

# BACHELORARBEIT II

Titel der Bachelorarbeit

Der Umgang mit den Leitlinien des chronischen unspezifischen Rückenschmerzes in der Physiotherapie

Verfasserin

Eva Maria Hinterberger

angestrebter Akademischer Grad

Bachelor of Science in Health Studies (BSc)

St. Pölten, 2018

Studiengang:

Studiengang Physiotherapie

Jahrgang

PT 16

Betreuerin / Betreuer :

FH-Prof. Andreas Stübler, PT, MAS

## EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dieses Bachelorarbeitsthema habe ich bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## I. Abstract - Deutsch

PhysiotherapeutInnen und die Bekanntheit und Anwendung der Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains.

**Einleitung:** Die Physiotherapie gilt als eine der wichtigsten Bestandteile bei der Behandlung des chronischen unspezifischen low back pains und wird deshalb in den meisten Leitlinien dieser Erkrankung miteinbezogen. Die Fragestellung, welche sich deshalb herauskristallisiert hat und versucht wird mit dieser Arbeit zu beantworten, ist: Welche Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains sind den österreichischen Physiotherapeutinnen bekannt? Wie genau werden die Therapievorgaben umgesetzt, wie hoch schätzen sie deren Nutzen in der Praxis ein und macht der Ausbildungsweg und die Berufserfahrung der TherapeutInnen einen Unterschied in ihrem Kenntnisstand? Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Studie ist es herauszufinden, welchen Leitlinien den TherapeutInnen bekannt sind, welchen Wissensstand sie darüber haben und wie sie zu ihnen stehen.

**Methodik:** Bei dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie, bei der österreichische PhysiotherapeutInnen, mithilfe eines eigenständig entwickelten Fragebogens befragt wurden. Diese Befragung fand von Anfang November bis Ende Dezember 2018 statt und die erhobenen Daten wurden mittels des Statistikprogramms SPSS ausgewertet. Für das Berechnen von Zusammenhängen wurde der Cramer-V Test verwendet.

**Ergebnisse:** Weniger als die Hälfte (40%) der befragten PhysiotherapeutInnen kennen die Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain und es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Grundausbildung und der Bekanntheit der Leitlinien. Wobei der Bekanntheitsgrad der Leitlinien bei den AbsolventInnen von Fachhochschulen am größten ist. Außerdem wurde festgestellt, dass die TherapeutInnen, trotz des geringen Bekanntheitsgrades, einen großen Wissenstand über den Inhalt der Leitlinien haben. Jedoch schreiben die TherapeutInnen den Leitlinien nur eine geringe Praxisrelevanz zu.

**Schlussfolgerung:** Die Auswertung zeigte, dass die Ausbildung der PhysiotherapeutInnen einen großen Einfluss auf den Bekanntheitsgrad der Leitlinien hat, so dass dies ein wichtiger Punkt bei der Steigerung der Bekanntheit der Leitlinien ist. Außerdem stellte sich heraus, dass die TherapeutInnen wahrscheinlich Leitlinien konformer arbeiten als Ihnen bewusst ist.

**Schlüsselwörter:** chronischer unspezifischer Low back pain, physiotherapeutische Leitlinien

## I. Abstract – English

Physiotherapists and the awareness and application of the guidelines of chronic unspecific low back pain

**Introduction:** Physiotherapy is one of the most important parts in the treatment of chronic nonspecific low back pain and as a result of that, most guidelines for this disease include requirements for the physiotherapy. Against this background, the main question that motivates this paper is: Which guidelines for chronic nonspecific low back pain are known by the Austrian physiotherapists? How exactly are the therapy requirements implemented, how do the therapists value their practical relevance and if the advanced training and experience of the physiotherapists make a difference in their level of knowledge? The superior purpose of this study is to find out which guidelines are known to the Austrian physiotherapists, what level of knowledge they have about them and how they realize them.

**Methodology:** This study is a cross-sectional study, which uses a self-developed questionnaire to interview Austrian physiotherapists. This empirical examination will take place from the beginning of November due to the end of December 2018 and the collected data was evaluated by using the statistic program SPSS. The Cramer-V test was used to calculate the contexts.

