

1 Sport braucht Physiotherapie

1.1 Was ist Sportphysiotherapie?

Martin Opehey, Harald Bant

Das Fachgebiet Sportphysiotherapie wurde in den letzten Jahren von zahlreichen Trends beeinflusst und hat sich – freiwillig oder notgedrungen – zu einer Spezialdisziplin innerhalb der Physiotherapie weiterentwickelt. In diesem Kapitel werden die bestimmenden Trends der letzten Jahre sowie die wichtigsten Schritte und heutigen Merkmale der Sportphysiotherapie beschrieben. Es zeigt sich, dass entgegen der gängigen Auffassung der Sportphysiotherapeut nicht nur mit (Hoch-)Leistungssportlern arbeitet, sondern auch mit Breitensportlern und Personen, die kaum körperlich aktiv waren, dies aber gern verändern möchten oder müssen. Außerdem spielt der Sportphysiotherapeut in den letzten Jahren eine immer größere Rolle bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen.

1.1.1 Trends

Steigende Anzahl chronischer Erkrankungen

Seit geraumer Zeit sieht man in Europa eine stetige Zunahme der Inzidenz und Prävalenz von Wohlstandserkrankungen. Damit sind Krankheiten gemeint, deren Ursachen vor allem mit der Reduzierung körperlicher Tätigkeiten im Beruf, dem Überfluss von Nahrungsmitteln und veränderter Freizeitgestaltung zusammenhängen. Unter Wohlstandserkrankungen fallen z.B. Osteoporose, Arthrose, Koronarerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes Typ 2 und Übergewicht/ Obesitas. Hierzu ein paar Zahlen und Überlegungen zum Thema Diabetes:

Im Jahr 1998 sagte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) noch vorher, dass die weltweite Prävalenz von Diabetes Typ 2 von 4% (1995) auf 5,4% im Jahr 2025 steigen würde. 2003 schätzte die International Diabetes Federation (IDF) die weltweite Prävalenz schon auf 5,2%. Die Diabetes-epidemie wird nicht kommen – sie ist schon da. Entscheidende Risikofaktoren für das Entstehen dieser Stoffwechselerkrankung sind unter anderen nicht ausreichende körperliche Bewegung und Übergewicht. Der Sportphysiotherapeut wird in den kommenden Jahren viel mehr mit dieser Art von Gesundheitsproblemen zu tun bekommen, ob er will oder nicht. Durch sein umfassendes Wissen im Bereich Trainingswissenschaften, Leistungsphysiologie und Coaching ist er ausgezeichnet in der Lage, gerade diese Patienten bei der Verbesserung der kardiovaskulären Fitness, Kraft und Gewichtskontrolle als Teil eines gesunden Lebensstils zu unterstützen.

Der Sportphysiotherapeut wird mehr und mehr mit Ernährungswissenschaftlern, Hausärzten und Internisten zusammenarbeiten (Kap. 1.3). Er wird sich in Zukunft jedoch spezifisch in den verschiedenen Erkrankungen weiterbilden müssen, um sowohl präventiv als auch kurativ eine Rolle spielen zu können. Es ist zu erwarten, dass auch die Sportphysiotherapie-Ausbildung sich diesen Herausforderungen stellen und die Lehrpläne entsprechend umstellen muss.

Ähnliche Szenarien lassen sich auch für andere Wohlstandserkrankungen beschreiben. In jedem Szenario spielt körperliche Inaktivität irgendwo im Erklärungsmodell zum Entstehen der chronischen Erkrankung eine Rolle. Die Gesundheitsministerien in vielen europäischen Ländern versuchen aus diesem Grund schon seit Jahren Bürger dazu zu stimulieren, in ihrer Freizeit körperlich aktiver zu werden (Kap. 3.1.1). Zudem steigert körperliche Fitness das allgemeine Wohlbefinden, erhöht damit die Produktivität und reduziert Fehlzeiten am Arbeitsplatz (WHO 2008). Negative Auswirkungen zunehmender körperlicher Ertüchtigung sind die damit verbundene Zunahme an akuten Sportverletzungen und Probleme mit Überlastungen des Haltungs- und Bewegungsapparates.

Steigende Anzahl von Sportverletzungen

In den letzten 20 Jahren haben immer mehr Menschen angefangen, in ihrer Freizeit Sport zu treiben. Dies hat nicht zuletzt als Konsequenz, dass in nahezu allen Sportarten auch immer mehr Sportverletzungen auftreten (Petridou et al. 2003). So ergab eine Studie, dass in Deutschland im Jahr 1998 3,1% der Erwachsenen eine Sportverletzung erlitten haben (Schneider et al. 2006). Umgerechnet handelt es sich hier um etwa 2 Millionen Sportverletzungen jährlich. Laut dieser Studie waren 62% dieser Erwachsenen aufgrund der Sportverletzung mindestens 1 Woche nicht in der Lage, ihrer Arbeit nachzugehen. 60% aller Verletzungen bestanden aus Prellungen, Verstauchungen und Überdehnung oder Riss eines Bandes, 18% waren Frakturen (vor allem der unteren Extremität).

Interessanterweise können anhand dieser Studie gängige Vorurteile bestätigt werden: 75% der Verletzungen gehen auf das Konto männlicher Sportler. In der Altersgruppe der 18–29-Jährigen liegt die Prävalenz der Sportverletzungen bei 6,9% im Vergleich zu 1% bei über 60-Jährigen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass 34–46% aller Sportverletzungen in Deutsch-

land beim Fußball passieren (Steinbrück 2004, Schneider et al. 2006). Die hier beschriebenen Trends gelten auch für andere europäische Länder (Petridou et al. 2003). Auffallende Unterschiede im Ländervergleich beziehen sich vor allem auf die höhere Prävalenz von Frakturen im nichtorganisierten Sport (Ski fahren) in den Alpenländern Österreich und der Schweiz.

In den Niederlanden wird seit geraumer Zeit sehr detailliert festgehalten, wie sich sportliche Trends, Sportverletzungen und damit einhergehende Kosten zueinander verhalten. Jährlich gibt in den Niederlanden 1,5 Millionen Sportverletzungen, die Hälfte davon bedarf medizinischer Betreuung. Die direkten Kosten für diese medizinische Betreuung liegen bei etwa 230 Millionen Euro jährlich. Die Kosten als Folge von körperlicher Inaktivität werden mit 907 Millionen Euro jedoch deutlich höher eingeschätzt (Breedveld et al. 2008). Solche Zahlen machen Diskussionen um höhere Krankenkassenbeiträge für Sportler unsinnig. Wenn schon höhere Kassenbeiträge fällig wären, dann höchstens für Personen, die körperlich inaktiv sind. Da jedoch beide Lösungsansätze ausgesprochen diskriminierend sind, sollte man mit dem Prinzip der Belohnung versuchen, das Gesundheitsverhalten ganzer Bevölkerungsteile positiv zu beeinflussen.

Veränderung von Trainingsumgebung und Material

Immer mehr Menschen treiben in ihrer Freizeit Sport. Dies hat in vielen Sportarten auch zur Weiterentwicklung von Trainingsumgebung und Material beigetragen, was wiederum Einfluss auf die Verletzungshäufigkeit und -art gehabt hat. In vielen Fällen wird durch die technologische Weiterentwicklung von Umgebung und Material der menschliche Körper höheren Belastungen ausgesetzt. Hierzu 2 Beispiele:

Beispiele

Beim Feldhockey hat in den letzten Jahrzehnten der Kunstrasen als bevorzugte Unterlage Einzug gehalten. Der Sport ist hierdurch schneller geworden und man erlebt entsprechend mehr Verletzungen von Hockeysportlern an der Wirbelsäule und Muskel-Sehnen-Verletzungen aufgrund von Überbelastung (Kirr et al. 2007).

