal Kirchoff,**  
ist Weiterbildungsassistent der Klinik für Plastische Chirurgie der Katholischen St. Lukas Gesellschaft, St. Rochus-Hospital Castrop-Rauxel.

# Die Therapeutenkammer – ein Kurzüberblick

Ulrike-Christin Borgmann

Passend zum Schwerpunktthema dieser Ausgabe der physiotherapie soll auch die berufspolitisch unabhängige rechtliche Betrachtung nicht zu kurz kommen. Ein Blick auf die Fakten ergibt das folgende Bild:

## ■ Kernaufgaben von Kammern

- Durchführung Fort- und Weiterbildung
- Berufsaufsicht
- Gesetzlich verankertes Anhörungsrecht

## ■ Bundestherapeutenkammer?

- Kammerrecht ist Ländersache! Damit gilt: Jedes Bundesland müsste seine eigene Kammer gründen.
- Eine Bundestherapeutenkammer könnte nur zusätzlich auf privatrechtlicher Ebene gegründet und als freiwilliger Zusammenschluss ohne eigene gesetzlich zugewiesene Kompetenzen arbeiten.

## ■ Pflichtmitgliedschaft

- In einer Kammer sind alle Berufsangehörigen automatisch Mitglied. Eine Wahlmöglichkeit gibt es nicht.
- Damit sind alle Berufsangehörigen zur Beitragszahlung verpflichtet.

## ■ Gesetzlich verankertes Anhörungsrecht?

- Das gibt es für Kammern in Deutschland.
- Allerdings werden die besagten Anhörungsrechte heute problemlos von den Berufsverbänden wahrgenommen.

## ■ Bekommen Therapeuten mit der Kammer ein eigenes Versorgungswerk zur Altersvorsorge?

- Nein. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber für nach dem 31. Dezember 1994 gegründete Kammern genommen. Seitdem werden keine Befreiungen von der Rentenversicherungspflicht in der deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) mehr erteilt. Damit ist ein Großteil der Physiotherapeuten in der DRV versicherungspflichtig.

## ■ Was wäre die Rolle von Kammern im System der gesetzlichen Krankenversicherung? Würden die Kammern Vertragspartner des GKV-Spitzenverbands?

- Kammern würden im GKV-System keine eigene Rolle spielen.
- Vertragspartner der Kassen bzw. des GKV-Spitzenverbands sind nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs V die maßgeblichen Berufsverbände.

## ■ Fazit:

Aus rechtlicher Sicht wäre der Einfluss von Therapeutenkammern an allen wesentlichen Stellen überschaubar. Sie könnten weder eine bessere Vergütung von Therapeuten verhandeln – mangels Zuständigkeit –, noch wären sie zuständig, eine größere Autonomie von Therapeuten zu regeln; Die Akademisierung könnten sie auch nicht befeuern; Die Vorsorge für das Alter würden sie ebenfalls nicht verbessern. Damit scheint der an manchen Stellen aufflammende Wunsch nach Verkammerung weniger auf harten Fakten als auf der schönen Vorstellung der Vergleichbarkeit zu bedeutenden Persönlichkeiten aus anderen verkammerten Berufen zu resultieren. Dass dafür auf Professionalisierung verwiesen wird, muss hinterfragt werden. Schaffung von Doppelstrukturen, engmaschigere Aufsicht und Pflichtbeiträge müssen nicht unbedingt als Zeichen der Professionalisierung wahrgenommen werden.

## Kammern haben in Deutschland drei Hauptaufgaben:

- **Hoheitliche Aufgaben, die der Staat an sie delegiert**  
→ Erlass von Berufsordnungen
- **Die sachverständige Beratung staatlicher Stellen**  
→ Gutachten zu fachlichen Fragen  
→ Im Rahmen von Gesetzesvorhaben Anhörungen und Stellungnahmen
- **Dienstleistungen**  
→ Insbesondere Fortbildung und Beratung



Ulrike-Christin Borgmann  
ist stellvertretende IFK-Geschäftsführerin  
und Leiterin des Referats Recht.

# ~~unspezifisch~~ gezielt behandeln



## HaemAcademy Fortbildung für Physiotherapeuten



### Werden Sie zum Physiotherapeuten mit Hämophilie-Know-how!

Regelmäßige physiotherapeutische Maßnahmen können bei Menschen mit Hämophilie die Gelenkgesundheit wesentlich verbessern. Mit unserer kostenfreien Fortbildungsreihe möchten wir Ihnen die hierzu erforderlichen speziellen Kenntnisse praxisnah vermitteln.

- 3-tägiges Intensivprogramm mit umfangreichen Patientenpräsentationen
- Durchgeführt von Hämophiliespezialisten, Orthopäden und hämophilieerfahrenen Physiotherapeuten
- Mit 15 Punkten anerkennungsfähig

Mehr Informationen: [haemacademy.de](http://haemacademy.de)

Ihr Ansprechpartner: Michel Kleiner 06131-903 1227



# Interview

Fachlicher Austausch unter Experten (v.l.): Michael Heine, wissenschaftlicher Mitarbeiter IFK, tauschte sich mit Prof. Keith Hill, Curtin University Perth (Australien), über die Sturzprophylaxe bei älteren Patienten aus.

**physiotherapie:** Professor Hill, warum haben Sie Ihre Forschungsaktivität auf das Thema Alterung fokussiert?

**Keith Hill:** Zu Beginn meines Berufslebens habe ich mich zunächst am meisten für die Behandlung von neurologischen Patienten interessiert – eines der weiteren Gebiete, auf denen ich noch heute forsche. Im Jahr 1988 wurde ich jedoch von dem Krankenhaus, an dem ich zu der Zeit angestellt war, gefragt, ob ich das physiotherapeutische Konzept für eine der ersten interprofessionellen Sturzambulanzen überhaupt entwickeln könnte. Dies geschah zu einer Zeit, in der das Ausmaß der Problematik von Stürzen bei älteren Patienten noch nicht so bekannt war wie heutzutage. Daher gab es damals auch noch keine Studienergebnisse, anhand derer man Praxisempfehlungen hätte ableiten können. Ich nahm an und dachte zunächst, dass diese Aufgabe schnell abgeschlossen wäre und ich wieder zur neurologischen Behandlung zurückkehren würde.

Doch es kam anders: Das klinische Interesse am Sturzmanagement nahm rasant zu und es wurde offensichtlich, dass hier ein hoher Forschungsbedarf besteht. Ich blieb also die nächsten 15 Jahre in der Sturzambulanz, was nicht zuletzt auch stark auf mein PhD-Studium abfärbte. In Rahmen des Studiums habe ich mich mit Sturzursachen und Interventionsmöglichkeiten für ältere Menschen auseinandergesetzt. Nachdem ich meinen PhD absolviert hatte, wechselte ich dann an das National Ageing Research Institute in Melbourne. Neben den Stürzen wird dort vielen weiteren Fragen zum Thema Alterung nachgegangen, sodass meine Forschungsaktivitäten immer vielfältiger wurden.

**physiotherapie:** Welche Herausforderungen sind typisch bei der physiotherapeutischen Versorgung von älteren Patienten?

**Keith Hill:** Die physiotherapeutische Versorgung von älteren Menschen ist häufig komplex und gleichermaßen herausfordernd. Auch wenn Patienten ein klar abgegrenztes Gesundheitsproblem haben, sollte dieses in der physiotherapeutischen Behandlung stets ganzheitlich betrachtet werden und vor allem auch das eventuelle Vorliegen einer Multimorbidität erwogen werden. Darüber hinaus sollten jedoch auch weitere Faktoren wie mögliche kognitive Einschränkungen, das soziale Netzwerk oder auch das häusliche Umfeld des Patienten berücksichtigt werden. Ohne einen solchen holistischen Ansatz bei der Behandlung von älteren Menschen würde jeweils nur ein Teilproblem angegangen – was zum einen unbefriedigend ist und höchstwahrscheinlich auch nicht zu positiven Resultaten führen wird. Das ist auch der Grund dafür, dass eine effektive interprofessionelle Kommunikation bei der Behandlung älterer Patienten enorm wichtig ist.

Eine weitere typische Hürde ist, dass sich ältere Patienten häufig nicht so eng an die mit dem Therapeuten getroffenen Absprachen halten, wie an die Durchführung eines Übungsprogramms. Daher sollten Physiotherapeuten ebenfalls Erkenntnisse aus der Verhaltenspsychologie nutzen und anwenden, um Patienten bestmöglich zu motivieren, die gemeinsamen Absprachen einzuhalten und auch langfristig anzuwenden.

**physiotherapie:** Welche Bedeutung kommt der Sturzprävention bei älteren Menschen zu?

**Keith Hill:** Stürze werden zu den geriatrischen Syndromen gezählt und sind bei älteren Menschen bedauerlicherweise sehr häufig: In einem Jahr haben etwa 30 Prozent der über 65-Jährigen ein Sturzereignis. Dabei verursachen zehn Prozent der Stürze ernsthafte Verletzungen, die eine stationäre Behandlung erfordern. Doch auch die nicht so schwerwiegenden



# mit Professor Keith Hill

Michael Heine

- Bachelor of Applied Science (Physiotherapie), Lincoln Institute of Health Sciences, 1980
- Graduate Diploma of Physiotherapy (Neurologie), La Trobe University, 1987
- PhD, University of Melbourne, 1998
- Fortlaufende professionsbezogene Weiterbildung zum Beispiel auch im Rahmen von Kongressteilnahmen – kürzlich im Rahmen des WCPT in Genf und der Konferenz der International Association of Gerontology and Geriatrics in Göteborg

Stürze haben negative Auswirkungen auf die Betroffenen. Durch ein Sturzereignis leidet das Selbstvertrauen der Betroffenen, die anschließend oftmals ein Vermeidungsverhalten zeigen und bisherige Aktivitäten zurückfahren, was wiederum eine noch höhere Sturzgefahr nach sich zieht. Stürze können daher einen erheblichen Einfluss auf die Selbstständigkeit und Lebensqualität von älteren Menschen und deren Familien haben.

Glücklicherweise gibt es jedoch eine robuste Evidenzlage zu effektiven und erfolgreichen Sturzpräventionsmaßnahmen für ältere Menschen. Wesentlicher Aspekt sollte es hierbei immer sein, das Gleichgewicht zu schulen, also eine Balancetrainingskomponente einzubauen.

**physiotherapie:** Wann sollte man am besten mit der Sturzprävention starten?

**Keith Hill:** So gesehen sollte man am besten bereits in der Kindheit damit beginnen. Dabei geht es nicht nur um die Vermeidung von Stürzen, sondern auch um die Vermeidung von Verletzungen durch Stürze. Ein angemessenes Training und eine ausgewogene Ernährung im Jugendalter haben in der Formierungsphase insbesondere auf die Knochendichte einen positiven Einfluss. Eine hohe Knochendichte im Alter von 20 Jahren bedeutet eine gute Chance auf eine ebenfalls gute Knochendichte im Alter von 70 Jahren – ungeachtet des allmählichen Knochenabbaus über die dazwischenliegenden Jahre. In Australien ist darüber hinaus zu beobachten, dass 15 Prozent der sturzbedingten stationären Krankenhausaufenthalte auf Menschen zwischen 45 und 65 Jahren entfallen. Ein präventives Sturztraining mit Balancekomponenten sollte daher auf jeden Fall vor dem 65. Lebensjahr aufgenommen werden. Es kann sinnvoll sein, bei Menschen in diesem Alter ein spezifisches Screening durchzuführen, anhand dessen sich Gleichgewichtsdefizite feststellen lassen, die dann präventiv verbessert werden können. So kann vermieden werden, dass es überhaupt erst zu einem Sturz mit all den negativen Folgen kommt.

**physiotherapie:** Wie sollte eine Sturzprophylaxe in der Physiotherapie gestaltet sein?

**Keith Hill:** Die aktuelle Studienlage spricht eindeutig dafür, dass ein Programm zur Sturzprophylaxe auf jeden Fall Balancetrainingskomponenten umfassen sollte. Übungsansätze, die sich darüber hinaus als effektiv zur Verringerung der Sturzgefahr erwiesen haben, umfassen zum Beispiel Elemente aus dem Tai Chi, durch Physiotherapeuten angeleitete Heimübungsprogramme und Gruppenangebote, die auf eine Verbesserung von Gleichgewicht, Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit abzielen. Ebenfalls als nützlich und effektiv hat sich das Krafttraining mit schweren Gewichten erwiesen, wodurch sich zum einen die Knochendichte verbessern und zum anderen die Sturzgefahr senken lässt.

Physiotherapeuten sollten ebenfalls die Möglichkeit des individuellen Einsatzes von Gehhilfen erwägen und den Patienten diesbezüglich beraten. Zudem sollten verbreitete vestibuläre Störungen, wie der benigne paroxysmale Schwindel, abgeklärt und behoben werden.

**physiotherapie:** Welchen Beitrag werden neue Technologien wie Apps zur zukünftigen Patientenversorgung leisten?

**Keith Hill:** Das Angebot an sinnvollen und unterstützenden Technologien und Apps in der Patientenversorgung wächst beständig. In der Physiotherapie sehe ich eine große Chance für Feedbackprogramme und Apps, die Patienten zum Beispiel Rückmeldungen zur Ausführung einer Übung geben und so die Motivation steigern.

**physiotherapie:** Auf welche Weise kann die Attraktivität der Versorgung von älteren Patienten gesteigert werden?

**Keith Hill:** Es ist eine tolle Erfahrung ältere Menschen dabei zu unterstützen, physische, funktionale und psychologische Verbesserungen zu erreichen. Hierzu ist es jedoch sehr wichtig, gemeinsam mit den Patienten bedeutungsvolle Ziele zu erarbeiten und ein hierauf gerichtetes, zugleich forderndes und motivierendes Programm zu entwickeln. Zudem ist es wichtig, regelmäßig ein Reassessment durchzuführen, das Patient und Therapeut gleichermaßen die erzielten Fortschritte spiegelt.



Michael Heine, M.Sc.  
war wissenschaftlicher Mitarbeiter des IFK.

## IFK-Fortbildung: Sturzprävention im Alter

Info: Gabriele Weuthen  
0234 97745-29  
weuthen@ifk.de

**Grundkurs: 29.11. – 01.12.2019**

**Aufbaukurs: 02.12. – 03.12.2019**

**Informationen zu den Kursinhalten finden Sie auf Seite 57 in dieser Ausgabe**

**Referent:** Harald Jansenberger, Sportwissenschaftler, Trainer für Sturzrehabilitation

**Ort:** Bochum

**Kosten:** Grundkurs: 245,00 EUR (M) | 275,00 EUR (NM)  
Aufbaukurs: 198,00 EUR (M) | 228,00 EUR (NM)

**UE/FP:** Grundkurs: 30 | Aufbaukurs: 20

# Buchbesprechung

## Körperhaltung: Modernes Rückentraining

In dem Buch von Albrecht werden Ansätze zum modernen Rückentraining für eine aufrechte Körperhaltung gegeben. Hierzu hat die Ausbilderin für Körperhaltung, Stabilität und Beweglichkeit unter anderem das eigene Bewegungskonzept „Antara®“ entwickelt. Diese Auflage dient gleichzeitig als Antara-Lehrbuch.

Das Buch ist in drei große Abschnitte unterteilt: Grundlagen, Praxis und Anhang. Insbesondere der Grundlagen-Teil nimmt sehr viel Platz ein. Der Leser erhält dort Einblicke in die physiologisch korrekte Körperhaltung, Einflussfaktoren auf diese Körperhaltung sowie in die methodisch-didaktische Vorgehensweise beim Stabilitätstraining. Im zweiten Abschnitt werden zahlreiche Übungen zur Verbesserung der Mobilisation, Koordination und Haltungskontrolle vorgestellt. Unterstützt werden die beschriebenen Übungen mit zahlreichen Bildern.

Die Autorin schreibt zum besseren Verständnis bewusst in vereinfachter Form – wahrscheinlich auch deshalb, weil sich das Buch an „Bewegungsleute“ und nicht nur an Physiotherapeuten richtet. Hier sticht insbesondere der ausführliche, anschauliche Grundlagenteil heraus. Im Praxisabschnitt werden zu den Übungen auch mögliche Fehlerquellen und Krankheiten beschrieben und dem Leser dazu passende Variationen an die Hand gegeben. Dies hilft in der späteren praktischen Umsetzung und erweitert die Übungsvielfalt. Abgerundet wird das Lehrbuch durch immer wieder zu findende „Info-Kästchen“, die prägnant die wichtigen Aussagen der Unterkapitel bündeln.

Insgesamt handelt es sich um ein interessantes und gelungenes Lehrbuch, um die eigenen Übungsideen und -vielfalt im Bereich des Rückentrainings zu erweitern. Auch der theoretische Teil kann dem interessierten Therapeuten neues Wissen vermitteln oder als Auffrischung genutzt werden.

Sina Böse, B.Sc.

### ■ Körperhaltung: Modernes Rückentraining

Karin Albrecht  
Thieme Verlag  
2018, 4. Aufl., 256 Seiten, 546 Abbildungen

Preis: 39,99 Euro  
ISBN: 978-3-13-241941-4

## Die Partnerschaftsgesellschaft Recht, Steuern, Betriebswirtschaft

Die Partnerschaftsgesellschaft und die Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung bieten den Angehörigen der Freien Berufe attraktive Rechtsformalternativen mit maßgeschneiderten Lösungen für berufliche Zusammenschlüsse. Auch für Physiotherapeuten kann diese Rechtsform eine Alternative zur Gesellschaft bürgerlichen Rechts sein.

