



OMT

Advanced Clinical Practitioner (international Orthopaedic MT)

nach den Standards der IFOMPT

***CURRICULUM DER ARBEITSGEMEINSCHAFT MANUELLE THERAPIE
DES DEUTSCHEN VERBANDES FÜR PHYSIOTHERAPIE (ZVK)***

VERSION MÄRZ 2023

INHALT

Einleitung	5
Zielsetzungen der OMT-Weiterbildung	6
Profil eines OMT-Absolventen/einer OMT-Absolventin	6
Ethik Kodex	7
Lebenslanges Lernen	8
Verpflichtung zu lebenslangem Lernen	8
OMT-Nachweis Fortbildungspunkte.....	10
Eingangsvoraussetzungen	11
Europäischer Qualifikationsrahmen	11
Weiterbildungsstruktur	12
Genereller Aufbau der Weiterbildung.....	12
Dauer der Weiterbildung.....	12
Module der OMT-Weiterbildung.....	12
Lehrmethoden	13
Angewandte Lehrformen	13
Qualitätssicherung der Weiterbildung	15
OMT Dozenten und curriculare Inhalte.....	15
Evaluation der Module	15
Externe Qualitätssicherung der Weiterbildung (IFOMPT Monitoring).....	16
Jährlicher Einsatz des Deming-Zirkels zur Qualitätssicherung und -entwicklung.....	16
Anmeldung	18
Gebührenordnung.....	19
Allgemeine Regularien der OMT-Weiterbildung	22
Detailangaben der Module	23
Prinzipien der Manuellen Therapie	24
Orthopädische Manuelle Therapie.....	26
Fortgeschrittenes Therapiemanagement.....	28

Aktive Rehabilitation	30
Standardisierte Ergebnismessung	32
Wahlpflichtkurs: Craniomandibuläre Dysfunktionen	34
Wahlpflichtkurs: Symptom Kopfschmerz/Schwindel	36
Wahlpflichtkurs: Viszerale Osteopathie	38
Basic and Medical Sciences	40
Evidenzbasierte Praxis.....	42
Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit	44
Clinical Mentoring A	47
Clinical Mentoring B	52
Clinical Mentoring C	57
Clinical Mentoring D	62
OMT-Examen (schriftlicher Teil).....	67
OMT-Examen (praktisch-mündlicher Teil)	67
OMT-Examen (Abschlussarbeit)	67
OMT-Abschlussarbeit.....	73
Lernziele der OMT-Abschlussarbeit	73
Regularien der OMT-Abschlussarbeit.....	74
Projektcoaching Abschlussarbeit	75
Formatierung der OMT-Abschlussarbeit.....	78
Beurteilungskriterien OMT-Abschlussarbeit	81
Appendix 1: Ansprechpartner, Kontaktadressen & Webseiten	83
Appendix 2: Befundbogen der AGMT.....	84
Appendix 3: Selbstreflexionsbogen	88
Appendix 4: Fragebogen zur Evaluation der Modulblöcke.....	96
Appendix 5: Lebensläufe der Dozenten in der OMT-Weiterbildung der Arbeitsgemeinschaft Manuelle Therapie	98
Curriculum Vitae: Heiko Dahl	98
Curriculum Vitae: Uwe Hallmann	105

Curriculum Vitae: Stefan Hegenscheidt	107
Curriculum Vitae: Lothar Jörger	109
Curriculum Vitae: Gunnar Leivseth	110
Curriculum Vitae: Tomas Lihagen.....	115
Curriculum Vitae: Achim Rößler	116

EINLEITUNG

Seit 1989 bietet die **AG MANUELLE THERAPIE IM ZVK E. V. (AGMT)** Weiterbildungen in Orthopädischer Manueller Therapie (OMT) nach den Standards der IFOMPT an. Damit verpflichtet sich die AGMT dazu beizutragen, höchste Standards der Profession der Physiotherapeuten*/Manualtherapeuten zu sichern und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Zusätzlich betrachtet die AGMT das Engagement der Weiterbildungsteilnehmer*innen sowie die gemeinsame Verantwortung gegenüber Patienten als Verpflichtung.

Zur Verwirklichung dieser Verpflichtungen unterliegt die OMT-Weiterbildung der AGMT einem kontinuierlichen Prozess der kritisch-reflektiven Evaluation und Entwicklung einschließlich Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die IFOMPT. Der aktuelle Stand dieser Entwicklung spiegelt sich im vorliegenden OMT-Curriculum der AGMT wieder.

Die AGMT bittet alle Teilnehmer*innen, dieses OMT-Curriculum sorgfältig zu lesen und alle evtl. auftretenden Fragen mit den jeweiligen Ansprechpartner*innen zu klären. Die hier beschriebenen Regularien machen es allen Teilnehmern*innen und Dozent*innen möglich, ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Daher sind diese Regularien von allen Beteiligten eigenverantwortlich einzuhalten und als verbindlich zu betrachten.

HEIKO DAHL

*(Leiter der AG Manuelle Therapie
und der OMT-Weiterbildung)*

ZIELSETZUNGEN DER OMT-WEITERBILDUNG

Ziel der OMT-Weiterbildung der AGMT ist es, den Teilnehmer*innen höchste internationale Standards bzgl. des Managements von Patient*innen mit neuromuskulo-skeletalen Funktionsstörungen sowie der Erweiterung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes der Profession zu vermitteln, so wie es in den **EDUCATIONAL STANDARDS DER INTERNATIONAL FEDERATION OF ORTHOPAEDIC MANIPULATIVE PHYSICAL THERAPISTS (IFOMPT)** verankert ist. Diese Educational Standards der IFOMPT sind im entsprechenden Standards-Dokument der IFOMPT zuletzt im Juli 2016 definiert worden (www.ifompt.org).

Um diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden, an denen ein(e) OMT-Physiotherapeut*in gemessen wird, sind vielfältige spezialisierte theoretische und praktische Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen, sowie ein verantwortungsbewusster Umgang mit diesen Qualifikationen erforderlich. Ziel der OMT-Weiterbildung ist die Vermittlung dieser Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen und die Schaffung eines Rahmengerüsts, indem jede(r) Teilnehmer*in seinen bzw. ihren Lernprozess optimal gestalten kann. Als Hilfestellung finden sich im Folgenden das Zielprofil von OMT-Absolvent*innen, sowie ethische Aspekte und solche des lebenslangen Lernens, denen sich OMT-Absolvent*innen verpflichten.

PROFIL EINES OMT-ABSOLVENTEN/EINER OMT-ABSOLVENTIN

OMT-Therapeut*innen sind physiotherapeutische Experten für die Untersuchung und Behandlung des menschlichen neuro-muskulo-skelettalen Systems. Sie verfügen darüber hinaus über umfangreiche und umfassend Kompetenzen, die im Weiteren dargestellt werden.

Als klinisch-praktische Expert*innen sind sie zu einer klientenzentrierten und evidenzbasierten Untersuchung von Störungen des neuro-muskulo-skelettalen Systems des Menschen befähigt, auf deren Resultate sie eine entsprechende Behandlungsplanung, -durchführung und Evaluation des Behandlungserfolges aufbauen, und deren Ergebnisse sie mit standardisierten Messmethoden bezogen auf die Komponenten der ICF überprüfen.

Als Kommunikator*innen sind sie gegenüber Patient*innen, deren Angehörigen, verordnenden Mediziner*innen, Vertreter*innen von Krankenkassen und anderen Akteur*innen zu einer klaren Kommunikation zu Untersuchungsbefunden, Therapiebedarfen bzw. -planungen, Prognosen und Ergebnissen befähigt. Sie sind dabei in der Lage, funktionelle bzw. strukturelle Befunde in ihrer bio-psycho-sozialen Gesamtheit wahrzunehmen und zu kommunizieren, und sie können sich auf variierende Anforderungen hinsichtlich der Kommunikation, z.B. zwischen Laien und Fachleuten, adäquat einstellen. Sie sind außer zur Kommunikation über therapeutische Fragen insbesondere befähigt zu einer patientenorientierten Beratung und Anleitung.

Als Mitarbeiter*innen/Teamangehörige sind sie zu konstruktiver Zusammenarbeit befähigt, bei der die Dienstleistung an Klienten im Mittelpunkt steht. Sie sind befähigt zu lösungsorientiertem Konfliktmanagement und bringen ihre Kompetenzen in vollem Umfang zum Ziele einer höchstmöglichen Qualität der Dienstleistungserbringung ein.

Als Manager*innen von physiotherapeutischen Interventionen sind sie befähigt, aus einer Vielzahl von möglichen Vorgehensweisen auf der Basis der jeweils vorhandenen externen Evidenz, der jeweiligen Patientenpräferenzen und der eigenen Erfahrung angemessene Behandlungsansätze hypothesenüberprüfend einzusetzen und ggf. zu ändern, um unter gegebenen Umständen und unter Abwägung auch von Kosten und Nutzen eine individuell bestmögliche Patientenversorgung zu realisieren.

Als Fürsprecher*innen ihrer Klienten setzen sie sich in angemessener Form und unter Einsatz ihrer fachlichen, kommunikativen und wissenschaftlichen Kompetenzen für deren Interessen gegenüber z.B. Mediziner*innen, Vertreter*innen von Krankenkassen und Vertreter*innen anderer Professionen ein, um eine bestmögliche Versorgung ihrer Klienten in bio-psycho-sozialer Perspektive zu erreichen.

In wissenschaftlicher Hinsicht sind sie befähigt, ihre Annahmen, Denk- und Vorgehensweisen immer wieder kritisch zu überprüfen. Sie verfügen hierfür über ein konstruktives Instrumentarium, dass ihnen die Formulierung klinischer Fragestellungen, die Recherche nach aktueller Literatur, die kritische Einschätzung dieser Literatur und nach Maßgabe des Möglichen die Integration des so erarbeiteten Standes der Forschung in die tägliche Praxis ermöglicht. Sie überprüfen kritisch die Zielerreichungsgrade ihrer Interventionen und tragen selbst zum Wachstum des Wissensfundus ihrer Profession bei, indem sie zur Forschung anregen, an ihr teilnehmen oder selbst Forschung initiieren.

Mit einem professionellen Selbstverständnis sehen sie, unter Integration des jeweiligen Standes der Evidenz, die Möglichkeiten und Grenzen ihres Berufes und ihrer speziellen Qualifikationen. Sie haben ein modernes Professionsverständnis, innerhalb dessen sie sich als Experten-Partner*innen ihrer Klient*innen bei gemeinsam anzustrebender Zielerreichung sehen. Sie sind sich der Expertise und Zuständigkeit anderer Professionen bewusst und beziehen diese ein, wann immer dies angezeigt ist, um für ihre Klient*innen die bestmöglichen Ergebnisse zu erzielen.

ETHIK KODEX

Die Absolvent*innen der AGMT-Weiterbildung in Orthopädischer Manueller Therapie nach den Standards der IFOMPT sind gehalten, in ihrer Berufsausübung höchsten ethischen Standards zu folgen. Für die OMT-Weiterbildung der AG Manuelle Therapie und deren Absolventen gelten daher die Ethischen Prinzipien der WCPT als Ethikkodex, sowie die allgemein anerkannten ethischen Verfahrensregeln wissenschaftlicher Forschung. Die Absolvent*innen der Weiterbildung in Manueller Therapie nach den Standards der IFOMPT fühlen sich in ihrer Berufsausübung folgenden ethischen Prinzipien verpflichtet:

1. Die Rechte und die Würde jedes Individuums zu respektieren.
2. Im Einklang mit den Gesetzen und Normen, die im Lande der Berufsausübung die Berufsausübung regulieren, zu arbeiten.
3. Verantwortung für klinisch-therapeutische Entscheidungen zu tragen.
4. Ehrliche, kompetente und verantwortliche Dienstleistungen zu erbringen.
5. Qualitätsdienstleistungen im Einklang mit Qualitätsstrategien und -zielen, wie sie von den nationalen Physiotherapie-Organisationen definiert sind, zu erbringen.
6. Anspruch auf angemessene Vergütung Ihrer Dienstleistungen zu erheben.

7. Präzise Informationen gegenüber Klient*innen, weiteren Angehörigen und Einrichtungen des Gesundheitswesens und gegenüber der Gesellschaft über Physiotherapie zu kommunizieren.
8. Zur Planung und Entwicklung von physiotherapeutischen Dienstleistungen, im Rahmen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beizutragen.
9. Wissenschaftliche Forschung nur dann durchzuführen, zu unterstützen, oder zu nutzen, wenn sich diese international anerkannten ethischen Verfahrensregeln unterwirft. Insbesondere findet hier die Deklaration des Weltärztebundes zu ethischen Prinzipien der medizinischen Forschung unter Einbeziehung menschlicher Probanden Beachtung (WMA Declaration of Helsinki)

Die Interpretation und Diskussion dieser neun Prinzipien ist Gegenstand des Unterrichts. Grundlage hierfür sind u.a. das Dokument Policy statement: Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members. WCPT 2017 (<http://www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities>), die bereits genannte Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung vom Oktober 2013 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>), sowie die Begutungskriterien für wissenschaftliche Projekte der Ethikkommission des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) e.V. an der Physio-Akademie gGmbH (www.physioethik.de).

LEBENSLANGES LERNEN

Zu den definierten Eigenschaften von OMT-Physiotherapeut*innen gehört unter anderem auch die Verpflichtung zu einem **LEBENSLANGEN LERNPROZESS**. Ein solcher kontinuierlicher Prozess ist nach Ansicht der AGMT in Übereinstimmung mit den Richtlinien der IFOMPT unerlässlich für die Entwicklung der individuellen Fähigkeiten und der Profession als Ganzes.

Zur Entwicklung und Förderung des lebenslangen Lernens wird dieser Prozess in diversen Modulblöcken dieser Weiterbildung thematisiert. Strategien zum selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Entwicklung werden den Teilnehmern z. B. mithilfe des **SELBSTREFLEXIONSBOGENS** (siehe Anhänge) vermittelt. Zusätzlich veranstaltet die AGMT einmal pro Jahr eine **FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG** exklusiv für Absolvent*innen der OMT-Weiterbildung, in der aktuelle professionelle Themen aufgegriffen und bearbeitet werden.

VERPFLICHTUNG ZU LEBENSLANGEM LERNEN

Grundsätzlich sind OMT-Absolvent*innen verpflichtet eine regelmäßige und kontinuierliche Auseinandersetzung mit OMT-relevanten Themen zu demonstrieren, um dauerhaft die Zusatzbezeichnung „OMT“ führen zu dürfen. Zu diesem Zweck ist ein Leistungspunktesystem eingesetzt, das sich am Fortbildungspunktesystem für Physiotherapeut*innen orientiert.

Um den lebenslangen Lernprozess zu demonstrieren, sind OMT-Absolvent*innen verpflichtet, in einem Zeitraum von jeweils vier Kalenderjahren eine Mindestzahl von 60

Fortbildungspunkten nachzuweisen, wobei nicht mehr als 30 Fortbildungspunkte in einem Jahr geltend gemacht werden können. Die Nachweispflicht ruht in Zeiten des Mutterschutzes, der Elternzeit, sowie bei Arbeitsunfähigkeitszeiten über zwei Monaten. Der Nachweiszeitraum verlängert sich dadurch diesen Ruhezeiten entsprechend. Über andere gewichtige Gründe, die eine Ruhezeit der Nachweispflicht ggf. rechtfertigen können, entscheidet im Einzelfall die Weiterbildungsleitung.

Die AGMT versendet jährlich eine Aufforderung an die bei ihr registrierten OMT-Absolventen, einen Nachweis über die erlangten Fortbildungspunkte einzureichen. Hierzu ist das unten dargestellte Formblatt „OMT-Nachweis Fortbildungspunkte“ zu verwenden. Wird dieser Aufforderung nicht entsprochen erfolgt eine einmalige Erinnerung durch die AGMT. Wird auch dieser zweiten Aufforderung nicht entsprochen wird das betreffende Jahr mit null Fortbildungspunkten registriert. OMT-Absolvent*innen, die den Anforderungen des lebenslangen Lernens in diesem Sinne nicht gerecht werden (mindestens 60 Fortbildungspunkte in vier Jahren), werden aus dem OMT-Register der AGMT gestrichen und sind nicht berechtigt weiterhin die Zusatzbezeichnung „OMT“ zu führen. Über die Möglichkeit und die Bedingungen einer Rückerlangung dieses Rechts kann im Einzelfall die Weiterbildungsleitung der AGMT entscheiden.

Fortbildungspunkte können für verschiedene Aktivitäten angerechnet werden, wenn diese zu einer kritisch-reflektiven Auseinandersetzung mit OMT-relevanten Themen beitragen (über diese Bedingung entscheidet die Weiterbildungsleitung der AGMT). Eine Liste möglicher Aktivitäten mit entsprechender Punktevergabe findet sich im nachfolgenden Formblatt „OMT-Nachweis Fortbildungspunkte“. Über die Vergabe von Fortbildungspunkten für andere Aktivitäten entscheidet die Weiterbildungsleitung auf Anfrage. Sollten Aktivitäten zum Nachweis von Fortbildungspunkten eingereicht werden, die aus Sicht der Weiterbildungsleitung nicht dazu geeignet sind, eine kritisch-reflektive Auseinandersetzung mit OMT-relevanten Themen zu demonstrieren, werden die entsprechenden OMT-Absolvent*innen hierüber informiert. Sie haben dann die Möglichkeit, die ggf. fehlenden Fortbildungspunkte innerhalb des Folgejahres auszugleichen.

OMT-NACHWEIS FORTBILDUNGSPUNKTE

OMT-Absolvent (Vorname/Name/Geburtsdatum): _____

Geltungsjahr des Nachweises: _____

Aktivität	Mögliche Fortbildungspunkte	Erlangte Fortbildungspunkte (bitte Nachweis beifügen)
Teilnahme an Fortbildungen oder regionalen Arbeitsgruppen	1 FP pro UE	
Regionale Arbeitsgruppen (Leitung)	2 FP pro UE	
Kongressbesuch (Teilnahme)	4 FP pro Tag	
Kongressbesuch (Präsentation/Workshopleitung)	8 FP	
Dozententätigkeiten und Lehrassistenzen	2 FP pro UE	
Publikationen (Fachbücher, allgemeine Beiträge in Fachzeitschriften, eigene Forschung)	12 FP pro Publikation	
Maßgebliche Beteiligung an wissenschaftlichen Forschungsprojekten	12 FP pro Projekt	
Andere Aktivitäten (z.B. Begutachtung von Befunden, Abschlussarbeiten, Betreuung von online Diskussionsforen, Mitarbeit in Organisationen/Gremien (z.B. Vereins-/Verbandsvorstände, Arbeitsgruppen, wissenschaftliche Beiräte, Peer-Review Gremien, Kongressplanungsgruppen, Ethikkommittees, etc.))	Auf Anfrage	

EINGANGSVORAUSSETZUNGEN

Das Erreichen der Ausbildungsniveaus im Sinne der IFOMPT Educational Standards kann aus Sicht der AGMT im gegebenen Zeitrahmen nur bei ausreichenden Vorkenntnissen gewährleistet werden. Als solche definiert die AGMT die **ERLAUBNIS ZUR FÜHRUNG DER BERUFSBEZEICHNUNG „PHYSIOTHERAPEUT/PHYSIOTHERAPEUTIN“** und die **ZERTIFIKATS-WEITERBILDUNG IN MANUELLER THERAPIE** nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, oder äquivalente Qualifikationen. Daher ist eine Teilnahme an der OMT-Weiterbildung der AGMT nur mit Vorlage entsprechender Qualifikationsnachweise möglich.

Eine zeitgemäße Kommunikation sowie die Nutzung aktueller Ressourcen erfordern heute den Einsatz von entsprechenden **COMPUTERPROGRAMMEN, INTERNET UND E-MAIL**. Daher ist die Verwendung dieser Hilfsmittel für die Teilnahme an dieser Weiterbildung erforderlich.

EUROPÄISCHER QUALIFIKATIONSRAHMEN

Der **EUROPÄISCHE QUALIFIKATIONSRAHMEN FÜR LEBENSLANGES LERNEN (EQR)** wurde im Auftrag der Europäischen Kommission für allgemeine und berufliche Bildung von einer Expertengruppe entwickelt. Ziel des EQR ist die Schaffung eines gemeinsamen europäischen Referenzrahmens, der die Qualifikationssysteme verschiedener Länder miteinander verknüpft und als Übersetzungsinstrument fungiert, um Qualifikationen über Länder- und Systemgrenzen hinweg in Europa verständlicher zu machen. Kernziele sind dabei die Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität von Bürgern und die Unterstützung ihres lebenslangen Lernens. Im April 2008 hat die Europäische Kommission den Mitgliedsländern formell die Empfehlung ausgesprochen, ihre nationalen Qualifikationssysteme bis 2010 mit dem EQR zu verknüpfen.

Diesen Empfehlungen entsprechend orientiert sich das OMT-Curriculum der AGMT an den Richtlinien des EQR, in denen acht Referenzniveaus beschrieben werden, vom grundlegenden Schulabschluss (Niveau 1) bis zur Promotion (Niveau 8). Um als Spezialist qualifiziert in den von der IFOMPT definierten Handlungsfeldern agieren zu können, betrachtet die AGMT den Erwerb entsprechender Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen auf den **NIVEAUS 5 BIS 7 DES EQR** als notwendig. Diese Referenzniveaus bilden daher eine der Grundlagen zur Entwicklung des vorliegenden OMT-Curriculums.

WEITERBILDUNGSSTRUKTUR

GENERELLER AUFBAU DER WEITERBILDUNG

Die OMT-Weiterbildung der AGMT beginnt jeweils im Herbst eines jeden Jahres und umfasst insgesamt 13 Einzelkurse (Module) und 3 Examensteile (schriftlich, mündlich-praktisch, und die OMT-Abschlussarbeit).

DAUER DER WEITERBILDUNG

Die Gesamtdauer der Weiterbildung beträgt ca. 30 Monate, gegebenenfalls zzgl. ca. 6 Monaten für die OMT-Abschlussarbeit, je nach Arbeitsorganisation des Teilnehmers. Somit ist ein Abschluss der Weiterbildung frühestens nach 30 Monaten möglich.

MODULE DER OMT-WEITERBILDUNG

Die Reihenfolge der Kurse wird entsprechend inhaltlicher Kriterien sowie anhand der Verfügbarkeit von Räumen und Referenten festgelegt. Sie kann von Jahrgang zu Jahrgang variieren. Insgesamt umfasst die OMT-Weiterbildung folgende **MODULE (EINZELKURSE)**:

Präsenzkurse:

- Prinzipien der Manuellen Therapie (4 Tage, Ort: Wremen)
- Orthopädische Manuelle Therapie A (4 Tage, Ort: Wremen)
- Fortgeschrittenes Therapiemanagement (6 Tage, Ort: Wremen)
- Aktive Rehabilitation & standardisierte Ergebnismessung (4 Tage, Ort: variabel)
- Wahlpflichtkurs (einer zu belegen): (3-4 Tage, Ort: Wahlabhängig)
 - Craniomandibuläre Dysfunktionen ODER
 - Symptom Kopfschmerz/Schwindel ODER
 - Viszerale Osteopathie

Webinare:

- Basic & Medical Sciences (3 Tage, Online)
- Evidenzbasierte Praxis (2x2 Tage, Online)
- Aktive Rehabilitation & standardisierte Ergebnismessung (2x2 Tage, Online)
- Coachingkurs EBP / OMT-Abschlussarbeit (2x2 Tage, Online)

Clinical Mentoring:

- Clinical Mentoring A
- Clinical Mentoring B
- Clinical Mentoring C
- Clinical Mentoring D

Prüfungen:

- Die schriftliche Prüfung findet voraussichtlich im Rahmen eines der Präsenzkurse statt (4h, Ort: Wremen)
- Mündlich-praktisches Abschlussexamen (ca. 2h, Ort: Wremen)

LEHRMETHODEN

Die Lehrmethoden dieser Weiterbildung verfolgen das Ziel, die Teilnehmer*innen bestmöglich im Prozess der Erweiterung und Spezialisierung ihrer Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen zu unterstützen. Die Auswahl der didaktischen Mittel stützt sich dabei auf die langjährige Erfahrung der AGMT in der Weiterbildung, auf die in zahlreichen Qualifikationsmaßnahmen erworbenen und vielfach reflektierten Kompetenzen ihrer Dozent*innen sowie den kritischen Austausch der Dozent*innen mit Kolleg*innen innerhalb und außerhalb der AGMT.

Die in den jeweiligen Blöcken genannten Lehrformen stellen Beispiele für die üblicherweise eingesetzte Methodik in diesen Blöcken dar. Die AGMT erkennt jedoch die Individualität von Lernprozessen an und fordert Teilnehmer*innen der Weiterbildung ausdrücklich dazu auf, die eingesetzten Lehrmethoden kritisch zu reflektieren und ggf. alternative didaktische Ansätze mit den Dozent*innen zu diskutieren.

ANGEWANDTE LEHRFORMEN

Die nachfolgenden Lehrformen werden häufig in der OMT-Weiterbildung der AGMT eingesetzt. Es wird darauf hingewiesen, dass die folgende Einteilung nicht dem klassischen Schema der Pädagogik entspricht. Die AGMT geht jedoch davon aus, dass auf diese Weise eine größere Transparenz der eingesetzten Methoden erreicht wird. Zusätzlich zu den Genannten können bei Bedarf weitere didaktische Methoden Anwendung finden.

KLASSENUNTERRICHT

Als Klassenunterricht bezeichnet die AGMT jede Form des Unterrichts, in den die gesamte Gruppe der Teilnehmer*innen gleichzeitig und gemeinsam involviert ist. Hierzu gehören u. a.:

- **REFERATE**, bei denen der Dozent den Teilnehmer*innen einen Überblick über ein Themengebiet oder eine spezielle Problematik verschafft. In der Regel entsprechen Referate theoretischen Unterrichtseinheiten.
- **IMPULSREFERATE**, also sehr kurze Referate, die z. B. dazu dienen bestimmte Kenntnisse zu vermitteln, um eine anschließende Diskussion zu befruchten. In der Regel entsprechen Impulsreferate theoretischen Unterrichtseinheiten.
- **FRAGEND-ENTWICKELNDER UNTERRICHT**, bei dem die Teilnehmer*innen als gesamte Gruppe eine Problemstellung bearbeiten und die Dozent*innen die Beiträge und die Kommunikation in der Gruppe anleitet. Fragend-entwickelnder Unterricht kann sowohl theoretische als auch praktische Inhalte thematisieren.

- **BEOBSACHTUNGSLERNEN**, bei dem Dozent*innen Fertigkeiten demonstrieren, die von den Teilnehmer*innen beobachtet und anschließend eingeübt werden. Beobachtungslernen ist vorwiegend praktisch ausgerichtet.

KOOPERATIVES LERNEN

Als kooperatives Lernen bezeichnet die AGMT jede Form der Partnerarbeit oder des Lernens in kleineren Gruppen, wobei Dozent*innen in diese Gruppen involviert sein können. Alle Formen des kooperativen Lernens können sowohl praktische als auch theoretische Aspekte beinhalten. Zum kooperativen Lernen gehören u. a.:

- **PROBLEMORIENTIERTES LERNEN**, bei dem die Partner*innen oder Kleingruppen gezielt an der Lösung oder Bearbeitung eines speziellen Problems arbeiten.
- **FALLBEISPIELE**, bei denen die Partner*innen oder Kleingruppen ein spezielles Fallbeispiel bearbeiten, um sich ein Themengebiet zu erschließen.
- **LERNEN DURCH LEHREN**, bei dem die Lernenden ihre Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen erweitern, indem sie für begrenzte Zeit und definierte Thematiken die Rolle eines Lehrenden übernehmen. Auf diese Weise können z. B. die Ergebnisse einer Kleingruppenarbeit der gesamten Gruppe vermittelt werden.
- **EXPLORATIVES LERNEN**, bei dem neue Lerninhalte durch „entdecken“ und reflektive Vorgänge erschlossen werden.
- **MODERATION**, als eine Methode, die gewährleisten soll, dass alle Mitglieder einer Lerngruppe gemeinsam am Lernprozess teilnehmen.
- **SUPERVISIERTE PRAXIS**, bei der Supervisor*innen die Vorgehensweise eines Lernenden beobachtet und unmittelbar Anregungen und weiteres Feedback anbietet.
- **PLANSPIELE**, bei denen die Lernenden in vereinfachten Situationen (Modellen) Entscheidungen treffen müssen, und die Auswirkungen dieser Entscheidungen anschließend diskutiert werden.
- **INTERVISION**, bei der ein interkollegialer Erfahrungs- und Meinungsaustausch zur Unterstützung der Lernprozesse eingesetzt wird.

EINZELARBEIT

Als Einzelarbeit bezeichnet die AGMT jede Form des Lernens, die Teilnehmer*innen ohne direkte Unterstützung von Dozent*innen in Eigenverantwortung und selbstorganisiert wahrnehmen. In der Lehrmethodik dieser Weiterbildung handelt es sich bei der Einzelarbeit jeweils um die Inhalte des **SELBSTSTUDIUMS**. Für die methodische Gestaltung dieses individuellen Lernprozesses ist jede(r) Teilnehmer*in selbst verantwortlich. Alle Teilnehmer*innen erhalten jedoch beratende Unterstützung bzgl. effektiver Strategien der Einzelarbeit.

QUALITÄTSSICHERUNG DER WEITERBILDUNG

OMT DOZENTEN UND CURRICULARE INHALTE

Das **OMT LEHRTEAM** der AG Manuelle Therapie besteht derzeit aus Dozent*innen aus Deutschland, Norwegen, Schweden, Belgien und Großbritannien. Aufgrund der individuellen Hintergründe bringt jede(r) dieser Dozent*innen vielfältige Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenzen und Erfahrungen in das OMT-Lehrteam ein. Dieser **MULTINATIONALE ERFAHRUNGSAUSTAUSCH** ermöglicht es der AGMT kontinuierlich über die Grenzen des eigenen Wirkungsbereiches hinaus zu sehen, neue Anregungen zu sammeln und wertvolle Ergänzungen und Innovationen in ihr OMT-Curriculum zu integrieren.

Die **DOZENT*INNEN** des OMT-Lehrteams besitzen vielfältige fachspezifische und lehrbezogene Qualifikationen. Zum überwiegenden Teil sind sie in berufspolitische Aktivitäten involviert, präsentieren oftmals aktuelle Fachthemen auf nationalen und internationalen Kongressen, oder sind direkt an Forschungsprojekten beteiligt. Details zu Qualifikationen und Aktivitäten der OMT-Dozent*innen finden sich in deren **LEBENSLÄUFEN** (s. Anhang).