**Results:** Less than 40% of the physiotherapists surveyed know the guidelines for chronic unspecific low back pain and there is a significant link between the therapists education level and the awareness of the guidelines. Graduates of the University of Applied Sciences have the highest degree of awareness. Another finding was that, despite of the low level of awareness, the therapists have a high level of knowledge about the content of the guidelines. However, the therapists attribute little practical relevance to the guidelines.

**Conclusion:** The evaluation showed that the advanced training of the physiotherapist has a great influence on the level of awareness of the guidelines. So this is an important point in raising awareness of the guidelines. In addition, it turned out that the therapists probably work more conformist with the guidelines than they are aware.

**Key words:** chronic nonspecific low back pain, physiotherapeutic guidelines

## II. Inhaltsverzeichnis

|       |                                                                          |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Einleitung .....                                                         | 1  |
| 1.1   | Definition low back pain .....                                           | 1  |
| 1.1.1 | Der spezifische und unspezifische low back pain .....                    | 2  |
| 1.1.2 | Die Dauer des low back pains .....                                       | 2  |
| 1.1.3 | Der Schweregrad des low back pains .....                                 | 3  |
| 1.1.4 | Die Chronifizierungsstadien des low back pains .....                     | 4  |
| 1.1.5 | Die Risikofaktoren der Chronifizierung .....                             | 5  |
| 1.2   | Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains .....           | 6  |
| 1.2.1 | Der Nutzen des Verwendens von Leitlinien .....                           | 6  |
| 1.2.2 | Die Diagnostik .....                                                     | 7  |
| 1.2.3 | Die Therapie .....                                                       | 8  |
| 1.2.4 | Die Prävention .....                                                     | 8  |
| 1.2.5 | Die Qualitätsanforderung an die Leitlinien .....                         | 8  |
| 1.3   | Die Forschungsfrage, Ziele und Grundannahmen .....                       | 10 |
| 2     | Methodik .....                                                           | 12 |
| 2.1   | Das Studiendesign und der Studienablauf .....                            | 12 |
| 2.2   | Die Charakteristika und Rekrutierung der TeilnehmerInnen .....           | 13 |
| 2.3   | Das Messinstrument .....                                                 | 14 |
| 2.3.1 | Die Kriterien des Fragebogens .....                                      | 14 |
| 2.3.2 | Die Fragetypen und Anforderungen an die gestellten Fragen .....          | 15 |
| 2.3.3 | Die Antwortkategorien .....                                              | 15 |
| 2.3.4 | Die Qualitätsüberprüfung des Fragebogens .....                           | 15 |
| 2.3.5 | Beispielfragen .....                                                     | 16 |
| 2.4   | Die Datenverwaltung und Datenauswertung .....                            | 17 |
| 3     | Ergebnisse .....                                                         | 18 |
| 3.1   | Die Behandlungshäufigkeit von low back pain PatientInnen .....           | 18 |
| 3.2   | Der Bekanntheitsgrad der Leitlinien .....                                | 19 |
| 3.2.1 | Die Grundausbildung und der Bekanntheitsgrad der Leitlinien .....        | 21 |
| 3.2.2 | Die Fortbildungen und der Bekanntheitsgrad der Leitlinien .....          | 23 |
| 3.3   | Der Wissensstand über die Leitlinien .....                               | 24 |
| 3.4   | Die Umsetzung der Leitlinien in die Praxis .....                         | 26 |
| 3.4.1 | Die Umsetzung der Leitlinien in den Praxisalltag .....                   | 26 |
| 3.4.2 | Praxisrelevanz der Leitlinien im Therapiealltag der TherapeutInnen ..... | 28 |
| 3.5   | Evidenz der Leitlinien aus Sicht der PhysiotherapeutInnen .....          | 30 |

|       |                                           |    |
|-------|-------------------------------------------|----|
| 4     | Diskussion.....                           | 31 |
| 4.1   | Die Interpretation der Ergebnisse .....   | 31 |
| 4.2   | Die Beantwortung der Forschungsfrage..... | 33 |
| 4.3   | Die Limitationen.....                     | 34 |
| 4.3.1 | Der Fragebogen .....                      | 34 |
| 4.3.2 | Die ProbandInnenanzahl .....              | 35 |
| 4.3.3 | Die Durchführung der Studie .....         | 35 |
| 5     | Schlussfolgerung und Ausblick.....        | 36 |
| 6     | Literaturverzeichnis .....                | 38 |
| A     | Anhang.....                               | 40 |