Das Buch ist übersichtlich in fünf Teile aufgeteilt. Einen Überblick über die Grundlagen und die Entstehungsgeschichte der Partnerschaftsgesellschaft sowie deren Stellung im Rechtssystem wird in Teil I gegeben. In Teil II wird dann die praktische Umsetzung der Gründung einer Partnerschaftsgesellschaft behandelt. Hier gibt es im Text immer wieder Kästen mit Empfehlungen oder Hinweisen. Ebenfalls enthalten sind auch Checklisten für den Partnerschaftsgesellschaftsvertrag. In Teil III werden die steuerrechtlichen Aspekte behandelt, auch hier gibt es ausführliche Beispielrechnungen und praktische Hinweise. Teil IV und Teil V beinhalten schließlich einen Vergleich verschiedener Gesellschaftsformen und deren Vor- und Nachteile. Auch hier wird der Inhalt teilweise in übersichtlichen Tabellen nochmals aufgearbeitet.

Das Buch ist verständlich geschrieben. Der Stil ist flüssig und auch für juristische Laien gut lesbar. Zwar könnte die systematische Einordnung im Rechtssystem unter Umständen für den juristischen Laien überflüssig erscheinen. Da diesen Ausführungen aber nicht zu viel Raum gegeben wird, stört dies nicht. Für einen ersten Überblick über die Möglichkeiten, die eine Partnerschaftsgesellschaft bietet, und eventuell auch als Überlegungshilfe, ob sich deren Gründung für den Leser rentieren könnte oder eine andere Rechtsform sinnvoller wäre, ist das Buch gut geeignet. Es ersetzt natürlich keinesfalls die bei der tatsächlichen Gründung einer Partnerschaftsgesellschaft erforderliche anwaltliche und steuerrechtliche Beratung. Insgesamt ist es jedoch eine nützliche Arbeitshilfe für potenzielle Gründer einer Partnerschaftsgesellschaft.

Andrea Beckmann-Mebus

### ■ Die Partnerschaftsgesellschaft Recht, Steuern, Betriebswirtschaft

Prof. Dr. Michael Wehrheim und Dr. Holger Wirtz  
Erich Schmidt Verlag  
2018, 6. völlig neu bearb. Aufl., 192 Seiten

Preis: 39,80 Euro  
ISBN: 978-3-503-17678-6

## IFK-Regionalausschüsse

Termin und Ort des nächsten Treffens erfragen Sie bitte – falls nicht bekannt – bei:

- **Altes Land/Nordheide** | Bettina Janßen-Bäcker  
Tel.: 04164 6859
  - **Bergisches Land/Sauerland** | Uwe Weber  
Tel.: 02297 9099700
  - **Berlin** | Oliver Grunow  
Tel.: 030 4716882
  - **Bodensee/Südbaden** | Peter Stojanoff  
Tel.: 07541 26262 | peter.stojanoff@t-online.de
  - **Bonn und Umgebung** | Sergej Borkenhagen  
Tel.: 0228 94495521 | sergej.borkenhagen@x-physio.de
  - **Borken** | Herco Schreurs  
Tel.: 02874 2775
  - **Düsseldorf** | Jan Selder  
Tel.: 0211 9137180
  - **Erfurt** | Anke Hösl  
Tel.: 0361 5512617
  - **Essen** | Ingrid Schalk  
Tel.: 0201 792421
  - **Gießen (Mittelhessen)** | Gesine Pabel  
Tel.: 06404 90106
  - **Gütersloh** | Sascha Homuth  
Tel.: 05241 7090480 | info@physiotherapie-homuth.de
  - **Hameln** | Tammo Horn  
Tel.: 05151 98780 | info@elithera.de
  - **Hamm** | Monique Rüter gen. Schulte-Geithe  
Tel.: 02381 9140537
  - **Herford/Bünde** | Raimund Sattler  
Tel.: 05746 920066 | praxis@wiehen-park.de
  - **Herne und Umgebung** | Christoph Biele  
Tel.: 02325 62631 | christophbiele@aol.com
  - **Köln** | Ulrike Kinsky  
Tel.: 0221 644735 | ulrike.kinsky@philomatho.de
  - **Krefeld** | Stefan Niermann  
Tel.: 02151 610404 | late.niermann@arcor.de
  - **Kreis Mettmann** | Kathrin Hölz  
Tel.: 0211 241111 | praxis-hoelz@gmx.de
  - **Leipzig und Umgebung** | Jaqueline-Constanze di Pol  
Tel.: 0160 7820812
  - **Leverkusen** | Jörg Schnorr  
Tel.: 0177 4019346 | jschnorr@t-online.de
  - **Lübeck und Umgebung** | Justinus Wiggert  
Tel.: 0451 83333 | kontakt@wiggert-physio.de
  - **Mecklenburg-Strelitz** | Susanne Dreyer  
Tel.: 03981 205111 | physiodreyer@web.de
  - **Mittelfranken** | Peter Bucelski  
Tel.: 09122 12565 | praxis@bucelski.de
  - **München** | Hendrik Chaban  
Tel.: 089 18703333 | info@chaban.de
  - **Mönchengladbach** | Monika Huntjens  
Tel.: 02161 183639
  - **Münster** | Michael Seidel  
Tel.: 02501 4600
  - **Neuss** | Sabine Michaelis  
Tel.: 02131 601850 | sabine.michaelis@web.de
  - **Niederrhein** | Wilma Strickers-Haukes  
Tel.: 02824 977771
  - **Nordhorn** | Jesco Schiebener  
Tel.: 05921 806573
  - **Oberpfalz** | Benjamin Eder  
Tel.: 09403 3827 | benjamin.eder@eden-reha.de
  - **Oldenburg und Umgebung** | Wolfgang Salhofen  
Tel.: 04402 9154007
  - **Osnabrück** | Denise Girvan  
Tel.: 0541 44017047 | info@vivid-os.de
  - **Remscheid** | Geert van der Wal  
Tel.: 02191 840491
  - **Rheinland-Pfalz/Saarland** | Martina Grünhagen  
Tel.: 0681 376667 | service@rehazentrum-saar.de
  - **Rostock** | Doreen Bastian  
Tel.: 0381 31100
  - **Schmitten und Umgebung (Taunus)** | Ulrike Bös  
Tel.: 06082 929258
  - **Solingen** | Christiane Bruchhaus-Marek  
Tel.: 0212 337285
  - **Stuttgart und Umgebung** | Doris Iro  
Tel.: 0711 2364053
  - **Südhessen** | Uwe Riemann  
Tel.: 069 71677607 | info@riefit.de
  - **Viersen** | Panagiotis Mazaris  
Tel.: 02162 814161 | info@mazaris.de
  - **West Sachsen** | Peter Plaumann  
Tel.: 03741 521840
  - **Wilhelmshaven/Friesland** | Kai Fischer  
Tel.: 04421 64090
  - **Witten/Ennepe-Ruhr-Kreis** | Gerd Appuhn  
Tel.: 02302 399390
  - **Wolfsburg** | Matthias Kunz  
Tel.: 05362 63976
  - **Würzburg** | Astrid Rappert  
Tel.: 0931 883697
  - **Wuppertal** | Doris Keller  
Tel.: 0202 464067
- Ansprechpartner für die Bereiche**
- **Freiburg** | Susanne Weiß  
Tel.: 0761 2909442
  - **Halle und Umgebung** | Susanne Barnbeck  
Tel.: 034602 23765
  - **Pforzheim/Vaihingen** | Tan Hung Dümchen  
Tel.: 0170 8357430
  - **Wiesbaden** | Birgit Naujoks-Pauler  
Tel.: 0611 8110519

### physiotherapie

Fachmagazin des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

#### Herausgeber/Verlag und Redaktion:

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.  
Gesundheitscampus-Süd 33 | 44801 Bochum  
Telefon: 02 34 977 45-0 | Telefax: 02 34 977 45-45  
E-Mail: ifk@ifk.de | Internet: www.ifk.de

#### Chefredaktion:

**Brigitte Heine-Goldammer**  
**Dr. Björn Pfadenhauer**

#### Verbandsredaktion:

**Ute Repschläger | Mark Rietz | Ulrike-Christin Borgmann | Dr. Michael Heinen | Michael Heine | Maren Letterhaus**  
alle erreichbar in der IFK-Geschäftsstelle

#### Wissenschaftlicher Beirat:

**Prof. Dr. N. Annunziato**, Institut für Neurowissenschaften, Abt. Entwicklungsstörungen, Universität Mackenzie, Sao Paulo, Brasilien | **Prof. Dr. D. H. W. Grönmeyer**, Institut für Radiologie und Mikrotherapie, Universität Witten/Herdecke | **Prof. Dr. C. Grüneberg**, Fachhochschule für Gesundheit, Bochum | **Prof. Dr. C. Gutenbrunner**, Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover | **Prof. Dr. C. Zalpour**, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, FH Osnabrück | **Dr. T. Ewert**, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen

#### Anzeigenleitung:

**Irmhild Ribbe**  
Telefon: 02 34 977 45-333 | Telefax: 02 34 977 45-535  
E-Mail: ribbe@ifk.de

#### Anzeigenschluss:

Ausgabe 5/2019: 31. Juli 2019  
Zurzeit gilt die Preisliste in den Mediadaten 02-2019.

#### Redaktionsschluss:

31. Mai 2019

#### Layout:

Erich Füllgrabe | Herne | null@gmdf.de

#### Produktion:

Print Office | Postfach 10 14 06 | 44606 Herne

#### Erscheinungsweise:

6 x jährlich

#### Bezugspreis:

jährlich EUR 33,00 einschl. Postgebühren + MwSt., für Mitglieder des IFK im monatlichen Mitgliederbeitrag enthalten.

#### Zahlungsbedingungen:

Innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang ohne Abzug. Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung 2 % Skonto.

#### Erfüllungsort und Gerichtsstand:

Bochum

#### Auflage:

10.500 Exemplare

#### Nachdruck:

Fotomechanische Wiedergabe, sonstige Vervielfältigungen sowie Übersetzung des Text-, Bild- und Anzeigenteils, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verbands. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Persönlich gekennzeichnete Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung des IFK wieder.

ISSN 0934-9421

#### Fotonachweis:

IFK-Archiv | Autoren | axentis.de/Lopata | BFB/Henning Schach | Bundesärztekammer | S. 20/21: iStock.com/gopixa | Titelseite: iStock.com/krzysiek73

# physioservice

Poster: Stückpreis 3,00 €\*



- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>„Bewegung ist Leben“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Wir stärken Ihnen den Rücken“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Entwicklung spielend fördern“<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>„Wir bringen Sie wieder auf die Beine“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Wohlbefinden erleben“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Vorbeugend aktiv sein“<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>„Wir bewegen Sie!“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Wir lassen Sie nicht hängen“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Termin verpasst?“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Zuzahlungspflicht“<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>„Wir sind die Bewegungsexperten“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Fachkräftemangel“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Chronisch krank?“<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>„Rezept falsch ausgestellt?“<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> |
|---|--|--|--|

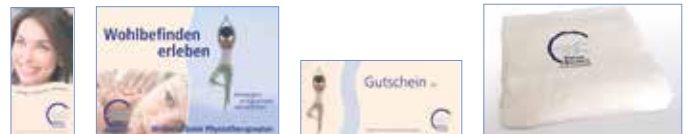
Patientenflyer: Stückpreis 0,50 €\*



- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Präventionsangebote<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>Bobath-Therapie Erwachsene<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>Bobath-Therapie Kinder<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Manuelle Therapie<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>PNF<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>Manuelle Lymphdrainage<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Psychomotorik<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>Gerätegestützte Krankengymnastik<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>Vojta-Therapie<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CMD Craniomandibuläre Dysfunktion<br/>Bestellmenge:.....</li> <li>Der Nacken<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> |
|--|---|--|---|

## Bestellungen an:

Bundesverband selbstständiger  
Physiotherapeuten – IFK e. V.  
Gesundheitscampus-Süd 33 | 44801 Bochum  
Tel. 02 34 977 45-0 | Fax 02 34 977 45-45  
E-Mail: ifk@ifk.de | Internet: www.ifk.de



**PhysioBalance:**  
Nur für PhysioBalance-Lizenznehmer

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Patientenbroschüre<br/>Stückpreis 0,50 €*<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Poster: „Wohlbefinden erleben“<br/>Stückpreis 3,00 €*<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Handtuch<br/>50 x 100 cm:<br/>12,00 €*<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Gutschein 25er Set:<br/>10,00 €*<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>100 x 150 cm:<br/>20,00 €*<br/>Bestellmenge:.....</li> </ul>                            |   |

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

### Sonstiges:

- IFK-Präsentation: „Was ist Physiotherapie?“ (auf CD) für IFK-Mitglieder kostenlos
- Handzettel: „Bewegung ist Leben“
  - 10er Set 3,00 €\*
  - 25er Set 7,00 €\*
- IFK-Schmerzskala  
Stückpreis 1,00 €\*  
Bestellmenge:.....

### Fachmagazin physiotherapie

Für IFK-Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten

- kostenloses Probeexemplar
- Abonnement für Nichtmitglieder 33,00 €/Jahr

### Broschüre:

Die Leistungsvielfalt in der gesetzlichen Krankenversicherung

Bestellmenge:.....



\*zzgl. Porto und MwSt.



**Abrechnung (A)**

- **A 1** Bundeseinheitliches Heilmittel-Positionsnummern-Verzeichnis
- **A 2** Abrechnung Privatpatienten
- **A 3** Gruppenvertrag opta data
- **A 4** Kostenträgerverzeichnisse
- **A 5** Zuzahlungslisten
- **A 6** „Prüfpflichten“
- **A 7** Aktuelle Abrechnungsfragen
- **A 8** Informationen zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte
- **A 9** Wahltarif Kostenerstattung
- **A 10** Zahlungsverzug
- **A 11** Fristenberechnung
- **A 12** Muster Verlaufsdocumentation
- **A 13** Frühförderung/Komplexleistungen
- **A 14** Ausfallgebühren
- **A 15** **Alles über Zuzahlungen**
- **A 16** Präsentation „Korrekte HMV“
- **A 17** ICD-10-Code
- **A 18** Hausbesuche
- **A 19** Infos Entlassmanagement
- **A 19a** Infos Entlassmanagement für Krankenhäuser

**Berufspolitik (B)**

- **B 1** Leitbild des IFK
- **B 2** Innovationen für die Physiotherapie
- **B 3** Die Physiotherapiepraxis der Zukunft
- **B 4** Wirtschaftlichkeitsumfrage
- **B 5** Standpunkt Osteopathie
- **B 6** Richtgrößen

**Existenzgründung und Praxisschließung (Z)**

- **Z 1** Versicherungsschutz pact Finanz AG
- **Z 2** Öffentliche Fördermittel
- **Z 3** Praxiswertermittlung mit Mustervertrag Praxisverkauf
- **Z 4** Rehasport und Funktionstraining
- **Z 5** Medizinproduktegesetz
- **Z 6** Rentenversicherungspflicht
- **Z 7** Abschluss eines Mietvertrags
- **Z 8** BFH-Urteil Zweitpraxis
- **Z 9** Medizinische Versorgungszentren
- **Z 10** Integrierte Versorgung
- **Z 11** Freiwillige Arbeitslosenversicherung
- **Z 12** Praxisnachfolge bei Tod

**Gesetze (G)**

- **G 1** Kündigungsschutzgesetz
- **G 2** Mutterschutzgesetz
- **G 3** Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- **G 4** Arbeitszeitgesetz
- **G 5** Arbeitsstättenverordnung
- **G 6** Berufsgesetz (MPhG)
- **G 7** Heilpraktikergesetz
- **G 8** Heilmittelwerbegesetz
- **G 9** (nicht belegt)
- **G 10** Heilmittel-Richtlinie
- **G 11** Richtlinien zur maschinenlesbaren Abrechnung
- **G 12** Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG)
- **G 13** Bundesurlaubsgesetz
- **G 14** Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
- **G 15** Arbeitsgerichtsgesetz
- **G 16** Entgeltfortzahlungsgesetz
- **G 17** Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

**Personal (P)**

- **P 1** Muster Personalwesen
- **P 2** IFK-Betriebsrente
- **P 3** Physiotherapieschüler
- **P 4** Abwicklung beendeter Arbeitsverhältnisse
- **P 5** Arbeitszeugnis
- **P 6** Mutterschutz und Elternzeit
- **P 7** Bildungsurlaub
- **P 8** Urlaubsanspruch
- **P 9** Hausbesuch mit Arbeitnehmer-PKW
- **P 10** Teilzeitarbeit
- **P 11** Kündigung eines Arbeitnehmers
- **P 12** Lohnfortzahlung
- **P 13** Arbeitszeitflexibilisierung
- **P 14** Vergütung angestellter Physiotherapeuten inkl. TVöD
- **P 15** Arbeitsverhältnis Menschen mit Behinderung
- **P 16** Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
- **P 17** Mustervertrag angestellte Physiotherapeuten
- **P 18** **Arbeitsvertrag geringfügig Beschäftigte**
- **P 19** Mustervertrag freie Mitarbeiter
- **P 20** Befristeter Arbeitsvertrag
- **P 21** Befristeter Arbeitsvertrag bei Schwangerschafts-/Elternzeitvertretung
- **P 22** Mustervertrag Rezeptionsfachkraft
- **P 23** Mustervertrag KFZ-Benutzung
- **P 24** Mustervertrag Fachlicher Leiter
- **P 25** Personalbeschaffung
- **P 26** **Mindestlohn**
- **P 27** **Betriebliche Altersvorsorge**