Beim alpinen Skisport hat ein Großteil der Skifahrer (80–85%) vom klassischen Alpinski zum Carvingski umgesattelt. Verstärkte Taillierung und reduzierte Skilänge haben einen Einfluss auf die Verletzungshäufigkeit und -art. Entgegen der gängigen Berichterstattung in den Medien hat es durch die Einführung des Carvingskis im alpinen Skisport einen rückläufigen Trend bei der Verletzungshäufigkeit gegeben. Seit dem Einführen der Carvingski haben sich 7% weniger Unfälle auf den Pisten ereignet (Gläser 2006). Die Verletzungsart hat sich allerdings verändert: Es gibt deutlich mehr Schulterver-

letzungen beim Skifahren, während die Anzahl der Knieverletzungen rückläufig ist. Man geht davon aus, dass die reduzierte Skilänge für die niedrigere Rate von Knieverletzungen verantwortlich ist und die vermehrte Präparierung der Pisten mit Kunstschnnee und die damit zusammenhängende Härte der Schneeunterlage bei der Zunahme der Schulterverletzungen eine Rolle spielt.

Sportphysiotherapeuten müssen ihr Wissen über diese Art von Veränderungen ständig aktualisieren, um sportartspezifisch präventiv und kurativ auftreten zu können. Dies bedeutet, dass sportartspezifische Bewegungshandlungen in ihrem Kontext (Trainingsumgebung und -material) analysiert werden müssen (Kap. 4.1). Das gilt sowohl für den Breiten- als auch den (Hoch-)Leistungssport (Kap. 1.2.3).

Veränderungen im Hochleistungssport

Steigende Preisgelder. Gerade im Hochleistungssport gab es in den letzten 10 Jahren zahlreiche „finanzielle“ Entwicklungen. Geld spielt eine immer größere Rolle. Ein Beispiel dafür ist die Höhe der Preisgelder. Bei den All England Championships in Wimbledon wurden im Jahr 2009 insgesamt 14,17 Millionen Euro an Preisgeldern ausgeschüttet. 1999 waren es noch 8,92 Millionen Euro. In 10 Jahren hat die Höhe der Preisgelder somit um 60% zugenommen.

Auch bei vielen anderen Sportarten kann man diese Entwicklung beobachten. Wenn die deutsche Fußballnationalmannschaft 2008 bei der Europameisterschaft den Titel gewonnen hätte, wären jedem Spieler vom deutschen Fußballbund (DFB) 250 000 Euro zugekommen. Jürgen Klinsmann erhielt als Spieler für den EM-Titel 1996 in England 52 000 Euro.

Höhere Transfersummen. Mittlerweile werden für Sportler Transfersummen in einer Größenordnung gezahlt, mit der man in einer Wirtschaftskrise Unternehmen vor der Insolvenz retten könnte. So bezahlte 2009 der spanische Rekordmeister Real Madrid für den portugiesischen Superstar Cristiano Ronaldo etwa 94 Millionen Euro an Manchester United. Um auf Nummer sicher zu gehen, hat der spanische Klub gleich noch eine Klausel mit in den Vertrag aufgenommen für den Fall, dass der Fußballer den Klub verlassen möchte. Vereine, die Interesse an einer Verpflichtung von Ronaldo haben, werden eine Ablösesumme von 1 Milliarde Euro bezahlen müssen. Ein Hinweis darauf, dass der Einfluss des Geldes auf das Sportgeschehen in der Zukunft eher noch größer als kleiner werden wird.

Größere mediale Aufmerksamkeit. Die Vermarktung des Hochleistungssports hat stark zugenommen, die mediale Aufmerksamkeit steigt von Jahr zu Jahr weiter an. So hat z.B. der Verkauf der Übertragungsrechte der Olympi-

schen Spiele 2008 in Peking dem Internationalen Olympischen Komitee (IOC) 5 Milliarden Euro eingebracht. Die europäischen Senderechte hatte die European Broadcasting Union (EBU) für 443 Millionen Euro erstanden. Die deutschen öffentlich-rechtlichen Fernsehanstalten haben dazu insgesamt etwa 40 Millionen Euro beigetragen und damit beinahe 500 Mitarbeiter vor Ort finanziert. Somit waren die 436 deutschen Olympioniken medientechnisch sehr gut versorgt. Wenn man das mit den Sommerspielen 1996 in Atlanta vergleicht, bei der die EBU für das gleiche Paket noch 250 Millionen Euro bezahlte, ist das eine Steigerung um 77% innerhalb von 4 Sommer-Olympiaden.

Preisgelder, Transfersummen und die mediale Aufmerksamkeit haben einen enormen Einfluss auf den Spitzensport. Dieser Einfluss hat sowohl negative als positive Effekte auf die Sportler und deren Umfeld und somit auch auf den Sportphysiotherapeuten.

Zunächst einmal denkt man vor allem an die negativen Effekte: Das nichtentdeckte Dopen von Spitzensportlern ist mittlerweile selbst zum Spitzensport geworden, wobei sich Sportler mit den Dopingautoritäten einen Wettkampf auf höchstem Niveau liefern. Ruhm, Macht und Geld sind nach wie vor in vielen Fällen für Sportler, Trainer, Ärzte und Funktionäre wichtiger als die Gesundheit des Sportlers (Kap. 6). Der Radsport ist in dieser Hinsicht in den letzten Jahren das beste Beispiel dafür, wie es eben nicht gehen sollte. Vergessen wird in diesem Zusammenhang gern die Vorbildfunktion, die der Sport für den Rest der Gesellschaft hat. Darum wird seit längerer Zeit das Dopingverhalten auch im Breitensport untersucht. Das Robert Koch-Institut kommt in einer seiner Schriften zu folgendem besorgniserregenden Schluss (Müller-Platz et al. 2006, S. 27):

„In Deutschland sind bisher keine Dopingfälle bei Breiten- und Freizeitsporttreibenden nachgewiesen geworden. Das liegt daran, dass dieser Bereich des Sports nicht kontrolliert wird. ... Es gibt für Deutschland zwar nur wenige Untersuchungen, aber ein nicht zu vernachlässigender Teil befragter Fitnessstudiokunden bekennt sich zum Missbrauch von Dopingsubstanzen.“

Konkret bedeutet dies, dass auch der nicht im Spitzensport tätige Sportphysiotherapeut sich mit der Dopingproblematik und den gesundheitlichen Folgen von Doping auseinandersetzen muss.

Im Spitzensport muss der Sportphysiotherapeut neben der Dopingproblematik zudem mit den Medien und deren Einfluss umgehen können. Er wird sich einem höheren Druck ausgesetzt sehen, wenn es um Entscheidungen geht wie die Einsatzfähigkeit eines leichtverletzten Sportlers oder wenn der Aufbau einer effektiven Reha nach einer ernsthaften Verletzung gefragt ist.

Gleichzeitig steht dem Sportphysiotherapeuten im Spitzensport oftmals das Beste vom Besten zur Verfü-

gung, wenn es um diagnostische Tests und therapeutische Anwendungen geht (Kap. 2.3). Man hofft natürlich, dass das viele Geld im Sport auch zur Weiterentwicklung von präventiven und kurativen Strategien genutzt wird und dass die Gelder unter anderem auch in die klinische Forschung fließen. Und letztlich ist da die Ambition, die neuen Erkenntnisse aus dem Spitzensport auch der Betreuung von Breitensportlern zugänglich zu machen und somit einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu haben (Kap. 8).

Mehr Erkenntnisse in der Prävention und Rehabilitation

Dass viel geforscht wird, steht außer Frage. Hierzu ein Beispiel: Eine gängige Verletzung, die sportphysiotherapeutisch betreut wird, ist die des vorderen Kreuzbandes (VKB). Eine Recherche in der größten medizinischen Datenbank Medline ergibt: In der Zeit von 1989–1998 wurden insgesamt 2970 Studien zum Thema VKB publiziert. In den anschließenden 10 Jahren von 1999–2008 wurden zum gleichen Thema 5075 Studien veröffentlicht. Das ergibt eine relative Zunahme von Publikation über einen Zeitraum von 10 Jahren um 70%! Dieser exponentielle Zuwachs von neuen Erkenntnissen bringt eine ganze Reihe von Problemen mit sich:

- Ein allgemein arbeitender Physiotherapeut kann nicht alle Entwicklungen in verschiedenen Fachgebieten wie z. B. der Neurologie oder Geriatrie verfolgen, wenn es schon bei einem einzelnen Thema innerhalb des Fachgebiets der Sportphysiotherapie schier unmöglich ist.
- Es ist nicht nur so, dass neue Erkenntnis hinzukommen, es werden auch viele alte Erkenntnisse widerlegt. Man nennt dies auch die Halbwertszeit des Wissens. Das, was früher als Wahrheit angesehen wurde, ist vielleicht mittlerweile widerlegt.