### III. Abbildungsverzeichnis

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Abb. 1:</b> grafische Darstellung der Charakteristika der StudienteilnehmerInnen .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 13 |
| <b>Abb. 2:</b> Darstellung der Daten aus der Frage sieben ("Wenn Sie an das letzte halbe Jahr Ihrer Berufstätigkeit denken, wie häufig behandelten Sie durchschnittlich PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain?") .....                                                                                                                                                             | 18 |
| <b>Abb. 3:</b> Darstellung der Daten aus Frage acht („Kennen Sie Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains?“) und Frage neun („Wurden in Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen?“).....                                                                                                        | 19 |
| <b>Abb. 4:</b> grafische Darstellung des Ergebnis der Frage zehn („Welche der folgenden Leitlinien kennen Sie?“) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20 |
| <b>Abb. 5:</b> Ergebnis der Frage 11 („Kennen Sie noch andere Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains?“) grafisch dargestellt.....                                                                                                                                                                                                                                       | 21 |
| <b>Abb. 6:</b> Säulendiagramm zur Veranschaulichung des Zusammenhanges zwischen der Frage drei ("Wo haben Sie Ihre physiotherapeutische Grundausbildung absolviert?") und der Frage neun ("Wurden in Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen?“) .....                                                                       | 22 |
| <b>Abb.7:</b> grafische Veranschaulichung, dass zwischen Frage vier („Haben sie nach Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung noch Fortbildungen in einem physiotherapeutischen Konzept, wie zum Beispiel Maitland, Vojta, PNF, Cyriax, oder ähnliche absolviert?“) und Frage acht ("Kennen Sie Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pain?“) kein Zusammenhang besteht.. | 23 |
| <b>Abb. 8:</b> Darstellung wie häufig die in der Frage 18 („Welche der folgenden Behandlungsformen setzten Sie in Ihrer Praxis ein?“) angeführten Behandlungsformen für den chronischen unspezifischen low back pain verwendet werden .....                                                                                                                                                            | 24 |
| <b>Abb. 9:</b> Darstellung der Frage 19 („Berücksichtigen Sie bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen nicht spezifischen low back pain die psychosozialen Aspekte von Rückenschmerzen?“) und der Frage 20 („Werden Ihre PatientInnen, die an chronischen unspezifischen low back pain leiden, zusätzlich zu Ihrer Therapie medikamentös therapiert?“).....                                 | 25 |
| <b>Abb. 10:</b> Darstellung der Antworten der Frage 13 („Sind Ihrer Meinung nach die Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain in die Praxis umsetzbar?“) und 16 („Orientieren Sie sich bei der physiotherapeutischen Diagnostik an den Richtlinien aus den Leitlinien?“).....                                                                                                       | 26 |
| <b>Abb. 11:</b> Säulendiagramm zur Darstellung der Antworten der Frage 17 ("Setzen Sie die Therapievorgaben aus den Leitlinien in Ihrer Therapie bei PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain um?“) .....                                                                                                                                                                             | 27 |
| <b>Abb. 12:</b> grafische Darstellung der Daten der Frage 21 („Verwenden Sie bei der Prävention des chronischen unspezifischen low back pains die Vorgaben aus den Leitlinien?“).....                                                                                                                                                                                                                  | 27 |
| <b>Abb. 13:</b> Säulendiagramm der Frage 12 („Wie hoch schätzen Sie die Relevanz der Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain in Ihrer Praxis ein?“).....                                                                                                                                                                                                                           | 28 |

- Abb. 14:** Darstellung der Daten aus der Frage 14 („Fühlen Sie sich bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain durch die Leitlinien unterstützt?“) und der Frage 15 („Sehen Sie beim Verwenden der Leitlinien einen Nutzen für Ihre PatientInnen?“) mittels eines Säulendiagramms.....29
- Abb. 15:** Darstellung der Daten aus der Frage 22 („Wie hoch schätzen Sie die Evidenz der Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains ein?“).....30



## IV. Tabellenverzeichnis

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tab. 1:</b> Graded Chronic Pain Status (modifiziert nach (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b)..... | 3  |
| <b>Tab. 2:</b> Graduierung nach Raspe und Kohlmann (stark verändert nach Ahrens et al., 2005, S. 5)..... | 4  |
| <b>Tab. 3:</b> der Studienverlauf .....                                                                  | 12 |

## **Vorwort**

An dieser Stelle möchte ich all jenen, die mich bei dem Verfassen dieser Bachelorarbeit und bei der Durchführung der damit verbundenen Studie unterstützt haben, meinen herzlichen Dank aussprechen.