**Praxismanagement/Recht (M)**

- **M 1** Musterbehandlungsvertrag inkl. Erläuterungen
- **M 3** Präventionsvertrag
- **M 4** Sonderkonditionen
- **M 6** Leitfaden Steuerrecht
- **M 7** Mitteilung an den Arzt
- **M 8** Praxismarketing
- **M 9** Praxisprüfungen
- **M 10** Rundfunkgebühren und GEMA
- **M 11** Fortbildungsverpflichtung
- **M 12** Behandlung ohne ärztliche Verordnung
- **M 13** Datenschutz
- **M 13a** Mustervertrag Auftragsverarbeitung
- **M 13b** Datenschutzkonforme Übermittlung - Faxen? Aber sicher!
- **M 14** Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung
- **M 15** Aufbewahrungsfristen
- **M 16** Bausteine Öffentlichkeitsarbeit
- **M 17** Aushangpflichtige Gesetze
- **M 18** Mustervertrag Gemeinschaftspraxis
- **M 19** Mustervertrag Praxismgemeinschaft
- **M 20** Mustervertrag Partnerschaftsgesellschaft
- **M 21** Verordnungsvordruck beschränkter HP
- **M 22** MRSA-Patienten in PT-Praxen
- **M 23** Patientenrechtegesetz
- **M 24** Muster Patienteneinwilligung Mailingaktionen
- **M 25** Mustervertrag Betriebliche Gesundheitsförderung

**Wellness + Prävention (W)**

- **W 1** IFK-Wellnessmarke PhysioBalance
- **W 2** Präventives Gerätetraining
- **W 3** Finanzierung von Präventionsangeboten
- **W 4** PhysioPlus

**Patienteninfo (I)**

- **I 1** Was ist Physiotherapie?
- **I 2** Zuzahlungsregelung
- **I 3** Wahltarife
- **I 4** Heilmittel-Richtlinie
- **I 5** Asthma
- **I 6** Schlaganfall
- **I 7** Parkinson
- **I 8** Künstliches Schultergelenk
- **I 9** Behinderungen
- **I 10** Osteoporose
- **I 11** Nordic Walking
- **I 12** Gesunder Rücken
- **I 13** CMD
- **I 14** Kopfschmerz
- **I 15** Aquagymnastik
- **I 16** Unfallverhütung für Kinder
- **I 17** Fußdeformitäten
- **I 18** Krebspatienten
- **I 19** Demenz
- **I 20** KiSS-Kinder
- **I 21** Tinnitus
- **I 22** Schleudertrauma
- **I 23** Beckenbodentraining
- **I 24** Bobath-/Vojta-Therapie
- **I 25** Morbus Bechterew
- **I 26** Muskelverspannung
- **I 27** Genehmigung von Heilmittelverordnungen

■ = **aktualisiert** ■ = **neu**

\* Online ausdrucken oder kostenpflichtig als Block bestellen.

**exklusiv + kostenlos  
Bestellung an:**

**Bundesverband selbstständiger  
Physiotherapeuten – IFK e. V.**  
**Gesundheitscampus-Süd 33 | 44801 Bochum**  
**Tel. 02 34 977 45-0 | Fax 02 34 977 45-45**  
**E-Mail: ifk@ifk.de | Internet: www.ifk.de**

Bitte senden Sie die Unterlagen an:

E-Mail

Name, Vorname

Straße

PLZ | Ort

## ■ Fortbildungspunkte:

Der IFK hat nach sorgfältiger Prüfung durch seinen Fachausschuss Fortbildung/Wissenschaft die im Rahmen der Fortbildungspflicht anererkennungsfähigen Kurse mit Punkten belegt. Diese sind im Fortbildungsprogramm mit dem entsprechenden Punktesymbol gekennzeichnet. Wir weisen aber ausdrücklich darauf hin, dass zum Zeitpunkt der Drucklegung eine einheitliche Entscheidung auf Spitzenverbandsebene über die vollständige Anerkennung von Kursen noch nicht getroffen war. Änderungen im Einzelfall sind daher möglich. Für alle bis zum 01.01.2008 Zugelassenen/fachlichen Leiter endete der zweite vierjährige Betrachtungszeitraum am 31.12.2015. Bis dahin mussten in anererkennungsfähigen Veranstaltungen 60 Fortbildungspunkte gesammelt werden. Auf diesen Betrachtungszeitraum bis zum 31.12.2015 können Fortbildungen angerechnet werden, die ab dem 01.01.2012 begonnen wurden. Für alle nach dem 01.01.2008 Zugelassenen/fachlichen Leiter endet der Betrachtungszeitraum vier Jahre nach Zulassungsbeginn. Bis dahin sind in anererkennungsfähigen Veranstaltungen ebenfalls 60 Punkte zu sammeln. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum ist nicht möglich.

## Neurologische Konzepte

### 1.1.1 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18 Bobath-Grundkurs

#### (Erwachsenen IBITA anerkannt)

Bobath-Grundkurs in der Befundaufnahme und Behandlung Erwachsener mit neurologischen Erkrankungen. Es werden Kenntnisse und praktische Fertigkeiten erworben, um Patienten zu befunden und zu behandeln. Dies ermöglicht den Patienten, einen Gewinn an Alltagsfähigkeiten, Kompensation zu minimieren und ihr Bewegungspotential auszuschöpfen.

#### Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt. Nachweis über ein Jahr Berufserfahrung in Vollzeitbeschäftigung nach Abschluss der Ausbildung. Als anrechenbare Berufserfahrungszeiten gelten Tätigkeiten mit mindestens einem Umfang von 15 Wochenarbeitsstunden. Teilzeitbeschäftigungen werden entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit berücksichtigt. Arbeit mit neurologischen Patienten nach Schädigung des ZNS (auch zwischen den Kursteilen).

Termine: Kurs 5 (Puschnerus)  
Teil 1: 26.08.2019 – 30.08.2019  
Teil 2: 21.10.2019 – 25.10.2019  
Teil 3: 20.01.2020 – 24.01.2020

Kurs 6 (Weis)  
Teil 1: 07.10.2019 – 14.10.2019  
Teil 2: 15.02.2020 – 21.02.2020

Kurs 7 (Selz)  
Teil 1: 21.10.2019 – 25.10.2019  
Teil 2: 02.12.2019 – 06.12.2019  
Teil 3: 20.02.2020 – 24.02.2020

Kurs 9 (Weis)  
Teil 1: 07.12.2019 – 09.12.2019  
Teil 2: 12.01.2020 – 16.01.2020  
Teil 3: 01.03.2020 – 03.03.2020  
Teil 4: 26.04.2020 – 30.04.2020

Ort: Bochum

Referentinnen: Bettina Weis, PT, Bobath-IBITA-Instruktorin Evelyn Selz, PT, Bobath-IBITA-Instruktorin, Carmen Puschnerus, PT, Bobath-IBITA-Instruktorin

Kosten: 1.437,00 EUR (M) | 1.642,00 EUR (NM)  
(gesamt/pro Kurs)

UE: 150 (pro Kurs, Kurse 5, 6, 7)  
160 (Kurs 9)

F-Punkte 150 (pro Kurs, Kurse 5, 6, 7)  
160 (Kurs 9)

Die Kurse bestehen aus 2, 3 oder 4 Kursteilen und können nur zusammenhängend gebucht und belegt werden.

### 1.1.2 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18 Bobath-Refresher-Kurs

Zweitägiger Kurs für Absolventen eines Bobath-Grundkurses. Dieser Kurs dient dazu, die eigenen Fähigkeiten zur Problemlösung in der Behandlung neurologischer Patienten aufzufrischen und zu erweitern und das Wissen über die Pathophysiologie neurologischer Erkrankungen zu vertiefen bzw. zu aktualisieren.

#### Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Zertifikat Bobath-Grundkurs.

Termin: 24.10. – 25.10.2019

Referentin: Bettina Weis, PT,  
Bobath-IBITA-Instruktorin

Ort: Bochum

Kosten: 170,00 EUR (M) | 195,00 EUR (NM)

UE: 17

F-Punkte: 17

### 1.1.4 Info: Gabriele Weuthen: 0234 977 45-29 Bobath-Refresher-Kurs für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Dieser Refresherkurs dient dazu, das eigene therapeutische Vorgehen zu überdenken und mit neuem Wissen und Erfahrungen zu bereichern. Die einzelnen Inhalte werden in Theorie und Praxis bearbeitet und Erfahrungen ausgetauscht. Das Mitbringen einer Videosequenz mit einer Fragestellung ist ausdrücklich erwünscht.

## ■ Weitere Informationen

In unserem Fortbildungsprogramm 2018/2019, das Sie kostenlos in unserer Geschäftsstelle anfordern können und im Internet unter [www.ifk.de](http://www.ifk.de) finden Sie weitere Informationen zu den angebotenen Fortbildungen. Mit dem kostenlosen Fortbildungsnewsletter erhalten Sie aktuelle Hinweise und Infos über innovative Fortbildungen per E-Mail. Einfach eintragen unter [www.ifk.de/fortbildung](http://www.ifk.de/fortbildung).

Teilzahlungen für kostenintensive Fortbildungen sind auf Anfrage möglich!

#### Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Zertifikat Bobath-Grundkurs-Kinder.

Termin: 21.09. – 25.09.2019

Referentin: Friederike Pust, PT,  
Bobath-Lehrtherapeutin

Ort: Bochum

Kosten: 400,00 EUR (M) | 460,00 EUR (NM)

UE: 40

F-Punkte: 40

### 1.2 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18 PNF – Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation

Die Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation dient nicht nur der Behandlung von zentralen und peripheren Bewegungsstörungen, sondern kann in allen Bereichen der Physiotherapie, auch in der Orthopädie und Traumatologie eingesetzt werden. Das gestörte Bewegungsverhalten des Patienten wird über Muskelsynergien, welche propriozeptiv, exterozeptiv und telerezeptiv stimuliert werden, beeinflusst. Bewegungsstrategien des Patienten werden durch den Einsatz von evidenzbasierten Techniken und Behandlungsprinzipien des PNF-Konzeptes angebahnt. In Bezug auf aktuelle Literatur und neurowissenschaftliche Erkenntnisse stellt das PNF-Konzept einen Zugang auf allen Ebenen der ICF (Internationale Klassifikation von Funktionen der WHO) dar.

#### Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt. Außerdem benötigen wir einen Nachweis über ein Jahr Berufserfahrung in Vollzeit nach Abschluss der Ausbildung (keine selbst ausgestellten Bescheinigungen). Als anrechenbare Berufserfahrungszeiten gelten Tätigkeiten mit mindestens einem Umfang von 15 Wochenarbeitsstunden. Teilzeitbeschäftigungen werden entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit berücksichtigt.

Termine: Kurs 5 (Müßigbrod)\*  
Teil I: 04.09. – 08.09.2019 und  
Teil II: 06.11. – 10.11.2019 und  
Teil III: 13.05. – 17.05.2020

\* bereits ausgebucht, Warteliste möglich

Kurs 6 (Engelbach)  
 Teil I: 01.10. - 05.10.2019 und  
 Teil II: 01.11. - 05.11.2019 und  
 Teil III: 05.05. - 09.05.2020

Ort: Bochum

Referenten: Ulrich Engelbach, PT/HP, PNF- Instructor/  
 Fachlehre, Instructor Neurorehabilitation  
 Anke Müßigbrod, PT, IPNFA®-Advanced-  
 Instruktorin, anerkt. PNF-Fachlehrerin

Kosten 1.320,00 EUR (M) | 1.400,00 EUR (NM)  
 (gesamt/pro Kurs): inkl. Prüfungsgebühr (gesamt)

UE: 150 (gesamt/pro Kurs)  
 F-Punkte: 150 (gesamt/pro Kurs)

Ein gesamter Kurs besteht aus drei Teilen, die nur zusam-  
 menhängend gebucht werden können (als Block). Verschie-  
 bungen und Umbuchungen der einzelnen Module sind  
 regulär nicht möglich.

**1.3** Info: Sebastian Neuhaus: 023497745-18  
**Vojta-Workshops**  
 Workshop 9 (2019)  
 Die Behandlung von Asymmetrien unterschiedlicher  
 Genese im Säuglings- und Kindesalter mit der Reflexloko-  
 motion nach Vojta

Teilnahmevoraussetzung:  
 Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 21.09. -22.09.2019

Referentin: Ute Westerfeld, Vojta-Lehrtherapeutin, Mit-  
 glied der IVG e. V.

Ort: Bochum

Kosten: 155,00 EUR (M) | 180,00 EUR (NM)  
 UE: 16  
 F-Punkte: 16

**1.4.3** Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18  
**Neurorehabilitation**  
**Kurs: Rehabilitationsphase**  
 Das Modul beinhaltet objektive Messungen zur Doku-  
 mentation, Handlungsempfehlungen und Therapiestrategien  
 für Patienten mit Neglect-/Pushersymptomatik,  
 Schädelhirntrauma/Vigilanzstörung, Geriatrische Patien-  
 ten/Demenz.

Teilnahmevoraussetzung:  
 Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 09.12. - 12.12.2019

**Kurs: Neurotrainer**  
 Patienten mit neurologischen Erkrankungen, die Selbst-  
 ständigkeit in ihrem Alltag wiedererlangt haben, benötigen  
 für ihre Körperstrukturen kontinuierlich Trainingsreize, damit  
 diese so gut wie möglich funktionieren können. In der Klein-  
 gruppe (in einem sozialen Kontext) können Trainingserfolge  
 erlebt werden, wodurch Patienten motiviert bleiben.

Teilnahmevoraussetzung:  
 Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 06.08. - 09.08.2020

Ort: Bochum

Referenten: Renata Horst, M.Sc. (Neurorehabilitation)  
 PT-OMT, ltd. N.A.P.-Instruktorin, internatio-  
 nale PNF-Instruktorin, Instruktorin und  
 Supervisorin Neurologische Rehabilitation/  
 Lehrteam N.A.P. Akademie

Kosten (pro Kurs): 465,00 EUR (M) | 495,00 EUR (NM)  
 UE: 40 (pro Kurs)  
 F-Punkte: 40 (pro Kurs)

**1.4.4** Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46  
**Physiotherapeutische Behandlung bei Querschnittslähmung**  
 Die Behandlung querschnittsgelähmter Patienten unter-  
 scheidet sich grundlegend von der Therapie anderer zentraler  
 Lähmungsbilder. Hier steht nicht nur die Wiederherstellung  
 gestörter Motorik im Vordergrund, sondern auch das Erlernen  
 von neuen kompensatorischen Bewegungsmustern. Dieser Kurs  
 soll das nötige theoretische Wissen über die speziellen patho-  
 physiologischen Grundlagen sowie deren Auswirkungen vermitteln  
 und praktische Handlungskompetenzen erarbeiten. Dazu gehört  
 insbesondere die Fähigkeit, Transfertechiken individuell auf  
 den Betroffenen zuzuschneiden und vermitteln zu können.  
 Darüber hinaus soll ein Überblick über neue Entwicklungen  
 in der Therapie, wie dem Einsatz von Robotik, gegeben werden.

Teilnahmevoraussetzung:  
 Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 21.09. - 22.09.2019  
 Ort: Bochum

Termin: 10.10. - 11.10.2019  
 Ort: München

Referent: Wilfried Mießner, B.A., PT

Kosten (pro Kurs): 180,00 EUR (M) | 200,00 EUR (NM)  
 UE: 20 (pro Kurs)  
 F-Punkte: 20 (pro Kurs)

**Manualtherapeutische Konzepte**

**2.1** Info: Gabriele Weuthen: 0234 977 45-29  
**Manuelle Therapie in Bad Nauheim**  
**Zertifikatsausbildung MT – SAMPT**  
**Science & Art Muskuloskelettaler Physiotherapie**  
 Die Beschreibung der Fortbildung sowie deren Inhalte finden  
 Sie in der aktuellen Fortbildungsbroschüre oder im Internet  
 unter [www.ifk.de](http://www.ifk.de).

Teilnahmevoraussetzung:  
 Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
 Prüfungsvoraussetzung: Schriftlicher Befund.

Termine: Modul 6 09.07. - 12.07.2019  
 Modul 4 27.08. - 30.08.2019  
 Modul 2 10.09. - 13.09.2019  
 Prüfung 12.10.2019  
 Modul 1 01.10. - 04.10.2019  
 Modul 7 08.10. - 11.10.2019

Modul 5 05.11. - 08.11.2019  
 Modul 3 10.12. - 13.12.2019

Fortbildungs-  
 leitung: Klaus Orthmayr, PT, Fachlehrer MT,  
 MManipTh (AU) | u. a.

Ort: Bad Nauheim

Kosten (pro Kurs): 320,00 EUR (M) | 380,00 EUR (NM)  
 \*Prüfung: 160,00 EUR (M) | 190,00 EUR (NM)  
 UE: 40 (pro Kurs) | \* keine UE für Prüfung  
 F-Punkte: 40 (pro Kurs) | \* keine FP für Prüfung

Die Reihenfolge der Module ist verbindlich. Doctor's  
 day kann frei zwischen Modulen 1-7 belegt werden.  
 Der Abstand zwischen den einzelnen Modulen soll  
 mindestens drei Monate betragen. Die Fortbildung  
 sollte innerhalb von vier Jahren abgeschlossen wer-  
 den. Die Abschlussprüfung kann frühestens nach zwei  
 Jahren erfolgen.