Der Sportphysiotherapeut bleibt innerhalb seines Fachgebietes nur auf dem neuesten Stand, wenn er regelmäßig Weiterbildungsveranstaltungen besucht, Fachzeitschriften liest, Kongresse und Symposien besucht. Bei diesen Gelegenheiten kann er sich neues Wissen aneignen und altes Wissen zur Diskussion stellen.

Verbesserte diagnostische Möglichkeiten

Auch im Bereich der diagnostischen Möglichkeiten hat sich viel getan (Kap. 2.3). Technische Fortschritte bei den bildgebenden Verfahren wie MRI, CT und Ultraschall stellen mehr und feiner detaillierte Informationen über Verletzungslokalisation und -ausmaß zur Verfügung. Der Grundgedanke ist natürlich, dass diese Fortschritte auch zu einer gezielteren und somit effektiveren Behandlung führen mögen. Aber auch dies stellt den Sportphysiotherapeuten wieder vor neue Probleme: Beim lumbalen

Bandscheibenvorfall beispielsweise stimmen die Beschwerden des Patienten oftmals nicht mit dem Niveau überein, auf dem mittels MRI der Bandscheibenvorfall diagnostiziert wurde (Abb. 1.1). Ein weiteres eindrucksvolles Beispiel ist die Tatsache, dass bei 20–36% von nichtsymptomatischen Personen Bandscheibenvorfälle diagnostiziert werden (Koes et al. 2007).

Validität und Zuverlässigkeit als Ausdruck der Qualität eines diagnostischen Messverfahrens müssen eingehend erforscht werden und Sportphysiotherapeuten sollten ihr Wissen darüber in jeden diagnostischen Prozess einbeziehen, um Resultate adäquat zu interpretieren. Dies gilt nicht nur für bildgebende Verfahren, sondern auch für die orthopädische Untersuchung.

Ein Beispiel hierzu ist die Validität von manuellen Tests. Gerade in diesem Bereich ist in den letzten Jahren viel geforscht worden (u. a. Deville u. van der Windt 2000, van Grinsven u. Kesselring 2006, Tennent et al. 2003, Malanga et al. 2003). Früher waren die Tests einfacher zu interpretieren: Ein positiver Impingementtest nach Neer war einer Supraspinatustendinitis gleichzusetzen. Mittlerweile muss sich der Sportphysiotherapeut fragen, wie groß die Chance auf ein falsch positives oder falsch negatives Testresultat ist. Und wenn der Impingementtest tatsächlich positiv ist, muss der Sportphysiotherapeut sich fragen, ob es nicht vielleicht auch noch andere Strukturen gibt, die für die Symptomatik verantwortlich sein könnten (Moen et al. 2008).

Im diagnostischen Bereich haben auch die anderen Berufsgruppen wie Sportärzte und Orthopäden lernen müssen, mit der Zunahme an diagnostischen Möglichkeiten auf der einen Seite und andererseits mit der damit einhergehenden Zunahme an Wissen über die Ungenauigkeit des Messverfahrens umzugehen. Die Basis für eine erfolgreiche Therapie ist die medizinische und sportphysiotherapeutische Diagnose. Durch interkollegiale (interdisziplinäre) Besprechung der diagnostischen Resultate kann die Diagnose adäquater gestellt werden.

Evidence Based Sportsphysiotherapy (EBS)

Die bisher beschriebenen Trends sind als sichtbare Veränderungen des Fachgebiets aufzufassen. Sie zeugen von der tief greifenden Veränderung, die sich innerhalb der (Sport-)Physiotherapie in den letzten Jahrzehnten vollzogen hat. Diese Veränderungen sind so fundamental, dass man durchaus von einem Paradigmenwechsel sprechen kann (Kuhn 1962), dessen Ursprünge in der Schulmedizin der 1970er Jahre liegen. David Sackett hat damals Evidence Based Medicine (EBM) als neues Paradigma beschrieben:

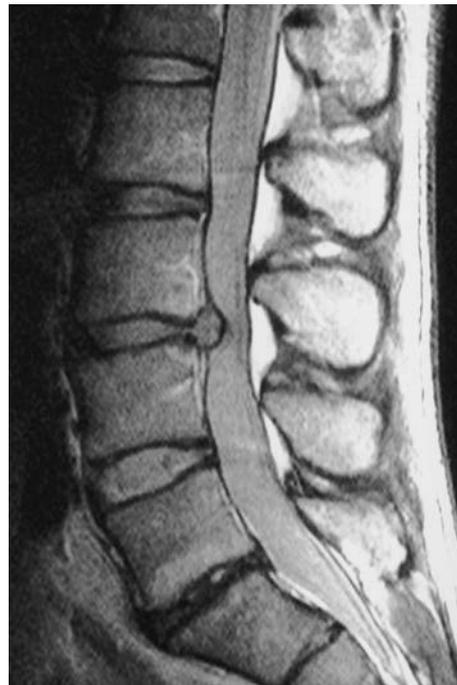


Abb. 1.1 Dieser Bandscheibenvorfall wird mit Sicherheit Beschwerden verursachen.

„Evidence Based Medicine ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz, um Entscheidungen für den individuellen Patienten zu treffen“ (Straus et al. 2000, S. 1).

Obwohl tausendfach zitiert wird EBM nach wie vor auf wissenschaftliche Forschung reduziert oder, genauer gesagt, auf das Anwenden wissenschaftlicher Forschungsergebnisse (experimentelle Evidenz) auf den einzelnen Patienten. Dies führt unweigerlich zur Kochbuchstrategie: Bei vorher festgeschriebenen Patientenpopulationen, die den Einschlusskriterien der entsprechenden randomisierten Studien entsprechen, werden die Behandlungsabläufe extrem detailliert protokolliert. Naturgemäß halten sich die wenigsten Patienten in der sportphysiotherapeutischen Praxis an diese Einschlusskriterien und die wenigsten Gesundheitsprobleme im sportphysiotherapeutischen Alltag eignen sich für diese Strategie. Es wird von jedem Sportphysiotherapeuten erwartet, dass er nicht die Definition von Sackett auswendig lernt, sondern sich vor allem 2 Herausforderungen stellt:

Der Sportphysiotherapeut soll das Problem jedes einzelnen Patienten zuerst genau analysieren und eine maßgeschneiderte Therapie erarbeiten.

Bei dieser maßgeschneiderten Therapie soll er aktuelles Wissen aus der klinischen Forschung und sein Erfahrungswissen gleichermaßen einfließen lassen.

Dies erfordert eine kritische Haltung vor allem sich selbst gegenüber. Seine eigene Handlungsweise zur Diskussion zu stellen ist um ein Vielfaches schwieriger, als einfach damit weiterzumachen, was man vor vielleicht 5, 10 oder 20 Jahren in der Grundausbildung gelernt hat. Wenn in diesem veralteten Paradigma der „Opinion Based Practice“ eines eben nicht erwünscht war, war es die kritische Haltung sich selbst und vor allem dem Lehrer und Praktikumsbetreuer gegenüber.

Evidence Based Sportsphysiotherapy (EBS) kann als neues Paradigma umarmt werden, wenn es gelingt, den Stellenwert des Erfahrungswissens eines ganzen Berufsstandes zu deuten und dem Patienten die Rolle beizumessen, die er verdient.