Allen voran gilt ein besonderes Dankeschön meinem Betreuer FH-Prof. Andreas Stübler, PT, MAS, der mir stets mit seinem fachlichen Wissen zur Seite stand und immer ein offenes Ohr für meine Fragen hatte. Ein großer Dank geht auch an meine Korrekturleser, meine Familie und meinen Freund, sowie an meine StudienkollegInnen, welche sich bereit erklärt haben die Pretests meines Fragebogens durchzuführen.

Auch möchte ich an dieser Stelle den PhysiotherapeutInnen, die sich die Zeit genommen haben um an meiner Umfrage teilzunehmen, meinen Dank aussprechen.

Eva Maria Hinterberger

St. Pölten 31.01.2019

# 1 Einleitung

Die Thematik des Kreuzschmerzes, im englischen low back pain, beschäftigt viele WissenschaftlerInnen. Der low back pain, abgekürzt lbp, gehört aufgrund seiner Häufigkeit und Kosten zu den größten Gesundheitsproblemen in den westlichen Industriestaaten. Hier leiden 85% der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben an Kreuzschmerzen. In Deutschland wurden 2008 alleine für die Versorgung des unspezifischen Kreuzschmerzes 3,6 Milliarden Euro ausgegeben. Jedoch stellt nicht nur die enorme Häufigkeit des Kreuzschmerzes und die dadurch entstehenden Kosten eine große Problematik dar, sondern auch seine Chronifizierung, welche zwischen 15% und 30% liegt. Im Jahr 2014 lag der chronische Kreuzschmerz in Österreich mit 1,8 Millionen Betroffenen auf Platz zwei der häufigsten chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen (Brose, 2013; Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF), 2017a; Klimont & Balasztis, 2015).

Um diese Kosten zu senken, wurden in den letzten Jahren verschiedene Leitlinien von mehreren Organisationen entwickelt, welche das Ziel haben, die Diagnostik, die Therapie und die Prävention des low back pains zu verbessern (Koes et al., 2010).

In dieser Arbeit wird vor allem auf den unspezifischen chronischen Kreuzschmerz eingegangen. Weiters werden die gängigsten deutschen und englischsprachigen Leitlinien vorgestellt.

## 1.1 Definition low back pains

Unter dem Begriff low back pain, im Deutschen „Kreuzschmerz“, versteht man einen Schmerz im Rücken, der sich zwischen der zwölften Rippe und der Gesäßfalte befindet und mit oder ohne Ausstrahlungen einhergeht (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF), 2017b).

Vor allem in der deutschen Umgangssprache muss auf die Lokalisation des Schmerzes genau geachtet werden, da hier oft Wörter als Synonyme verwendet werden, die nicht auf das gleiche Gebiet, wie der low back pain begrenzt sind. Ein Beispiel dafür ist der Rückenschmerz. Unter dieser Bezeichnung versteht man anatomisch gesehen einen Schmerz vom Hinterhaupt bis zur Gesäßfalte, welches ein viel größeres Schmerzgebiet ist, als das des low back pains (Raspe, 2012).

Des Weiteren werden Kreuzschmerzen nach ihrer Ursache, Dauer, ihrem Schweregrad, und ihrem Chronifizierungsstadium klassifiziert (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

### **1.1.1 Der spezifische und der unspezifische low back pain**

Wenn es um die Ursache des low back pains geht, kann man diesen in spezifischen und unspezifischen, beziehungsweise nicht spezifischen low back pain unterteilen.

Kreuzschmerzen werden als spezifisch bezeichnet, wenn es eine Ursache für die Beschwerden der Betroffenen gibt. Beispiele dafür sind Tumore, Bandscheibenvorfälle oder Frakturen (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017a).

Der um einiges häufiger vorkommende unspezifische Kreuzschmerz macht ganze 75% der Kreuzschmerzen aus. Bei diesem Schmerz ist keine Ursache bekannt und es gibt keinen Grund, eine schwere Pathologie dahinter zu vermuten (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017a; Raspe, 2012).