**2.3** Info: Gabriele Weuthen: 0234 977 45-29  
**Manuelle Therapie in Bochum**  
**Manual Therapy Education –**  
**Zertifikatsausbildung MT**

Die Beschreibung der Fortbildung sowie deren Inhalte  
 finden Sie in der aktuellen Fortbildungsbroschüre oder im  
 Internet unter [www.ifk.de](http://www.ifk.de).

Teilnahmevoraussetzung:  
 Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
 Prüfungsvoraussetzung: Absolvierte MTE-Zertifikatsaus-  
 bildung bzw. derzeit Absolvent der Fortbildungsreihe,  
 schriftlicher Befund.

Termine: OK II 08.07. - 11.07.2019  
 OK I 13.08. - 16.08.2019  
 UK II 20.08. - 23.08.2019  
 OK IV 03.09. - 06.09.2019  
 OK III 17.09. - 20.09.2019  
 UK I 24.09. - 27.09.2019 \*  
 UK III 08.10. - 11.10.2019  
 Prüfung\*\* 16.11. - 17.11.2019  
 UK II 23.11. - 26.11.2019  
 OK II 27.11. - 30.11.2019  
 OK IV 03.12. - 06.12.2019  
 OK I 10.12. - 13.12.2019  
 \* ausgebuht

Fortbildungs-  
 leitung: Torsten Kristant, PT, MT, Fachlehrer MT,  
 Ausbildungsleiter MTE u. a.

Ort: Bochum

Kosten (pro Kurs): 320,00 EUR (M) | 380,00 EUR (NM)  
 \*\* (Prüfung) 240,00 EUR (M) | 285,00 EUR (NM)

UE: 40 (pro Kurs) | 15 (pro Klinikkurs) |  
 \*\*keine UE für Prüfung  
 F-Punkte: 40 (pro Kurs) | 15 (pro Klinikkurs) |  
 \*\*keine UE für Prüfung

**2.5** Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18  
**Manuelle Therapie in Soltau**  
 Teilnahmevoraussetzung:  
 Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
 Prüfungsvoraussetzung: Schriftlicher Befund.

Termine:	Prüfung* 22.08. – 23.08.2019
	WM 05.09. – 08.09.2019
	W1 19.09. – 22.09.2019
	E1 07.11. – 10.11.2019
	EM 14.11. – 17.11.2019
	Prüfung* 05.12. – 06.12.2019

Referenten: Martin Thiel, M.Sc., OMT, PT, Fachlehrer MT/OMT | Anna Prylowski, M.Sc., OMT, PT, Fachlehrer MT | Steffen Geißler, M.Sc., OMT, PT, Fachlehrer MT  
Michael Scherff, OMT, PT, Fachlehrer MT  
André Wolter, OMT, PT, Fachlehrer MT

Ort: Soltau

Kosten (pro Kurs): 280,00 EUR (M) | 330,00 EUR (NM)  
62,00 EUR (M) Nachprüfung  
77,00 EUR (NM) Nachprüfung

UE: 37 (pro Kurs) \*keine UE für Prüfung  
F-Punkte: 37 (pro Kurs) \*keine FP für Prüfung

## 2.6 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46

### Manuelle Therapie nach dem Maitland®-Konzept

#### Einführung in das Maitland®-Konzept (Level 1)

Das manuelle Therapie Maitland-Konzept ist eine praktische Strategie der manuellen Therapie zur Befundaufnahme und Behandlung von Funktionsstörungen im Gelenk, Muskel und Nervensystem. Die Anwendung der Techniken im Maitland-Konzept basieren auf dem Clinical Reasoning unter Einbezug der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Die Besonderheit des Konzepts liegt in der Verknüpfung individueller und angepasster Befunderhebung, der Behandlung des Patienten mit klinischen Erfahrungen des Therapeuten und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Neben den passiven Gelenkmobilisationen und -manipulationen an den Extremitäten und der Wirbelsäule werden neurodynamische Techniken, Muskeltechniken und individuell adaptierte Heimprogramme eingesetzt. Im Lehrgang behandelst Du unter Supervision Patienten. Weiterhin werden Patienten durch die Kursleitung behandelt.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termine:	Teil I 29.09. – 03.10.2019 und
	Teil II 12.11. – 16.11.2019 und
	Teil III 15.02. – 19.02.2020 und
	Teil IV 29.04. – 03.05.2020

Referent: Birgit Ferber-Busse, Senior-IMTA-Teacher

Ort: Bochum

Kosten (gesamt): 1.980,00 EUR (M) | 2.280,00 EUR (NM)  
UE: 213 (gesamt)  
F-Punkte: 213 (gesamt)

Ein gesamter Kurs besteht aus vier Teilen, die nur zusammenhängend gebucht werden können. Videoclips mit Untersuchungs- und Behandlungstechniken werden während des Seminars kostenfrei als Download zur Verfügung gestellt. Teilnehmer sollten in diesem Kurs eigene Patienten nach rechtzeitiger, vorheriger Absprache mit der IFK-Geschäftsstelle vorstellen!

## Aufbaukurs Manuelle Therapie nach dem Maitland®-Konzept (Level 2A)

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
4-wöchige Kursteilnahme am Grundkurs Manuelle Therapie Maitland (Level 1).

Termin: auf Anfrage

Referenten: Prof. Dr. Harry von Piekartz, Senior-Teacher IMTA | Birgit Ferber-Busse, Senior-Teacher IMTA

Ort: Bochum

Kosten (gesamt): 1.230,00 EUR (M) | 1.350,00 EUR (NM)  
UE: 107 (gesamt)  
F-Punkte: 107 (gesamt)

## 2.7 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46

### MULLIGANconcept®

#### „Mobilisation with movement“ (Modul 1+2)

Das Mulligan-Concept®, benannt nach dem neuseeländischen Physiotherapeuten Brian Mulligan, ist ein modernes und evidenzorientiertes Konzept in der Behandlung von Patienten mit neuromuskuloskelettalen Beschwerden. In zahlreichen Studien wurde die Wirksamkeit der Techniken bereits nachgewiesen. Die Kombination von passiver Mobilisation durch den Therapeuten und aktiver Bewegung des Patienten, die sog. „Mobilisation with Movement (MWM)“ hat einen positiven Einfluss auf struktureller und neurophysiologischer Ebene. Vor allem bei der Behandlung des Tennisellenbogens und bei zervikogenen Kopfschmerzen und Schwindel stellt die Therapie nach dem Mulligan-Konzept den „state-of-the-art“ dar.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 30.08. – 01.09.2019 (Modul 1)

Referent: Dr. Claus Beyerlein, PT, OMT-DVMT, MManipTh (Curtin University Perth/AUS), akkred. Mulligan Instruktor (MCTA), Dipl.-Sportwissenschaftler

Ort: Bochum

Kosten: 370,00 EUR (M) | 400,00 EUR (NM)  
UE: 27  
F-Punkte: 27

Kursaufbau: Mulligan Modul 1 (Einführung, HWS, Obere Extremität) | Mulligan Modul 2 BWS/LWS, Untere Extremität) | Mulligan Modul 3 (Refresher/Prüfung)

## 2.8 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18

### DFOMT-OMT-Fortbildungen in Hamburg

Die Fortbildung der Deutschen Fachgruppe für Orthopädische Manuelle/Manipulative Therapie e. V. (DFOMT) zum Orthopädisch Manipulativen Therapeuten (OMT) erfüllt alle qualitativen und quantitativen Kriterien des anerkannten Weltverbands (WCPT) sowie dessen Untergruppe IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physiotherapists). Diese Fortbildung wird durch die IFOMPT kontrolliert, evaluiert und

standardisiert, so dass sie das höchste fachliche Niveau eines Manualtherapeuten repräsentiert. Der erfolgreiche Abschluss berechtigt den Physiotherapeuten zum Führen der international gültigen Zusatzbezeichnung OMT (engl.: Orthopaedic Manipulative Therapist). Da der DFOMT-OMT Abschluss international gültig ist, können die Absolventen weltweit an allen OMT Fortbildungen und Veranstaltungen teilnehmen. Der PT OMT ist Spezialist in der Befundung und Behandlung des neuro-muskulo-skelettalen Systems bei allen Patienten. Aus diesem Grund ist er in der Lage, eine strukturierte und systematische Untersuchung mit folgender Behandlung zu planen, durchzuführen und zu dokumentieren. Aufgrund dieser analytischen Vorgehensweise werden definitiv die individuellen Bedürfnisse und Krankheitsverläufe des Patienten berücksichtigt.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
MT-I-Zertifikat. MT-Absolventen anderer Weiterbildungsstätten werden maximal 260 Unterrichtseinheiten anerkannt. Fehlende Unterrichtsinhalte müssen nachgeholt werden.

Termine:	BWS 15.08. – 18.08.2019
	Technik 03.10. – 06.10.2019
	Viscerale 31.10. – 03.11.2019
	Prüfung 30.11. – 01.12.2019

Referenten: Martin Thiel M.Sc., OMT, PT, Fachlehrer MT/OMT, u. a.

Ort: Hamburg

Kosten (pro Kurs): 330,00 EUR (M) | 380,00 EUR (NM)

UE: 34 (pro Kurs)  
F-Punkte: 34 (pro Kurs)

## 2.9 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18

### DFOMT-OMT-Fortbildungen in Hamburg

#### DFOMT-Mentored Clinical Practice (MCP)

Das MCP ist ein individuelles Mentoring des Physiotherapeuten durch fachlich versierte Mentoren während seiner Befundung und Behandlung von Patienten unter der Berücksichtigung des „clinical reasoning“. Der Schwerpunkt hierbei ist die richtige praktische Umsetzung der patientenzentrierten Anwendung aller Aspekte der OMT, namentlich dem Befund, der Beurteilung, der Planung und der Behandlung von Patienten sowie deren korrekter Dokumentation. Dabei werden Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen des Patienten berücksichtigt und das eigene Handeln fachlich reflektiert. Aus den gewonnenen Daten erstellt der Teilnehmer einen patientenzentrierten Managementplan, der eine Kooperation mit anderen Beteiligten wie Ärzten und Krankenkassen im Gesundheitssystem ermöglicht.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Weiterbildung zum DFOMT-OMT.

Termin: 02.09.– 06.09.2019

Fortbildungs- Martin Thiel M.Sc., OMT, PT, Fachlehrer  
leitung: MT/OMT

Kosten (pro Kurs): 700,00 EUR



## 2.11 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Triggermanipulation und Athromuskuläre Programmierung TAP

25 Jahre Lehrerfahrung garantieren einen praxisnahen und wissenschaftlichen Bezug. Diese beiden manuellen Techniken gehören zu den wirksamsten Anwendungen in der Physiotherapie. Anhand ausgewählter praxisrelevanter Pathologien wird aufgezeigt, wie diese Techniken effektiv angewendet und verzahnt werden können und wo deren Grenzen liegen.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 09.09. – 11.09.2019

Ort: Bochum

Referenten: Thomas Widmann, PT, MT, univ. MAS, Fachlehrer MT u. a.

Kosten: 312,00 EUR (M) | 384,00 EUR (NM)

UE: 30

F-Punkte: 30

## 2.12 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Craniomandibuläre Dysfunktion

CranioConcept®-Ausbildungsziele: Integration verschiedener Untersuchungs- und Behandlungskonzepte in eine ganzheitliche Betrachtungsweise zur Behandlung der Craniomandibulären Dysfunktionen (CMD). Ziel: Erfolgreiches physiotherapeutisches Management der Craniomandibulären Dysfunktion in Zusammenarbeit mit der Zahnmedizin.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt/ Zahnarzt. Von Vorteil wäre eine berufliche Praxiserfahrung von mindestens 2 Jahren.

Termin: Basic: 23.08. – 25.08.2019

Advanced-2: 09.11. – 11.11.2019

Advanced-1: 01.11. – 03.11.2019

Advanced-2: 21.02. – 23.02.2020

Ort: Hannover

Termin: Advanced-1: 09.08. – 11.08.2019

Advanced-2: 08.11. – 10.11.2019

Ort: Berlin

Termin: Basic: 18.10. – 20.10.2019

Advanced-1: 07.02. – 09.02.2020

Advanced-2: 19.06. – 21.06.2020

Ort: München

Dozenten: Prof. Dr. Matthias Fink | Matthias Löber, PT, OMT | Daniel Schulz, PT, OMT

Kosten (pro Kurs): Basic/Advanced/Master:

Physiotherapeuten

395,00 EUR (M) | 445,00 EUR (NM)

Ärzte/Zahnärzte

540,00 EUR (M) | 595,00 EUR (NM)

UE: 25 (pro Kurs) | \*34 (pro Kurs)

F-Punkte: 25 (pro Kurs) | \*34 (pro Kurs)

Die Reihenfolge: CMD-Basic, CMD-Advanced-1, CMD-Advanced-2 ist verbindlich. Die Reihenfolge der Masterkurse ist frei wählbar. Sämtliche Module (Basic, Advanced-1, Advanced-2) müssen einzeln gebucht werden. Die ausgeschriebenen Kursreihen sind als Vorschläge zu betrachten.

## 2.13 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 CMD-Physiotherapeutische Diagnostik und Therapie der Kiefer- und Zervikalregion

Schmerzen in Verbindung mit der Gesichts-, Kopf- und Nackenregion werden interdisziplinär diagnostiziert und therapiert. Insbesondere Patienten mit Kiefergelenks- und Kopfschmerzen werden zur konservativen Therapie überwiesen. Für welche Patienten ist Physiotherapie/ Manuelle Therapie effektiv und für welche nicht? Wie sieht eine analytische physiotherapeutische Diagnostik aus? Wie differenziere ich die craniomandibuläre zur kraniozervikalen Region? Welche Aspekte kennzeichnen eine effektive Therapie?

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: Teil I: 14.10. – 17.10.2019

Referent: Torsten Kristant, PT, MT, Fachlehrer MT, Ausbildungsleiter MTE

Ort: Bochum

Kosten (pro Kurs): 340,00 EUR (M) | 380,00 EUR (NM)

UE: 30 (pro Kurs)

F-Punkte: 30 (pro Kurs)

Die Kursreihenfolge ist verbindlich: Teil I, Teil II.

## 2.14 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Manuelle Therapie und Kopfschmerzen

Patienten, die unter Kopfschmerzen leiden, sind eine besondere Herausforderung im klinischen Alltag. Aber wie können wir zwischen zervikogenen Kopfschmerzen, Migräne, Spannungskopfschmerzen und kontraindizierten Verhältnissen differenzieren? Viele Symptome sind identisch, Kopfschmerzarten ändern sich im Laufe der Zeit, manche Patienten leiden unter mehreren Kopfschmerzarten. In diesem Kurs wird die aktuelle Klassifikation der International Headache Society (IHS) vorgestellt, die relevante physiotherapeutische Forschung präsentiert und mit Hilfe von Fallstudien Lösungsstrategien der evidenzbasierten manualtherapeutischen Diagnostik und Therapie aufgewiesen.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 04.10. – 06.10.2019

Referent: Torsten Kristant, PT, MT, Fachlehrer MT, Ausbildungsleiter MTE

Ort: Bochum

Kosten: 320,00 EUR (M) | 340,00 EUR (NM)

UE: 25

F-Punkte: 25

## MTT/KG-Gerät

## 3.1 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 KGG-Gerätegestützte Krankengymnastik in Hattingen

Medizinisches Training dient der konsequenten Weiterführung therapeutischer Interventionen zur Rehabilitation und Prävention. 25 Jahre Lehrerfahrung garantieren einen

praxisnahen und wissenschaftlichen Bezug. Optional ist eine Aufbaufortbildung in pathologieorientierter Trainings-therapie zur Vervollständigung Ihrer Kompetenz als Experte in der medizinischen Trainingswissenschaft möglich.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termine: Teil I 16.11. – 17.11.2019 und

Teil II 07.12. – 08.12.2019

Referenten: Thomas Widmann, PT, MT, univ. MAS, Fachlehrer MT u. a.

Ort: Hattingen

Kosten (pro Kurs): 320,00 EUR (M) | 380,00 EUR (NM)

UE: 40 (Teil I/II jeweils 20) (pro Kurs)

F-Punkte: 40 (Teil I/II jeweils 20) (pro Kurs)

Die Kursteile I und II sind nur zusammenhängend buchbar.

## Manuelle Lymphdrainage

## 4.1 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Manuelle Lymphdrainage/Komplexe Physikalische Entstauungstherapie

Das Lymphologic®-Team führt seit 17 Jahren die Weiterbildung Manuelle Lymphdrainage/Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (ML/KPE) erfolgreich durch. Der Unterrichtsstoff wird durch den Einsatz moderner Medientechnik einprägsam und anschaulich vermittelt. Auch nach erfolgreich beendeter Prüfung stehen wir Ihnen jederzeit für Fachfragen zur Verfügung.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Masseur/med. Bademeister.

Termine: Teil I\*\* 09.09. – 20.09.2019 und

Teil II\*\* 11.11. – 22.11.2019

\*\* Wochenenden sind unterrichtsfrei

Referenten: Oliver Gültig, Lymphologic® med. Weiterbildungs GmbH-Lehrerteam

Ort: Bochum

Kosten (gesamt): 1.300,00 EUR (M) | 1.400,00 EUR (NM)

UE: 170 (gesamt)

F-Punkte: 170 (gesamt)

Die Kursteile I und II sind nur zusammenhängend buchbar.