Erfahrungswissen wird in der angelsächsischen Literatur mittlerweile als „empirical evidence“ angedeutet (Tonelli 2001). Ins Deutsche übersetzt bezeichnet empirische Evidenz einen Beweis, der auf Erfahrung beruht. Dieses Erfahrungswissen ist unersetzlich in der täglichen Praxis und dies wird auch immer so bleiben. Die Herausforderung wird jedoch darin bestehen, dieses Erfahrungswissen zu beschreiben und einer kritischen Prüfung zu unterziehen. „Das habe ich immer schon so gemacht und es funktioniert“ ist keine gültige Argumentation, um „das“ weiterhin so zu machen.

Die Aufgabe für die Sportphysiotherapie im Allgemeinen besteht darin, nach Erklärungen dafür zu suchen, *warum* „es“ funktioniert (Lettinga 2003). Dies ist sowohl wissenschaftsphilosophisch als auch methodologisch eine große Herausforderung.

Gleichzeitig werden die erfahrenen Praktiker sich der experimentellen Evidenz öffnen müssen. Allein schon dem Patienten gegenüber ist jeder in der Pflicht, die bestmögliche Therapie anzuwenden. Man kann heutzutage von Sportphysiotherapeuten erwarten, dass sie sich aktiv und konstruktiv mit den Gegensätzen zwischen ihrer eigenen empirischen Evidenz und der experimentellen Evidenz auseinandersetzen. Es geht hier wohlgerne um die Integration von empirischer und experimenteller Evidenz zum Wohl des Patienten und nicht um die Frage, ob experimentelle Evidenz der empirischen Evidenz überlegen ist.

Hinzu kommt, dass sich in den meisten europäischen Ländern in den letzten Jahren ganz klar der Gedanke durchsetzt, dass der Bürger auch in Bezug auf seine eigene Gesundheit als Konsument gesehen wird. Prinzipien des freien Marktes werden also übersetzt auf das Gesundheitswesen. Dies hat zur Folge, dass die (Sport-)Physiotherapie, analog zum Bild vom Patienten als Konsumenten, als Produkt gesehen wird. Der Konsument entscheidet durch sein Kaufverhalten, wie erfolgreich dieses Produkt am Markt wird. In der Gesetzgebung bekommt der Konsument dementsprechend immer mehr Mitspracherecht, wenn es um die Gestaltung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und um das Mitspracherecht bei

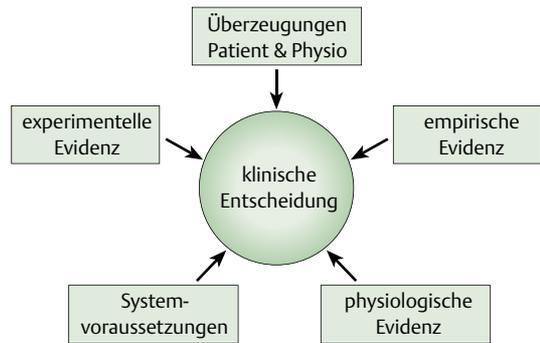


Abb. 1.2 Evidence Based Sportphysiotherapy: Bei der klinischen Entscheidung werden alle Quellen einbezogen.

der Gestaltung der individuellen Therapie geht. Mehr Entscheidungsfreiheit und Mitspracherecht stimulieren einerseits die Compliance des Patienten, erfordern aber andererseits vom Sportphysiotherapeuten zusätzlich die Fähigkeit, dem Patienten diese Freiheit auch einzuräumen.

Die Sportphysiotherapie wird in den nächsten Jahren beweisen müssen, ob sie dem hier formulierten Anspruch genügen kann. Sie muss beweisen, dass durch sportphysiotherapeutische Maßnahmen der Medikamentengebrauch des Diabetikers abnimmt, die Anzahl der Sportverletzungen zurückgeht, die Rückkehr des Sportlers auf das ursprüngliche Leistungsniveau schneller verläuft und dass Fehlzeiten am Arbeitsplatz tatsächlich reduziert werden.

Erst wenn die Sportphysiotherapeut empirische und experimentelle Evidenz, Vorzüge des Patienten und die (Un-)Möglichkeiten des Gesundheitswesens (Systemvoraussetzungen) in Entscheidungen bei jedem einzelnen Patienten einfließen lässt, wird das neue Paradigma der Evidence Based Sportsphysiotherapy (EBS) von allen Parteien akzeptiert werden und sich als neues gültiges Paradigma durchsetzen (Abb. 1.2).

1.1.2 Geschichte der Sportphysiotherapie

Innerhalb der Heil- und Krankengymnastik ist von jeher den Sportverletzungen viel Aufmerksamkeit gewidmet worden (Steinbrück 2004). Vor allem Impulse aus der Sportmedizin und Sportorthopädie haben geholfen, der Sportphysiotherapie mehr Selbstständigkeit zu verleihen. Bei vielen Sportverletzungen ist man zu der Erkenntnis gekommen, dass eine gute sportphysiotherapeutische Nachbehandlung entscheidend ist für die erfolgreiche Rückkehr in den Sport. Dies begründet den Status der Spezialisierung der Sportphysiotherapie innerhalb der Physiotherapie.

Einen Meilenstein in der Professionalisierung der Sportphysiotherapie stellt die Gründung der International Federation of Sports Physiotherapy (IFSP) im Jahr 2000 dar. Die IFSP ist eine weltweit arbeitende Organisation, die nationale Sportphysiotherapieverbände vertritt. Mittlerweile gehören ihr 22 Mitgliedsorganisationen an. Die Hauptziele der IFSP sind:

- Sportphysiotherapie weltweit zu fördern
- Fachinteresse (professional interest) und Statur/Gestalt der Sportphysiotherapie weltweit voranzubringen
- Qualität der Sportphysiotherapie in Bezug auf Wissen, Fertigkeiten und fachgerechte Verantwortung/Kompetenz (professional responsibility) weltweit zu verbessern
- Bemühungen zur Durchführung von Forschungen zur Förderung einer evidenzbasierten Sportphysiotherapie zu unterstützen/erleichtern
- Kommunikation und Austausch edukativer und beruflicher Informationen über unterschiedliche Medien zu fördern
- organisatorische Struktur und Politik nutzbar zu machen, um die internationale Harmonisierung zu fördern

Die IFSP ist seit dem Jahr 2003 eine anerkannte Gruppe des World Congress of Physical Therapy (WCPT). Einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Sportphysiotherapie hat die IFSP dadurch geliefert, dass sie zusammen mit den nationalen Vertretern ein europäisches Kompetenzprofil „Sportphysiotherapie“ entwickelt hat. Dieses Profil wurde am 21. Juni 2005 bei der Hauptversammlung in Oslo offiziell angenommen und noch im selben Jahr unter dem Titel „Sports Physiotherapy Competencies and Standards“ publiziert. Es beschreibt die heutige Auffassung darüber, was Sportphysiotherapie ist und was ein Sportphysiotherapeut können muss (Abb. 1.3).

Auf ihrer Webseite www.sportsphysiotherapyforall.org finden sich dieses Profil gratis zum Herunterladen und außerdem noch eine Menge Zusatzinformationen, wie z. B. die IFSP-Doping-Richtlinie.

1.1.3 Europäisches Kompetenzprofil „Sportphysiotherapie“

Definition, Rollen und Kompetenzen des Sportphysiotherapeuten

Im Europäischen Kompetenzprofil wird der Sportphysiotherapeut folgendermaßen definiert:

Definition

Ein Sportphysiotherapeut ist ein anerkannter Experte, der über fortgeschrittene Kompetenzen in Bezug auf die Förderung einer sicheren Teilnahme an physischen Aktivitäten, (die Bereitstellung von) Beratung und die Anpassung von Rehabilitations- und Trainingsinterventionen verfügt, um Verletzungen vorzubeugen, die optimale Funktion wiederherzustellen und zur Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit beizutragen bei Sportlern aller Altersstufen und Fähigkeiten, wobei er einen hohen Standard der beruflichen und ethischen Praxis gewährleistet (Bulley et al. 2005, S. 26).