### **1.1.2 Die Dauer des low back pains**

Bei der zeitlichen Einteilung des low back pains wird in der Literatur meist zwischen einem akuten, subakuten und chronischen Schmerz unterschieden. Die genaue zeitliche Begrenzung ist jedoch nicht immer gleich und auch der subakute Schmerz wird nicht überall als ein eigener Zeitabschnitt angegeben.

Dem akuten Schmerz wird der Zeitraum vom Beginn der Schmerzen bis zur vierten oder sechsten Woche zugeteilt. Von der fünften oder sechsten bis zur zwölften Woche spricht man dann von dem subakuten Schmerz und ab der zwölften Woche handelt es sich um einen chronischen Schmerz (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b; Chenot, Becker, Niebling, & Kochen, 2004; Hartl, 2017; Raspe, 2012)

Teilweise wird in der Literatur noch eine Schmerzepisode beschrieben, welche nach mindestens sechsmonatiger Symptombefreiheit erneut auftritt, diese wird als rezidivierender Schmerz bezeichnet (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b; Hartl, 2017).

### 1.1.3 Der Schweregrad des low back pains

Es gibt bisher noch kein allgemein anerkanntes Instrument zur Erfassung des Schweregrades des akuten Schmerzes. Deshalb wird hierbei die subjektive Schmerzstärke mittels der visuellen Analogskala oder der numerischen Rating-Skala, ohne Berücksichtigung der funktionellen Beeinträchtigung, erfasst (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

Für die Einteilung des chronischen Schmerzes sind vor allem die Schmerzstärke und die Funktionsbeeinträchtigung von Bedeutung. International hat sich für die Einteilung des chronischen Schmerzes der „Graded Chronic Pain Status“ von Michael Von Korff, Samuel F. Dworkin und Linda Le Resche durchgesetzt, welche in Tabelle eins dargestellt wird. Tabelle zwei zeigt eine weitere wichtige Einteilung, welche von Raspe und Kohlmann 1994 entwickelt wurde. Beide Graduierungen berücksichtigen die zwei wichtigsten Faktoren: die Schmerzstärke und die Funktionsbeeinträchtigung. Jedoch unterteilt Michael Von Korff und seine PartnerInnen die Schweregrade von Grad null bis vier und Raspe und Kohlmann von Grad eins bis drei (Ahrens et al., 2005; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

|          |                                                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grad 0   | keine Schmerzen in den vergangenen sechs Monaten                                             |
| Grad I   | Schmerzen mit geringer schmerzbedingter Funktionseinschränkung und Intensität                |
| Grad II  | Schmerzen mit geringer schmerzbedingter Funktionseinschränkung und höherer Schmerzintensität |
| Grad III | mittlere schmerzbedingte Funktionseinschränkung                                              |
| Grad IV  | hohe schmerzbedingte Funktionseinschränkung                                                  |

**Tab. 1:** Graded Chronic Pain Status (modifiziert nach Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b)

|          |                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Grad I   | leichte Schmerzen mit geringer Schmerzintensität und Funktionseinschränkung |
| Grad II  | mittlere Schmerzen mit hoher Schmerzintensität oder Funktionseinschränkung  |
| Grad III | schwere Schmerzen mit hoher Schmerzintensität und Funktionseinschränkung    |

**Tab. 2:** Graduierung nach Raspe und Kohlmann (stark verändert nach Ahrens et al., 2005, S. 5)

#### **1.1.4 Die Chronifizierungsstadien des low back pains**

Der low back pain wird mithilfe des Mainzer Stadienmodells nach Gerbershagen in drei Chronifizierungsstadien eingeteilt, wobei das erste Stadium, das mit der geringsten Chronifizierung und das dritte Stadium, das mit der höchsten Chronifizierung ist. Dieses Stadienmodell wurde primär für eine multimethodale Schmerzdiagnostik entwickelt. Es berücksichtigt außerdem den Zusammenhang zwischen dem psychischen Befinden, der schmerzbedingten Einschränkung bei Alltagsaktivitäten und der Arbeitsfähigkeit (Ahrens et al., 2005, S. 330; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

Das Mainzer Stadienmodell besteht aus zwei Achsen zur Schmerzwahrnehmung, dem zeitlichen und räumlichen Aspekt, und zwei Achsen zum Schmerzverhalten, dem Medikamenteneinnahmeverhalten und die Patientenkarriere. Jede dieser Achsen bekommt durch ein ärztliches Begutachten eine Achsensumme. Diese Achsensumme gibt dann das einzelne Achsenstadium vor. Das Chronifizierungsstadium wird durch die Addition aller Achsenstadien berechnet (Ahrens et al., 2005, S. 330f; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b; Nilges & Nagel, 2007).