## Prävention

## 5.2 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Aquagymnastik

Aquagymnastik fördert schonend die Beweglichkeit der Gelenke, da der Bewegungsapparat im Wasser entlastet wird. Sie eignet sich hervorragend zum Regenerationstraining nach Verletzungen und hat einen festen Platz im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Kuration. Aquagymnastik lindert Beschwerden bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

Osteoporose und wird bei Rheuma und Asthma sowie bei Schwangeren, Älteren, Untrainierten und Übergewichtigen eingesetzt.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 15.11. – 16.11.2019

Referent: Alexandra Drauwe, PT

Ort: Wuppertal

Kosten: 160,00 EUR (M) | 195,00 EUR (NM)  
UE: 16  
F-Punkte: 16

### 5.3 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Betrieb in Bewegung

Da die Gesundheit von Arbeitnehmern zunehmend an Bedeutung gewinnt, sollten sich Physiotherapeuten diesen Markt als zusätzliche Einnahmequelle sichern. Der IFK hat ein praxisnahes Konzept zur Umsetzung von Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Verhaltens- und Verhältnisprävention entwickelt, das somit dem Leitfadens Prävention zur Umsetzung des § 20a SGB V entspricht. Ein neues „Baukastensystem“ ermöglicht eine individuelle Anpassung an die Bedingungen unterschiedlicher Produktions- und Dienstleistungsunternehmen. Damit kann das neue System in kleinen, mittleren und Großbetrieben eingesetzt werden. Das Ziel, möglichst viele Mitarbeiter zu einem gesunden, bewegten Lebensstil zu motivieren sowie ihre gesundheitsfördernden Ressourcen zu stärken, ist durch diesen modularen Aufbau erreichbar. Weitere Informationen können Sie vorab gerne anfordern.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut. Gültige KddR-Lizenz als Rückenschulinstruktor. Die Teilnahme an diesem Kurs ist nur für IFK-Mitglieder und deren Angestellte möglich.

Termin: 01.11. – 03.11.2019

Ort: Bochum

Referenten: Alexandra Drauwe, PT  
Andrea Schlicker, M.A., PT  
Jesco Schiebener, PT

Kosten: 320,00 EUR (M)  
UE: 24  
F-Punkte: 22

### 5.6 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Nordic Walking

#### Basisausbildung für Physiotherapeuten

In der Nordic Walking-Basisausbildung geht es um die gesundheitsbezogene Vermittlung von Nordic Walking. Dabei stehen vor allem die funktionell-orthopädischen Gesichtspunkte und die Ortho-Med-Technik des DWI im Vordergrund. Außerdem wird ein Pro und Contra von Nordic Walking diskutiert. Anhand einer Modellstunde wird das wissenschaftlich evaluierte Nordic Walking-Konzept des DWI vorgestellt.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 23.08. – 24.08.2019

Referent: Tim Stratmann, M.A. Sportwissenschaft

Ort: Bochum

Kosten: 195,00 EUR (M) | 215,00 EUR (NM)  
UE: 16  
F-Punkte: 16

#### Nordic Walking Refresher

Trägheit schadet auch der geistigen Gesundheit: Wer sich zu wenig bewegt, vermindert nicht nur seine geistige Leistungsfähigkeit, sondern hat neuen Studien zufolge ein weit höheres Risiko, an Depressionen, Demenz, Alzheimer oder Parkinson zu erkranken. Umgekehrt erweist sich Sport als die beste Medizin, um Hirnleiden und z. T. auch psychosomatische Erkrankungen zu behandeln.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Nordic-Walking-Basisausbildung.

Termin: 25.08.2019

Referent: Tim Stratmann, M.A. Sportwissenschaft

Ort: Bochum

Kosten: 195,00 EUR (M) | 215,00 EUR (NM)  
UE: 16  
F-Punkte: 16

### 5.7 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Pilates Mattenaus- bildung in der Physiotherapie

Die Fortbildung richtet sich an Physiotherapeuten, die das Polestar-Pilates-Konzept in ihrer Einrichtung erfolgreich umsetzen möchten. Es werden Pilates-Mattenübungen in ihrer direkten Anwendung im Bereich Prävention und Rehabilitation in drei Niveaus kennengelernt. Indikations-spezifische Trainingsplanung und Gruppenplanung, -didaktik und -durchführung.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Nachweis über 25 Zeit-Stunden Pilates-Trainingserfahrung vor oder zwischen den Kursteilen. Teil II: Teilnahme an Teil I; Teil III Teilnahme an den Teilen I und II.

Termin: Teil III: 16.09. – 18.09.2019\*

Referenten: Andreas Wellhöfer | Alexander Bohlander  
Karin Klinke

Ort: Bochum

Kosten (pro Kursteil III\*):  
310,00 EUR (M) | 340,00 EUR (NM)

UE: 28 (Teil III\*)  
F-Punkte: 28 (Teil III\*)

Weitere Informationen zu den Fortbildungen finden Sie in der aktuellen Fortbildungsbroschüre oder im Internet:  
[www.ifk.de/fortbildungen](http://www.ifk.de/fortbildungen)

### 5.8 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Präventionscoach Diabetes mellitus Typ 2

Mit mehr als 7 Millionen Erkrankten in Deutschland, Tendenz steigend, ist der Typ 2 bei Diabetes eine hohe Belastung für das Gesundheitssystem. Die Fortbildung hat das Ziel, Physiotherapeuten für das Thema Diabetes mellitus Typ 2 zu sensibilisieren und zum Präventionsexperten für diese Erkrankung zu machen. Im Rahmen der Diabetes mellitus Typ 2 Prävention bilden die Bewegung und die Ernährung die Basis für eine nachhaltige Minimierung eines Erkrankungsrisikos. Die bereits erfolgreich etablierten Präventionsmaßnahmen wurden zusammen mit einer Diätassistentin und Diabetesberaterin entwickelt. Die Fortbildung zum Präventionscoach Diabetes mellitus Typ 2 beinhaltet neben den möglichen Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Bewegung auch einen Einblick in die Grundlagen der Ernährungstherapie.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 16.11. – 17.11.2019

Referenten: Susanne Hochstrat, Diätassistentin, Diabetesberaterin DDG | Peter Engels, PT, MT

Kosten: 299,00 EUR (M) | 340,00 EUR (NM)

UE: 20  
F-Punkte: 20

### 5.9 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Progressive Muskelrelaxation (PMR)

PMR ist ein Entspannungsverfahren, das an der Willkürmuskulatur ansetzt. Relaxation steht für Entspannung. Progressiv bedeutet, dass der Entspannungszustand Schritt für Schritt aufgebaut wird. Durch die Entspannung der Willkürmuskulatur werden ein tiefgreifendes körperliches Ruhegefühl und dadurch eine mentale Gelassenheit erreicht.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 23.09. – 25.09.2019

Referent: Grazyna Ostermann, HP Psychotherapie, Entspannungs-/Gesundheitspädagogin, Stressmanagementtrainerin, Coach | Ausbildungsteam AHAB-Akademie GmbH

Ort: Bochum

Kosten: 290,00 EUR (M) | 340,00 EUR (NM)

UE: 32  
F-Punkte: 30

### 5.10 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Rückenschulinstruktoren-Fortbildung (KddR-Lizenz)

Die Rückenschulinstruktor-Fortbildung wird nach den neuen Richtlinien und Qualitätsstandards der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) durchgeführt. Zur Erhaltung der Rückengesundheit stehen hierbei der salutogenetische Gedanke sowie biopsychosoziale Aspekte im Vordergrund. Es werden viele Praxisbeispiele gezeigt.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Vor Beginn der Rückenschulinstruktoren-Fortbildung ist es empfehlenswert, zwei Hospitationen à 1 UE in einer Rückenschule zweier verschiedener Leistungserbringer beizuwohnen und den Inhalt, die Methodik und den Verlauf mittels eines Hospitationsberichts zu dokumentieren.

Termin: 04.11. – 09.11.2019

Referenten: Markus Frey, PT, MT, Rückenschullehrer, Sport-PT | Matthias Fenske, PT, MT, Rückenschullehrer, Feldenkraislehrer

Ort: Bochum

Kosten: 430,00 EUR (M) | 510,00 EUR (NM)  
UE: 60  
F-Punkte: 60

**5.11** Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29

### Rückenschul-Refresher-Kurse Feldenkrais in der Rückenschule Übungskurs

In diesem Kurs erlernen Sie eine Vielzahl an Übungsmöglichkeiten mit und ohne Kleingeräten, um wirklich effektiv und zeitgemäß Rückenschulkurse anleiten zu können. Die Übungsbeispiele zielen alle auf die Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit, wie Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer, Koordination, Kondition, Gleichgewicht, Reaktionsfähigkeit hin.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt und eine zum Zeitpunkt des Kurses gültige KddR-Lizenz als Rückenschulinstruktor.

Termin: 05.11. – 06.11.2019

Referent: Markus Frey, PT, MT, Rückenschullehrer, Sport-PT

Ort: Bochum

Kosten: 165,00 EUR (M) | 195,00 EUR (NM)  
UE: 15  
F-Punkte: 15

**5.12** Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29

### Sturzprävention im Alter Grundkurs

Stürze und sturzbedingte Verletzungen bei alten Menschen sind ein aktuelles Thema. Der Grundkurs widmet sich der Sturzprävention durch Bewegungs- und Verhaltensschulung. Besonders das variantenreiche Üben sowohl mit Einzelpersonen als auch mit Gruppen wird erarbeitet. Zusätzlich nimmt die Kurskonzeption einen wichtigen Stellenwert in diesem Kurs ein.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 29.11. – 01.12.2019

Referent: Harald Jansenberger, Sportwissenschaftler, Trainer für Sturzrehabilitation

Ort: Bochum

Kosten: 245,00 EUR (M) | 275,00 EUR (NM)  
UE: 30  
F-Punkte: 30

#### Aufbaukurs

Der Aufbaukurs erweitert das erworbene Wissen zur Sturzprävention. Dabei stehen Angebote zur Sturzprävention für in Institutionen lebende Senioren im Vordergrund. Es werden Erkrankungen und Möglichkeiten der Sturzprävention bei speziellen Zielgruppen betont. Neben der Erweiterung des Übungsspektrums wird ein Falltraining erarbeitet.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Grundkurs Sturzprävention im Alter.

Termin: 02.12. – 03.12.2019

Referent: Harald Jansenberger, Sportwissenschaftler, Trainer für Sturzrehabilitation

Ort: Bochum

Kosten: 198,00 EUR (M) | 228,00 EUR (NM)  
UE: 20  
F-Punkte: 20

### Allgemeine physiotherapeutische Kurse

**6.1** Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29

#### Anatomie am Präparat I + II

Im Rahmen der Fortbildung führen differenzierte anatomische Studien zur Verbesserung der dreidimensionalen anatomischen Kenntnisse und deren funktionellen Zusammenhänge. Zu den wichtigsten Inhalten zählen das muskuloskeletale System, das innere Organsystem, der faszielle, abdominale und thorakale Halteapparat, das Mediastinum, Diaphragmen, der Schluckapparat sowie das Cranium, einschließlich des craniomandibulären Bereichs. Außerdem sind das Blutgefäßsystem, das Lymphsystem sowie das Nervensystem Gegenstand der Fortbildung

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termine: Präp I: 14.09.2019 und  
Präp II: 16.11.2019

Referenten: Thomas Widmann, PT, IMT, univ. MAS, Fachlehrer für MT u. a.

Ort: Bochum

Kosten (pro Kurs): 220,00 EUR (M) | 250,00 EUR (NM)  
UE: 10 (pro Kurs)  
F-Punkte: 10 (pro Kurs)  
Hinweis: Reihenfolge Präp I, Präp II

**6.2** Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46

#### Atemtherapie bei Mukoviszidose und anderen obstruktiven Lungen- erkrankungen

Inhalt dieses Grundkurses ist das gesamte physiotherapeutische Behandlungsspektrum des obstruktiven Patienten. Schwerpunkt ist das grundlegende Verständnis

und die Anwendung der Autogenen Drainage (J. Chevaillier). Theoretisches und praktisches Arbeiten (an sich selbst/an Patienten) wechseln sich ab. Erfahrung in der Arbeit mit Lungenpatienten ist erwünscht aber nicht Voraussetzung.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Berufserfahrung mit obstruktiven Lungenpatienten wünschenswert.

Termine: Teil I: 09.11. – 10.11.2019 und  
Teil II: 25.01. – 26.01.2020 und  
Teil III: 25.04. – 26.04.2020

Referentinnen: Sabine Jünemann-Bertram, Chevaillier-Lehrtherapeutin | Judith Prophet, Chevaillier-Lehrtherapeutin

Ort: Bochum

Kosten: (gesamt): 559,00 EUR (M) | 628,00 EUR (NM)  
UE: 58 (gesamt)  
F-Punkte: 58 (gesamt)

**6.3** Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29

#### Bildgebende Untersuchungsverfahren I+II

In diesem Kurs wird die Anatomie, Pathologie und soweit möglich funktionelle Bedeutung von MRT-, CT-, Röntgenbildern und anderer bildgebender Verfahren erläutert. Eine standardisierte Inspektion und Interpretation der Bilder soll dazu befähigen, Abweichungen von der Norm, insbesondere Kontraindikationen, zu erkennen und ggf. von Artefakten abzugrenzen.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 12.10. – 13.10.2019

Ort: Bochum

Referenten: Thomas Widmann, PT, IMT, univ. MAS, Fachlehrer für MT u. a.

Kosten: 220,00 EUR (M) | 300,00 EUR (NM)  
UE: 20  
F-Punkte: 20

**6.5** Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18

#### Demenzerkrankte Menschen in der physiotherapeutischen Behandlung II Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten – Praktischer Teil

Diese Fortbildung soll Physiotherapeuten ein Basis-Rüstzeug an die Hand geben. Es werden ihnen Assessment- und Therapiemöglichkeiten und Konzepte vorgestellt, die direkt nach Beendigung des Seminars individuell in die Praxis umgesetzt werden können.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 27.10.2019

Referentin: Eva Jendroszek, PT, Dipl. Gesundheits- und Sportwissenschaftlerin, Feldenkraispädagogin

Ort: Bochum

Kosten (pro Kurs): 140,00 EUR (M) | 160,00 EUR (NM)

UE: 10 (pro Kurs)

F-Punkte: 10 (pro Kurs)

**6.7 Ernährung und Heilung**

Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29

Unsere Ernährung liefert uns alles was wir für ein gesundes Leben benötigen. Tut sie das heute wirklich noch? Das Seminar beleuchtet die heutigen Probleme und was unser Organismus wirklich benötigt. Physiologische Wechselwirkungen zwischen physiotherapeutischen Interventionen und einseitiger Ernährung sollen beleuchtet werden. Das Seminar ist auch Bestandteil der IFK-Osteopathie-Fortbildung und beschäftigt sich deshalb mit Ernährung und Heilung im Kontext osteopathischer Techniken.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 26.10. – 27.10.2019

Referenten: Thomas Widmann, PT, MT, univ. MAS, Fachlehrer MT u. a.

Ort: Bochum

Kosten: 210,00 EUR (M) | 250,00 EUR (NM)

UE: 20

**6.9 Faszien-Diagnostik und Behandlung**

Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18

**Faszien-Diagnostik und Behandlung**

Nach einer kurzen Einleitung werden verschiedene Konzepte faszieller Diagnostik vorgestellt. Den Schwerpunkt der Fortbildung bilden praktische Aspekte, wobei zum einen Möglichkeiten der Faszien-Behandlung durch den Therapeuten gezeigt werden, zum anderen wird ein Konzept zur Eigenbehandlung von Faszien vorgestellt. Der Kurs ist praxisorientiert.

Termin: 31.08.2019

**Faszien – Automobilitation**

Ziel der Veranstaltung ist es, Möglichkeiten der fasziellen Eigenbehandlung aufzuzeigen. Innerhalb des Gesamtsystems myofaszieller Strukturen wird der Fokus auf die faszielle Ebene gerichtet, um zu beleuchten, welche verschiedene Möglichkeiten zum Faszial Release bestehen. Ergänzende Partnerübungen runden das Gesamtbild bestehender Möglichkeiten ab.

Termin: 14.09.2019

**Faszien – der Organe**

Der Menschliche Körper ist von unglaublicher Komplexität. Leben ist Bewegung – Bewegung ist Leben. Für eine physiologische Funktion des Bewegungsapparates ist ein Zusammenspiel der viszeralen Organe notwendig. Kommt es in diesem Bereich zu Einschränkungen, so verliert der Körper häufig seine Fähigkeit zur Eigenregulation und zur Selbstheilung. Der Kurs ist stark praxisorientiert.

Termin: 28.09. – 29.09.2019

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Ort: Bochum

Referent: Stefan Kosik, PT, HP, Dipl. Soz. Wiss.

Kosten: Diagnostik und Behandlung:

130,00 EUR (M) | 160,00 EUR (NM)

Automobilisation:

130,00 EUR (M) | 160,00 EUR (NM)

Organe:

260,00 EUR (M) | 310,00 EUR (NM)

UE: Diagnostik und Behandlung: 10

Automobilisation: 10

Organe: 20

F-Punkte: Diagnostik und Behandlung: 10

Automobilisation: 10

Organe: 20

**6.11 Hippotherapie in Holzmaden**

Info: Sebastian Neuhaus: 023497745-18

Hippotherapie wirkt positiv auf Spastik, Ataxie und Parese. Die einzigartige Wirkung der Hippotherapie: Hemmung/Lockerung bei gleichzeitiger physiologischer, gangtypischer Bahnung/Aktivierung des Rumpfes und des Körperabschnitts Becken rechtfertigt den hohen Aufwand der Hippotherapie.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt. Empfehlenswert sind Kenntnisse im neurologischen oder pädiatrischen Bereich sowie Erfahrung im Umgang mit Pferden.