Die IFSP geht davon aus, dass früher oder später auch die Sportphysiotherapeuten in Europa auf Master-Niveau arbeiten werden. Die Entwicklungen dazu sind noch sehr uneinheitlich, aber es gibt in fast jedem europäischen Land mittlerweile Studiengänge, die mit einem Master-Titel abgeschlossen werden. In diesem Professionalisierungsprozess geht es zunächst einmal nicht so sehr um den Titel des Master of Science oder des Master of Applied Sciences, sondern um die Tatsache, dass sich das Berufsfeld des Sportphysiotherapeuten wie oben beschrieben sehr rasant entwickelt. Komplexe Gesundheitsprobleme, viel neues Wissen und mehr Verantwortung stellen eben höhere Ansprüche an die Berufsausübung. Deswegen spricht man auch vom Sportphysiotherapeuten als Spezialisten. Die wichtigsten Merkmale des Spezialisten werden von der WCPT anhand dieser Punkte global beschrieben (WCPT 2003):

- wendet neues Wissen an
- vermittelt neues Wissen
- entwickelt neues Wissen

Diese Überlegungen formten die Basis für die Entwicklung des Kompetenzprofils des Sportphysiotherapeuten. Es wurden verschiedene Modelle entwickelt, um die Rollen und Kompetenzen für den Physiotherapeuten übersichtlich darzustellen. Das Modell von Coppoolse u. van den Heuvel (2004) ist speziell darauf ausgerichtet, die Rollen auf Master-Niveau zu definieren. Die IFSP hat dieses Modell als Leitfaden benutzt, um innerhalb der unterschiedlichen Rollen, die der Sportphysiotherapeut hat, spezielle Kompetenzen zu entwickeln und zu spezifizieren. Kompetenzen beschreiben die Integration von Wissen, Fähigkeiten und Berufshaltung des Sportphysi-

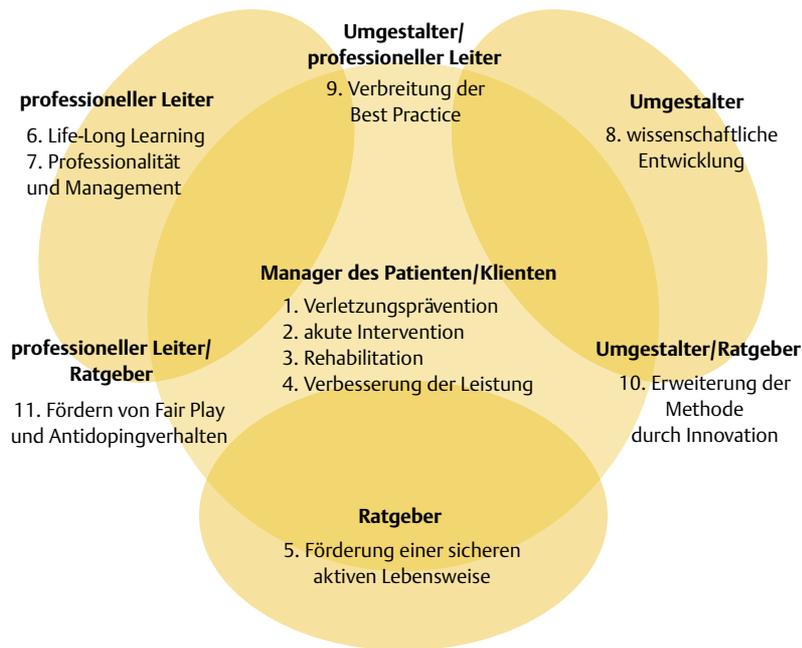


Abb. 1.3 Sportphysiotherapeutisches Kompetenzmodell (Bulley 2005).

otherapeuten in einem speziellen Kontext (Ministry for Education, Culture and Science 2002).

Durch die Standardisierung der Rolle und der Kompetenzen kann das Niveau, auf dem sich der Sportphysiotherapeut befindet, bestimmt und evaluiert werden.

Im Zentrum: der Klientenmanager

In diesem Modell steht die Rolle des „Klientenmanagers“ im Zentrum. Das bedeutet, dass die Interaktion zwischen Sportphysiotherapeut und Patient/Sportler im Zentrum des sportphysiotherapeutischen Prozesses steht (Kap. 1.3). „Patientenzentrierte“ Therapie bildet die Grundlage einer guten sportphysiotherapeutischen Behandlung. Durch den kontinuierlichen Dialog mit dem Sportler wird klar, wie der Gesundheitszustand des Sportlers verbessert und das Leistungsvermögen erhöht werden kann.

Innerhalb dieser Rolle werden 4 Kompetenzbereiche beschrieben:

- Verletzungsprophylaxe
- erste Hilfe
- Rehabilitation
- Leistungssteigerung

Verletzungsprophylaxe. Der erste Kompetenzbereich, den der Sportphysiotherapeut beherrscht, erstreckt sich über das Gebiet der sekundären Prävention. Sekundäre Prävention bezeichnet das Erkennen und Behandeln von Risikofaktoren im Frühstadium einer Krankheit, bevor diese bereits zu Symptomen geführt haben (Senten et al. 2003). Der Sportphysiotherapeut muss in der Lage sein, eine gute Risikoanalyse zu erstellen, die den Sport, den Sportler

selbst und seine Umgebung, in der er funktioniert, berücksichtigt. Dadurch kann er erfahren, welche physischen, mentalen und sozialen Aspekte im Entstehungsprozess von Beschwerden eine prädisponierende Rolle einnehmen. Auf der Grundlage der biopsychosozialen Risikoanalyse werden präventive Maßnahmen angeführt, um Beschwerden vorzubeugen. Diese Präventivmaßnahmen können ausschließlich erfolgreich implementiert werden, wenn sowohl der Sportler, alle ihn begleitenden Disziplinen als auch sein Umfeld darüber informiert sind, welche Risikofaktoren eine Rolle spielen und wie jeder Einzelne seinen Teil dazu beitragen kann, um Beschwerden vorzubeugen. Der Sportphysiotherapeut übernimmt hierbei eine wichtige Aufgabe. Sowohl während der Behandlung in der Sportphysiotherapiepraxis als auch während des Trainings und im Verlauf von Wettkämpfen müssen und können präventive Maßnahmen angewendet werden. Präventive Maßnahmen können beispielsweise darin bestehen, den Sportler zu informieren und zu beraten. Beispiel dafür ist die Aufklärung des Sportlers über die Bedeutung regenerativer Maßnahmen nach dem Training, den Effekt von Alkohol auf das Leistungsvermögen oder die negativen Folgen des Dopinggebrauchs (Kap. 6 u. 7). Prävention kann ebenfalls durch das Anwenden passiver und aktiver sportphysiotherapeutischer Maßnahmen erreicht werden. Passive Maßnahmen wie z. B. Sportmassage, Eistherapie nach einem Wettkampf oder Triggerpoint-Behandlung sind regenerierende Maßnahmen, die Beschwerden nach dem Training oder im Laufe der Saison vermeiden können. Aktive Maßnahmen, wie beispielsweise die bewusste Anwendung von Entspannungstechniken, haben



Abb. 1.4 Beispiel für einen Krafttest für den Quadrizeps auf dem Kniestrecker.

eine ähnliche Wirkung. Weitere Informationen sind dem Kap. 3.1.2 zu entnehmen.