In den letzten Jahren wird jedoch immer wieder Kritik an dem Mainzer Stadienmodell geäußert, da es überwiegend subjektive Fragen stellt und somit eine subjektive und keine objektive Aussage über die Schwere der Erkrankung ermöglicht. Weiters wurde festgestellt, dass dieses Modell einen Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Stadienverteilung zulässt, Kopfschmerzen haben zum Beispiel ein systematisch niedrigeres Chronifizierungsausmaß als Kreuzschmerzen (Ahrens et al., 2005, S. 331f; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

### **1.1.5 Die Risikofaktoren der Chronifizierung**

Das Risikoprofil an chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen zu erkranken setzt sich aus einem komplexen Zusammenwirken von unterschiedlichen Faktoren zusammen.

Ein Beispiel für solche Faktoren sind psychosoziale Risikofaktoren, die auch „yellow flags“ genannt werden. Sie haben einen erheblichen Einfluss auf das Chronifizierungsrisiko sowie den Krankheitsverlauf. Diese Risikofaktoren werden von der kulturellen und sozioökonomischen Herkunft der Betroffenen beeinflusst. Beispiele dafür sind die schmerzbezogene Kognition, Depressivität, ein passives Schmerzverhalten oder eine Neigung zur Somatisierung (Ahrens et al., 2005, S. 9ff; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b; Ramond et al., 2011).

Auch der Arbeitsplatz der PatientInnen kann Risikofaktoren bergen. Diese Risikofaktoren unterteilt man in „blue flags“ und in „black flags“. Unter „blue flags“ versteht man subjektive Faktoren, die von dem Betroffenen als physisch oder psychisch belastend empfunden werden, wie zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes, wenig soziale Unterstützung durch die KollegInnen oder eigene negative Erwartungen hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Als „black flags“ bezeichnet man objektive Faktoren, welche die sozialen Rahmenbedingungen von Seiten der ArbeitgeberInnen oder objektiv messbare Arbeitsplatzfaktoren sind, zum Beispiel schwere körperliche Arbeit, Vibrationsexpositionen oder eine monotone Körperhaltung (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b; [www.aerztezeitung.at](http://www.aerztezeitung.at), 2018).

Des Weiteren stellt auch die medizinische Betreuung einen Risikofaktor dar. Zum Beispiel die mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese, lange schwer begründbare Krankschreibungen oder die Überbewertung von somatischen/radiologischen Befunden sind Faktoren welche die Chronifizierung unterstützen können (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

Aber auch der Lebensstil der Betroffenen bietet Risikofaktoren. Hierzu gehören beispielsweise Rauchen, Übergewicht, übermäßiger Alkoholkonsum, eine geringe körperliche Kondition oder geringe körperliche Aktivitäten im Alltag ((Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

## **1.2 Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains**

Die erste Leitlinie wurde bereits 1987 von der Quebec Task Force veröffentlicht. Die Autoren wiesen damals vor allem auf die fehlende Evidenz beim Treffen von Entscheidungen der MitarbeiterInnen, der verschiedenen medizinischen Berufsgruppen, hin. Seit dieser Veröffentlichung wurde viel im Bereich der Diagnostik, Prognose und Therapie geforscht und anhand der erlangten Ergebnisse verschiedene Leitlinien entwickelt (Ahrens et al., 2005, S. 681f; Fishman, 2012; Friedrich et al., 2011).

Im folgenden Kapitel wird der Zweck für das Verwenden von Leitlinien angeführt. Des Weiteren werden die physiotherapeutisch relevanten Aspekte der Diagnose-, Therapie- und Präventionsvorgaben aus verschiedenen Leitlinien, die 2006 erschienenen „European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain“ von Airaksinen et al., das 2011 publizierte „Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen 2011“ von M. Friedrich et al., die 2006 erschienene „Nationale VersorgungsLeitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz“ von der Bundesärztekammer (BÄK) et al. und die 2004 veröffentlichte „DEGMA-Leitlinien Kreuzschmerz“ von J.-F. Chenot et al., vorgestellt.