Termine: Teil I 25.09. – 29.09.2019 und  
Teil II 29.03. – 02.04.2020 und  
Prüfung 16.05.2020

Referentin: Sabine Lamprecht, M.Sc.  
Neurorehabilitation, PT u. a.

Ort: Holzmaden

Kosten (gesamt): 1.300,00 EUR (M) | 1.400,00 EUR (NM)  
UE: 84 (gesamt)**6.14 K-Taping® Pro**

Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18

Der K-Taping® Professionell-Kurs richtet sich an Therapeuten, Sportphysiotherapeuten und Ärzte. Erlern werden die Grundanlagetechniken Muskel-, Ligament-, Korrektur-, Faszien- und Lymphanlagen. Aufbauend darauf werden die Kombinationsregeln der einzelnen Grundtechniken und die Anwendung des Cross-Tapings gelehrt. Nach einem einleitenden Theorieteil wird in gegenseitiger Anwendung eine Vielzahl indikationsbezogener Anlagen in praktischen Übungen durchgeführt und direkt mit der theoretischen Wirkweise erläutert.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Anatomische Kenntnisse.

Termin: 14.12. – 15.12.2019

Referenten: Instruktoren der K-Taping®-Academy

Ort: Bochum

Kosten: 320,00 EUR (M) | 375,00 EUR (NM)  
UE: 20**6.19 Osteoporose Grundkurs**

Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18

Die Folgeerscheinungen der Osteoporose können weit über die zerstörenden Phänomene der rein somatischen Struktur hinaus bis in den biopsychosozialen Kontext der Betroffenen hineinreichen. Es werden neue evidenzbasierte Erkenntnisse und deren praxisorientierte Umsetzung in der Behandlung von Osteoporose Patienten (auch in Gruppen) vermittelt.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 07.09.2019

Referentin: Eva Jendroszek, PT, Dipl. Gesundheits- und Sportwissenschaftlerin, Feldenkraispädagogin

Ort: Bochum

Kosten: 140,00 EUR (M) | 160,00 EUR (NM)

UE: 10

F-Punkte: 10

**Aufbaukurs**

In der Theorie wird Fachwissen von Osteoporose, Prävention, Ernährung und Schmerzentstehung vermittelt. In der Praxis werden Entspannungstechniken, pädagogisch psychologische Aspekte der Arbeit mit Gruppen, Antisturztraining und Funktionstraining geübt. Zusätzliche Informationen über Aufbau von Osteoporoseorganisationen und Selbsthilfegruppen werden vermittelt.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 08.09.2019

Referentin: Eva Jendroszek, PT, Dipl. Gesundheits- und Sportwissenschaftlerin, Feldenkraispädagogin

Ort: Bochum

Kosten: 140,00 EUR (M) | 160,00 EUR (NM)

UE: 10

F-Punkte: 10

**6.20 Palliative Care für Physiotherapeuten – Basiskurs**

Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46

Die Physiotherapie ist neben der ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung ein wichtiger Baustein in der umfassenden Begleitung von Palliativpatienten. Die Basis der Physiotherapie in der Palliativmedizin und Hospizarbeit wird in ihren Grundzügen vermittelt. Wenn Sie die Möglichkeiten der Physiotherapie kennenlernen möchten, die Palliativmedizin als Haltung verstehen wollen, dann heißen wir Sie in dieser Weiterbildung herzlich willkommen.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termine: Teil I 14.09. – 15.09.2019 und  
Teil II 16.11. – 17.11.2019

Referentinnen: Barbara Herzog, PT | Silke Kirchmann, zertifizierte Kursleitung DGP



Ort: Bochum

Kosten (gesamt): 475,00 EUR (M) | 495,00 EUR (NM)

UE: 40 (gesamt)

F-Punkte: 40 (gesamt)

Der Kurs besteht aus 2 Teilen und kann nur zusammenhängend gebucht werden.

### 6.21 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Pharmakologie

Sie erhalten einen Einblick über die gebräuchlichsten Medikamente und deren Wirkungen und Nebenwirkungen. Viele unserer Patienten nehmen Medikamente, die auch auf physiotherapeutische Therapieinterventionen Einflüsse ausüben. Es ist daher nötig, ein Grundverständnis für die Wechselwirkungen der medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Systematisch und übersichtlich werden die verschiedenen Medikamentengruppen besprochen. Insbesondere die Schmerzmedikation, Entzündungshemmung, Durchblutungsverbesserung, Muskelrelaxierung, Bluthochdruck und Cholesterin spielen eine wichtige Rolle.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 23.08. - 24.08.2019

Referenten: Thomas Widmann, PT, MT, univ. MAS,  
Fachlehrer MT u. a.  
Kathrin Frenzel, Apothekerin

Ort: Bochum

Kosten: 210,00 EUR (M) | 250,00 EUR (NM)

UE: 20

F-Punkte: 20

### 6.22 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Physiotherapeutische Maßnahmen bei Schwindel/Vestibulartraining verschiedene Schwindelerkrankungen erkennen und behandeln

Schwindel ist ein sehr häufiges Leitsymptom für Erkrankungen unterschiedlicher Ursache. Einige Schwindelerkrankungen lassen sich gut bis sehr gut physiotherapeutisch behandeln, wie der paroxysmale Lagerungsschwindel. Grundlage einer erfolgreichen Behandlung sind aber Kenntnisse der Anatomie sowie der unterschiedlichen Pathologien.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 28.09. - 29.09.2019

Referent: Thomas Paul Sierla, PT

Ort: Bochum

Kosten: 150,00 EUR (M) | 170,00 EUR (NM)

UE: 14

F-Punkte: 14

### 6.25 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18 Sektoraler Heilpraktiker Berufs- und Gesetzeskunde

Die Fortbildung „Sektoraler Heilpraktiker – Berufs- und Gesetzeskunde“ soll dazu beitragen, die vom Bundesverwaltungsgericht festgestellte Ausbildungslücke der Physiotherapieausbildung in rechtlichen Fragen zu schließen. Damit leistet die Fortbildung einen Beitrag, die Erteilung einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis gegebenenfalls nach Aktenlage zu ermöglichen, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Vermittelt werden Kenntnisse und Fähigkeiten in der Berufs- und Gesetzeskunde, vor allem rechtliche Grenzen sowie Grenzen und Gefahren diagnostischer und therapeutischer Methoden bei der nicht-ärztlichen Ausübung der Heilkunde. Ferner werden die Inhalte weiterer Rechtsvorschriften, deren Anwendung im Interesse des Patientenschutzes notwendig sind, vorgestellt.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut. Achtung: Die Bundesländer fordern gem. § 2 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz ein Mindestalter von 25 Jahren für die Erteilung der sektoralen Heilpraktikererlaubnis.

Termin: 07.11.2019\*

Referenten: RA Dr. Klaus Erfmeyer  
RAin Cornelia Kurtz

Ort: Bochum

Kosten: 100,00 EUR (M) | 130,00 EUR (NM)

UE: 10

F-Punkte: 13,5 (einschl. Repertorium\*)

### 6.26 Info: Sebastian Neuhaus: 023497745-18 Sektoraler Heilpraktiker Diagnostik und Indikationsstellung

Die Fortbildung „Sektoraler Heilpraktiker – Diagnostik und Indikationsstellung“ vermittelt Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit als Physiotherapeut gegenüber der den Ärzten und den allgemeinen Heilpraktikern vorbehaltenen Tätigkeit. Daneben werden Fähigkeiten hinsichtlich der eigenverantwortlichen Diagnostik von Erkrankungen und Verletzungen, die im physiotherapeutischen Alltag relevant sind, vermittelt. Dies schließt die Kenntnis von Folgezuständen und möglichen Komplikationen mit ein. Der Fokus liegt dabei in der Vermittlung von Fähigkeiten zur Indikationsstellung für physiotherapeutische Maßnahmen und dem Risikoscreening zur Gefahrenabwehr inklusive der Kenntnis möglicher Therapiealternativen, Nebenwirkungen und Komplikationen, multiprofessioneller Behandlung und der Maßnahmen zur Integration in die Gesellschaft. Dabei sind auch die Fähigkeit zur Interpretation von Fremdbefunden sowie die Erkennung von Krankheitsbildern relevant, die nicht von einem Heilpraktiker mit der Erlaubnis beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie behandelt werden dürfen.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut. Achtung: Die Bundesländer fordern gem. § 2 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz ein Mindestalter von 25 Jahren für die Erteilung der sektoralen Heilpraktikererlaubnis.

Termin: 16.12. - 20.12.2019

Kursleiter: Prof. Dr. Christoff Zalpour

Referenten: Prof. Dr. Harry von Piekartz  
Marco Kauert, M.Sc., HP, u. a.

Ort: Bochum

Kosten: 400,00 EUR (M) | 470,00 EUR (NM)

UE: 50

F-Punkte: 50

## Sportphysiotherapie

### 7.1 Info: Sebastian Neuhaus: 023497745-18 Golf-Physio-Trainer (EAGPT)<sup>®</sup>

Der Originalkurs – europaweit. Lehrtools (Eigenentwicklungen) u. a. 3D-Golf-Physio-Trainer Animation: Findet Anwendung in den Aus- und Fortbildungen der PGA of Germany, Universität Paderborn (Department Sport), Certified by European Association GolfPhysioTherapy e. V. & GolfMedical Therapy e. V., Korea Süd und Japan.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut, staatl. gepr. Masseur oder Arzt.

Termin: 11.10. - 13.10.2019

Ort: München/GC Gut Häusern

Termine: 13.09. - 15.09.2019 oder  
08.11. - 10.11.2019

Ort: Köln/Trainerakademie Univ.

Termin: 22.11. - 23.11.2019

Ort: Achem

Referent: Marc Hohmann,  
DOSB Sportphysiotherapie,  
Golf-Physio-Trainer Head-Instructor

Kosten (pro Kurs): 940,00 EUR (M) | 990,00 EUR (NM)  
inkl. Arbeitskript, auf USB-Stick,  
Driving Range Nutzung, Pausensnacks

UE: 35 (pro Kurs)

F-Punkte: 35 Fortbildungspunkte können nach erfolgreicher Teilnahme beantragt werden. Die Vergabe der UE und F-Punkte erfolgt nicht durch den IFK, sondern unter der alleinigen Verantwortung des Veranstalters.

### 7.1 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18 Sportphysiotherapie

DOSB anerkannte Weiterbildung in Kooperation mit dem EDEN-REHA-Fortbildungszentrum in Donaustauf. Für IFK-Mitglieder steht ein begrenztes Kontingent an Kursplätzen in dieser Weiterbildung des EDEN-REHA-Fortbildungszentrums zur Verfügung.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut.

Termine: Teil II: 17.07. – 24.07.2019 oder  
Teil I: 13.11. – 20.11.2019 und  
Teil II: in 2020  
Ort: Donaustauf

Referenten: Dr. med. Peter Angele | Dr. Gerhard  
Ascher | Klaus Eder | Jürgen Eichhorn |  
Dr. med. Josef Harrer | Helmut Hoffmann  
| H.-P. Meier | Dr. Hans Dieter Herrmann  
| Dr. med. Alexander Schütz | Stefan  
Schwarz

Termin: Teil II: 31.07. – 07.08.2019  
Ort: Plauen

Referenten: Dr. med. Karsten Albig | Helmut Hoff-  
mann | Sebastian Köhler | H.-P. Meier |  
Armin Rubach | Stefan Schwarz | Dr.  
med. Marc Trefz

Kosten (pro Kursteil): 845,00 EUR (M)  
IFK-Mitglieder erhalten 10 % Rabatt auf die  
Kursgebühr  
UE: 75 (pro Kursteil)

Dieser Kurs ist durch den IFK zur Verlängerung einer KddR-  
Rückenschullehrerlizenz anerkannt. Nur für IFK-Mitglieder  
buchbar. – Bitte legen Sie Ihrer Anmeldung eine Mitglieds-  
bescheinigung des IFK bei. – Anmeldeschluss: eine Woche  
vor Kurs- beginn. Die Kursausreibung und die Vergabe  
der Fortbildungspunkte für diesen Kurs erfolgt nicht durch  
den IFK, sondern unter der alleinigen Verantwortung des  
Veranstalters. Anmeldung und Information unter: Eden  
Reha GmbH, Frau Steinbach und Herr Benjamin Eder,  
Lessingstraße 39-41, 93093 Donaustauf, Tel.: 09403  
3821 (Mo. bis Fr. 9.00-15.00 Uhr), Fax: 09403 3811,  
E-Mail: fortbildung@eden-reha.de

## Osteopathische Techniken



### 8.1 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Fortbildung Osteopathie

Der IFK bietet eine 3-jährige Osteopathie-Fortbildung an.  
Sie baut auf dem gemeinsamen Curriculum zur Weiter-  
bildung Osteopathie des IFK und der Ärztevereinigung  
für Manuelle Medizin (ÄMM) in Anlehnung an die WHO-  
Standards zur Osteopathie auf. Diese IFK-Osteopathie-  
Fortbildung greift Ihre bereits vorhandenen fachlichen  
Kompetenzen auf und baut diese sinnvoll und zukunfts-  
orientiert aus. Als Zugangsvoraussetzung benötigen Sie  
lediglich Ihren physiotherapeutischen oder ärztlichen  
Abschluss. Während der Fortbildung haben Sie dann die  
Möglichkeit das Zertifikat zur Manuellen Therapie sowie  
das Zertifikat in KGG, selbstverständlich gemäß den  
Richtlinien der gemeinsamen Krankenkassen-Rahmen-  
empfehlungen, zu absolvieren.

Wenn Sie bereits über diese Zertifikate verfügen, redu-  
ziert sich Ihr zu absolvierendes Weiterbildungspensum  
um 260 UE für die MT und 40 UE für KGG. Damit ver-  
bleiben nur noch 700 zu absolvierende Unterrichts-  
einheiten. Die Fortbildung umfasst insgesamt 1.000 UE  
und schließt mit einer Abschlussprüfung ab. Bereits  
nach 660 UE bescheinigen wir ihnen einen Abschluss

„Grundkurs“ Osteopathie. Der Einstieg in die Fortbildung  
kann nach Absolvierung eines EO-Kurses über das Modul  
MT, P, V oder C gewählt werden. Die Fortbildung wird in  
Anlehnung an die WHO-Standards Osteopathie durchge-  
führt. Die Fortbildung besteht aus sechs Modulen, die  
themenorientiert angeboten werden. Dabei kann, unter  
Berücksichtigung fachlicher Notwendigkeiten, zwischen  
und innerhalb der Module gewechselt werden. Bereits  
absolvierte Ausbildungseinheiten können nach Vorlage  
aussagefähiger Unterlagen und einer entsprechenden  
Prüfung anerkannt werden. Ziel ist es, Ihnen den mensch-  
lichen Organismus als ein regulatorisch funktionierendes  
Netzwerk verständlich und im Sinne des Wortes, „begreif-  
bar“ zu machen. Damit ist die Stimulierung der  
Selbstheilungskräfte nicht dem Zufall überlassen, sie liegt  
in Ihren Händen! Wie ein roter Faden zieht sich unser  
„osteopathischer Spirit“ durch die Fortbildung. Als verläss-  
liche Reiz-Effektreaktionen, im Sinne humankybernetischer  
Prozesse, geprägt von der Überzeugung, dass unser  
Organismus von einer psycho-vegetativ-somatischen Achse  
durchzogen ist, über die alle Wirkungskreisläufe ablaufen.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termine: EO 12.10. – 13.10.2019  
EO 20.12. – 21.12.2019

IFKFort- Thomas Widmann, PT, MT, univ. MAS,  
bildungsleiter: Fachlehrer MT u. a.