Die **QUALITÄTSSICHERUNG** der Lehre erfolgt in der OMT-Weiterbildung der AG Manuelle Therapie durch Intervisionen und Lehrersitzungen. Zusätzlich haben die Dozent*innen jederzeit die Möglichkeit sich über ein Onlineportal auszutauschen. Im Rahmen der **INTERVISIONEN** werden Modulblöcke bei unterschiedlichen Dozent*innen von einem Lehrkollegen oder einer Kollegin besucht. Im Anschluss an die Besuche findet eine Diskussion der Lehrmethodik und der Inhalte statt, um die Zielerreichung zu optimieren. Zusätzlich nehmen die OMT-Dozent*innen an **LEHRERSITZUNGEN** teil, und zwar mit einem Umfang von mindestens sechs Tagen jährlich. Auf diesen Lehrersitzungen finden Diskussionen zur Optimierung bewährter und zur Integration innovativer Lehrmethoden statt. Darüber hinaus werden Arbeitsseminare zu speziellen Thematiken durchgeführt, und aktuelle Entwicklungen aus der fachbezogenen Forschung recherchiert, evaluiert und erörtert. Auf diese Weise sichert die AGMT die Aktualität der curricularen Inhalte.

EVALUATION DER MODULE

Jedes Modul der OMT-Weiterbildung wird kontinuierlich evaluiert. Hierzu verwendet die AG Manuelle Therapie die **TEILNEHMER*INNENFRAGEBÖGEN** für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen des ZVK und seiner Arbeitsgemeinschaften (siehe Anhang).

Zum Abschluss jeder Veranstaltung werden die Teilnehmer*innen aufgefordert, das jeweilige Modul mit Hilfe dieses Fragebogens zu beurteilen. Dabei werden verschiedene Themen erfasst, u.a. die Einschätzung der Qualität der Fortbildung, Verständlichkeit und Relevanz der Inhalte, Art und Weise der Lehre und organisatorische Rahmenbedingungen. Der Fragebogen bietet außerdem die Möglichkeit für individuelle Anmerkungen. Die Teilnahme an dieser Kursevaluation ist für alle Teilnehmer*innen freiwillig und anonym.

Nach Eingang der Teilnehmer*innenfragebögen zu einem Modul werden diese auf größere Auffälligkeiten überprüft, die ein sofortiges Handeln erforderlich machen. Ist dies gegeben werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Andernfalls werden nach

Abschluss eines Weiterbildungsjahres alle eingegangenen Teilnehmer*innenfragebögen vollständig ausgewertet. Die **ERGEBNISSE DIESER AUSWERTUNG** werden dem Leiter der Weiterbildung sowie allen Dozent*innen und allen übrigen an der Organisation beteiligten Personen mitgeteilt. Die Ergebnisse werden außerdem auf der jeweils nächsten Lehrersitzung (s.o.) diskutiert und ggf. erforderliche Konsequenzen werden eingeleitet. Ein Erfolg dieser Maßnahmen wird im Rahmen der Evaluation des folgenden Jahres ermittelt.

EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG DER WEITERBILDUNG (IFOMPT MONITORING)

Als Anbieter einer OMT-Weiterbildung nach den Standards der IFOMPT unterliegt die AGMT dem externen Qualitätssicherungsverfahren der IFOMPT, dem sogenannten Monitoring. Im Rahmen dieses Verfahrens werden Inhalte und Lehrmethoden der OMT-Weiterbildung durch Hospitationen unabhängiger Personen überprüft und mit den Anforderungen der IFOMPT-Standards verglichen. Die Ergebnisse dieser Monitoring-Besuche werden schriftlich festgehalten und der AGMT sowie der IFOMPT mitgeteilt. Wenn ein Handlungsbedarf festgestellt wird, werden entsprechende Handlungsanweisungen mitgeteilt, und es erfolgt eine spätere Kontrolle dahingehend, ob entsprechende Maßnahmen umgesetzt wurden.

JÄHRLICHER EINSATZ DES DEMING-ZIRKELS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG UND -ENTWICKLUNG

Zur Qualitätssicherung setzt die AGMT den Deming-Zirkel ein (Plan, Do, Study, Act). Mindestens einmal pro Jahr erfolgt im Rahmen der Lehrersitzungen der AGMT ein Treffen der OMT-Dozenten, während dem explizit die Elemente dieses Zirkels diskutiert werden. Hierzu wird das mündliche und schriftliche Feedback der Weiterbildungsteilnehmer*innen, der Dozent*innen und der externen Kontrollgremien (IFOMPT-Monitoring) aus dem vergangenen Jahr gesammelt, ausgewertet, diskutiert, und es werden entsprechende Konsequenzen in Form von Aktivitäten in die Umsetzung gebracht bzw. für das kommende Jahr in Umsetzung geplant. Die tatsächliche Umsetzung solcher Aktivitäten und deren Auswirkungen sind wiederum Bestandteil des Deming-Zirkels des Folgejahres. Dieses Verfahren wird anhand des folgenden Bogens dokumentiert.

Qualitätssicherung der OMT-Weiterbildung der AGMT

Dokumentation der Anwendung des Deming-Zirkels

Anwesende:

Datum:

Bezugsjahr:

Vorinformationen:

- Zusammenfassung des Teilnehmer*innenfeedbacks aus dem Bezugsjahr (Kursevaluationsbögen, anderes schriftliches Feedback und mündliches Feedback):
- Zusammenfassung des Dozent*innenfeedbacks aus dem Bezugsjahr (schriftliches und mündliches Feedback, inkl. Schulungsbedarf der Dozent*innen):
- Zusammenfassung des externen Feedbacks (z.B. IFOMPT-Monitoring):

Überprüfen der Umsetzung des vorjährigen Handlungsplans:

Überprüfen der Auswirkungen des vorjährigen Handlungsplans:

Neuer Handlungsplan:

ANMELDUNG

SCHRITT 1

Auf Anfrage erhalten Sie die Weiterbildungstermine des laufenden Jahres und zwei Exemplare des Weiterbildungsvertrags der AGMT. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, diese Unterlagen zu lesen, und klären Sie alle evtl. auftretenden Fragen mit uns. Alle Anfragen richten Sie bitte an das Büro der AGMT:

Arbeitsgemeinschaft Manuelle Therapie
Karen Herbach (Fon: 04705-9518-0)
Stefan Hegenscheidt (Fon: 04705-9518-23)
Wremer Specken 4
27639 Wurster Nordseeküste
E-Mail: k.herbach@physio-akademie.de
Email: s.hegenscheidt@physio-akademie.de

SCHRITT 2

Für eine verbindliche Anmeldung senden Sie zwei unterschriebene Exemplare des Weiterbildungsvertrages sowie eine Kopie Ihres Zertifikates in Manueller Therapie an das Büro der AGMT und gewährleisten die Zahlung einer Anmeldegebühr in Höhe von 200,00€. Die Anmeldegebühr wird später auf die Gebühr für begleitende Betreuung im Rahmen der OMT-Weiterbildung angerechnet und muss per Überweisung auf das Konto der Physio-Akademie gGmbH eingezahlt werden. Für Überweisungen nutzen Sie bitte das folgende Konto:

Physio-Akademie gGmbH
IBAN: DE20 2926 5747 0180 0000 00
BIC: GENODEF1BEV

SCHRITT 3

Nachdem der Weiterbildungsvertrag und die Anmeldegebühr bei der AGMT eingegangen sind, erfolgt die Vergabe der Lehrgangsplätze in der Reihenfolge der Anmeldung. Sie erhalten ein von uns unterschriebenes Vertragsexemplar für ihre Unterlagen, eine schriftliche Bestätigung über Ihren Kursplatz sowie eine Wegbeschreibung zum Kursort Wremen und eine Liste mit Übernachtungsmöglichkeiten. Sollte die AGMT Ihnen keinen freien Kursplatz anbieten können, wird Ihnen die Anmeldegebühr in voller Höhe erstattet.

GEBÜHRENORDNUNG

Die **GESAMTKOSTEN** für die OMT-Weiterbildung der AGMT betragen **9.510€** zzgl. der einmaligen Kursgebühr für das jeweilige Wahlfach (s.u., ca. **470€**). Diese Gesamtkosten gliedern sich dabei wie folgt:

ANMELDEGEBÜHR

Mit der Anmeldung zur OMT-Weiterbildung der AGMT wird eine Gebühr von **EINMALIG 200,00€** fällig, die auf die Gebühr für begleitende Betreuung (s.u.) angerechnet wird. Die Anmeldung ist erst nach Eingang dieser Gebühr auf dem Konto der AGMT verbindlich.

GEBÜHR FÜR BEGLEITENDE BETREUUNG

Für die begleitende Betreuung während der gesamten Dauer der OMT-Weiterbildung der AGMT fällt eine Gebühr in Höhe von **EINMALIG 500€** an. Die bei Weiterbildungsbeginn bereits gezahlte Anmeldegebühr von 200€ wird auf diese Gebühr angerechnet. Die Gebühr für begleitende Betreuung beinhaltet folgende Leistungen:

- ✓ Betreuung der OMT-Abschlussarbeit im Rahmen des Projektcoachings der AGMT (siehe auch > OMT-Abschlussarbeit).
- ✓ Ausführliches Feedback zu den einzureichenden Befunden aus dem Clinical Mentoring.
- ✓ sämtliche anfallenden Verwaltungsaufgaben, wie z.B. postalischer, elektronischer oder telefonischer Informationsaustausch, Ausstellen von Zertifikaten und Bescheinigungen in deutscher und/oder englischer Sprache, etc.
- ✓ umfangreiches elektronisches Lehrmaterial (Lehrskripte u.ä.).
- ✓ Zugang zu Kursräumen zu Übungszwecken über die direkte Unterrichtszeit hinaus am Standort Wremen.

GEBÜHREN FÜR KURSBLÖCKE

Für die einzelnen Kursblöcke, mit Ausnahme der Clinical-Mentoring-Kurse (siehe unten), fällt eine Gebühr von **120€ PRO KURSTAG** an (bei insgesamt 33 Kurstagen). Diese Gebühren beinhalten folgende Leistungen:

- ✓ Durchführung der jeweiligen Lehrveranstaltung durch qualifizierte Dozenten entsprechend der IFOMPT-Regularien.
- ✓ systematische, regelmäßige und kritische Überprüfung der Lehrinhalte hinsichtlich der aktuellen Evidenz in Bezug auf die Relevanz in der Berufspraxis.
- ✓ regelmäßige Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Lehre durch multi-nationalen Erfahrungsaustausch, Schulungsveranstaltungen und Interventionen innerhalb des Dozententeams sowie Erhebung und Auswertung von Veranstaltungsfeedback der Teilnehmer.

- ✓ angemessene Ausstattung der Unterrichtsräume mit Übungs-, Untersuchungs- und Lagerungsmaterialien, didaktischen Hilfsmitteln wie Beamer, Flipchart, etc.
- ✓ Pausenversorgung der Teilnehmer mit Kaffee, Tee, Keksen o.ä.

GEBÜHREN FÜR DEN WAHLPFLICHTKURS

Für den Wahlpflichtkurs (es ist nur ein solcher Kurs zu belegen) fällt die Gebühr der jeweiligen individuellen Kursausschreibung an. Derzeit (Stand März 2023) sind dies:

- Craniomandibuläre Dysfunktionen (**390€**)
- Symptom Kopfschmerz/Schwindel (**470€**)
- Viszerale Osteopathie (**540€**)

Diese Gebühren beinhalten folgende Leistungen:

- ✓ Durchführung der jeweiligen Lehrveranstaltung durch qualifizierte Dozenten entsprechend der IFOMPT-Regularien.
- ✓ systematische, regelmäßige und kritische Überprüfung der Lehrinhalte hinsichtlich der aktuellen Evidenz in Bezug auf die Relevanz in der Berufspraxis.
- ✓ regelmäßige Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Lehre durch multinationalen Erfahrungsaustausch, Schulungsveranstaltungen und Interventionen innerhalb des Dozententeams sowie Erhebung und Auswertung von Veranstaltungsfeedback der Teilnehmer.
- ✓ angemessene Ausstattung der Unterrichtsräume mit Übungs-, Untersuchungs- und Lagerungsmaterialien, didaktischen Hilfsmitteln wie Beamer, Flipchart, etc.
- ✓ Pausenversorgung der Teilnehmer mit Kaffee, Tee, Keksen o.ä.

GEBÜHREN FÜR CLINICAL MENTORING KURSE

Für die Clinical-Mentoring-Kurse fällt eine Gebühr von **300€ PRO KURSTAG** an (bei insgesamt 16 Kurstagen). Diese Gebühren beinhalten folgende Leistungen:

- ✓ Planung und Organisation des Clinical Mentorings in geeigneten Praxis-Settings, inkl. Organisation geeigneter Patientenbesuche vor Ort, Raummiete, etc.
- ✓ Durchführung der jeweiligen Lehrveranstaltung durch qualifizierte Dozenten in Kleingruppen (vier Teilnehmer) entsprechend der IFOMPT-Regularien.

GEBÜHR FÜR DAS OMT-EXAMEN

Die Gebühr für das OMT-Examen beträgt **250€**. Darin enthalten sind folgende Leistungen:

- ✓ Vorbereiten, Durchführen und Auswerten des schriftlichen Teils des OMT-Examens durch ein Mitglied der OMT-Prüfungskommission.
- ✓ Vorbereiten (einschließlich der Patient*innenrekrutierung), Durchführen und Auswerten des praktisch-mündlichen Teils des OMT-Examens durch wenigstens drei Vertreter der OMT-Prüfungskommission.

- ✓ Beurteilung der eingereichten OMT-Abschlussarbeit.

GEBÜHREN FÜR WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN

Die Gebühr für eine Wiederholung der schriftlichen Abschlussprüfung bei Nichtbestehen beträgt **80€**. Darin enthalten sind folgende Leistungen:

- ✓ Vorbereiten, Durchführen und Auswerten des schriftlichen Teils des OMT-Examens durch ein Mitglied der OMT-Prüfungskommission.

Die Gebühr für eine Wiederholung des theoretisch-praktischen OMT-Examens bei Nichtbestehen beträgt **250€**. Darin enthalten sind folgende Leistungen:

- ✓ Vorbereiten (einschließlich der Patientenrekrutierung), Durchführen und Auswerten des praktisch-mündlichen Teils des OMT-Examens durch wenigstens drei Vertreter der OMT-Prüfungskommission.

ZAHLUNGSMODALITÄTEN

Die folgenden Zahlungsmodalitäten sind für alle Teilnehmer*innen der OMT-Weiterbildung der AGMT verbindlich. Individuelle Lösungen (z.B. Ratenzahlung) sind in der Regel nach persönlicher Absprache im Sinne von Einzelfalllösungen möglich.

FÄLLIGKEITEN

Die **ANMELDEGEBÜHR** in Höhe von 200€ ist einmalig zu entrichten und wird mit der verbindlichen Anmeldung fällig.

Die **GEBÜHR FÜR BEGLEITENDE BETREUUNG** in Höhe von 500€, abzüglich der bereits entrichteten Anmeldegebühr in Höhe von 200€, ist einmalig zu entrichten und wird spätestens zum Ende des ersten Weiterbildungsjahres fällig.

Die **GEBÜHREN FÜR DIE EINZELNEN KURSBLÖCKE INKL. CLINICAL MENTORING** sind pro Kurs zu entrichten.

Die **GEBÜHR FÜR DAS OMT-EXAMEN** in Höhe von 250€ ist einmalig zu entrichten und wird zur praktisch-mündlichen Prüfung des OMT-Examens fällig.

ZAHLUNGSWEISEN

Zum entsprechenden Zeitpunkt erhalten Weiterbildungsteilnehmer*innen eine Rechnung über die jeweils fälligen Gebühren. Diese Rechnungen sind jeweils zu dem in der Rechnung angegebenen Zahlungstermin zu begleichen.

ALLGEMEINE REGULARIEN DER OMT-WEITERBILDUNG

EIGENVERANTWORTUNG DER TEILNEHMER*INNEN

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Einhaltung von festgelegten Fristen und anderen Regularien in der Verantwortung der Teilnehmer*innen liegt. Ferner ist zu beachten, dass eine Nichteinhaltung solcher Fristen dazu führen kann, dass Weiterbildungsanteile inklusive der dazugehörigen Kosten erneut erbracht werden müssen, bevor eine Zulassung zum OMT-Examen erfolgen kann.

VERHALTEN WÄHREND DES UNTERRICHTS

Von den Teilnehmer*innen wird erwartet, dass sie pünktlich zu den Unterrichtseinheiten erscheinen, und dass sie in jeglicher Hinsicht auf eine Weise, die der Situation einer Erwachsenenbildung entspricht, eigenverantwortlich mitarbeiten. Störungen des Unterrichts jeglicher Art sind zu vermeiden. Insbesondere ist auch die Nutzung von Mobiltelefonen und Notebooks zu unterrichtsfremden Zwecken zu unterlassen.

FEHLZEITEN

Fehlzeiten gefährden das Erreichen der Weiterbildungsziele. Während die Präsenz in einigen Modulen als kritisch für den Lernerfolg betrachtet wird, sind Fehlzeiten in anderen Modulen u. U. durch intensives Selbststudium zu kompensieren. Daraus folgt:

CLINICAL MENTORING: Die Präsenzzeit in diesen Modulblöcken wird als entscheidender Beitrag zum Erreichen der Weiterbildungsziele betrachtet. Daher sind Fehlzeiten in diesen Modulblöcken nicht gestattet, bzw. die betroffenen Blöcke müssen für eine Zulassung zum OMT-Examen wiederholt werden.

ANDERE MODULBLÖCKE: Für alle anderen Modulblöcke gilt, dass Teilnehmer*innen insgesamt maximal 32 Unterrichtseinheiten Fehlzeiten ansammeln dürfen. Überschreiten die Fehlzeiten eine(r) Teilnehmer*in dieses Maß, kann sich die Prüfungskommission gegen eine Zulassung zum OMT-Examen entscheiden, wenn die Fehlzeiten nicht nachgeholt werden.

ANRECHNUNG VON ANDEREN WEITERBILDUNGSLEISTUNGEN

Die AGMT begrüßt den Transfer von relevanten Weiterbildungsleistungen zwischen verschiedenen Qualifikationsprogrammen. Gleichzeitig ist die AGMT verpflichtet, die Qualität ihrer OMT-Weiterbildung nach den Standards der IFOMPT zu gewährleisten. Daher kann über die Anrechnung anderer Weiterbildungsleistungen auf die OMT-Weiterbildung der AGMT nur nach Prüfung entsprechender Unterlagen und auf individuellen Antrag entschieden werden.

LEHRMATERIALEN

Die Teilnehmer erhalten zu verschiedenen Unterrichtseinheiten Lehrmaterialien, überwiegend in Form von Kursskripten. Dieses Lehrmaterial darf nicht vervielfältigt und weitergegeben werden. Die Urheberrechte für diese Materialien liegen bei den jeweiligen Verfassern bzw. bei der AGMT.

KURSSPRECHER

Um eine effektive Kommunikation zwischen dem Weiterbildungsträger und den Weiterbildungsteilnehmer*innen zu ermöglichen sind die Teilnehmer*innen angehalten innerhalb der ersten beiden Modulblöcke einen Kurssprecher bzw. eine Kurssprecherin aus ihren Reihen zu wählen. Diese(r) nimmt im weiteren Verlauf v.a. eine vermittelnde Aufgabe wahr und dient bei Bedarf als Ansprechpartner*in für Kommiliton*innen und für die Weiterbildungsleitung.

DETAILANGABEN DER MODULE

Nachfolgend werden die einzelnen Kurse der OMT-Weiterbildung detailliert beschrieben. Die hier aufgeführte Reihenfolge entspricht nicht notwendigerweise dem zeitlichen Ablauf während der Weiterbildung.

PRINZIPIEN DER MANUELLEN THERAPIE	
Modus	Präsenzveranstaltung (4 Tage)
Veranstaltungsort	D-27639 Wurster Nordseeküste (Wremen)
Workload	 Kontaktzeit: 32 UE  Selbststudium: 32 UE
Eingangs-voraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Clinical Reasoning; Kommunikation; manuelles Training; biopsychosoziales Modell; Anatomie; Biomechanik; Physiologie;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf Verfahrensweisen der Manuellen Therapie und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, Kommunikator und Lernendem. Aufbauend auf dem vorhandenen Basiswissen der Zertifikatsweiterbildung in Manueller Therapie entwickeln die Teilnehmer fortgeschrittene Kenntnisse bzgl. der mechanischen, neurophysiologischen und psychosozialen Aspekte typischer und atypischer Patientenpräsentationen, und trainieren ihre Fähigkeit effektiv mit anderen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zu kommunizieren.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ⊙ Ein breites Spektrum klassischer und spezialisierter manueller Fertigkeiten einzusetzen, deren Sensitivität und Spezifität eine effektive Untersuchung und Behandlung von typischen und atypischen Patientenpräsentationen im Kontext der Manuellen Therapie ermöglicht. ⊙ Auf eine breite biomedizinische, klinische, verhaltenswissenschaftliche und spezifische Wissensbasis zuzugreifen, die eine analytische Interpretation von Zeichen, Symptomen und Informationen ermöglicht. ⊙ Ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut geeignete Methoden und Vorgehensweisen im Umgang mit konkreten und abstrakten Problematiken bestimmen und gleichzeitig die Notwendigkeit eines lebenslangen Lernprozesses erkennen kann. ⊙ Fortgeschrittene Kommunikationsfertigkeiten einzusetzen, die eine volle Verantwortlichkeit für die Ergebnisse des Managements von Patienten mit Dysfunktionen des Bewegungssystems im Rahmen der Aufgabenbereiche des Physiotherapeuten ermöglicht.
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Fragend-entwickelnder Unterricht, Impulsreferate, Beobachtungslernen. <i>Kooperatives Lernen:</i> Problemorientiertes Lernen, Fallbeispiele. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.

Inhalte	📁 Fortgeschrittene funktionelle Anatomie, Biomechanik und Physiologie. 📁 Grundlegende Aspekte des biopsychosozialen Modells. 📁 Clinical Reasoning in der fortgeschrittenen Befunderhebung und Therapieplanung. 📁 Training von sensitiven und spezifischen manuellen Techniken. 📁 Intra- und interprofessionelle Kommunikation.
Assessment	Formativ. Praktisch-mündliche Bearbeitung eines Fallbeispiels, das aus einer Diagnose entwickelt und vor der Gruppe demonstriert wird. • <i>Feedback:</i> unmittelbar/mündlich.
Literatur-empfehlungen	📖 Boyling, J.D., Jull, G. (Eds.) (2004). <i>Grieve's Modern Manual Therapy</i> (3.Ed. Elsevier). 📖 Frisch, H. (1998). <i>Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates</i> (7.Ed., Springer). 📖 Klinke, R., Pape, H.-C., Silbernagl, S. (Eds.) (2005). <i>Physiologie</i> (5.Ed., Thieme). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer). 📖 Neumann, D.A. (2002). <i>Kinesiology of the Musculoskeletal System</i> (Mosby/Elsevier).
Dozenten	Heiko Dahl, MSc.
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen (siehe Anhang) und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

ORTHOPÄDISCHE MANUELLE THERAPIE	
Modus	Präsenzveranstaltung (4 Tage)
Veranstaltungsort	D-27639 Wurster Nordseeküste (Wremen)
Workload	 Kontaktzeit: 32 UE  Selbststudium: 32 UE
Eingangsvoraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Manipulation; Clinical Reasoning; Manuelles Training; Kognition; Biomechanik; Physiologie; Manuelle Interventionen;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf manuellen Interventionen einschließlich klassischer Manipulationen und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger und Lernendem. Aufbauend auf dem vorhandenen Wissen trainieren die Teilnehmer fortgeschrittene Kenntnisse bzgl. geeigneter mechanischer und kognitiver Interventionen bei typischen und atypischen Patientenpräsentationen, und entwickeln ein Verständnis für die Notwendigkeit eines kontinuierlichen lebenslangen Lernprozesses.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Ein breites Spektrum klassischer und spezialisierter manueller Fertigkeiten einschließlich manipulativer Techniken einzusetzen, deren Sensitivität und Spezifität effektive Interventionen bei typischen und atypischen Patientenpräsentationen im Kontext der Manuellen Therapie zulassen. ☉ Auf eine breite biomedizinische, klinische, verhaltenswissenschaftliche und spezifische Wissensbasis zuzugreifen, die eine analytische Interpretation von Zeichen, Symptomen und Informationen ermöglicht. ☉ Ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut geeignete manuelle und kognitive Interventionen im Umgang mit konkreten und abstrakten Problematiken bestimmen und gleichzeitig die Notwendigkeit eines lebenslangen Lernprozesses erkennen kann. ☉ Auch in selbstbestimmten Aktivitäten zielführend und eigenverantwortlich zu arbeiten und im Rahmen der allgemeinen Funktionen eines Spezialisten Verantwortung für die Arbeitsergebnisse zu übernehmen.
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Fragend-entwickelnder Unterricht, Impulsreferate, Beobachtungslernen. <i>Kooperatives Lernen:</i> Fallbeispiele. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.
Inhalte	 Übersicht über das Spektrum physiotherapeutischer Interventionsformen.

	📁 Ziele und biologische Effekte manueller Interventionen. 📁 Symptomatische, funktionelle und hypothetische Effekte von Manipulationen. 📁 Einflüsse manueller und kognitiver Interventionen auf die Schmerzwahrnehmung. 📁 Mechanische Aspekte von Traktions-, Gapping- und Gleitmanipulationen. 📁 Indikationen und Kontraindikationen spezifischer manueller Interventionen. 📁 Variationen klassischer Muskel-, Nerv- und Gelenktechniken der Manuellen Therapie. 📁 Training von sensitiven und spezifischen manuellen Techniken (Fokus Manipulationen).
Assessment	Formativ. Praktisch-mündliche Bearbeitung eines Fallbeispiels, das aus einer Diagnose entwickelt und vor der Gruppe demonstriert wird. • <i>Feedback:</i> unmittelbar/mündlich.
Literatur-empfehlungen	📖 Dvořák, J., Dvořák, V., Schneider, W., Spring, H., Tritschler, T. (1997). <i>Manuelle Medizin: Therapie</i> (3.Ed., Thieme). 📖 Frisch, H. (1998). <i>Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates</i> (7.Ed., Springer). 📖 Laekeman, M., Kreutzer, R. (2009). <i>Großer Bildatlas der Palpation. Anatomische Strukturen gezielt lokalisieren und begreifen</i> (Springer). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer). 📖 Niethard, F.U., Pfeil, J. (2005). <i>Orthopädie</i> (5.Ed. Thieme).
Dozenten	Uwe Hallmann; Tomas Lihagen
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

FORTGESCHRITTENES THERAPIEMANAGEMENT	
Modus	Präsenzveranstaltung (6 Tage)
Veranstaltungsort	D-27639 Wurster Nordseeküste (Wremen)
Workload	 Kontaktzeit: 56 UE  Selbststudium: 32 UE
Eingangsvoraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Clinical Reasoning; Kommunikation; biopsychosoziales Modell; Befunderhebung; Dokumentation; Reflektion; evidenzbasierte Praxis;
Beschreibung	Dieser Block findet überwiegend in Kleingruppen statt und zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf diagnostischen und therapeutischen Verfahrensweisen der Manuellen Therapie unter Berücksichtigung der ICF-Struktur, der Untermauerung dieser Verfahren mit wissenschaftlicher Evidenz, und der Kommunikation von Clinical Reasoning Prozessen.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Die Notwendigkeit der kontinuierlichen Entwicklung spezialisierter manueller Fertigkeiten zu erkennen. ☉ Einen kontinuierlichen Lernprozess zu demonstrieren, der es ermöglicht dauerhaft über aktuelles fachspezifisches Detailwissen zu verfügen, das eine analytische Interpretation und Evaluation von z. T. abstrakten Zeichen, Symptomen und Informationen ermöglicht. ☉ Ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut in der Lage ist geeignete Lösungen für vorhandene fachbezogene, ethische und z. T. abstrakte Probleme zu entwickeln, und diese auch zu kommunizieren.
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Fragend-entwickelnder Unterricht. <i>Kooperatives Lernen:</i> Problemorientiertes Lernen, Fallbeispiele, Lernen durch Lehren, exploratives Lernen. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.
Inhalte	📁 Systematische Befunderhebung und Therapieplanung. 📁 Befund- und Therapiedokumentation. 📁 Fortgeschrittene funktionelle Anatomie, Biomechanik und Physiologie. 📁 Aspekte des biopsychosozialen Modells. 📁 Clinical Reasoning in der fortgeschrittenen Befunderhebung und Therapieplanung. 📁 Sensibilisierung für Sensitivität und Spezifität manueller Techniken. 📁 Intra- und interprofessionelle Kommunikation.
Organisation	Dieses Modul findet in Kleingruppen statt.
Assessment	Formativ. Präsentation von Arbeitsergebnissen der Kleingruppen. • <i>Feedback:</i> unmittelbar, mündlich.

Literatur- empfehlungen	📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying serious pathology of the spine</i> (Churchill Livingstone). 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U, (2006). <i>Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie</i> (Elsevier). 📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). <i>Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen</i> (Thieme). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer). 📖 Petty, N.J., Moore, A.P. (2001). <i>Neuromusculoskeletal Examination and Assessment. A Handbook for Therapists</i> (2.Ed. Churchill Livingstone).
Dozenten	Heiko Dahl, MSc.; Stefan Hegenscheidt,
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozenten mittels interner Intervention.