Außerdem wird die Qualitätsanforderung an die Leitlinien für chronischen unspezifischen Kreuzschmerz dargestellt.

### **1.2.1 Der Nutzen des Verwendens von Leitlinien**

Durch die zunehmende Belastung durch chronischen Erkrankungen wird die Physiotherapie vor eine neue Herausforderung gestellt, bei der die therapeutischen Ressourcen so sinnvoll und effizient wie möglich eingesetzt werden sollen (Rogan, Garlich, Pötting, Schoch, & Supp, 2017).

Mit Hilfe der Leitlinien sollen die TherapeutInnen bei ihrer Diagnostik, Therapie und Prävention am neusten Stand der Effektivität und Evidenzbasiertheit bleiben. Sie sollen auch eine Entscheidungshilfe für die Behandlungsverantwortlichen sein. Dies bedeutet jedoch nicht, dass damit die Individualität der Behandlung eingeschränkt werden soll, denn Leitlinien stellen nur einen Handlungskorridor dar, von dem Abweichungen gemacht werden dürfen, welche aber begründet werden sollen. Durch das Verwenden von evidenzbasierten Leitlinien wird es den TherapeutInnen erleichtert, mit ihrer Behandlung am neusten Stand der Erkenntnisse zu bleiben und sie bietet eine Strategie um die Qualität und Sicherheit im Gesundheitsbereich zu verbessern (Ahrens et al., 2005, S. 681f; Barth & Hü-



ter-Becker, 2005, S. 14ff.; Borgetto et al., 2007; Fishman, 2012; Friedrich et al., 2011; Koes et al., 2010; Rogan et al., 2017)

### **1.2.2 Die Diagnostik**

Die Diagnostik dient dem Erkennen von red flags, Risikofaktoren, welche eine Chronifizierung fördern und extravertebragen sowie spezifischen Ursachen. Unter extravertebragen Ursachen versteht man benachbarte Organe, welche nicht unmittelbar zu den knöchernen, diskoligamentären oder muskulären Strukturen der Wirbelsäule gehören und Schmerzen verursachen (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b).

In der Anamnese sollen, neben der Erhebung der Basisinformationen und der allgemeinen medizinischen Daten, den PatientInnen Fragen bezüglich der Schmerzcharakteristika, des Schmerzverlaufes, der extravertebragen Ursachen, der red flags, sowie der psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren gestellt werden (Airaksinen et al., 2006; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017a; Chenot et al., 2004; Friedrich et al., 2011; Koes et al., 2010).

Bei der körperlichen Untersuchung sind die Untersuchungen nicht in allen Leitlinien ident, der Großteil empfiehlt jedoch eine Inspektion, eine Untersuchung der spinalen und lumbalen Beweglichkeit, eine Palpation sowie ein neurologisches Screening (Airaksinen et al., 2006; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b; Chenot et al., 2004; Friedrich et al., 2011).

Eine bildgebende Diagnostik oder Laboruntersuchung wird nur empfohlen, wenn der Verdacht einer ernstzunehmenden Pathologie vorliegt, oder wenn nach vier bis sechs Wochen Therapie noch keine Verbesserung vorliegt. Wenn kein Grund für ein solches Verfahren besteht, ist dieses sogar kontraindiziert, da es eine Chronifizierung fördern kann (Airaksinen et al., 2006; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017a; Chenot et al., 2004; Friedrich et al., 2011; Hartl, 2017; Koes et al., 2010).

### **1.2.3 Die Therapie**

Die Therapie des chronischen unspezifischen Kreuzschmerzes soll multidisziplinär angelegt sein. Im Bereich der Physiotherapie steht die Aktivität im Vordergrund, vor allem die Bettruhe der PatientInnen soll so kurz wie möglich gehalten und die Alltagsaktivitäten so schnell wie möglich wieder aufgenommen werden (Airaksinen et al., 2006; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017b; Chenot et al., 2004; Friedrich et al., 2011).