Ort: Bochum

Kosten (pro Kurs): Präp1-2 220,00 € (M) | 250,00 € (NM)  
EO 210,00 € (M) | 250,00 € (NM)  
BUV 220,00 € (M) | 300,00 € (NM)  
E1-E4, W1-W4, MT-Prüfung:  
265,00 € (M) | 295,00 € (NM)  
GK 1: 160,00 € (M) | 190,00 € (NM)  
P1-4, V1-4, C1-4, SO1-4, IK 1-6,  
Abschlussprüfung:  
280,00 € (M), 310,00 € (NM)

UE: Präp: 10 UE  
EO, BUV, GK: 20 UE  
E1-E4, W1-W4,  
P1-4, V1-4, C1-4,  
SO 1-4, IK 1-6: 30 UE

## PhysioBalance

### 9.2 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Klangschalenmassage

Dieser Grundkurs in Klangschalenmassage dient in erster  
Linie der Entspannung. Der Körper, bzw. seine kleinste  
Einheit die Zelle, gehen in Resonanz mit den mittels Klang-  
schalen erzeugten Frequenzen. Gerade in unserer „Stress-  
Zeit“ erreicht man mit der Anwendung von Klangschalen  
schnell und auf sehr angenehme Art eine tiefe Ent-  
spannung.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 26.10.2019

Referent: Emil Pfundstein, PT, HP

Ort: Bochum

Kosten: 108,00 EUR (M) | 120,00 EUR (NM)  
UE: 9

### 9.4 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 RückenYoga (Basiskurs)

Rückengesundheit ist sowohl in der Therapie, als auch in  
der Prävention und dem Betrieblichen Gesundheitsmana-  
gement eines der wichtigsten Themen. Bei der Entstehung  
von Rückenbeschwerden spielt neben einseitiger Bewegung  
und vielem Sitzen auch die psychische Belastung eine  
entscheidende Rolle. Yoga bietet Synergien, wie kaum eine  
andere Übungsform. Neben gezielter Stärkung der  
Muskulatur werden auch die Dehnfähigkeit der Gewebe  
und die Entspannungsfähigkeit verbessert. Dabei entsteht  
eine Balance aus Stabilität und Flexibilität, die sich positiv  
auf die äußere und innere Haltung auswirkt und gleichzei-  
tig das Wohlbefinden des Übenden fördert. Achtsamkeit als  
wesentlicher Bestandteil des RückenYogahilft, die eigenen  
Stressmuster zu identifizieren und bewusst aufzulösen,  
noch bevor sie sich körperlich manifestieren und zu  
Beschwerden führen. Auf diese Weise lassen sich  
Rückenschmerzen dauerhaft und wirkungsvoll vermeiden.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 05.10. – 06.10.2019

Referent: Monika Alicja Pohl

Ort: Bochum

Kosten: 280,00 EUR (M) | 310,00 EUR (NM)

UE: 16  
F-Punkte: 16

## Tierphysiotherapie/-osteopathie

### 10.1 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18 Hundeosteopathie/-physiotherapie (HOP)

Hüftdysplasie (HD), Bandscheibenvorfall und Kreuz-  
bandriss beim Hund sind längst keine seltene Diagnose  
mehr. Das Verhalten des Hundes und seine Anatomie  
erfordern für eine gezielte Therapie aber besondere  
Kenntnisse. Deshalb hat das DIPO mit spezialisierten  
Tierärzten, Ethologen und Hundeosteotherapeuten diese  
Weiterbildung entwickelt. Durch die Zusammenarbeit mit  
dem veterinär-anatomischen Institut der Freien Universität  
Berlin, werden für den praktischen Anatomieunterricht  
Präparate der Vorder- und Hintergliedmaßen eingesetzt, an  
denen die Kursteilnehmer einzelne Strukturen palpieren  
können. Umfangreiche viszerale und kraniosakrale  
Techniken sind ebenso Unterrichtsinhalte wie Ernährung  
und Training des Hundes.

Teilnahmevoraussetzung:  
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut, Tierarzt  
oder Arzt. Bis zur Abschlussprüfung muss der

Nachweis über einen Kurs „Erste Hilfe und Ernährung bei Hunden“ vorgelegt werden.

Termine: Start 2020: 25.01. – 26.01.2020

Referenten: DIPO Deutsches Institut für Pferdeosteopathie | Beatrix Schulte Wien

Ort: Dülmen (NRW)

Kosten: je Modul (1-12) 415,00 EUR  
IFK-Mitglieder erhalten 5 % Rabatt auf die Kursgebühr. (Nachweis bitte der Anmeldung beifügen)

UE: 20 (pro Modul)

## 10.2 Info: Sebastian Neuhaus: 0234 97745-18 Pferdeosteo-/physiotherapie DIPO

Tierarzt und Physiotherapeut – Partner in der Therapie ist das Motto des Deutschen Instituts für Pferdeosteopathie (DIPO). Neben dem Kern der Osteopathie, mit den Händen strukturelle Blockaden an Muskeln, Sehnen, Gelenken und Faszien etc. zu beheben, beinhaltet die Ausbildung auch die Kranio-Sakrale-Therapie sowie viszerale Behandlungsmöglichkeiten. Zwei weitere Bausteine sind die klassische Reitlehre und die Sattellkunde. Sowohl der Reiter als auch der Sattel können ein Störfaktor für das Pferd sein, das daraufhin Asymmetrien und Lahmheiten entwickelt. Hier sind Physiotherapeuten besonders prädestiniert, denn sie können sowohl den Reiter als auch das Pferd behandeln. Eine Entwicklung des DIPO in diesem Zusammenhang ist die Pferd-Sattel-Reiter-Analyse.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut, Tierarzt oder Arzt. Bis zur Abschlussprüfung müssen ein Longierabzeichen (DIPO oder FN) sowie der Nachweis über einen Kurs „Erste Hilfe & Fütterung bei Pferden“ vorgelegt werden.

Termine: Kursstart: 31.08. – 01.09.2019 Kurs A  
Kursstart: 21.09. – 22.09.2019 Kurs B  
Ort: Dülmen (NRW) Deutsches Institut für Pferdeosteopathie (DIPO)

Termin: 14.09. – 15.09.2019  
Ort: Bopfinger (BAWü)

Referenten: Tierärzte und Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung Pferdeosteopathie

Kosten: 1. Kursjahr je Modul (1-7): 530,00 EUR  
2. Kursjahr je Modul (8-14): 530,00 EUR  
IFK-Mitglieder erhalten 5 % Rabatt auf die Kursgebühr. (Nachweis bitte der Anmeldung beifügen)

UE: 22 (pro Modul)

## Praxismanagement

### 11.3 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Praxisgründung I – Recht und Abrechnung

Der Themenblock soll das notwendige rechtliche Grundlagenwissen für eine geplante Selbstständigkeit in der Physiotherapie vermitteln. Es werden u. a. Hinweise zur Kassenzulassung, zu Gesellschaftsformen, zum Abschluss eines Mietvertrags, zur Beschäftigung von Personal, zur Praxisorganisation sowie zur Abrechnung ärztlicher Verordnungen geliefert.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.  
Auf Anfrage auch weitere Berufsgruppen zugelassen.

Termin: 27.09.2019  
Ort: Bochum

Termin: 08.11.2019  
Ort: Hamburg

Referentinnen: Anja Schlüter, Betriebswirtin, Referat Kas-  
senverhandlungen und Wirtschaft (IFK e. V.)  
Katrin Volkmar, Rechtsanwältin, Referat  
Recht (IFK e. V.)

Kosten (pro Kurs): 52,00 EUR (M) \* | 62,00 EUR (NM)  
\* und deren Angestellte

UE: 6 (pro Kurs)

### 11.4 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Praxisgründungsseminar II – Betriebswirtschaft

Der Schritt in die Selbstständigkeit will gut überlegt und geplant sein. Schon in der Vorbereitungsphase tauchen zahlreiche Fragen auf z. B.: In welcher Reihenfolge sollte ich vorgehen? Woher bekomme ich das notwendige Kapital? Ist es günstiger, eine Praxis zu übernehmen oder neu zu gründen? Wir beleuchten betriebswirtschaftliche Aspekte und beantworten versorgungs- und versicherungsrechtliche Fragen.

Teilnahmevoraussetzung:

Das Seminar wendet sich voraussetzungslos an alle, die sich selbstständig machen dürfen und wollen. Ist der Entschluss für die Selbstständigkeit in eigener Praxis noch nicht gefasst, empfiehlt sich der Besuch trotzdem, weil so das Angebot eines persönlichen Klärungsgesprächs ohne weitere zusätzliche Kosten genutzt werden kann.

Termin: 28.09.2019  
Ort: Bochum

Termin: 09.11.2019  
Ort: Hamburg

Referenten: pactConsult GmbH: Raimund Ernst, M.A.  
Anna Moj

Kosten (pro Kurs): 45,00 EUR (M)\* | 55,00 EUR (NM)  
\* und deren Angestellte

UE: 4 (pro Kurs)

### 11.5 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Praxisübergabe und Altersnachfolge

Bei vielen Freiberuflern und Selbstständigen steht der Aufbau der eigenen Praxis zunächst im Mittelpunkt. Erst viel später stellt sich die Frage: Was ist meine Praxis wert? Kann meine Praxis wirklich meine Altersvorsorge – oder ein Teil davon – sein? Was euphorisch begann, endet manchmal sehr ernüchternd. Viele Praxen werden nicht verkauft, sondern am Schluss einfach geschlossen. Oftmals auch, weil nicht rechtzeitig die richtigen Schritte eingeleitet wurden, um die Praxis gezielt zu übergeben und den Wert der Praxis zu sichern.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 08.11.2019

Referenten: Johannes Gönnerwein | Jens Uhlhorn

Ort: Bochum

Kosten: 120,00 EUR (M) | 150,00 EUR (NM)  
UE: 10

### 11.6 Info: Gabriele Weuthen: 0234 97745-29 Psychologie und Kommunikation

In der Fortbildung werden die Grundlagen der Kommunikation und des Johari-Fensters sowie das 4-Ebenen-Modell nach Schulz von Thun thematisiert. Weitere Inhalte stellen Rapport/Joining mit dem Patienten, Empathievermögen, situative, personale und berufliche Kompetenz sowie verbale und nonverbale Kommunikation dar. Besondere Praxisrelevanz haben außerdem die Themen Reflexionsvermögen, Konfliktfähigkeit und Umgang mit Stresssituationen.

Teilnahmevoraussetzung:

Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt.

Termin: 13.07. – 14.07.2019

Referenten: Thomas Widmann, PT, MT, univ. MAS,  
Fachlehrer MT u. a.  
Dagmar Meurer-Schepers

Ort: Leonberg

Kosten: 210,00 EUR (M) | 250,00 EUR (NM)  
UE: 20

### 11.8 Info: Alexandra Yilmaz: 0234 97745-46 Richtige Vorbereitung für den Steuerberater – Zahlen in Bewegung

Mögen Sie die Vorbereitungen für den Steuerberater nicht gerade gerne? Brauchen Sie aber zeitnah Ihre Zahlen? Dann kann dieses Seminar sehr hilfreich sein. Die Referentin unterstützt seit 3 Jahrzehnten die Heilberuf-Sparte und hat gute Tipps und Ideen für Sie, wie Sie sich das Leben leichter machen können. Denn: Je mehr Vorbereitung, desto geringere Steuerberatungskosten. Eine zeitnahe Bearbeitung ermöglicht schnelle Reaktion auf Veränderungen in der BWA.

Zielgruppe:

Das Seminar richtet sich insbesondere an selbstständige „Einsteiger“ und Rezeptionsfachkräfte/Büroorganisationsfachkräfte.

Weitere Informationen zu den Fortbildungen finden Sie in der aktuellen Fortbildungsbroschüre oder im Internet:

[www.ifk.de/fortbildungen](http://www.ifk.de/fortbildungen)

Termin: 20.11.2019  
 Referent: Angelika Doppel  
 Ort: Bochum  
 Kosten: 75,00 EUR (M)\* | 99,00 EUR (NM)  
 \* und deren Angestellte  
 UE: 6

## IQH-Fortbildungen

### 12.1 Workshopreihe Qualitätsmanagement

Info: Anja Schlüter: 0234 97745-36

Das Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung e. V. (IQH) bietet interessierten Heilmittelerbringern ein QM-System an, dessen Inhalte ihnen im Rahmen eines zweitägigen Workshops vermittelt werden. Bereits vor dem Beginn des Workshops erhalten die Teilnehmer die Dokumentation zum QM-System (Handbuch, Prozessbeschreibungen etc.). Anhand dieser Dokumentation werden die Arbeitsabläufe der Praxis durchleuchtet und im erforder-

lichen Umfang optimiert. Als IQH-Mitgliedspraxis haben Sie anschließend die Möglichkeit, eine durch das IQH gelenkte Selbstbewertung durchzuführen; nach erfolgreicher Durchführung sind Sie berechtigt, sich eine Bescheinigung über die Konformität Ihres QM-Systems mit den Vorgaben des IQH Excellence Systems auszudrucken.

Termin: 11.11. – 12.11.2019  
 Ort: Bochum

Termin: 29.11. – 30.11.2019  
 Ort: Nürnberg

Referent: Dr. Eckhard Becker

Kosten  
 (pro Workshop): 420,00 EUR (M) | 526,00 EUR (NM)

UE: 18 (pro Workshop)  
 F-Punkte: 18 (pro Workshop)

#### Aufbaukurs Qualitätsmanagement II:

Aufbauend auf der ersten Workshopreihe wird die Praxis auf eine freiwillige Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001 : 2015 und auf die Vergabe des IQH- Qualitäts-

zeichens vorbereitet. Zusätzlich wird das Thema Arbeitsschutz unter Managementsystem-Aspekten beleuchtet, so dass Sie den Arbeitsschutz mit in die (gemäß den Regeln der MAAS-BGW dann von der BGW geförderten) Zertifizierung einfließen lassen können. Ebenfalls wurde die betriebsärztliche und sicherheitstechnische (BuS)-Unternehmensschulung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in den Workshop integriert.

Termin: 13.03.2020  
 Ort: Nürnberg

Referent: Dr. Eckhard Becker

Kosten: 210,00 EUR (M) | 263,00 EUR (NM)

UE: 9  
 F-Punkte: 9

Weitere Informationen zum Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung e. V. (IQH) finden Sie im Internet:

[www.iqhv.de](http://www.iqhv.de)

[www.ifk.de](http://www.ifk.de) ++ Das gesamte Fortbildungsprogramm ++ [www.ifk.de](http://www.ifk.de)

# IFK-Fortbildungen 2019



[www.ifk.de](http://www.ifk.de) ++ [www.ifk.de/ifk-fortbildung/fortbildungsangebote/](http://www.ifk.de/ifk-fortbildung/fortbildungsangebote/) ++ [www.ifk.de](http://www.ifk.de)





**Anzeigenschluss  
Ausgabe  
5-2019  
31. Juli 2019**

**Kurse 2019 ...jetzt anmelden!**

**Pferdeosteopathie:**  
Dülmen Kurs A: Start: 31. Aug. / 01. Sept.  
Bopflingen: Start: 14. / 15. Sept.

**Hundeosteopathie:**  
Dülmen: Start: 25. / 26. Jan. 2020

Anerkannt vom Bundesverband  
selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V.



**DIPO**  
DEUTSCHES INSTITUT FÜR  
PFERDE-OSTEOPATHIE

**NRW · BaWü · Berlin · NI**  
48249 Dülmen  
Tel.: +49 (0) 2594 78227-0  
info@osteopathiezentrum.de  
www.osteopathiezentrum.de

**Die Penzel-Therapie –  
AKUPUNKT-MASSAGE nach Penzel.**



**EUROPÄISCHE  
PENZEL-AKADEMIE**

D-37619 Heyen/Bodenwerder  
Telefon: +49/5533/9737-0  
www.apm-penzel.de




Wir bescheinigen Fortbildungspunkte.

**Kurse 2019  
Heyen, Hagen, Schwerin,  
Kressbronn (am Bodensee)  
sowie in Österreich**

**Nächster APM-A-Kurs in Heyen (DE):  
07. bis 11.09.2019 Buchungshotline: 0 55 33/97 37 0**

■ pt-anzeigen

**SUCHE LEITENDEN PHYSIOTHERAPEUTEN(M/W/D)**

**Dein Aufgabengebiet umfasst (unter anderem):**

- Qualitätsmanagement (Fortbildungen und Einarbeitung möglich)
- Mitarbeiterführung (aktuell 4-5 Mitarbeiter) mit Patientenbesprechungen und Team Meetings
- Planoptimierung in Zusammenarbeit mit unserem Büro
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ergotherapie und Logopädie
- Befundung, Behandlung und Therapieplanung mit Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern (Schwerpunkt Neurologie, Hand, Geriatrie, etc.)
- im Verlauf Leitung einer Zweigstelle möglich

**Du bringst mit:**

- Fortbildungen in MLD, Bobath oder PNF und Manuelle Therapie
- Empathie und Leidenschaft für deinen Beruf
- Loyalität und Kritikfähigkeit
- Erfahrung mit Mitarbeiterführung
- Prozessorientiertes Denken und Umsetzen der erstellten Prozesse
- Teamfähigkeit und Engagement
- Fortbildungsinteresse
- selbstständiges Arbeiten
- EDV Kenntnisse

**Was wir bieten:**

- 2.800,- € brutto für 35 Std. (Einstiegsgehalt)
- ausreichend Zeitfenster für QM, Organisatorische Praxisabläufe und Mitarbeiterführung
- Fortbildungen in Mitarbeiterführung und QM
- enge Zusammenarbeit mit Ergotherapie und Logopädie (Leitungen)
- Betriebliche Altersvorsorge in Verbindung mit Ticket Plus Karte
- Betriebliche Gesundheitsvorsorge
- Dienstwagen für evtl. Hausbesuche
- Führung einer zukünftigen Zweigstelle

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:  
get-physio | Praxis für Physiotherapie | Erich Hoffart  
Halchtersche Str. 18 | 38304 Wolfenbüttel  
oder per Mail an: erich.hoffart@get-physio.de

**PHYSIOTHERAPIEPRAXIS  
IN SH ZU VERKAUFEN.**

Infos unter: [www.kgpraxis-reetz.de/verkauf](http://www.kgpraxis-reetz.de/verkauf)

**PT-PRAXIS**

Nach 33 Jahren möchte ich meine PT-Praxis Nordkreis KLE verkaufen.  
90m², 4 Behandlungsräume, EG, eigene Parkplätze.  
[verkaufphysiopraxis475@gmail.com](mailto:verkaufphysiopraxis475@gmail.com)

**SUCHE TEIL-/VOLLZEIT PHYSIOTHERAPEUT  
(M, W, D) FÜR EINE PRAXIS IN BOCHUM  
(ZENTRUM)**

Unsere Schwerpunkte im „Ganzheitlichen Denkansatz“ sind: Orthopädie, MLD, Schmerzphysiotherapie, Jin Shin Jyutsu, Cranio-Sakral-Therapie Erwünscht sind Zertifizierungen in MLD und/oder MT.