	AKTIVE REHABILITATION	
Modus	Präsenzveranstaltung (2 Tage) plus Webinar (2 Tage)	
Veranstaltungsort	Variabel (nach Kursbelegung) und Online	
Workload	 Kontaktzeit: 32 UE  Selbststudium: 32 UE	
Eingangs- voraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.	
Key words	Gewebeadaption; Kognition; Heilungsprozesse; Muskeleigenschaften; Schmerzreduktion; Biomechanik; biopsychosoziales Modell;	
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf trainingstherapeutischen Indikationen und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger und als Fürsprecher für Gesundheit. Aufbauend auf dem vorhandenen Basiswissen der Zertifikatsweiterbildung in Manueller Therapie entwickeln die Teilnehmer spezialisierte Kenntnisse bzgl. belastungsabhängiger Gewebszustände. Die Planung, Durchführung und Adaption adäquater Trainingsprogramme wird vermittelt und deren Evaluation geschult.	
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ⊙ Hoch spezialisierte trainingstherapeutische Fertigkeiten in komplexen, variablen und spezialisierten Zusammenhängen einzusetzen. ⊙ Über eine tiefgehende trainingstherapeutische Wissensbasis zu verfügen, die den Einsatz des gesamten Spektrums trainingstherapeutischer Verfahren ermöglicht. ⊙ Evidenzbasierte und kritisch-reflektive trainingstherapeutische Maßnahmen anzuwenden, durch die der Physiotherapeut in der Lage ist, geeignete Lösungen für vorhandene fachbezogene und z. T. abstrakte Probleme zu entwickeln. ⊙ Innerhalb der möglichen Funktionsvielfalt eines Spezialisten im Gesundheitswesen zielgerichtet und verantwortlich für die fundamentale Bedeutung körperlicher Aktivität im Kontext der Herausforderungen sozialer, umweltbedingter und biologischer Gesundheitseinflüsse einzutreten.	
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> <i>Kooperatives Lernen:</i> <i>Einzelarbeit:</i>	Impulsreferate, fragend-entwickelnder Unterricht, Beobachtungslernen. Problemorientiertes Lernen, Fallbeispiele. Selbststudium.
Inhalte	 Biomedizinische, biomechanische und biopsychosoziale Effekte der aktiven Rehabilitation.  Kognitive Aspekte und Strategien in der aktiven Rehabilitation.  Physiologische Anpassungsprozesse verschiedener Gewebsstrukturen an Inaktivität und allgemeine sowie spezifische Aktivität.  Physiologische Gewebeheilung und Reaktion geschädigter Gewebe auf Belastungsreize.  Prinzipien der Beeinflussung der Muskeleigenschaften Kraft, Leistung,	

	Beweglichkeit, Schnelligkeit, Ausdauer und Koordination. 📁 Schmerzreduktion durch Aktivierung. 📁 Planung, Durchführung, Modifikation, Progression, Regression und Evaluation trainingstherapeutischer Maßnahmen.
Assessment	Formativ. Präsentation von Arbeitsergebnissen aus Projekt-Kleingruppen. • <i>Feedback</i>: unmittelbar, mündlich.
Literatur-empfehlungen	📖 Bös, K. (2001). <i>Handbuch Motorische Tests</i> (2.Ed., Hogrefe). 📖 Neumann, D.A. (2002). <i>Kinesiology of the Musculoskeletal System</i> (Mosby/Elsevier). 📖 Petty, N.J. (2004). <i>Principles of Neuromusculoskeletal Treatment and Management</i> (Churchill Livingstone). 📖 Van den Berg, F. (Ed.) (2003) <i>Angewandte Physiologie 1: Das Bindegewebe des Bewegungsapparates verstehen und beeinflussen</i> (2.Ed., Thieme). 📖 Wass, A., (1994). <i>Promoting Health: The Primary Health Care Approach</i> (W.B. Saunders – Baillière Tindall).
Dozenten	Uwe Hallmann
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

	STANDARDISIERTE ERGEBNISMESSUNG	
Modus	Präsenzveranstaltung (2 Tage) plus Webinar (2 Tage)	
Veranstaltungsort	Variabel (nach Kursbelegung) und Online	
Workload	 Kontaktzeit: 34 UE  Selbststudium: 50 UE	
Eingangs-voraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.	
Key words	Standardisierung; Assessment; Testverfahren; ICF; biopsychosoziales Modell; Evidenz basierte Praxis;	
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf der standardisierten Ergebnismessung in Verbindung mit dem biopsychosozialen Modell und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, Mitarbeiter und Manager. Aufbauend auf vorhandenem Wissen entwickeln die Teilnehmer spezialisierte Kenntnisse bzgl. der Auswahl, Anwendung und Interpretation standardisierter Assessmentverfahren hinsichtlich typischer und atypischer Patientenpräsentationen. Sie spezialisieren ihre Fertigkeiten über begrenzte Ressourcen zu entscheiden und in multidisziplinären Teams gleichberechtigte Partnerschaften aufzubauen.	
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ⊙ Hoch spezialisierte Fertigkeiten aus der gesamten Bandbreite der fachspezifischen Assessmentverfahren anzuwenden, und diese in komplexen, variablen und spezialisierten Zusammenhängen einzusetzen. ⊙ Evidenzbasierte und kritisch-reflektive Vorgehensweisen zu planen, diese mit einer effizienten Ressourcenzuordnung durchzuführen und Aufgaben entsprechend zu priorisieren, und dabei die volle Verantwortung für die Bestimmung und das Erreichen bedeutsamer Ziele zu übernehmen. ⊙ Auch abstrakte Daten und Konzepte zu analysieren, zu interpretieren und dadurch geeignete Lösungen für vorhandene fachbezogene und z. T. abstrakte Probleme zu entwickeln. ⊙ Innerhalb der möglichen Funktionsvielfalt eines Spezialisten im Gesundheitswesen zielgerichtet, verantwortlich und effizient mit allen übrigen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zusammenzuarbeiten.	
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> <i>Kooperatives Lernen:</i> <i>Einzelarbeit:</i>	Fragend-entwickelnder Unterricht. Problemorientiertes Lernen, Fallbeispiele, exploratives Lernen. Selbststudium.
Inhalte	 Chancen und Risiken der Evidenz basierten Praxis.  Evidenz Hierarchie.  Niveaus verschiedener Messverfahren.  Motivation zur Durchführung standardisierter Tests und Kriterien zur Auswahl geeigneter Verfahren.	

	📁 Qualitative und quantitative Methodik standardisierter Assessments. 📁 Allgemeine Gütekriterien der Ergebnismessung. 📁 Funktionelle, objektive und subjektive Assessments. 📁 Biomedizinische, biomechanische und biopsychosoziale Beurteilungen. 📁 Spezielle biomechanische Aspekte von Assessments des Bewegungssystems.
Assessment	Formativ. Schriftliche Hausarbeit (500-1000 Wörter), in der die Sammlung und deskriptiv-statistische Auswertung der Daten von mindestens zehn Patienten aus dem Praxisalltag des Teilnehmers beschrieben wird. Die Daten sollen geeignet sein, Interventionen sowohl auf der Struktur-/Funktionsebene als auch auf der Aktivitäts-/Partizipationsebene zu evaluieren.
Literatur-empfehlungen	📖 Bös, K. (2001). <i>Handbuch Motorische Tests</i> (2.Ed., Hogrefe). 📖 Øvretveit, J. (2002). <i>Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen</i> (Hans Huber). 📖 Physio-Akademie (2006). <i>Handbuch Standardisierte Ergebnismessung</i> (Eigendruck). 📖 Rentsch, H.P., Bucher, P.O. (2006). <i>ICF in der Rehabilitation</i> (2.Ed., Schulz-Kirchner).
Dozenten	Uwe Hallmann.
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

WAHLPFLICHTKURS: CRANIOMANDIBULÄRE DYSFUNKTIONEN	
Modus	Präsenzveranstaltung (Dauer: siehe Kursauschreibung) ACHTUNG: Die Teilnahme an diesem Kurs muss von Weiterbildungsteilnehmern eigenverantwortlich organisiert werden! Bitte kontaktieren Sie hierzu Stefan Hegenscheidt (s.hegenscheidt@physio-akademie.de; 04705-9518-23) oder das Büro der Physio-Akademie.
Veranstaltungsort	Variabel (siehe Kursauschreibung)
Workload	⌚ Siehe Kursauschreibung
Eingangs- voraussetzungen	👤 Berufszulassung als Physiotherapeut/in.
Key words	Kiefergelenke; Kauorgan; craniomandibuläre Dysfunktionen; interdisziplinäres Patientenmanagement.
Beschreibung	Der Kurs zielt auf die Bedeutung der physiotherapeutischen Behandlung des Kiefergelenks als mobiles Zentrum zwischen Kopf- und Gesichtsschädel. Clinical Reasoning, Behandlungstechniken, aussagefähige Dokumentation und Kommunikation mit Zahnmediziner und Patient sind ein wesentlicher Bestandteil des Seminars. Die Arbeit mit Fallbeispielen verdeutlicht unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen. Um die Zusammenarbeit von Zahnmediziner und Physiotherapeut zu optimieren, werden Strukturmodelle erarbeitet.
Lernziele	⊙ Kennenlernen der Funktion und Pathofunktion des Kauorgans und der Kopfgelenke. ⊙ Systematische Untersuchung der craniomandibulären Region. ⊙ Analyse der Befunderhebung mit Differentialdiagnostik. ⊙ Behandlungstechniken problemorientiert auswählen und anwenden. ⊙ Erstellen eines aussagefähigen Befundes. ⊙ Modelle der Integration des Patienten in die Behandlung erarbeiten. ⊙ Kommunikation mit anderen Fachdisziplinen vorstrukturieren (Zahnmediziner).
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Fragend-entwickelnder Unterricht. <i>Kooperatives Lernen:</i> Problemorientiertes Lernen, Fallbeispiele, exploratives Lernen. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.
Inhalte	⊙ Funktionelle Anatomie, Biomechanik, Pathophysiologie des Kauorgans und der Kopfgelenke. ⊙ Evolution der Kiefergelenke. ⊙ Funktionelle Beziehungen zwischen Kauorgan und Wirbelsäule. ⊙ Funktionsuntersuchung und Behandlung der Muskulatur des Kauorgans und der Kopfgelenke. ⊙ Funktionsuntersuchung und Behandlung der Gelenke des Kauorgans und der Kopfgelenke. ⊙ Befunddokumentation und Auswertung. ⊙ Eigenübungsprogramme für den Patienten. ⊙ Effektive Zusammenarbeit mit Zahnmedizinern. ⊙ Management und Patientenführung.
Assessment	Für diesen Kurs ist kein Assessment vorgesehen.

Literatur-empfehlungen	 Literaturempfehlungen können von der Dozentin im Kurs erfragt werden.
Dozenten	Siehe Kursausschreibung
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

WAHLPFLICHTKURS: SYMPTOM KOPFSCHMERZ/SCHWINDEL	
Modus	Präsenzveranstaltung (Dauer: siehe Kursauschreibung) ACHTUNG: Die Teilnahme an diesem Kurs muss von Weiterbildungsteilnehmern eigenverantwortlich organisiert werden! Bitte kontaktieren Sie hierzu Stefan Hegenscheidt (s.hegenscheidt@physio-akademie.de; 04705-9518-23) oder das Büro der Physio-Akademie.
Veranstaltungsort	Variabel (siehe Kursauschreibung)
Workload	⌚ Siehe Kursauschreibung
Eingangs- voraussetzungen	👤 Berufszulassung als Physiotherapeut/in.
Key words	Kopfschmerz; Schwindel; Symptommanagement; Differentialdiagnostik;
Beschreibung	Die Inhalte dieses viertägigen Kurses sind die Klassifikation und Differenzialdiagnostik verschiedener Kopfschmerz- und Schwindelarten, der Zusammenhang muskuloskelettaler Dysfunktionen im Verhältnis zur vorliegenden Symptomatik, und insbesondere die praktische Vorgehensweise in der Diagnostik und im Management dieser Symptomkomplexe in der Physiotherapie/Manuellen Therapie.
Lernziele	☉ Einordnen von spezifischen Fachbegriffen rund um den Symptomkomplex Kopfschmerz-Schwindel. ☉ Erklären von neurophysiologischen und biomechanischen Entstehungsmechanismen. ☉ Identifizieren von Red Flags und differenzieren von symptomgebenden Strukturen. ☉ Beschreiben und Bewerten von ausgewählten Assessment-Verfahren in der Physiotherapie. ☉ Erschließen und anwenden der differenzierenden Clinical Reasoning Prozesse bei komplexen Krankheitsbildern und insbesondere bei chronischen Schmerzmustern. ☉ Darstellen von physio-/manualtherapeutischen Behandlungsansätzen bzw. Symptommanagementstrategien. ☉ Beurteilen bzw. diskutieren von Fallbeispielen. ☉ Anwenden von aktiven und passiven Behandlungsmaßnahmen, Schwindeltraining, Eigenmobilisationen und- stabilisationen, Hilfe zur Selbsthilfe.
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Fragend-entwickelnder Unterricht. <i>Kooperatives Lernen:</i> Problemorientiertes Lernen, Fallbeispiele, exploratives Lernen. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.
Inhalte	Der Kurs geht u.a. auf folgende Fragestellungen ein: 📁 Welche spezifischen Untersuchungsmanöver kann ich in diesen Regionen für die dementsprechenden Symptome anwenden? 📁 Kann ich als Therapeut dem Patienten mit einer Behandlungsstrategie weiterhelfen oder muss ich den Patienten weiter überweisen? 📁 Welche Prognose kann ich nach eingehender Untersuchung stellen? Kann ich mit dem Patient nach kurzer Behandlungsdauer oder eher nach einer längeren Zeit eine Verbesserung erreichen? 📁 Welche Behandlungsmaßnahmen wähle ich aus, wie wende ich sie an und welches Ergebnis erwarte ich? 📁 Welche Tests und Therapieverfahren sind evidenzbasiert effektiv?

Assessment	Für diesen Kurs ist kein Assessment vorgesehen.
Literatur- empfehlungen	📖 Literaturempfehlungen können von der Dozentin im Kurs erfragt werden.
Dozenten	Siehe Kursausschreibung
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozenten mittels interner Intervention.

WAHLPFLICHTKURS: VISZERALE OSTEOPATHIE	
Modus	Präsenzveranstaltung (Dauer: siehe Kursauschreibung) ACHTUNG: Die Teilnahme an diesem Kurs muss von Weiterbildungsteilnehmern eigenverantwortlich organisiert werden! Bitte kontaktieren Sie hierzu Stefan Hegenscheidt (s.hegenscheidt@physio-akademie.de; 04705-9518-23) oder das Büro der Physio-Akademie.
Veranstaltungsort	Variabel (siehe Kursauschreibung)
Workload	⌚ Siehe Kursauschreibung
Eingangs- voraussetzungen	👉 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Viszerale Osteopathie; viszerale Techniken; Organe; osteopathische Prinzipien; multidisziplinäre Zusammenarbeit;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf Verfahrensweisen der viszerale Osteopathie einschließlich reflektorischer Techniken und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger und Mitarbeiter. Aufbauend auf den vorhandenen Kenntnissen und Fertigkeiten der klassischen Manuellen Therapie erweitern die Teilnehmer ihre Perspektive durch Einblicke in viszeral-osteopathische Denk- und Verfahrensweisen. Durch das Erarbeiten alternativer Methoden zur Untersuchung und Behandlung muskuloskeletaler Funktionsstörungen wird der Aufbau gleichberechtigter Partnerschaften in multidisziplinären Teams geschult.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ⊙ Ein breites Spektrum klassischer und spezialisierter viszeral-osteopathischer Fertigkeiten einzusetzen, das eine effektive Untersuchung und Behandlung von typischen und atypischen Patientenpräsentationen im Kontext der Manuellen Therapie ermöglicht. ⊙ Auf eine breite klinische Wissensbasis zuzugreifen, die eine analytische und zielführende Interpretation von Zeichen, Symptomen und Informationen auch dann ermöglicht, wenn der Therapeut nicht auf ein größeres Gesundheitsnetzwerk zugreifen kann. ⊙ Ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut auch geeignete alternative Methoden und Vorgehensweisen im Umgang mit konkreten und abstrakten Problematiken bestimmen kann. ⊙ Ein fortgeschrittenes Verständnis für die Bedeutung der Vielfältigkeit therapeutischer Disziplinen und Methoden zu demonstrieren, und dieses Verständnis zum Erreichen bedeutsamer Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung einzusetzen.
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Impulsreferate, fragend-entwickelnder Unterricht, Beobachtungslernen. <i>Kooperatives Lernen:</i> Fallbeispiele. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.
Inhalte	📁 Grundlegende viszeral-osteopathische Prinzipien der Untersuchung und

	Behandlung körperlicher Dysfunktionen. 📁 Potenzielle Effekte viszeral-osteopathischer Techniken. 📁 Indikationen und Kontraindikationen viszeral-osteopathischer Techniken. 📁 Häufige Maskierungen viszeraler Dysfunktionen als muskuloskeletale Problematiken. 📁 Funktionelle Anatomie der viszeralen Systeme. 📁 Einführung in viszerale Techniken zur Untersuchung und Behandlung von zervikalem Diaphragma, Zwerchfell, Beckenboden und den Organsystemen.
Assessment	Für diesen Kurs ist kein Assessment vorgesehen.
Literatur-empfehlungen	📖 Barral, J.-P., Mercier, P. (2002). <i>Lehrbuch der viszeralen Osteopathie: Band 1.</i> (Urban&Fischer). 📖 De Coster, M. Pollaris, A. (2001). <i>Viszerale Osteopathie</i> (3.Ed., Hippokrates). 📖 Greenman, P.E. (1998). <i>Lehrbuch der Osteopathischen Medizin</i> (Haug).
Dozenten	Marc de Coster
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozenten mittels interner Intervention.

	BASIC AND MEDICAL SCIENCES	
Modus	Webinar (3 Tage)	
Veranstaltungsort	Online	
Workload	 Kontaktzeit: 24 UE  Selbststudium: 24 UE	
Eingangs- voraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.	
Key words	Muskelphysiologie; Biomechanik; Schmerzphysiologie; Schmerzwahrnehmung; Pathophysiologie der Wirbelsäule; Epidemiologie;	
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf den biomedizinischen Wissenschaften und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, Lernendem und Experte. Aufbauend auf vorhandenem Wissen entwickeln die Teilnehmer spezialisierte Kenntnisse bzgl. der Physiologie und Biomechanik des Bewegungssystems und verinnerlichen ein profundes Verständnis für die Notwendigkeit der kontinuierlichen Entwicklung des Kenntnisstandes als Individuum und als Profession.	
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ⊙ Hoch spezialisierte Kenntnisse in komplexen, variablen und spezialisierten Zusammenhängen einzusetzen, und die Notwendigkeit der kontinuierlichen Entwicklung dieser Kenntnisse zu erkennen. ⊙ Einen kontinuierlichen Lernprozess zu demonstrieren, der es ermöglicht dauerhaft über aktuelles fachspezifisches Detailwissen zu verfügen, das eine analytische Interpretation und Evaluation von z. T. abstrakten Zeichen, Symptomen und Informationen ermöglicht. ⊙ Ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut in der Lage ist geeignete Lösungen für vorhandene fachbezogene, ethische und z. T. abstrakte Probleme zu entwickeln, und dabei die Notwendigkeit weiterer Lernprozesse zu erkennen. ⊙ Innerhalb der möglichen Funktionsvielfalt eines Spezialisten im Gesundheitswesen zielgerichtet, verantwortlich und effizient zur Weiterentwicklung des Wissensstandes der eigenen Profession beizutragen.	
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> <i>Einzelarbeit:</i>	Referate, fragend-entwickelnder Unterricht. Selbststudium.
Inhalte	 Spezielle Muskelphysiologie.  Biomechanik der Wirbelsäule und die Bedeutung ihrer lokalen Stabilisation.  Spezielle Schmerzphysiologie  Dimensionen, Verarbeitung und Wahrnehmung von Schmerzen.  Klassifikationen, Epidemiologie und Ätiologie von Nacken-, Kreuz- und Beckengürtelschmerzen.  Pathophysiologie, Verlauf und prognostische Faktoren von Nacken-,	

	Kreuz- und Beckengürtelschmerzen. 📁 Konservative und chirurgische Therapie von Nacken-, Kreuz- und Beckengürtelschmerzen.
Assessment	Für diesen Block erfolgt kein einzelnes Assessment.
Literatur-empfehlungen	📖 Brinckmann, P., Frobin, W., Leivseth, G. (2000). <i>Orthopädische Biomechanik</i> (Thieme). 📖 Van den Berg, F. (Ed.) (2000). <i>Angewandte Physiologie 2: Organsysteme verstehen und beeinflussen</i> (Thieme). 📖 Petty, N.J. (2004). <i>Principles of Neuromusculoskeletal Treatment and Management. A Guide for Therapists</i> (Churchill Livingstone). 📖 Siebert, H. (2006). <i>Selbstgesteuertes Lernen und Lernberatung</i> (Ziel).
Dozenten	Prof. Dr. Gunnar Leivseth
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

EVIDENZBASIERTE PRAXIS	
Modus	Webinar (2x2 Tage)
Veranstaltungsort	Online
Workload	 Kontaktzeit: 32 UE  Selbststudium: 32 UE
Eingangsvoraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Evidenz; klinische Studien; Literaturrecherche; Studiendesigns; Validität; selbstbestimmtes Lernen;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Teilnehmer in die Grundlagen der evidenzbasierten Praxis einzuführen und die Notwendigkeit eines kontinuierlichen Lernprozesses zu vermitteln. Der Fokus liegt dabei auf der Recherche, der Beschaffung und der qualitativen Beurteilung von klinischen Studien sowie auf der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger und Lernendem. Es erfolgt eine Einführung in wissenschaftliche Begriffe und Denkweisen. Weiter werden die Formulierung klinischer Fragestellungen trainiert und praktische Literaturrecherchen geübt. Im Anschluss an eine Diskussion klinischer und epidemiologischer Studiendesigns werden Kriterien zur Beurteilung der methodologischen Qualität von Studien erarbeitet und deren Anwendung erlernt. In jedem thematischen Abschnitt dieses Blockes wird der weitere und individuelle Lernbedarf der Teilnehmer ermittelt.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Im Kontext der evidenzbasierten Praxis auf eine breite Wissensbasis zuzugreifen, die eine analytische Interpretation von Daten ermöglicht. ☉ Ein breites Spektrum kognitiver Fertigkeiten einzusetzen, die im Rahmen allgemeiner Richtlinien einen voll verantwortlichen Umgang mit der Qualität und Quantität von Studienergebnissen erlauben. ☉ Geeignete wissenschaftliche Methoden zu bestimmen, die in gewöhnlichen und ungewöhnlichen Zusammenhängen geeignet sind, konkreten und z. T. theoretischen Problematiken zu begegnen. ☉ Durch selbstbestimmtes Lernen Verantwortung für die individuelle Entwicklung sowie für die Ergebnisse zielgerichteter Gruppenaktivitäten zu übernehmen.
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Referate, fragend-entwickelnder Unterricht. <i>Kooperatives Lernen:</i> Problemorientiertes Lernen, Moderation. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.
Inhalte	📁 Grundlegende Definitionen wissenschaftlicher Begriffe. 📁 Wissenschaftliche Denkmodelle im Vergleich zwischen Forschungsrealität und Praxisrealität. 📁 Bedeutung von Evidenz in der klinischen Praxis und Formulierung konkreter klinischer Fragestellungen. 📁 Praktische und zielführende Literaturrecherche in den Datenbanken PEDro, PubMed und OT-Seeker sowie Beschaffung klinischer Studien über Subito.

	- Studien-Designs in der klinischen und epidemiologischen Forschung. - Theoretisches Konstrukt und praktische Beurteilung der Validität klinischer Studien. - Systematische Identifikation individueller Lernbedarfe.
Assessment	Formativ. Demonstration der Fertigkeit eine klinische Studie in einer Datenbank zu recherchieren, im Volltext zu beschaffen und hinsichtlich ihrer Validität zu beurteilen (schriftlicher Bericht, 500 bis 1000 Wörter). <i>Feedback:</i> Verzögert/mündlich.
Literatur-empfehlungen	- Antes, G., Bassler, D., Forster, J. (Eds.) (2003). <i>Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM</i> (Thieme). - Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J., Hagen, K.B. (2009). <i>Practical Evidence-Based Physiotherapy</i> (2.Ed. Butterworth-Heinemann). - Scherfer, E. (2006). <i>Forschung verstehen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis</i> (Pflaum).
Dozenten	Stefan Hegenscheidt, MSc.
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

COACHINGKURS EBP / ABSCHLUSSARBEIT	
Modus	Webinar (2x2 Tage)
Veranstaltungsort	Online
Workload	 Kontaktzeit: 32 UE  Selbststudium: 32 UE
Eingangsvoraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Abschlussarbeit; Evidenz; Forschungsethik; klinische Studien; Ressourcenmanagement; selbstbestimmtes Lernen;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Kenntnisse und Fertigkeiten der Teilnehmer bzgl. Evidenz basierter Praxis zu vertiefen und einen kontinuierlichen individuellen Lernprozess zu initiieren. Der Fokus liegt dabei auf dem Coaching der zu erstellenden OMT-Abschlussarbeit sowie auf der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, als Manager und als Lernendem. Bekannte Inhalte werden vertieft und gefestigt, um ein evidenzbasiertes Patientenmanagement auch aus der Perspektive leitender Funktionen zu ermöglichen. Die Teilnehmer entwickeln ein Bewusstsein für die Einschätzung, Sammlung und Erweiterung des berufsständigen Wissensschatzes, und planen konkret die Vorgehensweise im Rahmen ihrer OMT-Abschlussarbeit.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Im Kontext der evidenzbasierten Praxis auf eine spezialisierte Wissensbasis zuzugreifen, die eine analytische Interpretation und Evaluation von abstrakten Daten und Konzepten ermöglicht. ☉ Hochspezialisierte Fertigkeiten in komplexen und variablen Zusammenhängen einzusetzen, die im Rahmen einer Führungsrolle einen voll verantwortlichen Umgang mit der Qualität und Quantität von Arbeitsergebnissen Einzelner oder denen von Gruppen ermöglichen. ☉ Geeignete wissenschaftliche Methoden zu bestimmen, durch die der Physiotherapeut in der Lage ist, geeignete Lösungen für vorhandene fachbezogene, ethische und z. T. abstrakte Probleme zu entwickeln, und dabei die Notwendigkeit weiterer Lernprozesse zu erkennen. ☉ Selbstbestimmt evidenzbasierte und kritisch-reflektive Vorgehensweisen zu planen, diese mit einer effizienten Ressourcenzuordnung durchzuführen und Aufgaben entsprechend zu priorisieren.
Lehrmethodik	<i>Klassenunterricht:</i> Unterrichtsgespräche; fragend-entwickelnder Unterricht. <i>Kooperatives Lernen:</i> Exploratives Lernen, Moderation, Planspiele. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.
Inhalte	 Wiederholung und Vertiefung von Inhalten der Blöcke Evidenzbasierte Praxis A+B, insbesondere der Studiendesigns und Validitätskriterien.  Ethische Aspekte von Forschung.  Allgemeingültiger Aufbau wissenschaftlicher Arbeiten und Zitationsstile.

	- Realistische Ansprüche an die OMT-Abschlussarbeit und Diskussion von Beispielarbeiten anderer OMT-Projekte. - Hilfestellungen und Möglichkeiten im Rahmen des Coachingprogramms Abschlussarbeiten der AG Manuelle Therapie. - Entwicklung eines Grobkonzepts der individuellen Abschlussarbeit (Fragestellung, Studiendesign, Validitätskriterien, erste Hintergrundrecherche, Überlegungen zu ethischen Implikationen, Planung der weiteren Schritte einschließlich des Ressourcenmanagements und der Priorisierung von zukünftigen Aufgaben).
Assessment	Formativ. Einreichen eines Exposés zur Erstellung der OMT-Abschlussarbeit. <i>Feedback:</i> Mündlich, im Rahmen des Projektcoachings zur OMT-Abschlussarbeit.
Literatur-empfehlungen	- Antes, G., Bassler, D., Forster, J. (Eds.) (2003). <i>Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM</i> (Thieme). - Neugebauer, E., Mutschler, W., Claes, L. (2004). <i>Von der Idee zur Publikation: Eine Anleitung zum erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeiten</i> (Thieme). - Scherfer, E. (2006). <i>Forschung verstehen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis</i> (Pflaum). - Schnell, M.W., Heinritz, C. (2006). <i>Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft</i> (Huber).
Nutzbare Ressourcen	✓ <i>Kursskript der AG Manuelle Therapie</i> ✓ <i>Printmedien:</i> Fachbibliothek der AG Manuelle Therapie im ZVK e. V. ✓ <i>Hardware:</i> Computer, Digitalkamera, Drucker, Kopierer, Scanner. ✓ <i>Software:</i> Internetzugang, internes Onlineforum, Lernsoftware zu Anatomie und manuellen Techniken. ✓ <i>Präsentationsmaterial:</i> Beamer, Flipchart, Tafel, Overhead.
Dozenten	Stefan Hegenscheidt, MSc.
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozenten mittels interner Intervention.

Informationen zum formativen Assessment dieses Blockes:

Als formatives Assessment dieses Blockes wird die schriftliche Ausarbeitung eines Exposés zur vorgesehenen OMT-Abschlussarbeit erwartet. Dieses Exposé muss die unten dargestellten Inhalte aufweisen, und das Exposé muss spätestens eine Woche vor dem mündlich-praktischen OMT-Examen teil per E-Mail bei Stefan Hegenscheidt eingegangen sein (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Das Einsenden dieses Exposés ist eine Voraussetzung für ein Coaching während der Erstellung der OMT-Abschlussarbeit (siehe Abschnitt Projektcoaching im Anhang). Im Rahmen dieses Projektcoachings erfolgt auch ein mündliches Feedback zu dem erstellten Exposé durch die Projektcoaches.

Erforderliche Inhalte eines Exposés zur OMT-Abschlussarbeit

- 1) Name des Weiterbildungsteilnehmers als Projektleiter und ggf. weiterer involvierter Personen.
- 2) Kontaktdaten des Projektleiters.
- 3) Vorläufiger Projekttitel.
- 4) Vorläufige Fragestellungen/Zielsetzungen, die das Projekt verfolgt.
- 5) Erläuterung des aus diesem Projekt zu erwartenden Erkenntnisgewinns und der Relevanz bzgl. Orthopädischer Manueller Therapie.
- 6) Kurze Darstellung der bisherigen Eindrücke/Recherchen zum themenbezogenen Stand der Forschung.
- 7) Beschreibung der geplanten Methodik.
- 8) Risikobewertung des geplanten Projektes inkl. vorgesehener Maßnahmen zur Gefahrenabwehr.
- 9) Geplante Maßnahmen zum Datenschutz.
- 10) Darstellung von möglichen Interessenskonflikten.
- 11) Entwurf einer Teilnehmerinformation.
- 12) Entwurf einer Einverständiserklärung für Teilnehmer.
- 13) Übersicht über den zeitlich geplanten Projektverlauf.