Eine gute Analyse des Sports bezüglich des Funktions-, Aktivitäten- und Partizipationsniveaus bestimmt, was ein Sportler können muss, um den Sport optimal ausführen zu können (Kap. 4.4). Während des Trainings des Sportlers ist diese Analyse der Leitfaden, um Trainingsprogramme zusammenzustellen (Kap. 4.4). Die regelmäßige Ausführung sportspezifischer Tests gibt Auskunft über das Niveau, auf dem sich der Sportler zu diesem Zeitpunkt befindet (Abb. 1.4). Vor allem für Kraft, Ausdauer und Schnelligkeit gibt es viele Tests, die durchgeführt werden können. Obwohl das Testen selbst keine präventive Maßnahme ist, kann durch die Anwendung sportspezifischer Tests eine gute Analyse der aktuellen Belastbarkeit des Sportlers angefertigt werden. Die Beratung des Sportlers und seines Umfelds bezüglich der Testergebnisse und die Konsequenzen, die sich daraus für das Trainingsprogramm ergeben, sind Beispiele für die Vorbeugung von Beschwerden.

Erste Hilfe. Durch die stark zunehmende Zahl Sporttreibender steigt auch die Zahl der Sportverletzungen (Petridou et al. 2003). Bei Trainingseinheiten oder Wettkämpfen besteht ein erhöhtes Risiko, sich akut zu verletzen. Das kompetitive Element, Veränderungen in der Trainingsumgebung und der zunehmende Druck der Medien sind prädisponierende Faktoren für die Zunahme des Verletzungsrisikos. Wenn es bei einem Sportler um eine akute Verletzung geht, muss der Sportphysiotherapeut in der Lage sein, adäquat zu reagieren und zu handeln sowie mit dem Umfeld zu kommunizieren. Dies ist der zweite Kompetenzbereich des Sportphysiotherapeuten in der Rolle des „Klientenmanagers“. Bei der Betreuung eines



Abb. 1.5 Erste Hilfe bei Sportverletzungen.

Sportlers durch ein disziplinübergreifendes Team muss im Vorfeld klar sein, wer während der Entstehung einer akuten Verletzung für welche Bereiche verantwortlich ist, und es muss deutlich sein, wie die Kommunikationswege zu verlaufen haben: Was ist die Rolle des Sportarztes, des Trainers und des Sportphysiotherapeuten (Kap.1.3)? Der Sportphysiotherapeut muss gerade in solch einer hektischen Situation die Ruhe bewahren und auf der Grundlage der Symptome und der Ausführung relevanter Tests den Ernst der Situation einschätzen und die richtigen Entscheidungen treffen. Um die Situation richtig einschätzen und die entsprechenden Entscheidungen treffen zu können, muss der Sportphysiotherapeut über ein ausreichendes Wissen bezüglich des Sports und dessen körperliche Ansprüche verfügen. Wenn sich der Sportphysiotherapeut nahe am Geschehen befindet, ist die Entstehungsweise der Verletzung in den meisten Fällen deutlich. Dies steuert sein Handeln. Durch schnelle Kontaktaufnahme mit dem Sportler, Bestimmung der Gelenkfunktionen, die Ausführung verschiedener Untersuchungen, Schnelltests, Palpation, Widerstandstests und durch die Kontrolle der axialen Belastung kann eine fundierte Entscheidung für den verletzten Sportler getroffen werden. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte Kap. 2.2; hier wird ausführlich beschrieben, was „erste Hilfe“ beinhaltet.

Rehabilitation. Nach der Entstehung einer akuten Verletzung wird ein Sportler mit seinen Belastungsgrenzen konfrontiert (Tamboer 2004). Durch die Verletzung sind die Voraussetzungen für die verschiedenen motorischen Grundeigenschaften (Mobilität, Koordination, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauervermögen) temporär nicht vorhanden, was zu einer Einschränkung der Sportpartizipation führt. Dies ist der Bereich der tertiären Prävention – das Gebiet, in dem der Sportphysiotherapeut sich am häufigsten bewegt. Tertiäre Prävention ist das Verhindern weiterer Schäden bei einem Sportler, der bereits Beschwerden hat (Senten et al. 2003). Nach der Entstehung

einer Verletzung begleiten der Sportphysiotherapeut und angrenzende Disziplinen den Sportler auf seiner Reise zurück zur Sportpartizipation. Dieser Kompetenzbereich fordert dem Sportphysiotherapeuten viel ab.

Zuerst geht es um die Durchführung einer guten sportphysiotherapeutischen Untersuchung. Das Ziel dieser Untersuchung ist, zusammen mit dem verletzten Sportler eine Analyse seines Gesundheitsproblems aus einer biopsychosozialen Perspektive zu erstellen.

Nach der Untersuchung wird eine sportphysiotherapeutische Diagnose gestellt (Kap. 1.2). Unter einer sportphysiotherapeutischen Diagnose versteht man „ein berufsspezifisches Urteil des Physiotherapeuten über den Gesundheitszustand des Patienten, als Grundlage für die Erstellung eines Behandlungsplans (in Rücksprache mit dem Patienten/Betroffenen)“ (KNGF 2003, S. 7).

Die sportphysiotherapeutische Diagnose gibt Aufschluss über mögliche Aspekte, die der Sportphysiotherapeut bei der Erstellung eines Behandlungsplans verwenden kann. Der Behandlungsplan beinhaltet kurz-, mittel- und langfristige Ziele, die häufig folgende allgemeine Ausgangspunkte umfassen:

- Reduktion der Störungen
- Prävention der sekundären Störungen
- Vergrößerung und/oder Verbesserung der funktionellen Möglichkeiten/Aktivitäten des Sportlers
- Anteilnahme des Sportlers verbessern
- Förderung der Gesundheit
- Stimulation positiver und Reduktion negativer persönlicher Faktoren des Sportlers
- Reduktion negativer und Stimulation positiver Umgebungsfaktoren, die die Genesung bzw. die Leistungsfähigkeit des Sportlers positiv beeinflussen

Der Behandlungsplan wird in Zusammenarbeit mit dem Sportler erstellt. In der Sportphysiotherapie wird dies als „shared decision making“ bezeichnet (Higgs et al. 2008). Man weiß, dass dies zu einer Verbesserung der Compliance des Sportlers in Bezug auf den Rehabilitationsprozess führt.

Während der sportphysiotherapeutischen Behandlung stehen dem Sportphysiotherapeuten sowohl aktive als auch passive sportphysiotherapeutische, evidenzbasierte Interventionen zur Verfügung. Beispiele für passive Interventionen sind Sportmassage, Triggerpoint-Behandlung, Tape-Behandlung, Bandagen, Kryo- oder Wärmetherapie (Kap. 3). Die passiven Maßnahmen haben die Reduktion der Störungen zum Ziel sowie die Vorbeugung vor sekundären Störungen und die Verbesserung der funktionellen Möglichkeiten des Sportlers.

Aktive Interventionen wie z. B. Trainieren der Mobilität, Koordination, Kraft, Ausdauervermögen und Schnelligkeit werden gezielt eingesetzt, um die funktionellen Möglichkeiten des Sportlers zu verbessern (Abb. 1.6). Dies führt letztlich zur erwünschten Sportpartizipation.



Abb. 1.6 Rehabilitation eines Sportlers in einer Sportphysiotherapiepraxis.

Wenn eine Verletzung vorliegt, wird häufig die Physis des Sportlers mit Hilfsmitteln wie z. B. Gehhilfen oder Orthesen unterstützt, die Störungen werden dadurch reduziert. Das soziale Umfeld wird über die Umstände informiert mit dem Ziel, optimale Bedingungen für die Genesung des Sportlers zu schaffen. Während des sportphysiotherapeutischen Behandlungsprozesses wird der Sportler kontinuierlich über den weiteren Verlauf informiert und dementsprechend beraten. Im Dialog mit dem Sportler trifft der Sportphysiotherapeut Entscheidungen, die letztlich zur Sportpartizipation führen. Der Sportphysiotherapeut trifft seine Entscheidungen nicht ausschließlich auf Basis der Informationen des Sportlers. Während der Rehabilitation wendet der Sportphysiotherapeut den Qualitätszyklus an (planen – tun – prüfen – handeln). Er beabsichtigt dadurch, systematisch und zielgerichtet vorzugehen. Evaluationsmomente (prüfen) sind als Meilensteine auf dem Weg zum therapeutischen Ziel zu verstehen. Sie geben Aufschluss über den Weg, den man schon gegangen ist und den man noch vor sich hat. Die zentrale Frage während der Evaluation ist, inwieweit man den Bedürfnissen des Patienten gerecht geworden ist (patientenzentrierte Fürsorge).