Ich freue mich auf Ihren Anruf ab 19 Uhr unter 0177 1880999

**WIR SUCHEN AB SOFORT ODER AUCH ZU EINEM SPÄTEREN  
ZEITPUNKT EINE VERSTÄRKUNG UNSERES TEAMS.**

Bei der aktuellen Arbeitslage haben wir kaum noch Wünsche ... ; würden uns jedoch über Bewerber freuen, die Fortbildungen/Abschluss in manueller Therapie nachweisen könnten. Arbeitszeiten, allgemeine Bedingungen und Vergütungsvereinbarungen würden im Bewerbungsgespräch thematisiert. Haben Sie, hast Du Interesse?

Wir würden uns freuen, wenn wir ins Gespräch kämen.  
Kontaktieren Sie oder kontaktier uns gerne unter  
Ruth & Ulrich Kuhl Burgstraße 4 45899 Gelsenkirchen  
Tel: 0209 1 359 82 82 mail @physiotherapie-praxis-kuhl.de

**PHYSIOTHERAPEUT/IN ALS TEILHABER/IN FÜR EINE  
PRAXISGEMEINSCHAFT IN 45527 HATTINGEN GESUCHT!**

Moderne, schön und zweckmäßig eingerichtete 59 qm große Praxis bietet eine Vielzahl von Therapieformen, die den Arbeitsalltag interessant gestaltet. Die Praxis ist gut etabliert, mit freundlich aufgeschlossenem Patienten Klientel, mit engen Arztkontakten, verkehrsgünstiger Lage und großem Einzugsgebiet.

Melden Sie sich gern unter [info@physio-baumgart.de](mailto:info@physio-baumgart.de),  
[www.physio-baumgart.de](http://www.physio-baumgart.de).

**MODERNE PHYSIOTHERAPIEPRAXIS IM GROSSRAUM  
HAMBURG SUCHT VERSTÄRKUNG**

Der Schwerpunkt der Praxis liegt im Bereich Orthopädie, Chirurgie und Sport. Praxis-PKW ist vorhanden.

Bei Interesse kontaktieren Sie uns unter: 0172 4573733

**IFK-Anzeigeninfo  
0234 97745-333**

# IFK-Kontakt

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.  
Gesundheitscampus-Süd 33 | 44801 Bochum | www.ifk.de  
Tel.: 0234 97745-0 | Fax: 0234 97745-45 | E-Mail: ifk@ifk.de

## ■ Geschäftsführung

- Dr. Björn Pfadenhauer (Geschäftsführer)  
Telefon 97745-25 | Telefax 97745-525 | E-Mail: ifk@ifk.de
- Ulrike-Christin Borgmann (stv. Geschäftsführerin)  
Telefon 97745-43 | Telefax 97745-525 | E-Mail: ifk@ifk.de

## ■ Sekretariat

- Martina Bierbrodt  
Telefon 97745-25 | Telefax 97745-525 | E-Mail: ifk@ifk.de
- Jenny Caspari  
Telefon 97745-43 | Telefax 97745-45 | E-Mail: ifk@ifk.de

## ■ Presse-/Öffentlichkeitsarbeit

- Maren Letterhaus  
Telefon 97745-40 | Telefax 97745-540 | E-Mail: letterhaus@ifk.de

## ■ Referat Recht

- RAin Ulrike-Christin Borgmann (Referatsleiterin)  
Telefon 97745-0 | Telefax 97745-525 | E-Mail: ifk@ifk.de

### Rechtsberatung

- Andrea Beckmann-Mebus (Rechtsberatung)  
Telefon 97745-0 | Telefax 97745-45 | E-Mail: ifk@ifk.de
- Anja Helling (Rechtsberatung)  
Telefon 97745-0 | Telefax 97745-45 | E-Mail: ifk@ifk.de
- Katrin Volkmar (Rechtsberatung)  
Telefon 97745-0 | Telefax 97745-45 | E-Mail: ifk@ifk.de

### Kassenzulassung Expertenhotline 97745-777

- Fabienne Cieslar (Kassenzulassung)  
Hotline 97745-777 | Telefax 97745-564 | E-Mail: cieslar@ifk.de
- Nadine Lins (Kassenzulassung, Mitgliederverwaltung)  
Hotline 97745-777 | Telefax 97745-541 | E-Mail: lins@ifk.de
- Lea Pawlowski (Kassenzulassung)  
Hotline 97745-777 | Telefax 97745-560 | E-Mail: pawlowski@ifk.de

### Auszubildende

- Julia Hofmann  
Telefon 97745-17 | Telefax 97745-45 | E-Mail: hofmann@ifk.de
- Anna Lauenroth  
Telefon 97745-39 | Telefax 97745-45 | E-Mail: lauenroth@ifk.de

## ■ Referat Kassenverhandlungen + Wirtschaft

- Dr. Michael Heinen (Referatsleiter)  
Telefon 97745-0 | Telefax 97745-527 | E-Mail: ifk@ifk.de
- Andrea Henning (Mahnwesen, Rechnungswesen)  
Telefon 97745-42 | Telefax 97745-542 | E-Mail: henning@ifk.de
- Ulrike Kraus (Rechnungswesen)  
Telefon 97745-13 | Telefax 97745-513 | E-Mail: kraus@ifk.de

### GKV-Abrechnung und Wirtschaft Expertenhotline 97745-333

- Sina Böse (Mitgliederberatung)  
Hotline 97745-333 | Telefax 97745-563 | E-Mail: boese@ifk.de
- Christof Kazmierczak (Mitgliederberatung)  
Hotline 97745-333 | Telefax 97745-548 | E-Mail: kazmierczak@ifk.de
- Irmhild Ribbe (Mitgliederberatung, Anzeigen)  
Hotline 97745-333 | Telefax 97745-535 | E-Mail: ribbe@ifk.de
- Kathrin Roigk (Mitgliederberatung)  
Hotline 97745-333 | Telefax 97745-544 | E-Mail: roigk@ifk.de
- Anja Schlüter (Mitgliederberatung, Regionalausschüsse)  
Hotline 97745-333 | Telefax 97745-514 | E-Mail: schluefer@ifk.de

## ■ Referat Fortbildung + Wissenschaft

- Sarah Reinecke (Referatsleiterin)  
Telefon 97745-0 | Telefax 97745-525 | E-Mail: ifk@ifk.de

### Wissenschaft

- Judith Backes  
Telefon 97745-61 | Telefax 97745-561 | E-Mail: backes@ifk.de

### Fortbildungen Expertenhotline 97745-999

- Sebastian Neuhaus  
Telefon 97745-18 | Telefax 97745-518 | E-Mail: neuhaus@ifk.de
- Matthias Wagner  
Telefon 97745-38 | Telefax 97745-538 | E-Mail: wagner@ifk.de
- Gabriele Weuthen  
Telefon 97745-29 | Telefax 97745-529 | E-Mail: weuthen@ifk.de
- Alexandra Yilmaz  
Telefon 97745-46 | Telefax 97745-546 | E-Mail: yilmaz@ifk.de

## ■ IQH

- Dr. Michael Heinen (Geschäftsführer)  
Telefon 97745-36 | Telefax 97745-536 | E-Mail: info@iqhv.de

- Anja Schlüter (Mitgliederberatung, Qualitätsmanagement)  
Telefon 97745-36 | Telefax 97745-536 | E-Mail: info@iqhv.de

**Bundesverband selbstständiger  
Physiotherapeuten – IFK e. V.**

**Gesundheitscampus-Süd 33  
44801 Bochum  
Telefax: 0234 97745-45**

**E-Mail: [fortbildung@ifk.de](mailto:fortbildung@ifk.de)**

**Wichtig:** Bitte vermerken Sie unbedingt, wie die  
Bezahlung erfolgen soll!

Die Kursgebühr werde ich spätestens 3 Wochen – ggf. sofort  
– vor Kursbeginn auf das Konto:  
IBAN DE75430601290305106500  
BIC GENODEM1BOC  
bei der Volksbank Bochum Witten überweisen.

SEPA-Lastschriftmandat:  
Hiermit ermächtige ich den IFK, die Kursgebühren einmalig von  
meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Die Kursgebühr wird  
ca. 3 Wochen vor Kursbeginn abgebucht. Zugleich weise ich mein  
Kreditinstitut an, die vom IFK auf mein Konto gezogene Lastschrift  
einzulösen.  
Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE93ZZ00000327416

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem  
Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.  
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten  
Bedingungen.

Name | Vorname (Kontoinhaber)

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

BIC (8- bzw. 11-stellig)

IBAN (Ländercode (2), Prüfziffer (2), Bankleitzahl (8), Kontonummer (10, fehlende Stellen vorne z. B. mit Nullen auffüllen))

Datum, Ort und Unterschrift

**Bitte deutlich lesbar ausfüllen!**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße | Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

Die verbilligte Kursteilnahme kann neben den ordentlichen Mitgliedern des IFK nur  
Angestellten ermöglicht werden, die dem IFK als Fördermitglied angehören und in einer  
IFK-Mitgliedspraxis tätig sind. Die Vergabe der Teilnehmerplätze erfolgt nach Posteingang.

Ich bin

- 1. ordentliches IFK-Mitglied
- 2. IFK-Fördermitglied in einer unter 1. genannten Praxis
- 3. IFK-Fördermitglied
- 4. Nichtmitglied

**Hiermit melde ich mich zu folgendem Kurs verbindlich an:**

Kurs: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

Referent/in: \_\_\_\_\_

ggf. Vorkurs absolviert am: \_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten (Name, Anschrift, Tel.-Nr. und  
ggf. E-Mail-Adresse) zwecks Kontaktaufnahme zur Bildung von Fahrgemeinschaften an die  
anderen Kursteilnehmer weitergeleitet werden darf.**

Ja  Nein

Praxisstempel

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich mit der Aufnahme meiner persönlichen  
Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, ggf. E-Mailadresse) in eine vom IFK erstellte Kurs-  
Teilnehmerliste einverstanden.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Abmeldungen von der Fortbildung sind nur schriftlich möglich und erhalten erst durch die schriftliche Bestätigung des IFK Gültigkeit. Bis 30 Tage vor Kursbeginn ist ein Rücktritt kostenlos möglich. Vom 29.-21. Tag vor Kursbeginn wird eine Mindestgebühr in Höhe von 25,00 EUR erhoben bzw. 50 % der Kursgebühr werden zurückerstattet. Vom 20.-8. Tag vor Kursbeginn beträgt die Mindestgebühr 25,00 EUR bzw. 35 % der Kursgebühr werden zurückerstattet. Ab dem 7. Tag vor Kursbeginn ist die Kursgebühr in voller Höhe (100 %) fällig. Maßgeblich ist das Datum des Posteingangs in der Geschäftsstelle. Bei Nichtteilnahme an Fortbildungen ist die Kursgebühr in voller Höhe fällig.

**Datenschutz-Hinweis:** Der IFK weist den Teilnehmer darauf hin, dass der IFK die in diesem Vertrag angegebenen Daten zur Durchführung des im Vertrag festgelegten Zwecks speichert und verarbeitet. Eine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist, der im Vertrag festgelegte Zweck dies erfordert und auch nur zur Abwicklung des Vertrags. Der Teilnehmer hat das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der beim IFK gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen. Der Teilnehmer hat das Recht, der Speicherung seiner Daten jederzeit zu widersprechen. Die Vernichtung der Daten erfolgt in diesem Fall nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist. Der Teilnehmer hat ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn er der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Weitere Informationen: [datenschutz@ifk.de](mailto:datenschutz@ifk.de).

Ich bitte hiermit um Aufnahme in den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

ab:

als: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. **Ordentliches Mitglied** (1|2)  
freiberuflich tätiger Physiotherapeut  
(Monatsbeitrag 31,00 Euro)
2. **Außerordentliches Mitglied** (2|3)  
juristische Person mit Kassenzulassung zur Abgabe physiotherapeutischer/krankengymnastischer Leistungen (Monatsbeitrag 31,00 Euro)
3. **Fördermitglied I** (1)  
angestellt tätiger Physiotherapeut (Monatsbeitrag 8,00 Euro), ermäßigte Kursteilnahme wird nur Fördermitgliedern gewährt, die in der Praxis eines ordentlichen/außerordentlichen Mitglieds tätig sind
4. **Fördermitglied II** (4)  
Schüler/Studenten in der Ausbildung an staatlich anerkannten Physiotherapieschulen bzw. an grundständigen oder dualen Studiengängen (beitragsfrei)
5. **Fördermitglied III** (5)  
der Physiotherapie nahestehende Person (Monatsbeitrag 3,00 Euro)

Der Bezug des Fachmagazins „physiotherapie“ ist in den Mitgliedsbeiträgen enthalten.

## abonnement

Hiermit bestelle ich das Fachmagazin „physiotherapie“ (6 Ausgaben/Jahr) zum jährlichen Bezugspreis von 33,00 Euro inkl. Versand und MwSt. ab der nächsten Ausgabe für ein Jahr. Sollte ich das Abonnement nicht 3 Monate vor Ablauf dieser Frist kündigen, verlängert es sich jeweils um ein weiteres Jahr.

Name | Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Ort | Datum

Unterschrift

**Bitte deutlich lesbar ausfüllen!**

Name | Vorname

Geburtsdatum

PLZ | Ort

Straße | Hausnummer

Telefon (tagsüber)

Telefax

E-Mail

Internet

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten – zum Zwecke der Mitgliederverwaltung – gespeichert und verarbeitet werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort | Datum

Unterschrift

IK-Nummer:

(geplantes) Zulassungsdatum:

- Bitte staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/in beifügen.
- Bitte Zulassungsbescheid oder Nachweis über die freiberufliche Tätigkeit beifügen.
- Bitte staatliche Anerkennung des fachlichen Leiters beifügen.
- Bitte Schul-/Studienbescheinigung beifügen.
- Bitte Bescheinigung über den Grund der (gegenwärtigen) Nicht-Tätigkeit beifügen.

Praxisstempel

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ0000327416

- Hiermit ermächtige ich den IFK, den **Mitgliedsbeitrag** ab dem      halbjährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFK auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

- Hiermit ermächtige ich den IFK, den **Bezugspreis** des Fachmagazins „physiotherapie“ jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFK auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name | Vorname

PLZ | Ort

Straße | Hausnummer

BIC

IBAN

Ort | Datum

Unterschrift



# Qualitätsmanagement: ... mit uns können Sie sich das leisten.

Es gibt zumindest drei gute Gründe für Praxisinhaber,  
jetzt ein Qualitätsmanagementsystem in ihrer Praxis zu implementieren.

## Erstens:

Das Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung (IQH) e. V. bietet Praxisinhabern ein Qualitätsmanagementsystem, das man sich leisten kann. Dies gilt sowohl für den zeitlichen Aufwand als auch für die Kosten.

## Zweitens:

Heilmittelerbringer und ihre Patienten profitieren in der Praxis täglich von einem sinnvollen Qualitätsmanagementsystem. Ein professionelles Praxismanagement, Mitarbeiterentwicklung und patientenorientierte Behandlungsabläufe sind eine wichtige Basis, um für die Herausforderungen der Zukunft optimal gewappnet zu sein.

## Drittens:

Qualitätsmanagement ist zukunftsorientiert und wird bei der Vorbereitung auf die weiteren Entwicklungen des deutschen Gesundheitswesens zunehmend wichtiger.

Dokumentieren Sie Qualität und unterscheiden Sie sich dadurch von anderen Praxen!  
**Nutzen Sie diesen Wettbewerbsvorteil!**

### Workshop Qualitätsmanagement I

11.11. – 12.11.2019 in Bochum oder  
29.11. – 30.11.2019 in Nürnberg oder

**Referent:** Dr. Eckhard Becker

**Kosten pro Workshop:** 420,00 EUR (M) | 526,00 EUR (NM)

**Unterrichtseinheiten:** 18 (pro Workshop)

**Fortbildungspunkte:** 18 (pro Workshop)

### Workshop Qualitätsmanagement II

24.01.2020 in Bochum  
13.03.2020 in Nürnberg

**Referent:** Dr. Eckhard Becker

**Kosten pro Workshop:** 210,00 EUR (M) | 265,00 EUR (NM)

**Unterrichtseinheiten:** 9 (pro Workshop)

**Fortbildungspunkte:** 9 (pro Workshop)



Institut für Qualitätssicherung in der  
Heilmittelversorgung e. V. (IQH)

Gesundheitscampus-Süd 33  
44801 Bochum

Tel.: 0234 97745-36  
Fax.: 0234 97745-536

E-Mail: [info@iqhv.de](mailto:info@iqhv.de)  
[www.iqhv.de](http://www.iqhv.de)

# Praxisverwaltung mit THEORG



**lokal, in der Cloud, mobil, per App**

Sie sind **viel unterwegs**, möchten mehrere Standorte **gleichzeitig verwalten** oder einfach mal **von Zuhause** aus arbeiten? THEORG bietet die passende Lösung!

Arbeiten Sie direkt am **PC** in der Praxis, mobil am **Tablet** oder mit **THEORG 2GO** für einen schnellen Überblick am Smartphone.

THEORG, die Software für die **perfekte Praxisorganisation**, ist Ihr flexibler und vielseitiger Partner im Praxisalltag und unterstützt Sie bei der **Patienten- und Rezeptverwaltung, Terminplanung, Abrechnung** und vielen weiteren Aufgaben.

Die **passende Hardware** sowie **regelmäßige Updates** und ein **freundlicher Service** runden das Angebot perfekt ab.

**THEORG**  
Software für **THErapieORGanisation**

**SOVDWAER GmbH**  
Franckstraße 5  
71636 Ludwigsburg

Tel. 0 71 41 / 9 37 33-0  
Fax 0 71 41 / 9 37 33-99

info@sovdwaer.de  
www.sovdwaer.de