CLINICAL MENTORING A	
Modus	Präsenzveranstaltung (4 Tage)
Veranstaltungsort	Variabel (nach Verfügbarkeit von geeigneten Patienteneinrichtungen sowie Wohnorten der Teilnehmer*innen)
Workload	 Kontaktzeit: 40 UE  Selbststudium: 60 UE
Eingangsvoraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Clinical Reasoning; Kommunikation; biopsychosoziales Modell; Befunderhebung; Dokumentation; Reflektion;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf der Umsetzung von Fähigkeiten im Praxisalltag und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, Kommunikator und Lernendem. Aufbauend auf dem vorhandenen Basiswissen trainieren die Teilnehmer anhand realer Patientenkontakte ihr Clinical Reasoning bei typischen und atypischen Problematiken des Bewegungssystems und verfeinern ihre Fähigkeit effektiv verbal und non-verbal mit anderen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zu kommunizieren. Die Bedeutung einer kontinuierlichen Reflektion der eigenen klinischen Vorgehensweisen und entsprechende Techniken der Selbstreflektion werden vermittelt.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Im klinischen Alltag ein breites Spektrum klassischer und spezialisierter manueller Fertigkeiten einzusetzen, deren Sensitivität und Spezifität eine effektive Untersuchung und Behandlung von typischen und atypischen Patientenpräsentationen im Kontext der Manuellen Therapie ermöglicht. ☉ Im klinischen Alltag auf eine breite biomedizinische, klinische, verhaltenswissenschaftliche und spezifische Wissensbasis zuzugreifen, die eine analytische Interpretation von Zeichen, Symptomen und Informationen ermöglicht. ☉ Im klinischen Alltag ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut geeignete Methoden und Vorgehensweisen im Umgang mit konkreten und abstrakten Problematiken bestimmen und gleichzeitig die Notwendigkeit eines lebenslangen Lernprozesses erkennen kann. ☉ Im klinischen Alltag fortgeschrittene Kommunikationsfertigkeiten einzusetzen, die eine volle Verantwortlichkeit für die Ergebnisse des Managements von Patienten mit Dysfunktionen des Bewegungssystems im Rahmen der Aufgabenbereiche des Physiotherapeuten ermöglicht.
Lehrmethodik	<i>Kooperatives Lernen:</i> Supervisierte Praxis, problemorientiertes Lernen.

	Einzelarbeit:	Selbststudium.
Inhalte	📁 Systematik der klinischen Befunderhebung und Dokumentation. 📁 Umsetzung des biopsychosozialen Modells in der klinischen Praxis. 📁 Angewandtes Clinical Reasoning in der Untersuchung sowie der Planung, Durchführung, Progression und Regression manualtherapeutischer Interventionen. 📁 Schriftliche Dokumentation von Untersuchung und Interventionen. 📁 Verbale/non-verbale Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. 📁 Einsatz von Selbstreflektion in der klinischen Praxis zur Förderung eines lebenslangen Lernprozesses.	
Organisation	Dieses Modul findet in Kleingruppen (Teilnehmer-Mentor Verhältnis ca. 4:1) an Orten statt, an denen Kontakte mit realen Patienten gewährleistet werden können. Die Partnereinrichtungen (Praxen, Krankenhäuser etc.) organisieren die freiwillige Teilnahme von Patienten mit komplexen Problematiken des Bewegungssystems. Jeder Teilnehmer untersucht und behandelt mindestens einen Patienten pro Tag, in der Regel jedoch zwei bis drei Patienten. Dabei kann es sich um Erst- und Folgekontakte mit den Patienten handeln. Für jeden Patientenkontakt stehen zwischen 45 und 60min zur Verfügung, sodass ein unmittelbares Feedback durch den Mentor möglich ist. Die Teilnehmer sind verantwortlich dafür, dass jeder Kleingruppe die üblichen Hilfsmittel zur Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stehen, d.h. diese sind von mindestens einem Teilnehmer aus jeder Gruppe mitzubringen (Reflexhammer, Sensibilitätsrad, Maßband, Goniometer, Mobilisationskeil, Traktionsgurt). Weiter ist jeder Teilnehmer verpflichtet Kleidung zu tragen, die den Ansprüchen an einen professionellen Klientenkontakt im Gesundheitswesen genügt. Außerdem ist für die Dauer des Clinical Mentorings das zu Weiterbildungsbeginn ausgehändigte Namensschild zu tragen. Der Einsatz von Mobiltelefonen, Laptops u.ä. ist nur in Absprache mit dem Dozenten gestattet.	
Assessment	Formativ: Beurteilung der am Patienten demonstrierten Fertigkeiten. Summativ: Schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit komplexen neuromuskuloskeletalen Problematiken. • <i>Feedback (formativ):</i> unmittelbar/mündlich. • <i>Feedback (summativ):</i> verzögert/schriftlich und mündlich.	
Literatur-empfehlungen	📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying serious pathology of the spine</i> (Churchill Livingstone). 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U, (2006). <i>Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie</i> (Elsevier). 📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). <i>Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen</i> (Thieme). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer). 📖 Petty, N.J., Moore, A.P. (2001). <i>Neuromuskuloskeletal Examination and Assessment. A Handbook for Therapists</i> (2.Ed. Churchill Livingstone).	
Dozenten	Heiko Dahl, MSc.; Uwe Hallmann; Lothar Jörger; Stefan Hegenscheidt, MSc.	
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen	

und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

Informationen zum summativen Assessment dieses Blockes:

Als summatives Assessment dieses Blockes wird die schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit neuromuskuloskeletalen Problematiken einschließlich einer dokumentierten Selbstreflexion bewertet. Diese Dokumentationen müssen von Teilnehmer*innen spätestens acht Wochen nach Ende dieses Moduls elektronisch als Microsoft-Word- oder PDF-Dokument eingesendet werden (eingescannte handschriftliche Dokumentationen sind zulässig). Das Einsenden erfolgt per E-Mail an Stefan Hegenscheidt (s.hegenscheidt@physio-akademie.de).

Der zur Dokumentation ausgewählte Patient muss dazu geeignet sein die Vorgehensweise und den Managementplan des Teilnehmers im Falle einer komplexen Problematik darzustellen, weshalb die Beschwerden sich auf mindestens zwei anatomische Regionen erstrecken sollten (z. B. LWS und untere Extremität). Im dokumentierten Clinical Reasoning muss dabei Bezug auf aktuelle Evidenz genommen werden, und zwar mit jeweils einer relevanten und geeigneten Literaturangabe zu wissenschaftlichen Studien in den Bereichen Anamnese, Funktionsuntersuchung und Behandlung. Die relevanten Studien müssen dabei in den verschiedenen Modulblöcken des Clinical Mentoring unterschiedlich sein. Der Bezug zwischen Studie und ausgewähltem Patientenfall muss hervorgehoben werden, sodass der Lerneffekt demonstriert wird. Dies kann in aller Kürze erfolgen, wie z.B.:

„Die Autoren der Studie XY kommen zu dem Ergebnis, dass die VAS ein reliables Messinstrument zur Erfassung von Schmerzen darstellt. Daher betrachte ich meinen Einsatz der VAS in diesem Patientenfall als sinnvoll und gedenke das Tool auch zukünftig in diesem Sinne verwenden.“

Die verwendeten Studien/Arbeiten müssen nach dem folgenden Muster mit einer vollständigen Literaturangabe benannt werden:

A) Artikel einer Fachzeitschrift:

- Mustermann, M. (2016). *Die Darstellung von Literaturangaben in der wissenschaftlichen Arbeit*. Musterzeitschrift, Ausgabe 11.

B) Fachbuch:

- Mustermann, M. (2016). *Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt*. Musterverlag, 3te Edition.

C) Webseite:

- Mustermann, M. (2016). Quellenangaben im Internet suchen und finden. www.musterwebseite.de; Zugriff am 08.03.2016.

Bei Fragen zu Quellenangaben, die ggf. von diesen Mustern abweichen, können Teilnehmer sich telefonisch oder per E-Mail mit Stefan Hegenscheidt in Verbindung setzen (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Es ist nicht erforderlich, die gewählten Studien im Volltext an die Befunddokumentation anzuhängen.

Mit zunehmender Weiterbildungsdauer wird von den Teilnehmern auch ein zunehmend kritischer Umgang mit der Aussagekraft und der methodischen Qualität der verwendeten

Literatur erwartet. Daher wird dieser Aspekt der Literatursauswahl auch in der Bewertung der Dokumentation berücksichtigt.

Für die Dokumentation sind der Befundbogen und der Selbstreflexionsbogen der AGMT zu verwenden. Diese Bögen können aus diesem Curriculum (siehe Anhang) oder aus dem online OMT-Lernportal entnommen werden. Die Beurteilung der eingereichten Dokumentationen erfolgt anhand des nachfolgenden Beurteilungsbogens und des in der Prüfungsordnung dieses Curriculums dargestellten Notenschlüssels. Die Beurteilung dieses summativen Assessments bildet 2,5% der Note der praktisch-mündlichen OMT-Abschlussprüfung.

FEEDBACK

Die Teilnehmer erhalten eine Kopie ihrer schriftlichen Beurteilung. Darüber hinaus werden auf Wunsch mündlich Stärken, Schwächen und Lernbedarfe der Teilnehmer ermittelt, und Strategien entwickelt diesen zu begegnen.

BEURTEILUNGSBOGEN CLINICAL MENTORING

Teilnehmer: _____

Kursbezeichnung: _____ Datum des Einreichens: _____

Definitive Beurteilungskriterien:

Die Dokumentation wurde fristgerecht und vollständig
(inkl. Reflexionsbogen) eingereicht

☐ Ja / ☐ Nein

Die Dokumentation ist gut lesbar (Schriftbild inkl. Größe)

☐ Ja / ☐ Nein

Die dargestellte Problematik entspricht den in der
Blockbeschreibung erläuterten Vorgaben

☐ Ja / ☐ Nein

Relative Beurteilungskriterien	Max. Punkte	Erreicht
Vollständige formale Angaben in der Dokumentation (Name des Therapeuten, Erstellungsdatum).	2,0	
Anonymisierung der zu schützenden Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Wohnort, etc.).	2,0	
Qualität und Quantität der in der Anamnese gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Anamnese.	5,0	
Qualität und Quantität der in Inspektion & Funktionsuntersuchung gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Inspektion und Funktionsuntersuchung.	5,0	
Angemessene Darstellung der Auswahl, Dosierung, und ggf. Progression/Reduktion von Behandlungsinterventionen.	10,0	

Schlüssigkeit der getroffenen Entscheidungen anhand der in den Dokumentationen präsentierten Informationen.	5,0	
Formulierung von konkreten,realistischen, messbaren und terminierten Zielen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssiger Einsatz und transparente Darstellung einer standardisierten Ergebnismessung auf allen definierten Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssige Darstellung des weiter geplanten, ggf. interdisziplinären, Patientenmanagements.	5,0	
Integration von Evidenz in das Clinical Reasoning mit Bezug zum aktuellen Patientenfall.	9,0	
Vollständigkeit der formalen Quellenangaben zu der verwendeten Evidenz.	3,0	
Aussagekraft & methodische Qualität der verwendeten Evidenz.	9,0	
Gesamt	100	

ZUM BESTEHEN DIESES SUMMATIVEN ASSESSMENTS MÜSSEN ALLE DEFINITIVEN BEURTEILUNGSKRITERIEN ERFÜLLT WERDEN UND MINDESTENS 60% DER ERREICHBAREN PUNKTE ERLANGT WERDEN.

Die eingereichte Dokumentation wird mit

- ☐ **bestanden (Note _____) bewertet.**
- ☐ **nicht bestanden (Note _____) bewertet.**

Datum: _____ Unterschrift des Gutachters _____

CLINICAL MENTORING B	
Modus	Präsenzveranstaltung (4 Tage)
Veranstaltungsort	Variabel (nach Verfügbarkeit von geeigneten Patienteneinrichtungen sowie Wohnorten der Teilnehmer*innen)
Workload	 Kontaktzeit: 40 UE  Selbststudium: 60 UE
Eingangs-voraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Clinical Reasoning; Kommunikation; biopsychosoziales Modell; Befunderhebung; Dokumentation; Reflektion;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf der Umsetzung von spezialisierten Fähigkeiten im Praxisalltag und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, Kommunikator und Mitarbeiter. Aufbauend auf dem vorhandenen Wissen spezialisieren die Teilnehmer anhand realer Patientenkontakte ihr Clinical Reasoning bei typischen und atypischen Patientenpräsentationen und verfeinern ihre Fähigkeit effektiv verbal und non-verbal mit anderen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zu kommunizieren. Die Fähigkeit gemeinsam mit Patienten und multidisziplinären Teams bedeutsame Ergebnisse zu erreichen wird geschult.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Im klinischen Alltag ein breites Spektrum spezialisierter manueller Fertigkeiten auch in nicht Standardkombinationen einzusetzen, deren Sensitivität und Spezifität eine effiziente Untersuchung und Behandlung von typischen und atypischen Patientenpräsentationen im Kontext der Manuellen Therapie ermöglicht. ☉ Im klinischen Alltag auf eine breite und zum Teil detaillierte biomedizinische, klinische, verhaltenswissenschaftliche und spezifische Wissensbasis zuzugreifen, die eine analytische Interpretation und Evaluation von Zeichen, Symptomen und Informationen ermöglicht. ☉ Im klinischen Alltag ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, dass auch die Bedeutung vielfältiger therapeutischer Disziplinen und Methoden erkennt, und durch das der Physiotherapeut geeignete Vorgehensweisen im Umgang mit hoch variablen konkreten und abstrakten Problematiken bestimmen kann. ☉ Im klinischen Alltag spezialisierte Kommunikationsfertigkeiten einzusetzen, die im Kontext des Patientenmanagements eine volle Verantwortlichkeit für die Zielbestimmung und Zielerreichung im Rahmen der möglichen Funktionsvielfalt eines Spezialisten ermöglichen.
Lehrmethodik	<i>Kooperatives Lernen:</i> Supervisierte Praxis, problemorientiertes Lernen. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.

Inhalte	📁 Spezialisierte klinische Befunderhebung und Dokumentation. 📁 Umsetzung des biopsychosozialen Modells in der klinischen Praxis. 📁 Angewandtes Clinical Reasoning in der Untersuchung sowie der Planung, Durchführung, Progression und Regression manualtherapeutischer Interventionen. 📁 Schriftliche Dokumentation von Untersuchung und Interventionen. 📁 Verbale/non-verbale Kommunikation. 📁 Berücksichtigung verschiedener therapeutischer Disziplinen zur optimalen Zielerreichung im Patientenmanagement.
Organisation	Dieses Modul findet in Kleingruppen (Teilnehmer-Mentor Verhältnis ca. 4:1) an Orten statt, an denen Kontakte mit realen Patienten gewährleistet werden können. Die Partnereinrichtungen (Praxen, Krankenhäuser etc.) organisieren die freiwillige Teilnahme von Patienten mit komplexen Problematiken des Bewegungssystems. Jeder Teilnehmer untersucht und behandelt mindestens einen Patienten pro Tag, in der Regel jedoch zwei bis drei Patienten. Dabei kann es sich um Erst- und Folgekontakte mit den Patienten handeln. Für jeden Patientenkontakt stehen zwischen 45 und 60min zur Verfügung, sodass ein unmittelbares Feedback durch den Mentor möglich ist. Die Teilnehmer sind verantwortlich dafür, dass jeder Kleingruppe die üblichen Hilfsmittel zur Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stehen, d.h. diese sind von mindestens einem Teilnehmer aus jeder Gruppe mitzubringen (Reflexhammer, Sensibilitätsrad, Maßband, Goniometer, Mobilisationskeil, Traktionsgurt). Weiter ist jeder Teilnehmer verpflichtet Kleidung zu tragen, die den Ansprüchen an einen professionellen Klientenkontakt im Gesundheitswesen genügt. Außerdem ist für die Dauer des Clinical Mentorings das zu Weiterbildungsbeginn ausgehändigte Namensschild zu tragen. Der Einsatz von Mobiltelefonen, Laptops u.ä. ist nur in Absprache mit dem Dozenten gestattet.
Assessment	Formativ: Beurteilung der am Patienten demonstrierten Fertigkeiten. Summativ: Schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit komplexen neuromuskuloskeletalen Problematiken. • <i>Feedback (formativ):</i> unmittelbar/mündlich. • <i>Feedback (summativ):</i> verzögert/schriftlich und mündlich.
Literatur-empfehlungen	📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying serious pathology of the spine</i> (Churchill Livingstone). 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U, (2006). <i>Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie</i> (Elsevier). 📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). <i>Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen</i> (Thieme). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer). 📖 Petty, N.J., Moore, A.P. (2001). <i>Neuromuskuloskeletal Examination and Assessment. A Handbook for Therapists</i> (2.Ed. Churchill Livingstone).
Dozenten	Heiko Dahl, MSc.; Uwe Hallmann; Lothar Jörger; Stefan Hegenscheidt, MSc.
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

Informationen zum summativen Assessment dieses Blockes:

Als summatives Assessment dieses Blockes wird die schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit neuromuskuloskeletalen Problematiken einschließlich einer dokumentierten Selbstreflexion bewertet. Diese Dokumentationen müssen vom Teilnehmer spätestens acht Wochen nach Ende dieses Moduls elektronisch als Microsoft-Word- oder PDF-Dokument eingesendet werden (eingescannte handschriftliche Dokumentationen sind zulässig). Das Einsenden erfolgt per E-Mail an Stefan Hegenscheidt (s.hegenscheidt@physio-akademie.de).

Der zur Dokumentation ausgewählte Patient muss dazu geeignet sein die Vorgehensweise und den Managementplan des Teilnehmers im Falle einer komplexen Problematik darzustellen, weshalb die Beschwerden sich auf mindestens zwei anatomische Regionen erstrecken sollten (z. B. LWS und untere Extremität). Im dokumentierten Clinical Reasoning muss dabei Bezug auf aktuelle Evidenz genommen werden, und zwar mit jeweils einer relevanten und geeigneten Literaturangabe zu wissenschaftlichen Studien in den Bereichen Anamnese, Funktionsuntersuchung und Behandlung. Die relevanten Studien müssen dabei in den verschiedenen Modulblöcken des Clinical Mentoring unterschiedlich sein. Der Bezug zwischen Studie und ausgewähltem Patientenfall muss hervorgehoben werden, sodass der Lerneffekt demonstriert wird. Dies kann in aller Kürze erfolgen, wie z.B.:

„Die Autoren der Studie XY kommen zu dem Ergebnis, dass die VAS ein reliables Messinstrument zur Erfassung von Schmerzen darstellt. Daher betrachte ich meinen Einsatz der VAS in diesem Patientenfall als sinnvoll und gedenke das Tool auch zukünftig in diesem Sinne verwenden.“

Die verwendeten Studien/Arbeiten müssen nach dem folgenden Muster mit einer vollständigen Literaturangabe benannt werden:

A) Artikel einer Fachzeitschrift:

- Mustermann, M. (2016). *Die Darstellung von Literaturangaben in der wissenschaftlichen Arbeit*. Musterzeitschrift, Ausgabe 11.

B) Fachbuch:

- Mustermann, M. (2016). *Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt*. Musterverlag, 3te Edition.

C) Webseite:

- Mustermann, M. (2016). Quellenangaben im Internet suchen und finden. www.musterwebseite.de; Zugriff am 08.03.2016.

Bei Fragen zu Quellenangaben, die ggf. von diesen Mustern abweichen, können Teilnehmer sich telefonisch oder per E-Mail mit Stefan Hegenscheidt in Verbindung setzen (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Es ist nicht erforderlich, die gewählten Studien im Volltext an die Befunddokumentation anzuhängen.

Mit zunehmender Weiterbildungsdauer wird von den Teilnehmern auch ein zunehmend kritischer Umgang mit der Aussagekraft und der methodischen Qualität der verwendeten Literatur erwartet. Daher wird dieser Aspekt der Literatúrauswahl auch in der Bewertung der Dokumentation berücksichtigt.

Für die Dokumentation sind der Befundbogen und der Selbstreflexionsbogen der AGMT zu verwenden. Diese Bögen können aus diesem Curriculum (siehe Anhang) oder aus dem online OMT-Lernportal entnommen werden. Die Beurteilung der eingereichten Dokumentationen erfolgt anhand des nachfolgenden Beurteilungsbogens und des in der Prüfungsordnung dieses Curriculums dargestellten Notenschlüssels. Die Beurteilung dieses summativen Assessments bildet 2,5% der Note der praktisch-mündlichen OMT-Abschlussprüfung.

FEEDBACK

Die Teilnehmer erhalten eine Kopie ihrer schriftlichen Beurteilung. Darüber hinaus werden auf Wunsch mündlich Stärken, Schwächen und Lernbedarfe der Teilnehmer ermittelt, und Strategien entwickelt diesen zu begegnen.

BEURTEILUNGSBOGEN CLINICAL MENTORING

Teilnehmer: _____

Kursbezeichnung: _____ Datum des Einreichens: _____

Definitive Beurteilungskriterien:

Die Dokumentation wurde fristgerecht und vollständig
(inkl. Reflexionsbogen) eingereicht

☐ Ja / ☐ Nein

Die Dokumentation ist gut lesbar (Schriftbild inkl. Größe)

☐ Ja / ☐ Nein

Die dargestellte Problematik entspricht den in der
Blockbeschreibung erläuterten Vorgaben

☐ Ja / ☐ Nein

Relative Beurteilungskriterien	Max. Punkte	Erreicht
Vollständige formale Angaben in der Dokumentation (Name des Therapeuten, Erstellungsdatum).	2,0	
Anonymisierung der zu schützenden Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Wohnort, etc.).	2,0	
Qualität und Quantität der in der Anamnese gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Anamnese.	5,0	
Qualität und Quantität der in Inspektion & Funktionsuntersuchung gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Inspektion und Funktionsuntersuchung.	5,0	
Angemessene Darstellung der Auswahl, Dosierung, und ggf. Progression/Reduktion von Behandlungsinterventionen.	10,0	
Schlüssigkeit der getroffenen Entscheidungen anhand der in den	5,0	

Dokumentationen präsentierten Informationen.		
Formulierung von konkreten,realistischen, messbaren und terminierten Zielen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssiger Einsatz und transparente Darstellung einer standardisierten Ergebnismessung auf allen definierten Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssige Darstellung des weiter geplanten, ggf. interdisziplinären, Patientenmanagements.	5,0	
Integration von Evidenz in das Clinical Reasoning mit Bezug zum aktuellen Patientenfall.	9,0	
Vollständigkeit der formalen Quellenangaben zu der verwendeten Evidenz.	3,0	
Aussagekraft & methodische Qualität der verwendeten Evidenz.	9,0	
Gesamt	100	

*ZUM BESTEHEN DIESES SUMMATIVEN ASSESSMENTS MÜSSEN ALLE DEFINITIVEN BEURTEILUNGSKRITERIEN
ERFÜLLT WERDEN UND MINDESTENS 60% DER ERREICHBAREN PUNKTE ERLANGT WERDEN.*

Die eingereichte Dokumentation wird mit

- ☐ **bestanden (Note _____) bewertet.**
- ☐ **nicht bestanden (Note _____) bewertet.**

Datum:_____ Unterschrift des Gutachters_____

CLINICAL MENTORING C	
Modus	Präsenzveranstaltung (4 Tage)
Veranstaltungsort	Variabel (nach Verfügbarkeit von geeigneten Patienteneinrichtungen sowie Wohnorten der Teilnehmer*innen)
Workload	 Kontaktzeit: 40 UE  Selbststudium: 60 UE
Eingangsvoraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Clinical Reasoning; Kommunikation; biopsychosoziales Modell; Befunderhebung; Dokumentation; Reflektion;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf der Umsetzung von hoch spezialisierten Fähigkeiten im Praxisalltag und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, Kommunikator und Experte. Aufbauend auf dem vorhandenen Wissen spezialisieren die Teilnehmer anhand realer Patientenkontakte ihr Clinical Reasoning bei komplexen Patientenpräsentationen und verfeinern ihre Fähigkeit auf allen Ebenen effizient mit anderen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zu kommunizieren. Das Verständnis der Notwendigkeit die individuellen Fertigkeiten und die Fähigkeitsstandards der Profession kontinuierlich zu entwickeln wird vertieft.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Im klinischen Alltag ein breites Spektrum hoch spezialisierter manueller Fertigkeiten in komplexen, variablen und spezialisierten Zusammenhängen einzusetzen, und die Notwendigkeit der kontinuierlichen Entwicklung dieser Fertigkeiten zu erkennen. ☉ Einen kontinuierlichen Lernprozess zu demonstrieren, der es ermöglicht dauerhaft über aktuelles fachspezifisches Detailwissen zu verfügen, das eine analytische Interpretation und Evaluation von z. T. abstrakten Zeichen, Symptomen und Informationen im klinischen Alltag ermöglicht. ☉ Im klinischen Alltag ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut in der Lage ist geeignete Lösungen für hoch variable fachbezogene, ethische und z. T. abstrakte Probleme zu entwickeln, und dabei die Notwendigkeit weiterer Lernprozesse zu erkennen. ☉ Innerhalb der möglichen Funktionsvielfalt eines Spezialisten im Gesundheitswesen eigenverantwortlich, zielgerichtet und effizient mit allen übrigen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zu kommunizieren und dadurch auch Ziele größerer Zielgruppen zu erreichen.
Lehrmethodik	<i>Kooperatives Lernen:</i> Supervisierte Praxis, problemorientiertes Lernen. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.

Inhalte	📁 Spezialisierte klinische Befunderhebung und Dokumentation bei komplexen Dysfunktionen der Körpersysteme. 📁 Effektive Umsetzung des biopsychosozialen Modells in klinischer Praxis. 📁 Effizientes Clinical Reasoning in der Untersuchung sowie der Planung, Durchführung, Progression und Regression spezialisierter manualtherapeutischer Interventionen. 📁 Effiziente schriftliche Dokumentation von Untersuchung und Interventionen. 📁 Spezialisierte Kommunikation auf mehreren Ebenen. 📁 Bedeutung der Verpflichtung zu höchsten individuellen Fähigkeitsstandards und der Weiterentwicklung professioneller Standards.
Organisation	Dieses Modul findet in Kleingruppen (Teilnehmer-Mentor Verhältnis 4:1) an Orten statt, an denen Kontakte mit realen Patienten gewährleistet werden können. Die Partnereinrichtungen (Praxen, Krankenhäuser etc.) organisieren die freiwillige Teilnahme von Patienten mit komplexen Problematiken des Bewegungssystems. Jeder Teilnehmer untersucht und behandelt mindestens einen Patienten pro Tag, in der Regel jedoch zwei bis drei Patienten. Dabei kann es sich um Erst- und Folgekontakte mit den Patienten handeln. Für jeden Patientenkontakt stehen zwischen 45 und 60min zur Verfügung, sodass ein unmittelbares Feedback durch den Mentor möglich ist. Die Teilnehmer sind verantwortlich dafür, dass jeder Kleingruppe die üblichen Hilfsmittel zur Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stehen, d.h. diese sind von mindestens einem Teilnehmer aus jeder Gruppe mitzubringen (Reflexhammer, Sensibilitätsrad, Maßband, Goniometer, Mobilisationskeil, Traktionsgurt). Weiter ist jeder Teilnehmer verpflichtet Kleidung zu tragen, die den Ansprüchen an einen professionellen Klientenkontakt im Gesundheitswesen genügt. Außerdem ist für die Dauer des Clinical Mentorings das zu Weiterbildungsbeginn ausgehändigte Namensschild zu tragen. Der Einsatz von Mobiltelefonen, Laptops u.ä. ist nur in Absprache mit dem Dozenten gestattet.
Assessment	Formativ: Beurteilung der am Patienten demonstrierten Fertigkeiten. Summativ: Schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit komplexen neuromuskuloskeletalen Problematiken. • <i>Feedback (formativ):</i> unmittelbar/mündlich. • <i>Feedback (summativ):</i> verzögert/schriftlich und mündlich.
Literatur-empfehlungen	📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying serious pathology of the spine</i> (Churchill Livingstone). 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U. (2006). <i>Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie</i> (Elsevier). 📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). <i>Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen</i> (Thieme). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer).
Dozenten	Heiko Dahl, MSc.; Uwe Hallmann; Lothar Jörger; Stefan Hegenscheidt, MSc.
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

Informationen zum summativen Assessment dieses Blockes:

Als summatives Assessment dieses Blockes wird die schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit neuromuskuloskeletalen Problematiken einschließlich einer dokumentierten Selbstreflexion bewertet. Diese Dokumentationen müssen vom Teilnehmer spätestens acht Wochen nach Ende dieses Moduls elektronisch als Microsoft-Word- oder PDF-Dokument eingesendet werden (eingescannte handschriftliche Dokumentationen sind zulässig). Das Einsenden erfolgt per E-Mail an Stefan Hegenscheidt (s.hegenscheidt@physio-akademie.de).

Der zur Dokumentation ausgewählte Patient muss dazu geeignet sein die Vorgehensweise und den Managementplan des Teilnehmers im Falle einer komplexen Problematik darzustellen, weshalb die Beschwerden sich auf mindestens zwei anatomische Regionen erstrecken sollten (z. B. LWS und untere Extremität). Im dokumentierten Clinical Reasoning muss dabei Bezug auf aktuelle Evidenz genommen werden, und zwar mit jeweils einer relevanten und geeigneten Literaturangabe zu wissenschaftlichen Studien in den Bereichen Anamnese, Funktionsuntersuchung und Behandlung. Die relevanten Studien müssen dabei in den verschiedenen Modulblöcken des Clinical Mentoring unterschiedlich sein. Der Bezug zwischen Studie und ausgewähltem Patientenfall muss hervorgehoben werden, sodass der Lerneffekt demonstriert wird. Dies kann in aller Kürze erfolgen, wie z.B.:

„Die Autoren der Studie XY kommen zu dem Ergebnis, dass die VAS ein reliables Messinstrument zur Erfassung von Schmerzen darstellt. Daher betrachte ich meinen Einsatz der VAS in diesem Patientenfall als sinnvoll und gedenke das Tool auch zukünftig in diesem Sinne verwenden.“

Die verwendeten Studien/Arbeiten müssen nach dem folgenden Muster mit einer vollständigen Literaturangabe benannt werden:

A) Artikel einer Fachzeitschrift:

- Mustermann, M. (2016). *Die Darstellung von Literaturangaben in der wissenschaftlichen Arbeit*. Musterzeitschrift, Ausgabe 11.