Leistungssteigerung. Der vierte Kompetenzbereich, der die Rolle des „Klientenmanagers“ beinhaltet, ist die Leistungssteigerung. Der große Unterschied zu den vorangegangenen Bereichen ist, dass Verletzungen nun keine Bedeutung mehr haben. Der Sportler ist genesen und möchte eine bessere Leistungsfähigkeit in seinem Sport erreichen. Für die Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit ist eine gute biopsychosoziale Analyse des Sportlers notwendig. Ein Beitrag des Sportphysiotherapeuten bei dieser Analyse ist unter anderen die Evaluation physischer Parameter des Sportlers. Diese Parameter bilden den Leitfaden für die Beratung des Sport-



Abb. 1.7 Sportlernahrung mit dem Ziel der Leistungssteigerung.

lers und für die Anwendung evidenzbasierter, sportphysiotherapeutischer Interventionen, deren Ziel es ist, die Leistungssteigerung zu optimieren. Die sportphysiotherapeutischen Interventionen richten sich vor allem auf das Training des Sportlers. Die einfachste Definition von Training lautet:

Definition

Trainieren = belasten und regenerieren (Hegner 2006).

Die Belastung des Sportlers äußert sich vor allem durch das Training der physischen Parameter: die motorischen Grundeigenschaften Mobilität, Koordination, Kraft, Ausdauer und Schnelligkeit. Die Erholungsphase des Sportlers ist einerseits gekennzeichnet durch Information und Beratung und andererseits durch die Ausführung passiver und aktiver sportphysiotherapeutischer Maßnahmen, die die Regeneration fördern sollen. Während des Prozesses der Leistungssteigerung muss der Sportphysiotherapeut ständig abwägen, welche Interventionen geeignet sind, um das Ziel der Leistungssteigerung zu erreichen. Dieser Evaluationsprozess ist eine „never ending story“ im Rahmen einer sportphysiotherapeutischen Behandlung. Bei der Evaluation werden verschiedene Punkte abgearbeitet, um beurteilen zu können, inwieweit die Bedürfnisse des Patienten abgedeckt sind. Folgende Punkte sind zu beachten:

- Bestandsaufnahme des Status praesens
- Veränderungen im Vergleich zur Ausgangssituation und/oder zur letzten Evaluation
- Formulierung der Behandlungsziele für die kommende Periode
- Einschätzung der Dauer der weiteren Rehabilitation bzw. Prognose der voraussichtlichen Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten



Abb. 1.8 Förderung eines aktiven Lebensstils.

Um die Leistungsfähigkeit des Sportlers zu steigern, sind die physischen Parameter lediglich ein Aspekt. Mentale und soziale Parameter, der Lebensstil des Sportlers und der Einfluss des Umfeldes sind genauso wichtig, um eine optimale Sportleistungsfähigkeit zu ermöglichen. Im Spitzensport ist ein multidisziplinäres Team verantwortlich für die ethisch vertretbare Begleitung des Sportlers bei der Leistungssteigerung. Sportarzt, Sportpsychologe, Ernährungsberater, Trainer etc. kümmern sich um das Wohl des Sportlers. Die konkrete Auslegung des Kompetenzbereichs Leistungssteigerung wird ausführlich in einigen Kapiteln dieses Buches beschrieben; die physischen Parameter werden in Kap. 4 besprochen. Die Optimierung der mentalen und sozialen Prozesse wird in Kap. 8 thematisiert. Ein Element des Lebensstils des Sportlers ist die Ernährung (Abb. 1.7). Dies wird ausführlich in Kap. 7 beschrieben

Beraterrolle

Eine zweite Berufsrolle, die der Sportphysiotherapeut einnimmt, ist die Rolle des Beraters. Auch wenn man zwischen den verschiedenen Rollen unterscheiden muss, so darf man sie dennoch nicht voneinander trennen. Die Rolle des Beraters hat Schnittmengen mit der Rolle des Klientenmanagers.

In der Rolle des Beraters hat der Sportphysiotherapeut die Aufgabe, Sportler, Menschen mit einem inaktiven Lebensstil und Menschen mit einer chronischen Erkrankung dahin gehend zu begleiten, zu beraten und zu stimulieren, dass sie einen aktiveren Lebensstil entwickeln

und beibehalten. Der Kompetenzbereich wird dementsprechend beschrieben (Abb. 1.8).

Förderung eines sicheren und aktiven Lebensstils. Sowohl individuell als auch im multidisziplinären Rahmen kann der Sportphysiotherapeut verschiedene Zielgruppen zu einem aktiveren Lebensstil motivieren mit dem Ziel, das Verletzungsrisiko zu minimalisieren und den Gesundheitszustand zu verbessern. Diese Kompetenz wird immer wichtiger in der heutigen Zeit, in der Inaktivität einer der größten prädisponierenden Faktoren bei der Entstehung von Wohlstandskrankheiten ist.

In der Literatur wird schon seit geraumer Zeit angemerkt, dass körperliche Aktivität die Gesundheit des Menschen verbessern kann. Einige Beispiele werden dies verdeutlichen.

Beispiele

Körperliche Aktivität hat unter anderen einen positiven Einfluss auf den Blutdruck, das Körpergewicht und den prozentualen Anteil Körperfett. Gerade ein erhöhter Blutdruck, Übergewicht und ein hoher Körperfettanteil sind Risikofaktoren, die eine chronische Krankheit verursachen können.

Gesunde Menschen, die einem aktiven Lebensstil folgen, haben ein geringeres Risiko, eine chronische Krankheit wie z. B. Herzleiden, Diabetes mellitus Typ 2 oder bestimmte Krebsformen zu entwickeln. Außerdem verbessert dieser Lebensstil die Vitalität und die Selbstständigkeit vor allem bei älteren Menschen (Blair 2009).

Der Verlauf chronischer Erkrankungen, wie z. B. COPD, Asthma, Osteoporose, Diabetes mellitus Typ 2 und rheumatische Arthritis wird durch körperliche Aktivität positiv beeinflusst (Stiggelbout et al. 1998).

Der Sportphysiotherapeut hat die Kompetenz, sowohl Individuen mit Gesundheitsproblemen als auch Organisationen, die sich für einen gesunden Lebensstil einsetzen, zu informieren und zu beraten. Die Information des Sportphysiotherapeuten richtet sich vor allem auf die sichere Ausführung verschiedener körperlicher Aktivitäten oder Sportarten. Dadurch soll das Ziel erreicht werden, die Gesundheit zu verbessern, das gesundheitsfördernde Verhalten zu stimulieren und Verletzungen zukünftig vorzubeugen. Weitere Information über Gesundheit und körperliche Aktivität finden Sie in Kap. 3.

Professioneller Leiter

Die nächste Rolle, die der Sportphysiotherapeut ausfüllt, ist die eines professionellen Leiters.

In dieser Rolle ist der Sportphysiotherapeut verantwortlich für die Entwicklung und Verbesserung des sportphysiotherapeutischen Handelns. Durch die verantwortungsvolle Ausführung dieser Rolle übernimmt er ei-

ne Vorbildfunktion für Kollegen, Sportler und Mitglieder des multiprofessionellen Teams.