B) Fachbuch:

- Mustermann, M. (2016). *Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt*. Musterverlag, 3te Edition.

C) Webseite:

- Mustermann, M. (2016). Quellenangaben im Internet suchen und finden. www.musterwebseite.de; Zugriff am 08.03.2016.

Bei Fragen zu Quellenangaben, die ggf. von diesen Mustern abweichen, können Teilnehmer sich telefonisch oder per E-Mail mit Stefan Hegenscheidt in Verbindung setzen (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Es ist nicht erforderlich, die gewählten Studien im Volltext an die Befunddokumentation anzuhängen.

Mit zunehmender Weiterbildungsdauer wird von den Teilnehmern auch ein zunehmend kritischer Umgang mit der Aussagekraft und der methodischen Qualität der verwendeten Literatur erwartet. Daher wird dieser Aspekt der Literatúrauswahl auch in der Bewertung der Dokumentation berücksichtigt.

Für die Dokumentation sind der Befundbogen und der Selbstreflexionsbogen der AGMT zu verwenden. Diese Bögen können aus diesem Curriculum (siehe Anhang) oder aus dem online OMT-Lernportal entnommen werden. Die Beurteilung der eingereichten Dokumentationen erfolgt anhand des nachfolgenden Beurteilungsbogens und des in der Prüfungsordnung dieses Curriculums dargestellten Notenschlüssels. Die Beurteilung dieses summativen Assessments bildet 2,5% der Note der praktisch-mündlichen OMT-Abschlussprüfung.

FEEDBACK

Die Teilnehmer erhalten eine Kopie ihrer schriftlichen Beurteilung. Darüber hinaus werden auf Wunsch mündlich Stärken, Schwächen und Lernbedarfe der Teilnehmer ermittelt, und Strategien entwickelt diesen zu begegnen.

BEURTEILUNGSBOGEN CLINICAL MENTORING

Teilnehmer: _____

Kursbezeichnung: _____ Datum des Einreichens: _____

Definitive Beurteilungskriterien:

Die Dokumentation wurde fristgerecht und vollständig
(inkl. Reflexionsbogen) eingereicht ☐ Ja / ☐ Nein

Die Dokumentation ist gut lesbar (Schriftbild inkl. Größe) ☐ Ja / ☐ Nein

Die dargestellte Problematik entspricht den in der
Blockbeschreibung erläuterten Vorgaben ☐ Ja / ☐ Nein

Relative Beurteilungskriterien	Max. Punkte	Erreicht
Vollständige formale Angaben in der Dokumentation (Name des Therapeuten, Erstellungsdatum).	2,0	
Anonymisierung der zu schützenden Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Wohnort, etc.).	2,0	
Qualität und Quantität der in der Anamnese gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Anamnese.	5,0	
Qualität und Quantität der in Inspektion & Funktionsuntersuchung gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Inspektion und Funktionsuntersuchung.	5,0	
Angemessene Darstellung der Auswahl, Dosierung, und ggf. Progression/Reduktion von Behandlungsinterventionen.	10,0	
Schlüssigkeit der getroffenen Entscheidungen anhand der in den	5,0	

Dokumentationen präsentierten Informationen.		
Formulierung von konkreten,realistischen, messbaren und terminierten Zielen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssiger Einsatz und transparente Darstellung einer standardisierten Ergebnismessung auf allen definierten Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssige Darstellung des weiter geplanten, ggf. interdisziplinären, Patientenmanagements.	5,0	
Integration von Evidenz in das Clinical Reasoning mit Bezug zum aktuellen Patientenfall.	9,0	
Vollständigkeit der formalen Quellenangaben zu der verwendeten Evidenz.	3,0	
Aussagekraft & methodische Qualität der verwendeten Evidenz.	9,0	
Gesamt	100	

*ZUM BESTEHEN DIESES SUMMATIVEN ASSESSMENTS MÜSSEN ALLE DEFINITIVEN BEURTEILUNGSKRITERIEN
ERFÜLLT WERDEN UND MINDESTENS 60% DER ERREICHBAREN PUNKTE ERLANGT WERDEN.*

Die eingereichte Dokumentation wird mit

- ☐ **bestanden (Note _____) bewertet.**
- ☐ **nicht bestanden (Note _____) bewertet.**

Datum:_____ Unterschrift des Gutachters_____

CLINICAL MENTORING D	
Modus	Präsenzveranstaltung (4 Tage)
Veranstaltungsort	Variabel (nach Verfügbarkeit von geeigneten Patienteneinrichtungen sowie Wohnorten der Teilnehmer*innen)
Workload	 Kontaktzeit: 40 UE  Selbststudium: 60 UE
Eingangsvoraussetzungen	 Zertifikat in Manueller Therapie nach Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
Key words	Clinical Reasoning; Kommunikation; biopsychosoziales Modell; Befunderhebung; Dokumentation; Reflektion;
Beschreibung	Dieser Block zielt darauf ab, die Fertigkeiten der Teilnehmer zum Management neuromuskuloskeletaler Dysfunktionen zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf der Umsetzung von hoch spezialisierten Fähigkeiten im Praxisalltag und der Rolle des Manualtherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, Kommunikator und Experte. Aufbauend auf dem vorhandenen Wissen spezialisieren die Teilnehmer anhand realer Patientenkontakte ihr Clinical Reasoning bei komplexen Patientenpräsentationen und verfeinern ihre Fähigkeit auf allen Ebenen effizient mit anderen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zu kommunizieren. Das Verständnis der Notwendigkeit die individuellen Fertigkeiten und die Fähigkeitsstandards der Profession kontinuierlich zu entwickeln wird vertieft.
Lernziele	<i>Bei Abschluss dieses Blockes ist der Teilnehmer in der Lage:</i> ☉ Im klinischen Alltag ein breites Spektrum hoch spezialisierter manueller Fertigkeiten in komplexen, variablen und spezialisierten Zusammenhängen einzusetzen, und die Notwendigkeit der kontinuierlichen Entwicklung dieser Fertigkeiten zu erkennen. ☉ Einen kontinuierlichen Lernprozess zu demonstrieren, der es ermöglicht dauerhaft über aktuelles fachspezifisches Detailwissen zu verfügen, das eine analytische Interpretation und Evaluation von z. T. abstrakten Zeichen, Symptomen und Informationen im klinischen Alltag ermöglicht. ☉ Im klinischen Alltag ein evidenzbasiertes und kritisch-reflektives Clinical Reasoning anzuwenden, durch das der Physiotherapeut in der Lage ist geeignete Lösungen für hoch variable fachbezogene, ethische und z. T. abstrakte Probleme zu entwickeln, und dabei die Notwendigkeit weiterer Lernprozesse zu erkennen. ☉ Innerhalb der möglichen Funktionsvielfalt eines Spezialisten im Gesundheitswesen eigenverantwortlich, zielgerichtet und effizient mit allen übrigen am Gesundheitsprozess beteiligten Parteien zu kommunizieren und dadurch auch Ziele größerer Zielgruppen zu erreichen.
Lehrmethodik	<i>Kooperatives Lernen:</i> Supervisierte Praxis, problemorientiertes Lernen. <i>Einzelarbeit:</i> Selbststudium.

Inhalte	📁 Spezialisierte klinische Befunderhebung und Dokumentation bei komplexen Dysfunktionen der Körpersysteme. 📁 Effektive Umsetzung des biopsychosozialen Modells in klinischer Praxis. 📁 Effizientes Clinical Reasoning in der Untersuchung sowie der Planung, Durchführung, Progression und Regression spezialisierter manualtherapeutischer Interventionen. 📁 Effiziente schriftliche Dokumentation von Untersuchung und Interventionen. 📁 Spezialisierte Kommunikation auf mehreren Ebenen. 📁 Bedeutung der Verpflichtung zu höchsten individuellen Fähigkeitsstandards und der Weiterentwicklung professioneller Standards.
Organisation	Dieses Modul findet in Kleingruppen (Teilnehmer-Mentor Verhältnis 4:1) an Orten statt, an denen Kontakte mit realen Patienten gewährleistet werden können. Die Partnereinrichtungen (Praxen, Krankenhäuser etc.) organisieren die freiwillige Teilnahme von Patienten mit komplexen Problematiken des Bewegungssystems. Jeder Teilnehmer untersucht und behandelt mindestens einen Patienten pro Tag, in der Regel jedoch zwei bis drei Patienten. Dabei kann es sich um Erst- und Folgekontakte mit den Patienten handeln. Für jeden Patientenkontakt stehen zwischen 45 und 60min zur Verfügung, sodass ein unmittelbares Feedback durch den Mentor möglich ist. Die Teilnehmer sind verantwortlich dafür, dass jeder Kleingruppe die üblichen Hilfsmittel zur Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stehen, d.h. diese sind von mindestens einem Teilnehmer aus jeder Gruppe mitzubringen (Reflexhammer, Sensibilitätsrad, Maßband, Goniometer, Mobilisationskeil, Traktionsgurt). Weiter ist jeder Teilnehmer verpflichtet Kleidung zu tragen, die den Ansprüchen an einen professionellen Klientenkontakt im Gesundheitswesen genügt. Außerdem ist für die Dauer des Clinical Mentorings das zu Weiterbildungsbeginn ausgehändigte Namensschild zu tragen. Der Einsatz von Mobiltelefonen, Laptops u.ä. ist nur in Absprache mit dem Dozenten gestattet.
Assessment	Formativ: Beurteilung der am Patienten demonstrierten Fertigkeiten. Summativ: Schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit komplexen neuromuskuloskeletalen Problematiken. • <i>Feedback (formativ):</i> unmittelbar/mündlich. • <i>Feedback (summativ):</i> verzögert/schriftlich und mündlich.
Literatur-empfehlungen	📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying serious pathology of the spine</i> (Churchill Livingstone). 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U, (2006). <i>Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie</i> (Elsevier). 📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). <i>Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen</i> (Thieme). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer).
Dozenten	Heiko Dahl, MSc.; Uwe Hallmann; Lothar Jörger; Stefan Hegenscheidt, MSc.
Modulevaluation	Evaluation durch Teilnehmer*innen mittels anonymisierter Fragebögen und durch Dozent*innen mittels interner Intervention.

Informationen zum summativen Assessment dieses Blockes:

Als summatives Assessment dieses Blockes wird die schriftliche Dokumentation der Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit neuromuskuloskeletalen Problematiken einschließlich einer dokumentierten Selbstreflexion bewertet. Diese Dokumentationen müssen vom Teilnehmer spätestens acht Wochen nach Ende dieses Moduls elektronisch als Microsoft-Word- oder PDF-Dokument eingesendet werden (eingescannte handschriftliche Dokumentationen sind zulässig). Das Einsenden erfolgt per E-Mail an Stefan Hegenscheidt (s.hegenscheidt@physio-akademie.de).

Der zur Dokumentation ausgewählte Patient muss dazu geeignet sein die Vorgehensweise und den Managementplan des Teilnehmers im Falle einer komplexen Problematik darzustellen, weshalb die Beschwerden sich auf mindestens zwei anatomische Regionen erstrecken sollten (z.B. LWS und untere Extremität). Im dokumentierten Clinical Reasoning muss dabei Bezug auf aktuelle Evidenz genommen werden, und zwar mit jeweils einer relevanten und geeigneten Literaturangabe zu wissenschaftlichen Studien in den Bereichen Anamnese, Funktionsuntersuchung und Behandlung. Die relevanten Studien müssen dabei in den verschiedenen Modulblöcken des Clinical Mentoring unterschiedlich sein. Der Bezug zwischen Studie und ausgewähltem Patientenfall muss hervorgehoben werden, sodass der Lerneffekt demonstriert wird. Dies kann in aller Kürze erfolgen, wie z.B.:

„Die Autoren der Studie XY kommen zu dem Ergebnis, dass die VAS ein reliables Messinstrument zur Erfassung von Schmerzen darstellt. Daher betrachte ich meinen Einsatz der VAS in diesem Patientenfall als sinnvoll und gedenke das Tool auch zukünftig in diesem Sinne verwenden.“

Die verwendeten Studien/Arbeiten müssen nach dem folgenden Muster mit einer vollständigen Literaturangabe benannt werden:

A) Artikel einer Fachzeitschrift:

- Mustermann, M. (2016). *Die Darstellung von Literaturangaben in der wissenschaftlichen Arbeit*. Musterzeitschrift, Ausgabe 11.

B) Fachbuch:

- Mustermann, M. (2016). *Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt*. Musterverlag, 3te Edition.

C) Webseite:

- Mustermann, M. (2016). Quellenangaben im Internet suchen und finden. www.musterwebseite.de; Zugriff am 08.03.2016.

Bei Fragen zu Quellenangaben, die ggf. von diesen Mustern abweichen, können Teilnehmer sich telefonisch oder per E-Mail mit Stefan Hegenscheidt in Verbindung setzen (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Es ist nicht erforderlich, die gewählten Studien im Volltext an die Befunddokumentation anzuhängen.

Mit zunehmender Weiterbildungsdauer wird von den Teilnehmern auch ein zunehmend kritischer Umgang mit der Aussagekraft und der methodischen Qualität der verwendeten Literatur erwartet. Daher wird dieser Aspekt der Literatúrauswahl auch in der Bewertung der Dokumentation berücksichtigt.

Für die Dokumentation sind der Befundbogen und der Selbstreflexionsbogen der AGMT zu verwenden. Diese Bögen können aus diesem Curriculum (siehe Anhang) oder aus dem online OMT-Lernportal entnommen werden. Die Beurteilung der eingereichten Dokumentationen erfolgt anhand des nachfolgenden Beurteilungsbogens und des in der Prüfungsordnung dieses Curriculums dargestellten Notenschlüssels. Die Beurteilung dieses summativen Assessments bildet 2,5% der Note der praktisch-mündlichen OMT-Abschlussprüfung.

FEEDBACK

Die Teilnehmer erhalten eine Kopie ihrer schriftlichen Beurteilung. Darüber hinaus werden auf Wunsch mündlich Stärken, Schwächen und Lernbedarfe der Teilnehmer ermittelt und Strategien entwickelt, diesen zu begegnen.

BEURTEILUNGSBOGEN CLINICAL MENTORING

Teilnehmer: _____

Kursbezeichnung: _____ Datum des Einreichens: _____

Definitive Beurteilungskriterien:

Die Dokumentation wurde fristgerecht und vollständig
(inkl. Reflexionsbogen) eingereicht ☐ Ja / ☐ Nein

Die Dokumentation ist gut lesbar (Schriftbild inkl. Größe) ☐ Ja / ☐ Nein

Die dargestellte Problematik entspricht den in der
Blockbeschreibung erläuterten Vorgaben ☐ Ja / ☐ Nein

Relative Beurteilungskriterien	Max. Punkte	Erreicht
Vollständige formale Angaben in der Dokumentation (Name des Therapeuten, Erstellungsdatum).	2,0	
Anonymisierung der zu schützenden Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Wohnort, etc.).	2,0	
Qualität und Quantität der in der Anamnese gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Anamnese.	5,0	
Qualität und Quantität der in Inspektion & Funktionsuntersuchung gesammelten Informationen bzgl. der klassischen Hypothesenkategorien.	12,5	
Kurze, übersichtliche und allgemeinverständliche Darstellung der Informationen in der Inspektion und Funktionsuntersuchung.	5,0	
Angemessene Darstellung der Auswahl, Dosierung, und ggf. Progression/Reduktion von Behandlungsinterventionen.	10,0	
Schlüssigkeit der getroffenen Entscheidungen anhand der in den	5,0	

Dokumentationen präsentierten Informationen.		
Formulierung von konkreten,realistischen, messbaren und terminierten Zielen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssiger Einsatz und transparente Darstellung einer standardisierten Ergebnismessung auf allen definierten Problemebenen im Sinne der ICF.	10,0	
Schlüssige Darstellung des weiter geplanten, ggf. interdisziplinären, Patientenmanagements.	5,0	
Integration von Evidenz in das Clinical Reasoning mit Bezug zum aktuellen Patientenfall.	9,0	
Vollständigkeit der formalen Quellenangaben zu der verwendeten Evidenz.	3,0	
Aussagekraft & methodische Qualität der verwendeten Evidenz.	9,0	
Gesamt	100	

ZUM BESTEHEN DIESES SUMMATIVEN ASSESSMENTS MÜSSEN ALLE DEFINITIVEN BEURTEILUNGSKRITERIEN ERFÜLLT WERDEN UND MINDESTENS 60% DER ERREICHBAREN PUNKTE ERLANGT WERDEN.

Die eingereichte Dokumentation wird mit

- ☐ **bestanden (Note _____) bewertet.**
- ☐ **nicht bestanden (Note _____) bewertet.**

Datum:_____ Unterschrift des Gutachters_____

	OMT-EXAMEN (SCHRIFTLICHER TEIL) OMT-EXAMEN (PRAKTISCH-MÜNDLICHER TEIL) OMT-EXAMEN (ABSCHLUSSARBEIT)
Modus	Präsenzveranstaltung.
Veranstaltungsort	D-27639 Wurster Nordseeküste (Wremen)
Eingangsvoraussetzungen	👉 Abschluss aller OMT-Kurse
Beschreibung	Das OMT-Examen besteht aus einem schriftlichen und einem praktisch-mündlichen Examensteil sowie der Abschlussarbeit. Alle drei Examensteile finden zeitlich getrennt voneinander statt. Schriftlicher Examensteil: <i>Zeitdauer 240min.</i> Die Teilnehmer beantworten schriftlich Fragen zu allen Themengebieten der OMT. Dabei kann es sich um eine beliebige Kombination aus offenen Fragen, Aufzählungsfragen und Multiple Choice Fragen handeln. Die Verwendung von Unterlagen und anderen Hilfsmitteln ist nicht gestattet. <u>Beispiel offene Frage:</u> Wozu dient das Konstrukt der Validität in der evidenzbasierten Praxis? <u>Beispiel Aufzählungsfrage:</u> Benennen Sie alle nozizeptiv innervierten Strukturen in einem Bewegungssegment der Wirbelsäule. <u>Beispiel Multiple Choice Frage:</u> Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten: Der Creep-Effekt muskulären Bindegewebes ... A) ... beschreibt die Reaktion des Gewebes auf einen anhaltenden Zugreiz. B) ... setzt unmittelbar nach Applikation der einwirkenden Kraft ein. C) ... führt zu einer strukturellen Längenveränderung des Muskelgewebes. D) ... kann bei der Behandlung muskulärer Dysfunktionen genutzt werden. Praktisch-mündlicher Examensteil: <i>Zeitdauer 120min.</i> Die Teilnehmer verbringen zunächst in Anwesenheit eines Prüfers 60min mit einem Patienten, der ein komplexes neuromuskuloskeletales Beschwerdebild aufweist. Diese Zeit wird für eine umfassende Untersuchung, ggf. eine Probebehandlung und das Erstellen eines Therapieplans sowie für die Vorbereitung der Präsentation des Patienten vor der Prüfungskommission genutzt. Der Prüfer fungiert dabei als passiver Beobachter des Prozesses der Befunderhebung. Alle teilnehmenden Patienten werden bereits im Vorfeld von Mitgliedern der Prüfungskommission in die Besonderheiten der Prüfungssituation eingewiesen. Sämtliche im Rahmen einer typischen klinischen Situation ggf. benötigten Hilfsmittel (Dokumentationsbögen, Lagerungsmaterial, Reflexhammer, Goniometer, etc.) werden bereitgestellt.

Die zweite Hälfte der Prüfung dient der Patientenpräsentation (ca. 45min) vor der Prüfungskommission, was auch die Demonstration ausgewählter Untersuchungs- und Behandlungstechniken beinhaltet, sowie der Demonstration von High-Velocity-Techniken (Manipulationen) an anderen Prüflingen und der Interpretation beispielhafter Röntgenbilder.

Abschlussarbeit: Hierbei handelt es sich um die einzureichende OMT-Abschlussarbeit. Eine detaillierte Beschreibung aller Aspekte dieser Abschlussarbeit findet sich weiter unten in einem separaten Abschnitt dieses OMT-Curriculums.

Ziele *Das OMT-Examen dient der Sicherung höchster Fähigkeitsstandards in der orthopädischen manuellen Therapie nach den Richtlinien der International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT). Bei erfolgreichem Bestehen aller OMT-Examensteile erlangt der Teilnehmer die Berechtigung den Zusatz „OMT“ zu führen.*

Beurteilung Die einzelnen OMT-Examensteile werden grundsätzlich mit „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet. Darüber hinaus erfolgt eine Benotung anhand des in der Prüfungsordnung dieses Curriculums dargestellten Notenschlüssels.

Die Beurteilung der Examensteile setzt sich wie folgt zusammen:

Schriftlicher Examensteil

100% aus der schriftlichen Prüfung. Zum Bestehen müssen in diesem Examensteil mindestens 60% der erreichbaren Punkte erlangt werden.

Praktisch-mündlicher Examensteil

In diesem Examensteil wird erwartet, dass der Teilnehmer seine Fähigkeit demonstriert alle von der IFOMPT definierten Rollen eines OMT-Spezialisten einzunehmen, und zwar auf einem Niveau entsprechend dem Level 7 des europäischen Qualifikationsrahmens. Hierzu sollten insbesondere die von der IFOMPT definierten Kernkompetenzen (Dimensionen) eines OMT-Physiotherapeuten demonstriert werden (siehe Anhang).

Folgende Punkte können in diesem Examensteil erreicht werden:

- a) Maximal 12 Punkte aus den summativen Assessments der OMT-Modulblöcke Clinical Mentoring A-D (d.h. jeweils 3 Punkte aus den Assessments dieser Clinical Mentoring Blöcke).
- b) Maximal 108 Punkte aus den Eindrücken der praktisch-mündlichen Prüfung.

Die Vergabe der Punkte im Teil b) erfolgt durch drei Prüfer. Jeder Prüfer vergibt für die praktisch-mündliche Prüfung eigenständig eine maximale Punktzahl von 36 Punkten, verteilt auf die Bereiche Anamnese, Befundaufnahme, Behandlungsaufbau, Manipulationstechniken, Röntgenbetrachtung und Patientenführung. Die in den jeweiligen Bereichen erreichbaren Punkte sind aus dem „*Beurteilungsprotokoll in Manueller Therapie*“ ersichtlich (s.u.).

Die Punktzahlen der drei Prüfer werden addiert und zu den im Clinical Mentoring erreichten Punkten addiert. Insgesamt sind in diesem Examensteil somit maximal 120 Punkte zu erreichen. Zum Bestehen müssen in diesem Examensteil mindestens 60% der erreichbaren Punkte erlangt werden.

Abschlussarbeit

100% aus der eingereichten Abschlussarbeit (siehe nachfolgend). Zum Bestehen müssen in diesem Examensteil mindestens 60% der erreichbaren Punkte erlangt werden.

Prüfungs- kommission

Die Prüfungskommission besteht aus mindestens drei der folgenden Mitglieder:

Heiko Dahl, MSc.; Uwe Hallmann; Prof. Dr. Gunnar Leivseth; Lothar Jörgen; Stefan Hegenscheidt, MSc.

Bei Bedarf (z.B. im Krankheitsfall) können weitere erfahrene Dozenten der Arbeitsgemeinschaft Manuelle Therapie in die Prüfungskommission aufgenommen werden.

Feedback

Die Teilnehmer erhalten folgendes Feedback zu den Examensteilen:

Schriftlicher Examensteil: Die Teilnehmer erhalten i.d.R. innerhalb von 4 Wochen nach diesem Examensteil eine schriftliche Mitteilung über ihre Beurteilung/Note.

Praktisch-mündlicher Examensteil: Die Teilnehmer erhalten am Prüfungstag ein mündliches Feedback zu ihren Leistungen und i.d.R. innerhalb von vier Wochen eine schriftliche Mitteilung über ihre Beurteilung/Note.

Abschlussarbeit: Die Teilnehmer erhalten i.d.R. innerhalb von 8 Wochen nach Einreichen der Abschlussarbeit eine schriftliche Mitteilung über ihre Beurteilung/Note.

Informationen zum OMT-Examen

ZULASSUNG ZUM OMT-EXAMEN

Über die Zulassung zum OMT-Examen entscheidet die Prüfungskommission der AGMT. Um zum OMT-Examen zugelassen zu werden, müssen Teilnehmer insbesondere:

- Lückenlose Präsenzzeiten in den Clinical Mentoring Blöcken A bis D nachweisen können.
- Ausreichende Anwesenheit während der übrigen Blöcke nachweisen können (d. h. in der Regel bezogen auf die Kontaktzeit Fehlzeiten von weniger als 32 UE).
- Nachweise erbrachter Leistungen aus den summativen Assessments der Blöcke des Clinical Mentoring A bis D vorweisen können.

- Die fristgerechte Zahlung aller bis dahin entstandenen Weiterbildungskosten einschließlich der Gebühr für die OMT-Abschlussprüfungen nachweisen können.
- Das Exposé zur Erstellung der OMT-Abschlussarbeit entsprechend den Vorgaben eingereicht haben.

INDIVIDUELLE PROBLEMATIKEN

Es ist das vorrangige Ziel der Dozenten der OMT-Ausbildung der AGMT, die Teilnehmer in Weiterbildung und Prüfung zum Erfolg zu führen. Sollte im Verlauf der Weiterbildung deutlich werden, dass ein Teilnehmer Schwierigkeiten bei der Erreichung der Lernziele hat, so ist im beiderseitigen Interesse der Teilnehmer diesbezüglich frühzeitig vertraulich in Kenntnis zu setzen, und es ist gemeinsam nach einer Lösung zu suchen. Die Prüfungskommission behält sich gegebenenfalls vor, einem Teilnehmer nahe zu legen, die OMT-Weiterbildung nicht weiter fortzuführen oder Ausbildungsanteile zu wiederholen.

WIEDERHOLUNG VON EXAMENSTEILEN

Alle drei Teile des OMT-Examens können bei Nichtbestehen bis zu zwei Mal wiederholt werden. Eine solche Wiederholung soll in einem Zeitraum von vier bis zwölf Monaten nach dem nicht bestandenen Examensteil stattfinden. Der Wiederholungstermin ist mit dem Leiter der OMT-Weiterbildung abzustimmen. Nach dreimaligem Nichtbestehen ist das OMT-Examen endgültig nicht bestanden.

Wird die OMT-Abschlussarbeit mit „nicht bestanden“ bewertet, so muss innerhalb der genannten Frist eine neue Facharbeit erstellt werden oder die ursprüngliche Facharbeit entsprechend überarbeitet werden. Beides gilt als Wiederholung dieses Teils des OMT-Examens.

BEURTEILUNGSPROTOKOLL IN MANUELLER THERAPIE

Name: _____

Datum: _____

1. Anamnese:

Ist die Fragestellung problemorientiert?

☐
☐
☐
☐
☐

2. Befundaufnahme:

a) Ist das Problem des Patienten erkannt worden?

☐
☐
☐
☐

b) Auswahl und Reihenfolge der Untersuchung

☐
☐
☐

c) Durchführung der Untersuchung

☐
☐
☐

3. Behandlungsaufbau auf Grund der Problemstellung des Patienten

a) Auswahl und Reihenfolge

☐
☐
☐
☐
☐

b) Durchführung der Behandlung

☐
☐
☐
☐
☐

4. Manipulationstechniken

☐
☐
☐
☐

5. Röntgenbetrachtung

☐
☐
☐
☐

6. Patientenführung

☐
☐
☐

Gesamtpunkte

(Unterschrift des Prüfers)

PROTOKOLL DES ABSCHLUSSEXAMENS IN M.T.

Praktische Prüfung am: _____

Name: _____

100 % = 120 Punkte

Zum Bestehen zu erreichen: 60% = 72 Punkte

Davon aus dem Clinical Mentoring maximal zu erreichen:

- 12 Punkte (4 Befunde á 3 Punkte)

Davon aus der praktisch-mündlichen Prüfung maximal zu erreichen:

- 108 Punkte (3 Prüfer á 36 Punkte)

Erreichte Punkte:

Aus dem Clinical Mentoring: _____

Aus der praktisch-mündlichen Prüfung: _____

Insgesamt erreicht: _____

Ergebnis:

Bestanden ☐ (Note _____)

Nicht bestanden ☐ (Note _____)

(Unterschrift)

(Unterschrift)

(Unterschrift)

OMT-ABSCHLUSSARBEIT

Durch das Erstellen der OMT-Abschlussarbeit demonstrieren die Teilnehmer der OMT-Weiterbildung der AGMT ihre Fähigkeit, innerhalb einer vorgegebenen Frist eine manualtherapeutisch relevante Fragestellung mit wissenschaftlichen Methoden reflektiv zu bearbeiten. Die Abschlussarbeit ist somit ein essentieller Bestandteil der Qualifikation zum OMT-Therapeuten, insbesondere mit Bezug zu den Handlungsfeldern des OMT-Physiotherapeuten als klinischem Entscheidungsträger, als Manager und als Lernendem.

Für die wissenschaftliche Abschlussarbeit können verschiedene methodische Designs gewählt werden. In der Regel ist eine experimentelle Methodik inklusive einer statistischen Auswertung der Ergebnisse zu wählen. Die Minimalanforderung liegt hier bei der Erstellung einer Single-Case-Study (Einzelfallstudie). Alternativ sind nicht-experimentelle Designs wie systematische Übersichtsarbeiten und Methodiken aus der qualitativen Forschung wählbar. Andere Formen der Erbringung bedürfen der Genehmigung durch die Projektcoaches der AG Manuelle Therapie (siehe *Projektcoaching*) und müssen vor dem Einreichen des erforderlichen Exposés zur Abschlussarbeit (vgl. Modul Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit) vom Teilnehmer eingeholt werden.

LERNZIELE DER OMT-ABSCHLUSSARBEIT**MIT DEM EINREICHEN DER ABSCHLUSSARBEIT SIND DIE TEILNEHMER IN DER LAGE:**

- ⊙ Zwischen tradiertem Wissen, eigenen Erfahrungen und belegtem Wissen zu unterscheiden, und die Bedeutung und Grenzen jeder dieser Formen des Wissenserwerbs wahrzunehmen.
- ⊙ Am Professionalisierungsprozess in der Physiotherapie teilzunehmen, indem sie sich wissenschaftliche Denk- und Handlungsweisen erarbeitet haben.
- ⊙ Eine reflektive und evidenzbasierte Praxis auszuüben.
- ⊙ Durch den Transfer der Denk- und Handlungserfahrungen, die bei der Abschlussarbeit gemacht wurden, veröffentlichte Arbeiten und andere Fachliteratur kritisch zu hinterfragen.