Die 2 Kompetenzbereiche, die der professionelle Leiter abdecken muss, sind:

- „Lifelong learning“
- Professionalität und Management

Der Kompetenzbereich „lifelong learning“ beinhaltet, dass der Sportphysiotherapeut die Qualität seines sportphysiotherapeutischen Handelns während seines Berufslebens behält bzw. verbessert. Der kontinuierliche Lernprozess wird durch die Fähigkeit ermöglicht, sein eigenes Handeln zu reflektieren und selbstkritisch zu sein. Dadurch, dass der Sportphysiotherapeut Kollegen und anderen Berufsgruppen Qualitätsverbesserungen kommuniziert, wird dazu beigetragen, dass die Qualität der Sportphysiotherapie auf ein stets höheres Niveau gebracht wird. Innerhalb der Sportphysiotherapie gibt es viele Weiterbildungen und Kurse, bei denen die Kompetenz „lifelong learning“ hoch im Kurs steht. Die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten, die Umsetzung dieses Wissens bzw. dieser Fertigkeiten und die Stimulation zur Reflexion der Umsetzung sind Voraussetzungen für die Qualitätsverbesserung. Der Sportphysiotherapeut handelt dabei nach dem neuen Paradigma der evidenzbasierten Sportphysiotherapie (EBS), wie es eingangs beschrieben wurde.

Die nächste Kompetenz, Professionalität und Management, beschreibt das Wissen, die Fertigkeiten und die Haltung des Sportphysiotherapeuten, in Bezug auf eine ethisch vertretbare Weise Zeit, Personal und Ressourcen zu „managen“. Ziel sollte das Erleichtern der professionellen Entwicklung und der Entwicklung der Qualität sein. Jeder Sportphysiotherapeut arbeitet in einem anderen Kontext; private Praxis, Rehabilitationszentrum, Krankenhaus, professionelle Sportvereine, Fitnesszentren etc. Sie arbeiten individuell, mit Kollegen oder anderen Disziplinen zusammen und innerhalb ihres Kontextes, in dem sie tätig sind, erfüllen sie verschiedene Funktionen. Das wichtigste Ziel dieser Kompetenz ist, dass jeder Sportphysiotherapeut seinen Teil zur Gestaltung einer Organisation beiträgt, die ein inspirierendes Lern- und Untersuchungsumfeld für die Patienten und die Profis darstellt. Ein Umfeld, in dem man gemeinsam nach Alternativen für Individuen und nach Innovation in Bezug auf Fürsorge und Wohlbefinden sucht. Eine lernende Organisation, die ihre Sichtweise kontinuierlich auf der Grundlage neuer Erkenntnisse aus dem Gesundheitswesen anpasst. Aus dem Blickwinkel verschiedener Quellen – Informationen des Kunden, die eigene Erfahrung, wissenschaftliche Untersuchungen und Umgebungsfaktoren – wird die Sichtweise intern angepasst und nach außen getragen. Diese Kompetenz liegt außerhalb des Spektrums dieses Buches.

Innovativer Klientenmanager

Die folgende Rolle des Sportphysiotherapeuten ist die des „Innovators“ im Sinne des „Klientenmanagers“. In dieser Rolle ist der Sportphysiotherapeut verantwortlich für das kontinuierliche Bestreben nach der besten Methode („best practice“). In diesem Zusammenhang muss der Sportphysiotherapeut in der Lage sein, sich an wissenschaftlichen Untersuchungen zu beteiligen („research involvement“), neue wissenschaftliche Erkenntnisse kritisch analysieren und beurteilen zu können und nach Möglichkeit im klinischen Setting zu implementieren.

Erforderliche Kompetenz: „Research Involvement“

Diese Kompetenz besagt, dass der Sportphysiotherapeut in der Lage ist, sein klinisches Handeln anhand neu erschienener Literatur zu evaluieren und für weitere wissenschaftliche Untersuchungen neue Untersuchungsfragen zu generieren. Dies kann direkten Bezug zur Sportphysiotherapie haben, wie z.B. Evaluation von Messinstrumenten, therapeutische Interventionen und Anwendung von Trainingsprinzipien. Die Untersuchungsfragen können aber auch indirekten Bezug zum Fachgebiet haben, wie z.B. die Frage nach dem Einfluss von Umgebungsfaktoren oder Materialien auf die mögliche Entstehung einer Verletzung. Der Sportphysiotherapeut ist so geschult, dass er in der Lage ist, selbst an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Einblick in Methodik, Statistik, quantitative und qualitative Untersuchungsdesigns, Analyseprogramme und die Interpretation der Daten sind Voraussetzungen, um dieser Kompetenz gerecht zu werden. Diese Kompetenz ausführlicher zu behandeln liegt – genau wie Professionalität und Management – ebenfalls außerhalb des Spektrums dieses Buches.

Innovativer professioneller Leiter

Die nächste Rolle des Sportphysiotherapeuten ist die des Innovators im Sinne des professionellen Leiters. In dieser Rolle ist der Sportphysiotherapeut imstande, neue sportphysiotherapeutische Information bekannt zu machen bzw. der Berufsgruppe oder angrenzenden Disziplinen näherzubringen. Diese Information kann sich auf inhaltliche Aspekte der Sportphysiotherapie beziehen, aber ebenso auf politische, wirtschaftstechnische und betriebsökonomische bzw. Managementaspekte.

Erforderliche Kompetenz: „Dissemination of Best Practice“

Wie bereits beschrieben übermitteln der Sportphysiotherapeut neue sportphysiotherapeutische Informationen und Innovation an die Berufsgruppe und verwandte Fachbereiche. Neben der Tatsache, dass der Sportphysiotherapeut in der Lage sein muss, den Wert der neuen Information einzuschätzen (siehe Kompetenz „Research Involvement“), muss er mittels verschiedener Kommuni-

kationswege die neue Information „an den Mann“ bringen. Diese Kommunikationswege sind z.B. das Internet, Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, aber auch Lesungen, Kurse und Weiterbildungen sollten abgehalten werden. Einblick in verschiedene Kommunikationstechniken ist eine wichtige Voraussetzung, um als Sportphysiotherapeut diese Kompetenz im erforderlichen Maße zu beherrschen. Die Kommunikation mit dem Patienten, dem Kollegen, Sportarzt oder dem Mitarbeiter einer Versicherungsgesellschaft verlangen dem Sportphysiotherapeuten andere Fähigkeiten ab. Das gesprochene Wort auf Papier bringen – Präsentationen, Artikel oder Bücher schreiben – erfordert wiederum andere Fähigkeiten. Optimale Voraussetzung, um sich diese Kompetenz anzueignen, sind Einblick in die Kommunikationswege, verschiedene Kommunikationsarten, Schreiben, „learning by doing“ und die kontinuierliche Reflexion des eigenen Handelns. Diese Kompetenz fällt für den Leser aus dem Spektrum des Buches heraus. Für die zahlreichen Autoren, die ihren Beitrag zur Entstehung dieses Buches geleistet haben, ist diese Kompetenz ausführlich bearbeitet.

Innovativer Berater

Die folgende Rolle des Sportphysiotherapeuten ist wiederum die Rolle des Innovators, allerdings diesmal im Sinne des Beraters. In dieser Rolle berät der Sportphysiotherapeut Athleten, Kollegen, die Öffentlichkeit und verwandte Fachdisziplinen in verschiedenen Kontexten. Die Beraterrolle richtet sich vor allem auf die Implementierung und Integration neuer Erkenntnisse in der Sportphysiotherapie.

Erforderliche Kompetenz: „Extending Practice through Innovation“

Sportphysiotherapeuten mit dieser Kompetenz sind in der Lage, neue Erkenntnisse und Innovationen auf eine verantwortungsvolle und ethische Weise in verschiedene Kontexte zu implementieren. Der Kontext kann breit gefächert sein: Die Implementierung eines guten sportphysiotherapeutischen Konzepts in die klinische Praxis bis hin zur Implementierung neuer wissenschaftlicher Informationen in nationale Leitlinien gehört dazu. Im Allgemeinen geht es für den Sportphysiotherapeuten um die Implementierung neuer sportphysiotherapeutischer, sportwissenschaftlicher und sportmedizinischer Erkenntnisse in die Praxis. Einsicht in das Veränderungsmanagement ist Voraussetzung, um sich diese Kompetenz anzueignen.

Professionell leitender Berater

Die letzte Rolle für den Sportphysiotherapeuten ist die des professionellen Leiters im Sinne eines Beraters. In dieser Rolle beeinflusst der Sportphysiotherapeut Prozesse, die in der Welt der Sportphysiotherapie primär Bezug