Diese übergeordneten Lernziele werden erreicht, indem die Teilnehmer während der OMT-Weiterbildung sowie innerhalb des Projektcoachings der AGMT angeleitet werden ...

- aus einer sie interessierenden Thematik eine operationalisierbare und im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten bewältigbare Fragestellung abzuleiten.
- relevante veröffentlichte Literatur zu finden, zu beschaffen und zu evaluieren.
- für diese Fragestellung ein Protokoll für die Datenerhebung zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen.
- adäquate Methoden der Datenauswertung und -darstellung zu wählen.
- die Ergebnisse ihrer Arbeit in einem Bericht (der Abschlussarbeit) nach wissenschaftlichen Kriterien darzustellen und dabei insbesondere
- die Grenzen der gewonnenen Erkenntnisse kritisch zu reflektieren, sowie
- weitergehende Fragestellungen zu formulieren.

Die Zielerreichung im Rahmen der Abschlussarbeit wird vorwiegend durch die Inhalte der Weiterbildungsblöcke Evidenzbasierte Praxis, Fortgeschrittenes Therapiemanagement und Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit gefördert. Zur weiteren Unterstützung bietet die AG Manuelle Therapie das **PROJEKTCOACHING ZUR OMT-ABSCHLUSSARBEIT** an (s.u.). Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit freiwillig an diesem *Projektcoaching* teilzunehmen.

REGULARIEN DER OMT-ABSCHLUSSARBEIT

Die OMT-Abschlussarbeit bildet einen von drei Examensteilen der OMT-Weiterbildung und ist den folgenden Regularien unterworfen:

- 1) Das Erstellen derselben OMT-Abschlussarbeit durch **MEHRERE WEITERBILDUNGS-TEILNEHMER** bedarf der Genehmigung durch die Projektcoaches im Rahmen des Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit.
- 2) Voraussetzung für eine Teilnahme ist das fristgemäße Einreichen eines **EXPOSÉS ZUR GEPLANTEN ABSCHLUSSARBEIT** (vgl. Modul Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit).
- 3) **ZEITRAHMEN:** Die endgültige Fassung der Abschlussarbeit muss spätestens sechs Monate (es gilt das Ende des entsprechenden Tages) nach der praktisch-mündlichen Prüfung bei einem Projektcoach der AGMT eingereicht werden (siehe Projektcoaching). In begründeten Ausnahmefällen (z.B. längere Krankheit) kann schriftlich eine Verlängerung von max. 6 Monaten beantragt werden. Über Annahme oder Ablehnung des Antrages entscheiden die Projektcoaches in Rücksprache mit dem Weiterbildungsleiter.

Wird eine eingereichte Arbeit mit „nicht bestanden“ beurteilt, so erhält der Teilnehmer mit dieser Beurteilung ein schriftliches Feedback zu den Mängeln der Arbeit. Es läuft eine neue Frist von 3 Monaten, in welcher der Teilnehmer die Möglichkeit hat die Mängel zu bearbeiten und die Arbeit erneut einzureichen.

Wird bis zum Ablauf der jeweils festgesetzten Frist keine Arbeit eingereicht, so kann das bisherige Thema nicht weiter bearbeitet werden. In diesem Fall muss mit den Projektcoaches ein neues Thema abgestimmt werden, für dessen Bearbeitung eine erneute Frist von sechs Monaten (ab Ablauf der ersten Frist) gilt. Gleichzeitig wird die nicht eingereichte Arbeit als „nicht bestanden“ bewertet.

- 4) Die Abschlussarbeit muss in **ZWEIFACHER AUSFERTIGUNG** eingereicht werden, und zwar einmal als gebundene oder geringte Printversion sowie zusätzlich in elektronischer Form als PDF-Dokument.
- 5) Die Gestaltung der Abschlussarbeit muss den **FORMATVORGABEN** der AGMT entsprechen (s. u.).
- 6) Die **BEURTEILUNG** der Abschlussarbeit erfolgt durch einen Projektcoach der AGMT (siehe Projektcoaching) anhand der definierten Kriterien (s. u., Beurteilungskriterien OMT-Abschlussarbeit). Die Benotung erfolgt anhand des in der Prüfungsordnung dieses Curriculums dargestellten Notenschlüssels. Sollte der Gutachter zum Ergebnis „nicht bestanden“ kommen, so nimmt der zweite Gutachter (Projektcoach) eine weitere Begutachtung vor. Sind die Ergebnisse beider Gutachter widersprüchlich erfolgt eine Konsenzfindung durch Einbindung des Weiterbildungsleiters Heiko Dahl (MSc.).

- 7) Das **ERGEBNIS** dieses Examensteils (Beurteilung der OMT-Abschlussarbeit) wird dem Teilnehmer schriftlich und/oder mündlich mitgeteilt. Jeder Teilnehmer hat das Recht eine schriftliche Version seines Beurteilungsbogens zu erhalten.
- 8) **VERÖFFENTLICHUNG:** Mit Abschluss des Weiterbildungsvertrages erklären sich die Teilnehmer damit einverstanden, dass die AGMT die von ihnen im Rahmen der OMT-Weiterbildung nach IFOMPT-Richtlinien erstellte OMT-Abschlussarbeit in der elektronischen Datenbank der Physio-Akademie oder deren jeweiligen Kooperationspartnern veröffentlicht.
Für den Fall, dass eine solche Veröffentlichung einer anderweitigen Publikation, z. B. in einer Fachzeitschrift, hinderlich ist, wird die AGMT auf eine vollständige Einstellung der Arbeit in der elektronischen Datenbank verzichten.

PROJEKTCOACHING ABSCHLUSSARBEIT

Das **PROJEKTCOACHING ABSCHLUSSARBEIT DER AGMT** dient dazu, den Teilnehmern der OMT-Weiterbildung effiziente Unterstützung bei der Erstellung ihrer Abschlussarbeit im Rahmen des OMT-Examens anzubieten. Das Projektcoaching ersetzt dabei nicht die Unterstützung im Rahmen der OMT-Modulblöcke, insbesondere des Blocks Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit, sondern ist lediglich als Ergänzung konzipiert.

Die Nutzung des Projektcoachings wird jedem Teilnehmer der OMT-Weiterbildung empfohlen, ist jedoch freiwillig. Eine Nutzung des Projektcoachings ist nur bei Einhaltung der oben genannten Regularien und nach den folgenden Vorgaben möglich.

ZEITRAHMEN

Das Projektcoaching kann nach Abschluss des Blockes Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit begonnen werden. Die Projektcoaches stehen jedem Teilnehmer im Rahmen ihrer Abschlussarbeit insgesamt 120 Minuten in einer 1:1-Situation zur Verfügung (d. h. ein Teilnehmer und ein Projektcoach). Für einen größtmöglichen Nutzen wird empfohlen, diese Gesamtzeit auf die verschiedenen Coachingphasen zu verteilen.

Ein Start des Coachings erfolgt durch formlose mündliche oder schriftliche Anfrage des Teilnehmers bei den Projektcoaches.

Das Projektcoaching endet automatisch durch offizielles Einreichen der Abschlussarbeit, spätestens jedoch sechs Monate nach dem praktisch-mündlichen OMT-Examensteil.

KOMMUNIKATION

Die Kommunikation zwischen OMT-Teilnehmern und Projektcoaches kann per E-Mail, per Telefon oder unmittelbar persönlich erfolgen. Schriftliche postalische Anfragen können nicht bearbeitet werden.

Anfragen per E-Mail werden in der Regel innerhalb von 14 Tagen bearbeitet. Eine unmittelbarere persönliche Beratung ist nur nach vorheriger Terminabsprache im Büro der AGMT/Physio-Akademie (Wremen) möglich.

Die Teilnehmer sind selbst dafür verantwortlich, innerhalb des *Projektcoachings* die nachfolgend dargestellten Coachingphasen einzuhalten. Anfragen außerhalb dieser Coachingphasen können im Rahmen des *Projektcoachings* nicht bearbeitet werden.

COACHINGPHASEN

Für einen effizienten und reibungslosen Ablauf des Coachings im Rahmen der OMT-Abschlussarbeit sind Reihenfolge und Inhalte der folgenden Coachingphasen strikt einzuhalten. Ein Coaching einzelner Phasen, z. B. nur der Phasen 3/4 ohne die Phasen 1/2 ist nicht möglich, da die Phasen inhaltlich aufeinander aufbauen.

Die Inhalte aller Phasen werden in den Modulblöcken Evidenzbasierte Praxis und Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit vermittelt und erarbeitet. Es kann daher auf vielfältiges Material aus diesen Kursen zurückgegriffen werden, insbesondere auf die Handouts des Blockes Coachingkurs EBP / Abschlussarbeit.

Phase 1: Besprechung des zuvor eingereichten Exposés zur Abschlussarbeit

Diese Phase sollte spätestens vier Wochen nach dem praktisch-mündlichen Examensteil erfolgen. Es ist aber durchaus empfehlenswert, diese Phase bereits vor dem Examen wahrzunehmen. Die Phase ist abgeschlossen, wenn der Teilnehmer ein konkret entwickeltes Exposé, eine einsetzbare Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung sowie eine konkret geplante weitere Vorgehensweise für sein Projekt entwickelt hat.

Phase 2: Erste Bearbeitungsphase

In dieser Phase erfolgt die erforderliche initiale Recherche, die Probandenrekrutierung und die Datenerhebung. Das Coaching konzentriert sich hier auf Fragen der praktischen Durchführung und die Lösung auftretender Probleme. Die Projektcoaches übernehmen keine Aufgaben der OMT-Teilnehmer, wie z. B. das Sichten potenziell relevanter Literatur. Da allen Teilnehmern empfohlen wird, früh mit dem Schreiben von Textpassagen zu beginnen (z.B. die Einleitung der Arbeit), kann auch zu solchen ersten Textenwürfen eine Rückmeldung erfolgen.

Phase 3: Zweite Bearbeitungsphase

Statistische Auswertung der erhobenen Daten, Interpretation der Ergebnisse und Einbindung der Erkenntnisse in einen größeren Kontext (ggf. mit weiterführender Recherche). Das Coaching konzentriert sich in dieser Phase auf einzelne Unklarheiten und Rückfragen der Teilnehmer zur Auswertung der gesammelten Daten.

Phase 4: Schreiben

In dieser Phase konzentriert sich das Coaching auf Fragen wie Gliederung, Zitationsweise, Gestaltung von Tabellen, Literaturliste, Formatierung des Textes etc., sowie auf einen wissenschaftlichen Kriterien entsprechenden Schreibstil.

Beispiele zum allgemeinen Schreibstil:

- Es sollte darauf geachtet werden, so zu schreiben, als würde vor einem Publikum über das Projekt berichtet. D. h., wenn etwas beschrieben wird, was in der Vergangenheit liegt, sollte auch eine Vergangenheitsform gewählt werden.

- Unnötig komplizierte Ausdrucksweise macht einen Text nicht wissenschaftlicher. Natürlich sind Fachausdrücke nicht nur erwünscht, sondern sogar erforderlich. Dennoch müssen Texte leicht verständlich und nachvollziehbar zu lesen sein.

PROJEKTCOACH & KONTAKT

Stefan Hegenscheidt
Wremer Specken 4
27639 Wurster Nordseeküste
Fon: 04705-9518-23
E-Mail: s.hegenscheidt@physio-akademie.de

FORMATIERUNG DER OMT-ABSCHLUSSARBEIT

Die Abschlussarbeit im Rahmen der OMT-Weiterbildung der AGMT nach den Standards der IFOMPT muss nach den folgenden Vorgaben formatiert werden:

DECKBLATT

Es muss das vorgegebene Deckblatt verwendet werden (s. u.).

HEFTUNG/BINDUNG

Die einzureichenden Printexemplare müssen gebunden oder geringt werden. Es kann jedwede Ringung oder Bindung verwendet werden, der Titel der Arbeit und das Jahr der Fertigstellung müssen jedoch außen ersichtlich sein (transparente Front oder z.B. Einprägung von Titel/Jahr auf einem harten Frontcover sind Möglichkeiten, dies zu gewährleisten).

ALLGEMEINE GLIEDERUNG

Der Text ist nach dem international gebräuchlichen IMRaD-Schema zu strukturieren: Introduction – Methods – Results and Discussion. Begründete Abweichungen und Untergliederungen dieses Schemas, z. B. zum Einbau von Begriffsklärungen, sind zulässig.

SPRACHE

Der Text ist in deutscher oder englischer Sprache zu formulieren.

TEXTFORMATIERUNG

Schriftart:	Arial
Schriftgröße:	12
Zeilenabstand:	min. 1,3; max. 2,0
Ausrichtung:	Blocksatz
Seitenränder	oben/links/rechts 2,5cm, unten 2cm

ABSÄTZE

Einsatzabsätze sind zu vermeiden, d. h. einen Satz zu schreiben und mit der Returnntaste dann sofort eine neue Zeile zu beginnen. Ein Absatz sollte einen einzelnen Gedanken abgeschlossen darstellen. In der Regel besteht also ein Absatz aus mehreren Sätzen. Wenn z. B. in einem Methodenabschnitt die Ein- und Ausschlusskriterien für Probanden dargestellt werden, dann wäre dies ein Abschnitt. Entsprechende Vorbilder bieten zumeist veröffentlichte Artikel in Fachzeitschriften.

Zwischen zwei Absätze ist eine Leerzeile einzufügen. Dies strukturiert den Text und erleichtert das Lesen.

ZITATIONSWEISEN

Für Quellenangaben und für die Literatur-/Referenzenliste ist entweder die Harvard- oder die Vancouver-Methode zu verwenden.

ABKÜRZUNGEN

Alltägliche Abkürzungen (z. B., usw., d. h., etc.) bedürfen keiner Erläuterung. Spezielle, z. B. fachliche Abkürzungen, wie VKB, ISG, CVI oder PNF, müssen jedoch erläutert werden. Hierfür ist ein Abkürzungsverzeichnis anzufertigen. Zusätzlich ist der Fachausdruck bei der ersten Verwendung im Text einmal auszuschreiben, gefolgt von der Abkürzung des Begriffes in Klammern. Fortan kann im Text nur noch die Abkürzung verwendet werden.

TABELLEN UND GRAFIKEN

Tabellen einerseits und Grafiken, Schaubilder, Fotos andererseits bedürfen getrennter Nummerierung und Betitelungen. Ferner ist der Arbeit eine Liste der Abbildungen und eine Liste der Grafiken beizufügen. Im Text wird auf die jeweilige Illustration verwiesen. Bei nicht eigenständig erstellten Bildern, Grafiken, etc. ist das Verwendungsrecht zu klären und ggf. eine Erlaubnis zur Verwendung einzuholen.

MUSTERDECKBLATT DER OMT-ABSCHLUSSARBEIT



Arbeitsgemeinschaft Manuelle Therapie im Deutschen Verband für
Physiotherapie (ZVK)

Bildungswerk Physio-Akademie gGmbH des Deutschen Verbandes für
Physiotherapie (ZVK)

OMT

Weiterbildung in orthopädischer manueller Therapie nach den
Standards der IFOMPT

Facharbeit

„Thema der Abschlussarbeit“

eingereicht von

„Name“

Kursgruppe „Zahl“

im „Monat Jahr“

BEURTEILUNGSKRITERIEN OMT-ABSCHLUSSARBEIT

Teilnehmer: _____ Kursbezeichnung: _____

Definitive Beurteilungskriterien:

Die Abschlussarbeit wurde fristgerecht eingereicht ☐ Ja / Nein ☐

Relative Beurteilungskriterien	Max. Punkte	Erreicht
Entspricht das Deckblatt den Formatvorgaben?	2	
Entsprechen Sprache und Textgestaltung den Formatvorgaben?	2	
Entsprechen Zitationsweisen und Abkürzungen den Formatvorgaben?	2	
Entsprechen Tabellen und Grafiken den Formatvorgaben?	2	
Sind Rechtschreibung, Interpunktion und Grammatik akzeptabel?	2	
Entspricht der Sprachstil dem Stil einer wissenschaftlichen Übung?	2	
Wird mit der Arbeit eine im Sinne der OMT relevante Fragestellung entwickelt und beantwortet?	5	
Werden Gegenstand und Kernbegriffe der Arbeit ausreichend geklärt bzw. definiert?	5	
Wird eine der Fragestellung entsprechend angemessene Methodik nachvollziehbar entwickelt und durchgeführt (unter Berücksichtigung der zeitlichen Limitationen, denen eine Abschlussarbeit f.e. Weiterbildung unterliegt).	16	
Entspricht die Gliederung dem IMRaD-Schema? Wenn nicht, sind die Abweichungen sinnvoll?	5	
Stützt sich das Projekt auf eine ausreichende Anzahl externer Quellen? Werden die Erkenntnisse aus externer Evidenz hinsichtlich ihrer methodischen Qualität ausreichend kritisch reflektiert, ggf. anhand eines standardisierten Bewertungsinstruments?	16	
Hat die Arbeit eine solide Rohdatenbasis in Form von Literatur, Interviews oder eigenen Messungen? Fließen in das Projekt in ausreichendem Maße Ergebnisse aus standardisierter Ergebnismessung ein?	10	
Werden die Ergebnisse der eigenen Arbeit angemessen interpretiert und kritisch reflektiert, auch dahingehend, ob bzw. in welchem Maße die Ausgangsfrage beantwortet werden konnte?	16	
Erfolgt eine kritische Reflexion der gewählten Vorgehensweise dahingehend, wie u.U. zielerreichender oder evidenzbasierter hätte gearbeitet werden können? Werden Schlussfolgerungen für zukünftige Projekte formuliert?	10	
Werden neue, weiterführende Fragestellungen entwickelt?	5	
Gesamt	100	

ZUM BESTEHEN DIESES SUMMATIVEN ASSESSMENTS MÜSSEN ALLE DEFINITIVEN BEURTEILUNGSKRITERIEN ERFÜLLT WERDEN UND MINDESTENS 60% DER ERREICHBAREN PUNKTE ERLANGT WERDEN.

Die eingereichte Abschlussarbeit wird mit

- ☐ **bestanden** (Note _____) bewertet.
☐ **nicht bestanden** (Note _____) bewertet.

Datum: _____ Unterschrift des Gutachters _____

OMT-Examensteil Abschlussarbeit

Beurteilungsbogen

Teilnehmer (Name/Vorname): _____

Teilnehmer (Geburtsdatum): _____

Kursbezeichnung: _____

Titel der Abschlussarbeit: _____

Monat und Jahr des Einreichens: _____

Die eingereichte Abschlussarbeit wird mit

☐ **bestanden (Note _____) bewertet.**

☐ **nicht bestanden (Note _____) bewertet.**

Begründung: _____

Datum: _____ Unterschrift des Gutachters _____

APPENDIX 1: ANSPRECHPARTNER, KONTAKTADRESSEN & WEBSEITEN

LEITUNG DER WEITERBILDUNG HEIKO DAHL Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste (Wremen) Telefon: 04705-95180 E-Mail: h.dahl@physio-akademie.de	ADMINISTRATION KAREN HERBACH Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste (Wremen) Telefon: 04705-9518-0 E-Mail: k.herbach@physio-akademie.de
EVIDENZBASIERTE PRAXIS, CLINICAL MENTORING, PROJEKTCOACHING ABSCHLUSSARBEIT STEFAN HEGENSCHIEDT Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste (Wremen) Telefon: 04705-9518-23 E-Mail: s.hegenscheidt@physio-akademie.de	WEBADRESSEN ARBEITSGEMEINSCHAFT MANUELLE THERAPIE www.ag-manuelle-therapie.de PHYSIO-AKADEMIE www.physio-akademie.de DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE (ZVK) www.physio-deutschland.de ETHIKKOMMISSION DES DEUTSCHEN VERBANDES FÜR PHYSIOTHERAPIE (ZVK E.V.) AN DER PHYSIO-AKADEMIE www.physioethik.de

APPENDIX 2: BEFUNDBOGEN DER AGMT



Dokumentation der physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung



Name:	Datum:
Geb.:	Beruf:
Ärztl. Diagnose:	Derzeitige Tätigkeit:
	Therapeut:
	Arzt:

Physiotherapeutische Diagnose:

Cave!

1. Anamnese:

a) Symptomverhalten:



Schmerz/Beschwerdeskala des Patienten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Legende: t/tt/ttt Verstärkung l/ll/lll Verminderung z Schmerz @/© rechts/links
+ /++ /+++ mehr -/-/-/- weniger (z.B. ROM)

Seite 1

b) Krankheitsverlauf / ärztl. Diagnostik / Therapien

c) Risikofaktoren / Vorerkrankung / Medikation

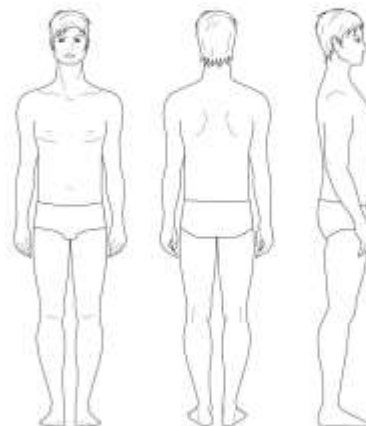
d) Aktivitäten

e) Soziale Aktivitäten / Partizipation / Förderfaktoren / Barrierefaktoren

f) Einschätzung des Problems durch den Patienten:

Dokumentation der Physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung

2. Inspektion in Ruhe und Fort-/Bewegung



© AG Manuelle Therapie im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

3. Funktionsuntersuchung

orientierende Untersuchung

spezifische Untersuchung

4. Physiotherapeutische Diagnose (notiere auf S. 1)

5. Behandlungsziele des Patienten (Aktivitäten / Partizipation)

6. Prognose des Therapeuten

Legende: 1/11/111 Verstärkung 1/11/111 Verminderung ± Schmerz @/⊗ rechts/links
+ / + + / + + + mehr - / - - - weniger (z.B. ROM)

Seite 3

7. Therapieplanung:

Messbare Teilziele: (Funktion, Aktivität, Partizipation)	Maßnahmen Therapeut:	Maßnahmen Patient:

8. Probebehandlung und Ergebnisse:

Weiteres Verlaufsprotokoll:

Beh.	Datum:	Thera- peut:	Eingangsmessung:	Behandlung:	Ergebnis:
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

9. Abschlussuntersuchung

Behandlungsziele/ Maßnahmen:	Messung bei Eingang:	Messung bei Abschluss:	Behandlungsziel: erreicht:	nicht erreicht:

Beurteilung:

APPENDIX 3: SELBSTREFLEXIONSBOGEN

REFLEXIONSBOGEN

Abschnitt 1: Reflexion nach der Anamnese

Dieser Abschnitt dient der Reflexion dahingehend, inwieweit die während der Anamnese gesammelten Informationen ausreichend sind/dazu geeignet sind, vorläufige Hypothesen zur Ursache der Patientenprobleme zu entwickeln, und die weitere Vorgehensweise/Untersuchung zu planen. In diesem ersten Abschnitt werden also Gedanken reflektiert, die NACH der Anamnese, jedoch VOR Beginn der weiterführenden Untersuchung stattfinden sollten.

Einschätzung der Art der Symptome

In welche Kategorie können die Probleme zum jetzigen Zeitpunkt am ehesten eingeordnet werden?

- ☐ Problematik der Peripherie
- ☐ Problematik des zentralen Nervensystems
- ☐ Problematik des autonomen/vegetativen Nervensystems
- ☐ Problematik mit vorwiegend psycho-emotionaler Dimension

Mustererkennung

Weisen die Probleme ein typisches Muster auf, das sich einem bekannten Problemtyp zuordnen lässt? (z.B. BSV mit Nervenwurzelreizung; Arthrose; subacromiales Schmerzsyndrom; Angst-Vermeidungsverhalten; etc.). Wenn ja, auf welchen Problemtyp weist dieses Muster in diesem Fall hin?

Wie stark wird der Patient durch die Probleme beeinträchtigt?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Begründung:

Problembeziehungen (bei mehreren unterschiedlichen Problemen)

1. Hatten die Probleme ursprünglich einen gemeinsamen Auslöser?
2. Haben sich die Probleme zeitlich synchron oder asynchron entwickelt?

3. Passt die bisherige Entwicklung der Probleme zur derzeitigen vorläufigen Ursachenhypothese?

Erwartete Symptomreaktion

Muss mit einer plötzlichen und/oder heftigen Verstärkung der Symptome gerechnet werden, z.B. bei bestimmten Bewegungen/Aktivitäten? Wie wahrscheinlich ist dies?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Begründung:

Welchen Anteil haben mechanische/entzündliche Aspekte an dem Problem?

Mechanische Aspekte:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Begründung:

Entzündliche Aspekte:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Begründung:

Muss im weiteren Untersuchungsverlauf etwas Besonderes beachtet werden?

- 1) Gibt es absolute oder relative Kontraindikationen für bestimmte Untersuchungsschritte, z.B. für bestimmte Manöver/Aktivitäten?
- 2) Muss etwas Spezielles überprüft werden? (z.B. Integrität der HWS, gezieltes Nachfragen zu weiteren Risikofaktoren, oder auch weiterführende Untersuchungen durch andere Personen wie Ärzte oder Psychologen). Wenn ja, warum?
- 3) Muss mit verzögert einsetzenden und/oder lange nachklingenden Beschwerden gerechnet werden? Wenn ja, warum?

Wie ist die Provokation von Symptomen im weiteren Untersuchungsverlauf geplant?

Für den Untersucher ergeben sich häufig wertvolle Informationen aus einer vollen Beeinflussung (100% Provokation/Reduktion) aller Symptome und Ausstrahlungen. Aus

Gründen des Patienteneinverständnisses sowie aus physiologischen und ethischen Gründen entsteht hier jedoch häufig ein Interessenskonflikt. Die Anamnese sollte Hinweise darauf liefern wie dieser Konflikt im speziellen Fall zu lösen ist.

Bezogen auf alle ggf. unterschiedlichen Symptome und Ausstrahlungen:

- 1) Soll provoziert oder eher entlastet werden? Warum?
- 2) Wie stark soll reproduziert werden? (z.B. 100%, bis zur ersten Veränderung der Symptome, 0%, etc.). Warum?

Wie ist die Bewegungsausführung im weiteren Untersuchungsverlauf geplant?

Die Art der erhofften Informationen aus der Bewegungsprüfung ist sehr variabel und ggf. abhängig vom speziellen Fall. Entsprechend sollte über die Ausführung der Bewegungen entschieden werden.

- 1) Wie sollen aktive Bewegungen ausgeführt werden? Welcher Teil der Bewegungsbahn soll begutachtet werden? (z.B. Bewegungsbeginn, gesamte Bewegungsbahn, Bewegungsende). Bitte Begründen.
- 2) Wie sollen passive Bewegungen ausgeführt werden? Welcher Teil der Bewegungsbahn soll begutachtet werden? (z.B. Bewegungsbeginn, gesamte Bewegungsbahn, Bewegungsende, Bewegungsende mit Überdruck). Bitte Begründen.

Wie ist die Erwartung bzgl. Zuzuordnender Zeichen im weiteren Verlauf?

Manchmal entwickelt sich die Untersuchung im weiteren Verlauf nach der Anamnese anders als erwartet. Um in solchen Fällen besser reagieren zu können ist ein bewusster Abgleich der Erwartungen mit dem IST-Zustand sinnvoll. Bei erwarteten Schwierigkeiten ermöglicht dies außerdem ggf. ergänzende Fragen zu entwickeln, die wertvolle Hinweise liefern können.

„Nach diesem ersten Untersuchungsteil (Anamnese) erwarte ich, dass...“

- 1) Weitere zuzuordnende Zeichen in der orientierenden Untersuchung leicht/schwer zu finden sein werden, weil...
- 2) Weitere zuzuordnende Zeichen in der spezifischen Untersuchung leicht/schwer zu finden sein werden, weil...

Abschnitt 2: Reflexion nach der Untersuchung/nach ersten behandlungen

Dieser Abschnitt dient einer zwischenzeitlichen Einschätzung und Bewertung der Problematik und des eigenen Vorgehens im Behandlungsverlauf. Er sollte innerhalb der ersten drei Kontakte mit dem Patienten bearbeitet werden.

Einschätzung des Problems anhand der ICF-Richtlinien

Auf welchen Ebenen finden sich im Sinne der ICF gesundheitliche Beeinflussungen, und wie sehen diese konkret aus?

1) **Struktur- und Funktionsebene**

- z.B. Kompression der rechten Nervenwurzel C5 (Struktur) mit verringerter Kraftentwicklung des rechten M.biceps brachii durch neurale Leitungsstörung (Funktion).

2) **Aktivitätsebene**

- z.B. Einschränkung bei Hebe- und Trageaktivitäten mit dem rechten Arm.

3) **Partizipationsebene**

- z.B. derzeit unmögliche Teilhabe am Arbeitsleben als Industrieschlosser und eingeschränkte Teilhabe am Hobby Bowling.

4) **Umweltebene (Barriere- und Förderfaktoren)**

- z.B. hoher sozialer Druck bzgl. einer schnellen Rückkehr an den Arbeitsplatz (Barrierefaktor).
- Möglichkeit kostenfrei und unter Aufsicht im benachbarten Fitnessstudio eines Freundes zu trainieren (Förderfaktor).

Bezogen auf die genannte Einschätzung der gesundheitlichen Beeinflussung im Sinne der ICF...

- 1) Wie wirkt sich diese Einschätzung auf die Prognose aus? Bitte begründen.
- 2) Wie wirkt sich diese Einschätzung konkret auf das weitere geplante Management aus? Bitte begründen.

Zusammenfassung des Clinical Reasonings dieses Falls

Die nachfolgende Tabelle soll einen Überblick über die Gründe liefern, die während des gesamten bisherigen Clinical Reasoning Prozesses für oder gegen die Einbeziehung verschiedener möglicher Ursachen berücksichtigt wurden. Dies ist ein zentrales Hilfsmittel, um begründete und unbegründete Annahmen zu reflektieren, da sich ggf. überwiegende oder ausgewogene pro/contra Argumente zeigen. Eine ausführliche Bearbeitung dieser Tabelle ist ratsam, und es ist dabei erforderlich die Tabelle ggf. entsprechend zu erweitern. Das Format kann nach Belieben angepasst werden.

Problem (ggf. Nummer aus Befund)	Vermutete Ursache (wahrscheinlichstes zuerst)	Pro	Contra
Beispiel: Nackenschmerzen (1)	Nervenzwurzelkompression C5 rechts durch Bandscheibe.	• Vorheriger BSV C5 bekannt • Begleitende einschießende Schmerzen im Arm • Inspektion zeigt Schonhaltung in Foramenöffnung • Taubheit im Dermatom C5 • etc.	• Kein Effekt von Ibuprofen. • Bicepssehnenreflex o.B. • Traktionsbehandlung ohne positiven Effekt • etc.
Nackenschmerzen (1)	Hypomobilität Facette C5 rechts	• etc.	• etc.
Nackenschmerzen (1)	Aktivitätsstörung der lokalen paravertebralen Muskulatur	• etc.	• etc.
		•	•
		•	•
		•	•

Mit Blick auf das oben dargestellte Clinical Reasoning, welche(s) Hauptproblem(e) lässt sich/lassen sich für diesen Patienten formulieren?

Welches sind die wichtigsten/aussagekräftigsten Befunde, die diese Hypothese stützen?

Welche Faktoren haben evtl. zur Entstehung des Problems beigetragen bzw. tragen evtl. negativ zu dessen Erhalt bei?

Beispiele: BWS Hypomobilität als beitragender Faktor bei Schulterproblemen;
stundenlanges Sitzen am Schreibtisch bei zeriogenen Problemen; Leistungsdruck mit zu
kurzen Regenerationsphasen bei Profisportlern.

Ist die Prognose in diesem Fall schlecht (0) oder gut (10)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Begründung (nenne mind. vier Faktoren):

Ist in diesem Fall mit einem langsamen (0) oder einem schnellen (10) Therapieerfolg zu rechnen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Begründung (nenne mind. vier Faktoren):

Ist in diesem Fall eine vollständige Heilung möglich (Restitutio ad Integrum)?

- 1) Wenn ja, warum?
- 2) Wenn nicht, was bleibt voraussichtlich zurück?

Läuft alles nach Plan?

- 1) Gibt es im bisherigen Untersuchungs-/Behandlungsverlauf Befunde oder Ergebnisse, die sich nicht zuordnen lassen?
 - Wenn ja, welche, und wie soll damit im weiteren Untersuchungs-/Behandlungsverlauf umgegangen werden?
- 2) Decken sich die bisherigen Behandlungsergebnisse mit den Erwartungen?
 - Wenn ja, warum?

- Wenn nicht, welche Gründe könnte es hierfür geben, und welchen Einfluss hat dies auf die weitere Therapieplanung?

Abschnitt 3: Selbstreflexion

Dieser Abschnitt bietet die Möglichkeit auch unabhängig von einem speziellen Fall das eigene Handeln zu reflektieren, und vor allem auch, daraus Handlungsempfehlungen für sich selbst abzuleiten. Insbesondere der zweite Aspekt ist von zentraler Bedeutung für einen kontinuierlichen, eigenständigen Entwicklungsprozess. Die Reflexionen zu diesem dritten Abschnitt sollten daher nicht nur eine „Berichterstattung“ der eigenen Vorgehensweise darstellen, sondern konkrete Aktionen aufzeigen, um positive oder problematische Aspekte in anderen Patientenkontakten aufzugreifen bzw. zu verbessern.

Reflexion zu Besonderheiten, die aus diesem Fall festzuhalten sind

Beispiel: In der Untersuchung zeigte sich eine Veränderung der Muskelkraft in Abhängigkeit von der ASTE – möglicherweise durch den Einfluss der Schwerkraft auf die Nervenwurzel bzw. das Foramen? Es scheint nötig, dass ich mich über solche Einflüsse informiere.

Reflexion zum generellen Vorgehen in Untersuchung und Behandlung

Beispiel: Mir fällt auf, dass ich grundsätzlich bei der neurologischen Untersuchung (Reflexe, Kraft, Sensibilität) sehr lange brauche. Dadurch komme ich bei solchen Patienten immer in Zeitverzug. Ich sollte trainieren bei dieser Untersuchung schneller zu werden.

Reflexion zur Erfassung des Problems in diesem speziellen Fall

Beispiel: In diesem speziellen Fall war die Anamnese sehr geprägt von emotionalen Äußerungen, was mich abgelenkt hat. Wie bekomme ich es hin auch in solchen Fällen den roten Faden meiner Untersuchung zu behalten? Vielleicht hilft mir hier ein Austausch mit erfahrenen Kollegen.

Reflexion zur Erfassung eines Problems dieser Art im Allgemeinen

Beispiel: In diesem Fall ist es mir sehr leicht gefallen ein Muster zu erkennen. Vielleicht eben weil ich das Muster gut kenne? Möglicherweise sind die Muster bei anderen Problemen auch recht klar, nur mir nicht so geläufig. Ich könnte die fünf häufigsten Diagnosen in meiner Praxis noch einmal bzgl. typischer Muster überprüfen, auch mithilfe von Studienergebnissen.

Reflexion zum Zeitmanagement

Beispiel: Mein Zeitmanagement war hier hervorragend, weil der Patient von sich aus kurze Antworten gegeben hat. Das ist aber nicht immer der Fall, und dann bekomme ich Probleme mit der Zeit. Welche Strategien gibt es, um redselige Patienten freundlich aber bestimmt zu führen?

Reflexion zur grundsätzlichen Einstellung diesem Patienten gegenüber

Beispiel: Dieser Patient hatte von Anfang an gute Karten bei mir, denn danach hatte ich Feierabend und daher gute Laune. Das hat mir allerdings bewusst gemacht, wie abhängig auch mein Umgang mit Patienten und mein Engagement von meiner eigenen Situation sind. Vielleicht sollte ich gerade bei „schwierigen“ Patienten öfter kurz überlegen, wer gerade schwierig ist du warum...

Reflexion zur Einstellung gegenüber dem Problem dieses Patienten

Beispiel: Ich hasse ISG Patienten! Ich fühle mich bei der Untersuchung und Behandlung von ISG-Problemen immer wie ein Anfänger der keine Ahnung hat und nichts herausfinden kann. Alles bleibt unsicher. Geht es anderen auch so? Oder wen nicht, warum nicht?

Reflexion zum möglichen Einfluss der Einstellungen gegenüber Patient und Problem auf den Untersuchungs-/Behandlungsverlauf

Beispiel: In diesem Fall habe ich deutlich bemerkt, dass ich zu Beginn der Untersuchung nur halbherzig vorgegangen bin. Da es sich um einen älteren Patienten mit „ein wenig Rückenschmerzen“ handelte habe ich sein Problem zunächst nicht ernst genug genommen. Es hat sich aber herausgestellt, dass er noch sehr aktiv und mobil war und es für ihn sehr einschränkend gewesen ist. Meine Assoziationen BEVOR ich den Patienten sehe beeinflussen also was ich zunächst mit ihm mache. Daran kann ich arbeiten, z.B. mir bei allen Patienten vorher bewusst Neutralität vornehmen.

2

Teilnehmerfragebogen der Arbeitsgemeinschaften im ZVK

Didaktisch-methodische Darbietungsformen / Lehrmittel



Die Vermittlung des Referenten A empfand ich für meinen Lernprozeß bezogen auf

Strukturierung

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr gut 1 2 3 4 5 6 schlecht

Unterrichtsmethoden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr geeignet 1 2 3 4 5 6 ungeeignet

Medieneinsatz

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr hilfreich 1 2 3 4 5 6 wenig hilfreich

Korrekturen

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr hilfreich 1 2 3 4 5 6 wenig hilfreich

Die Vermittlung des Referenten B empfand ich für meinen Lernprozeß bezogen auf

Strukturierung

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr gut 1 2 3 4 5 6 schlecht

Unterrichtsmethoden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr geeignet 1 2 3 4 5 6 ungeeignet

Medieneinsatz

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr hilfreich 1 2 3 4 5 6 wenig hilfreich

Korrekturen

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr hilfreich 1 2 3 4 5 6 wenig hilfreich

Arbeitsatmosphäre



Der Referent A ging auf die inhaltlichen Fragen der Teilnehmer ein

☐ angemessen
☐ zu häufig
☐ zu selten

Der Referent B ging auf die inhaltlichen Fragen der Teilnehmer ein

☐ angemessen
☐ zu häufig
☐ zu selten

In dieser Veranstaltung war ich

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr aktiv 1 2 3 4 5 6 nicht aktiv

Die Atmosphäre im Kurs empfand ich als

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
freundlich 1 2 3 4 5 6 unfreundlich

Organisatorische Rahmenbedingungen



Die Dauer des Kurses war

☐ angemessen
☐ zu lang
☐ zu kurz

Die Zeiteinteilung empfand ich als

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr angenehm 1 2 3 4 5 6 unangenehm

Die Betreuung empfand ich als

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr gut 1 2 3 4 5 6 schlecht

Die Ausstattung des Raumes war

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr gut 1 2 3 4 5 6 schlecht

Die Anmeldeabwicklung für den Kurs war

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr gut 1 2 3 4 5 6 schlecht

Das Preis/Leistungsverhältnis war

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
sehr angemessen 1 2 3 4 5 6 schlecht

Persönliche Wünsche, Lob und Kritik

Für die nächste
Veranstaltung
wünsche ich mir



Insgesamt bin ich mit dem
Kurs

☐ sehr zufrieden
☐ zufrieden
☐ nicht zufrieden

Herzlichen Dank, Ihr Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. & Ihre Physio-Akademie gGmbH.

APPENDIX 5: LEBENSLÄUFE DER DOZENTEN IN DER OMT-WEITERBILDUNG DER ARBEITSGEMEINSCHAFT MANUELLE THERAPIE

CURRICULUM VITAE: HEIKO DAHL

1. Personal details		
Full Name incl. titles	Heiko Hans Jürgen Dahl, MSc.	
Work Address	Bildungswerk Physio-Akademie des ZVK gemeinn. GmbH Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste	
E-Mail Address	h.dahl@physio-akademie.de	
Telephone	0049-(0)4705-95180	
Fax	0049-(0)4705-951810	
2. Academic qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
2008	UCPD “Planning Delivery and Assessment of Learning in the Health Professions”	The University of Teesside, Middlesbrough, UK
2015	MSc Advanced Clinical Practice	The University of Teesside, Middlesbrough, UK
3. Professional qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
1974	Physiotherapist	Schule für Physiotherapie der Stiftung Friedrichsheim, Frankfurt am Main
4. OMT Qualification		
Year	Awarding body: Member organisation of IFOMPT	
1991	AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. (DFAMT)	
. Work experience		
Dates	Position / Job title	Employer
2001	Managing Director	Bildungswerk Physio-Akademie of ZVK gGmbH (Institute for CPD and Research of the German Professional Association ZVK non-profit company ltd.)
Since 1981 (since 1992 in co-ownership)	Private practice (Owner)	Self employed
1978 – 1981	Freelancer in physiotherapy	Multiple, mainly treating patients with severe neurological disablements.
1975 – 1977	Physiotherapist (civil service)	En lieu of military service.
1974 – 1975	Clinical physiotherapist	Rehabilitation clinic Höxter
6. Teaching experience and qualifications		
Date	Qualification or experience	
Since 1978	Instructor for the AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. (CPD Manual Therapy courses)	
Since 1989	Instructor within IFOMPT-approved CPD programme in manual therapy (OMT)	

Since 2007	Guest lecturer at the University of Teesside.
1994 – 1995	Advisor at the Academy of Manual Medicine at the Westfalian Wilhelm-University in Munster.
1983 – 1993	Head of physiotherapy CPD of the German Association for Medical Manual Medicine FAC Hamm and Instructor of manual therapeutic assessment and treatment for physicians and physiotherapists.
Since 1981	Guest lecturer at a variety of schools of physiotherapy in Germany including Dortmund, Bochum, Berlin, Bad Rothenfelde, Oldenburg.
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.	
Since when	Name of the society
Since 1973	ZVK e.V. Germany
8. Membership of other relevant professional societies	
Since when	Name of the society
n/a	n/a
9. Publications and research activities (exemplary)	
<i>For conference presentations please see below.</i>	
- Co-author of „Handbook – standardised outcome measures in the physiotherapy practice“, published by the Physio-Akademie on behalf of the ZVK – association of german physiotherapists (2006). - Dahl H, Rößler A (1999). Grundlagen der Manuellen Therapie; Thieme, Stuttgart. - Leivseth G, Dahl H (1994). Reader for a physicians' CPD in Chirotherapy of the Akademie für Manuelle Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster; Regional State Medical Board of Registration of Westfalia-Lippe. - Dahl H (1994). Reader for the CPD in Manual Therapy of the AG Manuelle Therapie of ZVK leading to the licence to practice manual therapy as approved by the insurance funds (Several revision since 1994).	
10. Other relevant activities, achievements and qualifications	
- Since 1980: Curriculum design for various institutes and organisations, including AG Manuelle Therapie im ZVK e.V., numerous schools for physiotherapy, health insurances, Regional State Medical Board of Registration of Westfalia/Lippe. - Founding member of the specialist section manual therapy within the professional association ZVK e.V., since 1979 chair of this section. - Spokesman of the board of advisors of the professional association (1987 – 1998). - Spokesman of the “Committee for Training and Further Training” within ZVK (1998 – 2000), and thereby member of the extended board of presidents of ZVK e.V. - Since 2004 Member of the board of trustees of the ZVK-Foundation for the Promotion of Research and Evaluation in Physiotherapy. - Head of the IFOMPT-approved Manual Therapy CPD programme of the “Arbeitsgemeinschaft Manuelle Therapie des ZVK” and member of the Examination Commission. - Manual Therapy Instructor.	
11. Professional areas of special interest	
- Manuelle Therapie der Kopfgelenke. - Standardisierung der Untersuchung.	
Conference presentations (exemplary)	
Die konservative Behandlung bei LWS-Beschwerden Conservative treatment of low-back pain	Congress of the Association of Neuro-Surgeons in Solingen, Germany, February 22, 1999

Der Physiotherapeut untersucht und behandelt The Physiotherapist examines and treats	“Day of Physiotherapy”, Hannover, Germany, April 23, 1999
Standardisierte Testverfahren als Lehrstoff an PT- Schulen Standardized Outcome Assessments as subject of instruction at schools of Physiotherapy	Congress of the Associations of Heads of School of Physiotherapy, Augsburg (Verband der leitenden Lehrkräfte an Physiotherapieschulen) March 5, 1999
A Multidisciplinary approach to treatment and rehabilitation of back pain	Russian Physiotherapy Congress Moscow, March 1999
Lumbare Sportverletzungen und ihre physiotherapeutischen Behandlungen Lumbar sport injuries and their physiotherapeutic treatment	“Sport and Joint” 3rd Congress of the German Association for Orthopaedic Traumatology in Sports (DVOST), Munich, Germany, June 6, 1999
Die Rolle der Physiotherapie beim chronischen Rückenschmerz The Role of Physiotherapy in Chronic Back Pain	Bewährtes erhalten – Zukunft gestalten Keeping the well-trying, designing the future Biennial ZVK-Congress “50th Anniversary of ZVK”, Bonn, Germany, November 12, 1999
Schleudertrauma – ein Problem in physiotherapeutischer Perspektive Whiplash injury – a problem in physiotherapeutischer Perspektive	Euro-Congress of Allied Health Professionals „Eurokongress“ der Medizinischen Fachberufe, Trier, Germany, April 15, 2000
Kopfschmerz – Möglichkeiten und Grenzen der Manuellen Therapie Headache – Potential and Limitations of Manual Therapy	Congress of the AG Manuelle Therapie im ZVK, Münster, March 5, 2000
Manuelle Therapie der Halswirbelsäule Manual Therapy of the Cervical Spine	“Therapeutische Trends Wirbelsäule und Schulter” Conference of the Saar Regional Association of ZVK, Saarbrücken, May 27, 2000
Die Wirbelsäule – Verbindung zwischen Kopf und Fuß The Spine – connecting head and feet	German Congress of Physicians, May 30, 2000
Schwindel – der unterschiedliche Ansatz in Diagnostik und Therapie Vertigo – different approaches in diagnostics and therapy	Conference of the North-Rhine-Westfalian Regional Association of ZVK, September 25, 2000
Ist der chronische Rückenschmerz ein funktionspathologisches Problem? Is chronic back pain a functional-pathologic problem?	Congress of the German Orthopaedists, Aachen, October 10, 2000
Ist Therapieerfolg messbar? Successful therapy – is it measurable?	South German Physiotherapy Congress, Stuttgart, October 28, 2000

Einsatz der Manuellen Therapie bei chronischem Kreuzschmerz Application of Manual Therapy in patients with chronic low back pain	Extraordinary ZVK Congress "Physiotherapy – at the pulse of time", Leipzig October 29, 2000
Chiropraktik und Manualtherapie Chiropractice and manual therapy	Annual Conference of the Regional State Medical Board of Registration of Westfalia-Lippe, October 24, 2001
Untersuchung und Behandlung der Wirbelsäule Examination and Treatment of The Spine	Biennial ZVK-Congress "Physiotherapy, efficient and competent", Bonn, October 27, 2001
HWS-Schulerschmerz – Untersuchung und Behandlung Cervical spine – Shoulder pain, Examination and Treatment	Medica, Düsseldorf, November 24, 2001
Physiotherapeutische Behandlungsdokumentation Record keeping of physiotherapeutic treatments	10th Anniversary of the Blindow-School of Physiotherapy, Bückeburg, 2001
LWS Untersuchung und Behandlung The lumbar spine – examinations and treatment	School of Physiotherapy, Leipzig, February 2002
Programmatische Untersuchung der HWS-Region und deren Interpretation Programmed assessment of the cervical spine region and interpretation of findings	Congress of the Specialist Section Manual Therapy within ZVK, Hameln, April 27, 2002
Der chronische Schmerzpatient Patients with chronic pain	Congress Nursing Care, Hannover, May 2002
Manuelle Mobilisationstechniken am Schultergelenk manual mobilisation techniques applied to the shoulder joint	German Association of Elbow- and Shouldersurgery, Neuss, June 1, 2002
Schwindel - ein physiotherapeutischer Ansatz Vertigo – a physiotherapeutic approach	Medica, Düsseldorf, November 2002
Untersuchung und Behandlung der HWS aus der Sicht des Manualtherapeuten Examination and Treatment of the HWS from the perspective of the manual therapist	Deutsch Polnischer Physiotherapie-Kongress Görlitz/Zgorzelec March 22, 2003
Untersuchung und Behandlung der LWS Examination and Treatment of the lumbar Spine	Deutsch Polnischer Physiotherapie-Kongress Görlitz (Germany) and Zgorzelec (Poland), March 22, 2003
Untersuchung und Behandlung der HWS aus der Sicht des Manualtherapeuten Examination and Treatment of the HWS from the perspective of the manual therapist	Physiotherapy Conference at Reha Plus Edukacja Kraków, Poland, March 31, 2003
OMT – Struktur, Ziel, Herausforderungen Orthopaedic manipulative therapy – organizational structure, aims, challenges	Physiotherapy Conferenc at Reha Plus Edukacja Kraków, Poland, March 31, 2003
Manuelle Therapie und Osteopathie im Vergleich Manual Therapy and Osteopathy – a Comparison	Therapiekongress und –messe Therapy Congress and Fair Leipzig, May 16, 2003
Wissenschaftliches Arbeiten in der Physiotherapie Research and Evaluation in Physiotherapy	75th Anniversary of the School of Physiotherapy of Foundation Friedrichsheim, Frankfurt am Main, Oktober 11, 2003

MT als Schmerztherapie Manual Therapy as Pain Therapy	Congress Electrotherapy of ZVK, Koblenz, October 25, 2003
Frozen Shoulder – physiotherapeutische Behandlungsansätze bei Schulterbeschwerden Frozen Shoulder – physiotherapeutic treatment approaches for patients with shoulder pain.	Interdisciplinary Symposium The Shoulder: Pathophysiology – Examination – Treatment Münster, November 12, 2003
Physiotherapie – Schmerztherapie? Physiotherapy – Pain therapy?	Medica Düsseldorf (Congress and Trade Fair) November 23, 2003
Schulterbehandlung Treatment of the Shoulder	Medica Düsseldorf November 23, 2003
Wissenschaft verstehen Understanding Research and Evaluation	Medica Düsseldorf November 23, 2003
Therapiezielorientiertes Vorgehen bei Wirbelsäulenerkrankungen Proceeding Goal-oriented in the treatment of patients with Spine Diseases	Biennial ZVK-Congress Der Mensch und Physiotherapie “Physiotherapy and the Human Being”, Köln, March 2004
Physiotherapie – Schmerztherapie? Physiotherapy – Pain Therapy?	11th Annual Congress of the German Association of Ellbow- and Shouldersurgery, Köln, March 6, 2004
Der physiotherapeutische Behandlungsansatz bei einer primären und sekundären Schulterstife Physiotherapeutic treatment approaches for patients with primary or secondary shoulder stiffness	11th Annual Congress of the German Association of Ellbow- and Shouldersurgery, Köln, March 6, 2004
Die Behandlung des cervicogenen Kopfschmerzes aus manualtherapeutischer Sicht Treatment of patients with cervicogenous headache – a manual therapeutic view.	53rd Congress of German Physicians, Berlin, May 5, 2004
Manipulation versus Mobilisation – Wirkung und Grenzen Manipulation versus Mobilisation – Effects and Limitations	53rd Congress of German Physicians, Berlin, May 5, 2004
Untersuchung und Behandlung der BWS Examination and treatment of the thoracal spine	Symposium on Thoracal Pain of the Specialist Section Heart and Circulation of ZVK and Physio-Akademie, June 6, Bad Oeynhausen
Physiotherapie nach Schulter-Operationen Physiotherapy after Surgery of the Shoulder	Shoulder Symposium of the Orthopaedic Clinic Hildesheim, June 6, 2004
Chronischer Rückenschmerz in der PT Praxis – Grenzen und Möglichkeiten Chronic back pain in the physio-practice – limitations and possibilities	Congress of the Specialist Section Manual Therapy within ZVK, Göttingen, October 22-23, 2005
Schulterschmerz – Konservative Behandlung. Möglichkeiten des Physiotherapeuten Shoulder Pain - Conservative management. Options for physical therapists	Interdisciplinary Symposium The Shoulder – Diagnosis and Treatment Münster, 2005
Standardisierte Mess- und Testverfahren mit dem “Handbuch” Standardised outcome measures using the „handbook“	Conference of the North-Rhine-Westfalian Regional Association of ZVK, February 18th, 2006

Physio-Fit® - Training in guten Händen Physio-Fit® - exercises in good hands	Annual conference of the Hessen Regional Association of ZVK, March 4th, 2006
Der Physiotherapeutische Behandlungsansatz nach Schulteroperationen The physiotherapeutic approach to treatment following shoulder surgery	Congress of the German Association of Shoulder and Elbow Surgery, 2006.
Frozen Shoulder -Untersuchung und Behandlung Frozen Shoulder – Assessment and Treatment	Congress of the German Association of Shoulder and Elbow Surgery, 2006.
Präsentation und Anleitung zur Verwendung des “Handbuchs standardisierte Meß- und Testverfahren“ in der physiotherapeutischen Praxis Presentation and instruction on how to use the “handbook standardised outcome measures” in clinical physiotherapy practice	29.06.2006 Halle 06.07.2006 Chemnitz 07.07.2006 Dresden 19.07.2006 Leipzig 06.09.2006 Arnstadt 07.09.2006 Berlin
Präsentation und Anleitung zur Verwendung des “Handbuchs standardisierte Meß- und Testverfahren“ in der physiotherapeutischen Praxis Presentation and instruction on how to use the “handbook standardised outcome measures” in clinical physiotherapy practice	Association of teaching physiotherapists at vocational schools, March 2006
Untersuchung und Behandlung bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule aus der Sicht der Manuellen Therapie Assessment and treatment of cervical spine dysfunctions from a manual therapy perspective	Krakau, Poland, October 2006
Frozen Shoulder	„State of the Art“ in assessment and treatment of the shoulder from the medical and the physiotherapeutic perspective Ludwigs Maximillians University Munich, May 27th, 2006
Evidenzbasierung und Leitlinien in der Physiotherapie Evidence based practice and clinical guidelines in physiotherapy	Biennial ZVK-Congress 2006
Überblick über das Problem des chronischen Kreuzschmerz in Deutschland - Zahlen u. Fakten An overview on the problem of chronic low back pain in germany – facts and figures	“State of the Art” Assessment and treatment of back pain. Münster, November 4th, 2006
Chronischer Rückenschmerz in der PT Praxis – Grenzen und Möglichkeiten Chronic back pain in the physio-practice – limitations and possibilities	“State of the Art” Assessment and treatment of back pain. Münster, November 4th, 2006
Bandscheibenvorfall - Physiotherapie Prolaps intervertebral disc - physiotherapy	German orthopaedic and accicend surgery congress 2006
Physiotherapie bei Verletzungen und Erkrankungen des Ellenbogens Physiotherapy for injuries and diseases of the elbow	German orthopaedic and accicend surgery congress 2006
Konservative Therapie der Schulterinstabilität Conservative management of shoulder instability	German orthopaedic and accicend surgery congress 2006

Chronischer Rückenschmerz in der PT Praxis – Grenzen und Möglichkeiten Chronic back pain in the physio-practice – limitations and possibilities	“State of the Art” Assessment and treatment of back pain. Ludwigs Maximillians University Munich, July 7th, 2007
Überblick über das Problem des chronischen Kreuzschmerz in Deutschland - Zahlen u. Fakten An overview on the problem of chronic low back pain in germany – facts and figures	“State of the Art” Assessment and treatment of back pain. Ludwigs Maximillians University Munich, July 7th, 2007
Brauchen Physiotherapeuten eine zusätzliche Qualifikation für den Direktzugang? Do physiotherapists need additional qualifications for direct patient access?	Congress of the German Federal Association of Manual Therapists, Göttingen, 2007
Der Problemfall – der kontrakte Ellenbogen The problem case – the contract elbow	14th biennal congress of the German Association of Shoulder and Elbow Surgery. Münster, June 2007
Untersuchung und Behandlung bei Funktionsstörungen der Lendenwirbelsäule aus der Sicht der Manuellen Therapie Assessment and treatment of lumbar spine dysfunctions from a manual therapy perspective	Krakau, Poland, September 2007
OMT - Orthopädische Manuelle Therapie (IFOMT) - Strukturen, Ziele, Herausforderungen OMT – Orthopaedic Manual Therapy (IFOMT) – structures, aims and challenges	Krakau, Poland, September 2007
Die Kopfgelenke - Klinische Untersuchung und Behandlung aus der Sicht der Manuellen Therapie Upper cervical spine joints – clinical assessment and therapy from a manual therapy perspective	“The craniomandibular region – assessment and treatment”. Congress of german medical doctors, 2007
Funktionelle Zusammenhänge zwischen den Kopfgelenken und der craniomandibulären Region Functional interactions between the upper cervical joints and the craniomandibular region	“The craniomandibular region – assessment and treatment”. Congress of german medical doctors, 2007
State of the Art – Examination and Treatment of Backpain.	Conference presentation Dresden, 15.11.2008
Überblick über das Problem des chronischen Kreuzschmerz in Deutschland - Zahlen u. Fakten An overview on the problem of chronic low back pain in germany – facts and figures	Conference presentation Dresden, 15.11.2008
Konservative Therapie der Schultersteife Conservatice treatment oft he hypomobile shoulder.	15. Jahreskongress der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V. 2008 15 th biennal conference of the German Association of Shoulder- and Elbow Surgery (DVSE e.V.)
State of the Art – Kopfschmerz und Schwindel State of the Art – Headache and Dizziness	State of the Art conference, Ludwig-Maximilians-Universität München, 07.06.2008
Physiotherapeutische Ansätze bei Rückenschmerzen The Physiotherapeutic Approach to Back Pain	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, 22.-25. Oktober 2008

Standardisierte Ergebnismessung in der Physiotherapie	Therapiemesse Leipzig 2008
Behandlung von akuten u. chronischen Schmerzen u. die dazugehörige Physiotherapie	Therapiemesse Leipzig 2008
Neurodynamik was, wann, wie, wo.	Bundesjuniorentreffen Düsseldorf, 08.-10. Mai 2009
Standardisierte Ergebnismessung in der Physiotherapie	Therapiemesse Leipzig 2009
Untersuchung und Behandlung der Region Schulter	Therapiemesse Leipzig 2009
Das Schultergelenk in der Physiotherapie Untersuchung und Behandlung	Ärztetkongress Berlin, 2009
Standardisierte Ergebnismessung in der Physiotherapie	ZVK Bundeskongress Leipzig, Oktober 2009
Wie würden Sie entscheiden? – Leitlinien gestützte Physiotherapie.	ZVK Bundeskongress Leipzig, 03.10.2009

CURRICULUM VITAE: UWE HALLMANN

1. Personal details

Full Name incl. titles	Uwe Karl Heinz Hallmann
Work Address	Karlsgatan 32 M S- 703 42 Örebro
E-Mail Address	uwe.hallmann@gmail.com
Telephone	0046-19-602 8227
Fax	0046-19-6028230

2. Academic qualifications

Year	Qualification	Awarding body
n/a	n/a	n/a

3. Professional qualifications

Year	Qualification	Awarding body
1979	Physiotherapist	Completion for the recognition (licensing) as a Registered Physiotherapist in Norway
1978	Physiotherapist	Completion for the recognition (licensing) as a Registered Physiotherapist (RPT) in Sweden
1977	Physiotherapist	Hamburg. Eppendorf, University hospital

4. OMT Qualification

Year	Awarding body: Member organisation of IFOMPT
1983	Norwegian physiotherapy association, Oslo, Norway.

5. Work experience

Dates	Position / Job title	Employer
Since 1998	Self employed	Private practice in Örebro, Sweden
Since 1988	Self employed	Instructor in Manuel Therapy and Sports Medicine
1985 – 1990	Head of rehabilitation clinic	Loka Rehab in Loka Brunn, Sweden.
1979 – 1985	Freelancer in physiotherapy	Moss, Norway.
1978 – 1979	Clinical physiotherapist	County rehabilitation hospital, Karlskoga, Sweden.

6. Teaching experience and qualifications

Date	Qualification or experience
Since 1990	Instructor within IFOMPT-approved CPD programme in manual therapy for AGMT of ZVK e.V.
Since 1987	Instructor for the AG Manuelle Therapie im ZVK (further training approved by insurance funds).
Since 1985	Instructor of manual therapeutic assessment and treatment for physicians and physiotherapists, for the Loka Medicinska Kursenhet, Sweden.
1988 – 1992	Guest lecturer at a variety of schools of physiotherapy in Sweden including Gothenburg, Boden, Lulea.
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.	
Since when	Name of the society
1994	ZVK e.V. Germany
8. Membership of other relevant professional societies	
Since when	Name of the society
2003	Swedish Professional Association of Physiotherapy in Sports medicine
2003	International Federation of Sports Physiotherapy (IFSP)
9. Publications and research activities (exemplary)	
Please see below for conference presentations.	
10. Other relevant activities, achievements and qualifications	
- Vice chair of Swedish Society of Sports medicine. - Spokesman of PT:s in Swedish Society of Sports medicine. - Head of Swedish Professional Association of Physiotherapy in Sports medicine. - Head of Idrottsmedicin Örebro (Sports medicine, County of Örebro). - Member of the board of Bildungswerk Physio-Akademie of ZVK gGmbH. - Member of the board of the specialist section Manual Therapy within the German Professional Association ZVK e.V. - Manual Therapy Instructor in Germany and Sweden.	
11. Professional areas of special interest	
- Orthopädie - Sportmedizin	
Conference presentations (exemplary)	
Einsatz der Aktive Rehabilitation bei chronischem Kreuzschmerz	Extraordinary ZVK Congress
Application of Active Rehabilitation in patients with chronic low back pain	“Physiotherapy – at the pulse of time”, Leipzig October 29, 2000
Programmatistische Untersuchung der LWS-Region und deren Interpretation	Congress of the Specialist
Programmed assessment of the lumbar spine region and interpretation of findings	Section Manual Therapy within ZVK, Hameln, April 27, 2002
Frozen Shoulder – physiotherapeutische Behandlungsansätze bei Schulterbeschwerden	Interdisciplinary Symposium
Frozen Shoulder – physiotherapeutic treatment approaches for patients with shoulder pain	The Shoulder: Pathophysiology – Examination – Treatment, Münster, November 12, 2003
Chronischer Rückenschmerz, ein chronisches Problem	53rd Congress of German
Chronic back pain, a chronic problem	Physicians, Berlin, May 5, 2004

Kg-Gerät Möglichkeiten in der Physiotherapie Training with equipment, opportunity in the Physiotherapy	53rd Congress of German Physicians, Berlin, May 5, 2004
Testprogram 1 year follow up after ACL reconstruction with patellar tendon graft Development of a functional testing program Do we measure what matters or does it matter what we measure Stellenwert der Manuelle Therapie bei chronischem Kreuzschmerz Evidenz of Manuel Therapie in Chronic Low back Pain (CLBP)	Örebro Rehabcenter and University hospital of Örebro SOF 2005 University hospital of Örebro Swedish orthopaedic physicians. Annual meeting Congress of the Specialist Section Manual Therapy within ZVK, Göttingen October 23-24 2005 Congress of the Specialist Section Manual Therapy within ZVK, Göttingen October 22-23 2006 Congress of the Specialist Section Manual Therapy within ZVK, Munich Juli 6-7 2006

CURRICULUM VITAE: STEFAN HEGENSCHIEDT

1. Personal details

Full Name incl. titles	Stefan Hegenscheidt, MSc.
Work Address	Physio-Akademie gGmbH Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste
E-Mail Address	s.hegenscheidt@physio-akademie.de
Telephone	0049-(0)4705-951823
Fax	0049-(0)4705-951810

2. Academic qualifications

Year	Qualification	Awarding body
2006	MSc. Manipulative Therapy	University of Brighton (U.K.)
Since 2011	Research student	University of Brighton (U.K.)

3. Professional qualifications

Year	Qualification	Awarding body
2000	Physiotherapist	Bernd Blindow Schule für Physiotherapie, Bad Sooden-Allendorf.

4. OMT Qualification

Year	Awarding body: Member organisation of IFOMPT
2003	AG Manuelle Therapie im ZVK e.V.

5. Work experience

Dates	Position / Job title	Employer
Since 2006	Research, teaching, academic and development work.	Bildungswerk Physio-Akademie des ZVK gemeinn. GmbH
2007 – 2009	Departmental manager/Head of Physiotherapy Department	HGM Hanseatic Gesundheits Management GmbH

2005	Physiotherapist	The Physiotherapy Centre (Waterlooville, U.K.)
2003 – 2004	Physiotherapist	Ambulantes Behandlungs Centrum (Bremen, Germany)
2001 – 2003	Physiotherapist	Physiotherapie Jonscher (Bremen, Germany)
2000 – 2001	Physiotherapist	Massage- und Krankengymnastikpraxis Rabe (Eschwege, Germany)
6. Teaching experience and qualifications		
Date	Qualification or experience	
Since 2006	Lecturer with the IFOMPT approved OMT-program of the AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. (Germany)	
Since 2007	Honorary Visiting Lectureship of the University of Teesside (Middlesbrough, U.K.)	
2009	Guest lecturer at the Hochschule 21 (Buxtehude, Germany)	
2006 – 2007	Guest lecturer at the Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst (Hildesheim, Germany)	
2005	Postgraduate studies for Health Professionals as Educators (University of Brighton, U.K.)	
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.		
Since when	Name of the society	
Since 2004	ZVK e.V. (Germany)	
Since 2006	MACP - Manipulation Association of Chartered Physiotherapists (U.K.)	
2007-2011	APA – Australian Physiotherapy Association	
8. Membership of other relevant professional societies		
Since when	Name of the society	
Since 2009	proOMT e.V. – a non profit organisation for the advancement of the OMT profile within the health care and social communities.	
9. Publications and research activities (exemplary)		
- Moffat, M., S. Hegenscheidt, S. Ng. D. Reid, N. Rotem-Lehrer, M. Tremblay. Evidence-based exercise prescription: raising the standard of delivery. <i>International Musculoskeletal Medicine</i> 2012. 34; 1: 21-36 - Hegenscheidt, S., K. Sauer. Manuelle Therapie als Heilmittel. In: Kemper, C., K. Sauer, G. Glaeske. <i>BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport</i> 2011. - Hegenscheidt, M. Master, HPC & Co – Erfahrungen eines Physiotherapiestudenten in England. <i>ZVK Journal</i> 2007.		
10. Other relevant activities, achievements and qualifications		
- International representative for the German Physiotherapy Association (since 2019) - Chair of the Foundation for research and Evaluation in Physiotherapy. - Voluntary reviewer for World Physical Therapy – 16th International WCPT Congress, Amsterdam (Netherlands) 2011. - Voluntary reviewer for the 3rd European Congress on Physiotherapy Education, Vienna (Austria) 2012. - Voluntary chair of poster presentation session “<i>Bringing the evidence into practice: Linking science and practice in education</i>” at the 3rd European Congress on Physiotherapy Education, Vienna (Austria) 2012 - Chairman of the Ethics Committee of Physio-Deutschland (ZVK). - Translator for PEDro, the Physiotherapy Evidence Database. Also rater of randomized clinical		

trials, systematic reviews and clinical guidelines for PEDro.

- Winner of the MACP Student Research Award 2006.
- Support work for the “Handbuch Standardisierte Ergebnismessung” (Handbook standardized outcome assessment); ed. Physio-Akademie.
- Translation of textbook “Clinical Neurodynamics” (English to German, for Elsevier).
- Founding member and chairman of proOMT e.V., a voluntary non-profit initiative to promote orthopaedic specialist physiotherapists in society.
- Certificate in intercultural training (by Intercultural Consulting, Essen).
- Published critical review of the textbook “Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule”, Urban & Fischer, ISBN 978-3-437-23251-0

Various presentation at conferences, including the following (exemplary):

- *Headache – single case?* - National Physiotherapy conference of ZVK e.V. Leipzig (Germany) 2012.
- *Patients’ direct access to physiotherapy: Chances and risks of potential future cooperations between orthopaedic medical doctors and physiotherapists* – German congress on Orthopaedics and trauma surgery, Berlin (Germany) 2011.
- *Evidence based exercise prescription: raising the standard of delivery* – World conference physical therapy, Amsterdam (Netherlands) 2011.
- *The scope of neurodynamics in applied manual Therapy* – National physiotherapy conference Poland (Warsaw) 2011.
- *Physiotherapy: an unsystematic review of tradition, impossibilities and change* – 20th anniversary of the professional association ZVK, subgroup Sachsen-Anhalt, Halle (Germany) 2010.
- *Health economy as a patient, or why efficiency isn’t a walk in the park* - Capital conference on medicine and health, Forum physiotherapy; Berlin (Germany) 2010.
- *How to decide? Application of guidelines in clinical practice* – National Physiotherapy conference; Conference topic: *The human miracle of movement. Innovative Approaches in medicine and physiotherapy*; Leipzig (Germany) 2009.
- *First contact for OMT-specialists* – Anniversary conference of the national specialists section Manual Therapy, Bochum (Germany) 2008.
- *H⁰ rejected – The potential of evidence based physiotherapy as intervention for back pain* – Capital conference on medicine and health, Forum physiotherapy; Berlin (Germany) 2008.
- *Asking the right questions to improve outcomes* – Theme conference of the professional physiotherapy association ZVK, Frankfurt/Main (Germany) 2008.
- *Do Physiotherapists need an additional qualification to become first contact practitioners in Germany?* – Capital conference on medicine and health, Forum physiotherapy; Berlin (Germany) 2007.
- *Push it! – On the need for flexible and dynamic manual therapy assessments* - 25th anniversary celebration of the University of Applied Sciences 21 Buxtehude (Germany) 2007.
- *Reliability of diagnostic B-mode ultrasound in assessing longitudinal movement of the sciatic nerve during active ankle dorsiflexion* – Annual conference of the Manipulation Association of Chartered Physiotherapists, London (U.K.) 2006.

11. Professional areas of special interest

Subjective Examination (Anamnese), Communication and Neurodynamics.

CURRICULUM VITAE: LOTHAR JÖRGER

1. Personal details

Full Name incl. titles	Lothar Jörger
Work Address	Egerlandstr.23 97720 Nüdlingen

E-Mail Address	Lothar@Physiotherapie-Joerger.de	
Telephone	0971 78530340	
Fax	0971 78530341	
2. Academic qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
2007	UCPD "Planning Delivery and Assessment of Learning in the Health Professions"	The University of Teesside, Middlesbrough, UK
3. Professional qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
1982	physiotherapist	School of Physiotherapy, Fribourg/ Germany
4. OMT Qualification		
Year	Awarding body: Member organisation of IFOMPT	
1991	AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. (DFAMT)	
5. Work experience		
Dates	Position / Job title	Employer
Since 2000	Private practice (Owner)	Self employed
1989 – 2000	Head of physiotherapy department	Klinik Bavaria
1985 - 1989	Physiotherapist	Praxis Schauer
6. Teaching experience and qualifications		
Date	Qualification or experience	
Since 1997	Clinical supervisor and lecturer for the IFOMPT approved OMT-training for the Specialists Section Manual Therapy of the Physiotherapists Association of Germany (ZVK e.V.).	
Since 1986-2000	Lecturer for Manual Therapy and Sling-Exercise therapy in different schools for physiotherapy. Freiburg/ Würzburg/ Dresden	
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.		
Since when	Name of the society	
1990	Member of AGMT, the Specialists Section Manual Therapy of the Physiotherapists Association of Germany (ZVK e.V.).	
8. Membership of other relevant professional societies		
Since when	Name of the society	
n/a	n/a	
9. Publications and research activities (to be added)		
10. Other relevant activities, achievements and qualifications		
1990: Delegate of the AGMT in DFAMT, the German IFOMPT association. Second term of presidency in DFAMT. 1995: Delegate of DFAMT for international relationship. 2005: Executive Member of IFOMPT.		
11. Professional areas of special interest		
- Anatomy - Biomechanics - Clinical Reasoning - Documentation and classification		

CURRICULUM VITAE: GUNNAR LEIVSETH

1. Personal details

Full Name incl. titles	Prof Dr. med. Gunnar Leivseth	
Work Address	John Brandtsv. 41 0860 Oslo Norwegen	
E-Mail Address	Gunnar.Leivseth@ntnu.no	
Telephone	0047-99 20 62 89 (mobil)	
Fax		
2. Academic qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
2002	Examen in Universit�tsp�dagogik	Norwegische Technisch-Naturwissenschaftliche Universität (NTNU), Trondheim
1995	Facharzt f�r physikalische Medizin und Rehabilitation	Universität Tromsø
1992	Habilitation zum Dr. med.	Universität Tromsø
1989	Medizinisches Staatsexamen	Universität Tromsø
3. Professional qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
1974	Physiotherapeut	Universität Oslo
4. OMT Qualification		
Year	Awarding body: Member organisation of IFOMPT	
1978	Norwegischer Physiotherapieverband	
5. Work experience		
Dates	Position / Job title	Employer
Since 2000	Professor I	Institut für Neuromedizin, Medizinische Fakultät, Norwegische Technisch-Naturwissenschaftliche Universität (NTNU), Trondheim
Since 2000	Chefarzt	Klinik für physikalische Medizin und Rehabilitation, Universitätskrankenhaus St. Olavs Hospital HF, Trondheim
1999 – 2000	Oberarzt	Norwegisches Rheumatologisches Rehabilitations- und Kompetenzzentrum (NRRK), Krankenhaus Diakonhjemmet sykehus, Oslo
1998 - 1999	Oberarzt (Vertretung)	Forschungs- und Entwicklungsabteilung, Krankenhaus Sunnaas sykehus
1996 – 1998	Oberarzt	Abteilung für physikalische Medizin und Rehabilitation, Universitätskrankenhaus Nordnorwegen
1995 – 2000	Dozent	Institut für klinische Medizin, Universität Troms�
1993 – 1995	Akademieleiter	Akademie für Manuelle Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster
1991 - 1992	Oberarzt	Norwegisches Sportmedizinisches Institut (NIMI), Oslo
1991 – 1992	Dozent	Orthopädische Abteilung, Universität Tromsø
1984 – 1989	Studienstipendiat	Abteilung f�r medizinische Physiologie, Universität Tromsø

1984 – 1989	Eigene Physiotherapiepraxis	Tromsø		
1975 – 1978	Angestellter Physiotherapeut	Hans & Olaf Fysioterapi, Oslo		
1974 – 1975	Angestellter Physiotherapeut	Physikalische Abteilung, Regionalkrankenhaus Tromsø		
6. Teaching experience and qualifications				
Date	Qualification or experience			
please see above	please see above			
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.				
Since when	Name of the society			
1974	Norwegischer Physiotherapieverband			
8. Membership of other relevant professional societies				
Since when	Name of the society			
1989	Norwegischer Ärzteverband			
9. Publications and research activities (exemplary)				
please see below				
10. Other relevant activities, achievements and qualifications				
11. Professional areas of special interest				
▪ Wirbelsäulenforschung ▪ Rückenmark ▪ Kopf				
Additional publications				
Scientific Papers (published in peer review journals)				
Fimland M, Helgerud J, Gruber M, Leivseth G, Hoff J. Functional maximal strength training induces neural transfer to single-joint tasks. Eur J Appl Physiol (2009) 107:21–29				
Juvet L, Elvsaaas , Leivseth G et al. Rehabilitation of breast cancer patients: A systematic review. Norwegian Knowledge Center for the Health Services 2009 (2)				
Kolstad F, Nygaard OP, Leivseth G. Anterior Cervical Arthrodesis Using a “Stand Alone” Cylindrical Titanium Cage: Prospective Radiographic Analysis of Biomechanical Parameters. Spine 2009 (in press)				
Tørhaug T, Brurok B, Helgerud J, Hoff J, Leivseth G. Does arm crank and wheelchair ergometry produce similar VO2peak values in spinal cord injured paraplegics? Spinal Cord 2009 (submitted)				
Hoff J, Brurok B, Karlsen T, Leivseth G, Helgerud J. Spinal cord injured individuals improves VO2peak and stroke volume of the heart from aerobic high intensity interval hybrid training. Spinal Cord 2009 (submitted)				
Fimland M, Helgerud J, Gruber M, Leivseth G, Hoff J. Enhanced neural drive after maximal strength training in multiple sclerosis patients. J Neurophysiol 2009 (submitted)				
Fimland MS, Helgerud J, Knutsen A, Ruth H, Leivseth G, Hoff J. Effects of caffeine on neuromuscular recovery after maximal fatiguing contractions; association between EMG and V-wave. Eur J Appl Physiol 2009 (submitted)				
Brinckmann P, Frobin W, Leivseth G. Calculating the 2-D motion of lumbar vertebrae using splines. J				

Biomech 2007; 40(14): 3294-5.

Kolstad F, Nygaard ØP, Leivseth G. Segmental Motion Adjacent to Anterior Cervical Arthrodesis: A prospective study. Spine 2007; 32(5): 512-7

Leivseth G, Braaten S, Frobin W, Brinckmann P. Mobility of Lumbar Segments Instrumented with a ProDisc II Prosthesis: A Two-Year Follow-up Study. Spine 2006; 31(15):1726-1733

Kolstad F, Leivseth G, Nygaard ØP. Transforaminal steroid injections in the treatment of cervical radiculopathy. A prospective outcome study. Acta Neurochir (Wien). 2005 Jun 9

Kolstad F, Myhr G, Kvistad KA, Leivseth G. Height of cervical discs measured from radiographs compared with degeneration and height classified from MR- images. Eur J Radiol 2005; 55(3): 415-20

Leivseth G, Kolstad F, Zoëga B, Frobin W, Brinckmann P. Comparing precision of distortion-compensated (DCRA) and stereophotogrammetric Roentgen (RSA) analysis when monitoring fusion in the cervical spine. Eur Spine J 2006; 15(6): 774-9

Leivseth G, Brinckmann P, Frobin W. Fusion of the cervical spine affects adjacent segments. Observation of the long term natural course from spines with congenital formation of block vertebrae. Clin Biomech 2005; 20(7): 669-74

Verelst M, Leivseth G. Are fatigue and disturbances in pre-programmed activity of pelvic floor muscles associated with female stress urinary incontinence? Neurol Urodyn 2004; 23(2): 143-7

Verelst M, Leivseth G. Force-length relationship in the pelvic floor muscles under transverse vaginal distension: a method study in healthy women. Neurol Urodyn 2004; 23(7): 662-7

Verelst M, Leivseth G. Force and stiffness of the pelvic floor as a function of muscle length: A comparison between women with and without stress urinary incontinence. Neurol Urodyn 2007; 26(16): 852-7

Kristjansson E, Leivseth G, Brinckmann P, Frobin W. Increased sagittal plane segmental motion of the lower cervical spine in women with chronic whiplash associated disorders, grades I-II: A case control study using a new measurement protocol. Spine 2003; 28(19): 2215-21

Stack BC, Gregory E, Gjerde G, Hanssen JI, Leivseth G. Modified meniscoplasty for treatment of chronic disc displacement without reduction: 60 patients, 117 joints. AJPM 2002; 12(2):53-65

Stack BC, Gregory E, Gjerde G, Hanssen JI, Leivseth G. TMJ splint therapy combined with open joint surgery. Funct Orthod 2001; 18(4):24-36

Leivseth G, Hjorth AG, Raugstad BU, Kvien TK. Performance based ADL testing of patients with rheumatoid arthritis (RA) compared with self-reported disability measures in a case control design. Arthritis Rheum 2001; 44(suppl):186

Frobin W, Leivseth G, Biggemann M, Brinckmann P. Vertebral height, disc height, posteroanterior displacement and dens-atlas gap in the cervical spine: precision measurement protocol and normal data. Clin Biomech 2002b; 17:423-31

Frobin W, Leivseth G, Biggemann M, Brinckmann P. Sagittal plane segmental motion of the cervical spine. A new precision measurement protocol and normal data of healthy adults. Clin Biomech 2002a; 17:21-31

Leivseth G, Salvesen R, Hemminghytt S, Brinckmann P, Frobin W. Do human lumbar discs reconstitute after chemonucleolysis? A seven year follow-up study. Spine 1999; 24(4):342-8

Leivseth G, Brinckmann P, Frobin W, Johnsson R, Strömquist B. Assessment of sagittal plane segmental motion in the lumbar spine. A comparison between distortion compensated (DCRA) and stereophotogrammetric Roentgen (RSA) analysis. Spine 1998; 23(23):2648-55

Leivseth G, Drerup B. Spinal shrinkage during work in a sitting posture compared to work in a standing posture. Clin Biomech 1997; 12(7/8):409-18

Frobin W, Brinckmann P, Leivseth G, Biggemann M, Reikerås O. Precision measurement of segmental motion from flexion-extension radiographs of the lumbar spine. Clin Biomech 1996; 11(8): 457-65

Jones DB, Leivseth G, Tenbosch J. Mechano-reception in osteoblast-like cells. A review. Biochem Cell Biol 1995; 75: 197-206

Leivseth G, Reikerås O. Changes in muscle fibre cross-sectional area and concentrations of Na/K-ATPase in patients with impingement syndrome of the shoulder. J Orthop Sports Phys Ther 1994; 19(3): 146-49

Leivseth G, Clausen T, Everts ME, Bjordahl E. Effects of reduced joint mobility and training on Na, K-ATPase and Ca-ATPase in skeletal muscle. Muscle & Nerve 1992; 15(7):843-89

31. Leivseth G, Reikerås O. Thigh muscle atrophy after femoral shortening. Vastus intermedius cross-section studied in osteotomized rats. Acta Orthop Scand 1992; 63(4):427-29

32. Leivseth G, Torstensson J, Reikerås O. Effect of passive muscle stretching in osteoarthritis of the hip. Clin Sci. 1989; 76(1):113-17

33. Leivseth G, Tindall A, Myklebust R. Changes in guinea pig muscle histology in response to reduced mobility. Muscle & Nerve 1987; 10(5):410-14

Additional scientific publications

Leivseth G. Muscular adaptations to changes in mobility. Dissertation, Universität Tromsø, 1992

Leivseth G. Wirkung der passiven Muskeldehnungen bei Osteoarthrosis der H fte. Krankengymnastik 1990; 1:6-11

Leivseth G. Factors leading to musculo-skeletal disorders. Fysioterapeuten 1992; 7:24-27

Jones DB, Leivseth G. Application of homogenous defined strain to cell cultures. In: Biomechanics and Cells. Eds. Lyall and El Haj. Experimental Biology Series. Cambridge University Press, 1994: 321-65

Jones DB, Leivseth G. Strain transduction in non-excitabile cells. NATO ASI Series H Cell Biology 1994; 84:453-58

Jones DB, Leivseth G. Mechanical signal transduction in skeletal tissue. In: Biochemistry and exercise. Eds. Maughan and Shirreffs, Human Kinetic 1994; 44:545-56

Jones DB, Leivseth G, Tenbosch J. Osteoblast intracellular free calcium measurements in microgravity by ratio imaging and photometry. In: Prov. ESA and CNES parabolic flight campaigns ESA WPP-90, 1995:363-82

Burton K, Leivseth G. Manipulative therapy for lumbar segmental instability? In: Szpalski M, Gunzburg R, Pope MH, eds. Limbar segmental instability. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998:153-58

Monographs

Brinckmann P, Frobin W, Leivseth G. Orthopädische Biomechanik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2000. ISBN 3-13-1266317

Brinckmann P, Frobin W, Leivseth G. Musculoskeletal Biomechanics. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2002, ISBN 3-13-130051-5

CURRICULUM VITAE: TOMAS LIHAGEN

1. Personal details

Full Name incl. titles	Tomas Lihagen	
Work Address	Klerkgatan 16 702 20 Örebro Sweden	
E-Mail Address	Tomas.lihagen@rehabcentrum.se	
Telephone	0706088260	
Fax		

2. Academic qualifications

Year	Qualification	Awarding body
n/a	n/a	n/a

3. Professional qualifications

Year	Qualification	Awarding body
1977	Physiotherapist	Lund, Sweden

4. OMT Qualification

Year	Awarding body: Member organisation of IFOMPT
1985	OMT-Sweden
1990	Examinator in OMT in Sweden

5. Work experience

Dates	Position / Job title	Employer
Since 1989	Private practice for Physiotherapy	Own practice
1986-1989	Teacher for Physiotherapy	Loka Brunn, Sweden
1980 - 1986	Private practice for Physiotherapy	Own practice
1977 - 1980	Physiotherapist	Örebro University Hospital

6. Teaching experience and qualifications

Date	Qualification or experience
please see also above	please see also above

Since 1992 Since 1988	Teacher in sport medicin in coarses for phsiothrapists in different organisations and congress Teacher in sport medicin at Örebro University
Since 1989	Teacher in manual therapy in all levels in Sweden and Germany
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.	
Since when	Name of the society
1984	OMT-Sweden
8. Membership of other relevant professional societies	
Since when	Name of the society
1984	Swedish sport medicin organisation
2002-2006 and 2012	Participate in the board for OMT teachers in Sweden
2016	SFAIM (society for exercise and sport medicin) Member of the board in SFAIM
9. Publications and research activities (exemplary)	
2014 Book: Training of the back	
10. Other relevant activities, achievements and qualifications	
11. Professional areas of special interest	
- Manual Therapy - Medical Training/Exercise - Sportphysiotherapy	

CURRICULUM VITAE: ACHIM RÖßLER

1. Personal details		
Full Name incl. titles	Hans-Joachim Rößler	
Work Address	Physiotherapeutisches Fortbildungszentrum Bochum <i>PhysioFZB</i> Bessemerstr. 85 44793 Bochum	
E-Mail Address	achim.roessler@gmx.de	
Telephone	0049-(0)234-3387040	
Fax	0049-(0)234-3387131	
2. Academic qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
2008	UCPD “Planning Delivery and Assessment of Learning in the Health Professions”	The University of Teesside, Middlesbrough, UK
3. Professional qualifications		
Year	Qualification	Awarding body
1980	physiotherapist	Schule für Physiotherapie “Voglerschule” Berlin
4. OMT Qualification		
Year	Awarding body: Member organisation of IFOMPT	
1991	AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. (DFAMT)	
5. Work experience		
Dates	Position / Job title	Employer
Since 2006	Owner	Physiotherapeutisches Fortbildungszentrum Bochum PhysioFZB Bessemerstr. 85 44793 Bochum

1986 - 2006	Head of school	Schule für Physiotherapie der St.Elisabeth-Stiftung Bochum
1982 - 1985	Lecturer for physiotherapy	Physiotherapieschule "Dortmund-West" Dortmund
1980 - 1982	Clinical physiotherapist	Rehabilitation clinic "Godeshöhe" Bonn
6. Teaching experience and qualifications		
Date	Qualification or experience	
Since 1984	Instructor for the AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. (CPD Manual Therapy courses)	
Since 2006	Instructor within IFOMPT-approved CPD programme in manual therapy (OMT)	
Since 2009	Guest lecturer at the University of Buxtehude.	
1982 - 2006	Lecturer for physiotherapy at Physiotherapieschule "Dortmund-West" Dortmund.	
Since 1986	Guest lecturer at a variety of schools of physiotherapy in Germany including, Berlin, Bad Rothenfelde, Erlangen, Grünstadt, Köln.	
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.		
Since when	Name of the society	
Since 1986	ZVK e.V. Germany	
8. Membership of other relevant professional societies		
Since when	Name of the society	
1986 - 1997	Arbeitsgemeinschaft der leitenden Lehrkräfte	
1997 - 2006	VLL Verband der Leitenden Lehrkräfte an Physiotherapieschulen	
9. Publications and research activities (exemplary)		
For conference presentations please see below.		
▪ Dahl H, Rößler A (1999). Grundlagen der Manuellen Therapie; Thieme, Stuttgart. ▪ Co-author of „Orthopädie" J. Krämer (1998); Springer, Berlin. ▪ Co-author of "Die Rückenschule" Nentwig(1999); Enke, Stuttgart. ▪ Co-author of „Neurologische Rehabilitation" Welter (1997); Fischer, Stuttgart.		
10. Other relevant activities, achievements and qualifications		
▪ 1986 - 2004 Vorstandsmitglied ZVK-Bund. ▪ 1997 Founding member VLL und Vorstandsmitglied (1997-2001). ▪ Member of the specialist section manual therapy within the professional association ZVK e.V., since 1988 and since 2001 Vice- chair of this section. ▪ Since 2008 Präsident of DFAMT. ▪ Manual Therapy Instructor.		
11. Professional areas of special interest		
▪ Methods of teaching Manual Therapy.		
Conference presentations (exemplary)		
Die postoperative krankengymnastische Nachbehandlung nach Operationen im Lumbalbereich	Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe, Augsburg Germany, Oktober 28-30, 1988 Die postoperative Nachbehandlung	
„Die Bochumer Rückenschule“ – Bindeglied zwischen Klinik und Wohnort	10. Neutrauchburger Wochenendseminar für Bewegungstherapie, Isny-Neutrauchburg, Germany April 15.-16.1989	
Die orthopädische Rückenschule	Jahreskongress ZVK Hamburg, Germany Juni 1.-3.1989	

Die postoperative Nachbehandlung bei Weichteilaesionen des Schultergelenkes	Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe, Augsburg Germany, Oktober 20-22, 1989
Bewegungstherapie aus Sicht der Krankengymnastik	6.Kölner Tagung für Gesundheitssport und Sporttherapie, Köln, Germany September 22.-24. 1989
Gelenkmobilisationstechniken	Lymphologica 95, Bochum, Germany Oktober 27.-28. 1995
Möglichkeiten der Manuellen Therapie bei rheumatischen Erkrankungen	Regionaltagung der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Düsseldorf, Germany, September 19.-21.1997
“Die physiotherapeutische Befunderhebung”	Jahreskongress ZVK Ulm, Germany November 13.-16.1997
Arbeit mit dem Curriculum für Manuelle Therapie an Physiotherapieschulen	Kongress der Arbeitsgemeinschaft für Manuelle Therapie im ZVK, Halle, Germany Oktober 02.-04.1998
Strategien zur Vermeidung chronischer Rückenschmerzen	Deutscher Orthopädenkongress, Wiesbaden, Germany, October 11.-15.2000
Programmatische Untersuchung der Schulterregion und deren Interpretation	Kongress der Arbeitsgemeinschaft Manuell Therapie im ZVK, Hameln, Germany April 26.-28.2002