Die symptomorientierte Basistherapie sollte während des gesamten Behandlungsverlaufs aufrechterhalten werden. Als weitere Therapiemaßnahmen können Mobilisationen beziehungsweise Manipulationen, Massagen, eine Rückenschule, Wärmetherapien und Elektrophysiotherapien durchgeführt werden. Jedoch muss die körperliche Aktivität im Vordergrund stehen. Zusätzlich müssen die PatientInnen über das Therapieschehen informiert und zu einer gesunden Lebensführung motiviert werden. Der medikamentösen Therapie wird bei der Behandlung des chronischen unspezifischen Kreuzschmerzes nur eine mäßige Wirkung zugeschrieben. Hierbei soll vor allem bei einer Langzeitanwendung der Nutzen und die Risiken sorgfältig abgewogen und individuell entschieden werden (Airaksinen et al., 2006; Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017a; Chenot et al., 2004; Friedrich et al., 2011).

### **1.2.4 Die Prävention**

Das A und O der Prävention ist die körperliche Aktivität, welche an die Voraussetzungen der Betroffenen individuell angepasst werden muss. Zusätzlich kann man Maßnahmen am Arbeitsplatz setzen, welche die Ergonomie sowie die Arbeitsplatzzufriedenheit fördern. Außerdem gehören die PatientInnen über ihren gesundheitlichen Zustand informiert, aufgeklärt und im Umgang damit geschult. Weiters sind eine genaue Diagnostik und Wiederbefundung mit besonderem Augenmerk auf die Risikofaktoren einer Chronifizierung wichtig (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017a; Friedrich et al., 2011).

### **1.2.5 Die Qualitätsanforderung an die Leitlinien**

Bei der Qualitätsanforderung werden die Inhalte und Ziele der Leitlinien bezüglich ihrer Anwendbarkeit und Berücksichtigung aller Berufsgruppen bewertet. Vor allem die praktische Umsetzung ist sehr wichtig, denn nur eine anwendbare Leitlinie kann die Qualität des Untersuchungsprozesses, der Patientenversorgung und das Ergebnis der Behand-

lung positiv beeinflussen. Außerdem kann nur bei der Umsetzung der Leitlinien gesehen werden, ob diese die gewünschten Verbesserungen bringen (Ahrens et al., 2005, S. 681f).

Um die Qualität der Leitlinien zu überprüfen, wurde in Deutschland die Einrichtung des Leitlinien-Clearingverfahrens gegründet. Die Aufgaben dieser Einrichtung sind:

- „Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien;
- Monitoring des Fortschreitens von Leitlinien;
- Information über die Leitlinien;
- Unterstützung bei der Verbreitung von Leitlinien;
- Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien;
- Unterstützung bei der Evaluierung von Leitlinien;
- Anregung für die Weiterentwicklung der „Beurteilungskriterien für Leitlinien“ (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, 1999, S. 2105).

Das Leitlinien-Clearingverfahren fand deutliche Qualitätsmängel in den Punkten Transparenz des Entwicklungsprozesses, Unabhängigkeit der Entwicklung, Praktikabilität, Empfehlungen zur Implementierung, sowie Verknüpfung von Empfehlungen und Evidenz (Ahrens et al., 2005, S. 681f).

Im Allgemeinen wird den ErstellerInnen zukünftiger Leitlinien für chronischen unspezifische Kreuzschmerzen empfohlen, die Definition, Epidemiologie und Ziele der Leitlinien am Beginn darzulegen. Außerdem soll die Diagnostik mit der Anamnese, der Risikobeurteilung und der körperlicher Therapie sowie die Wichtigkeit einer regelmäßigen Wiederbefundung in den Leitlinien eingebaut werden. Des Weiteren wird den VerfasserInnen empfohlen die verschiedenen Therapieformen, die nicht invasive Therapie, die medikamentöse Therapie, die psychologische Betreuung und die invasive Therapie, zu berücksichtigen. Auch wird den AutorInnen nahegelegt die Wichtigkeit des multidisziplinären Therapiekonzepts sowie die Prävention in ihre Leitlinien einzubauen. Weiters soll auf die optimale Umsetzung der Therapievorgaben sowie auf die Limitierungen der aufgestellten Leitlinien hingewiesen werden (Ahrens et al., 2005, S. 682).

### **1.3 Die Forschungsfrage, Ziele und Grundannahmen**

Es steht außer Frage, dass die Physiotherapie einen wichtigen Teil der Behandlung des chronischen unspezifischen low back pains ausmacht und somit auch viele Leitlinien an die PhysiotherapeutInnen gerichtet sind. Im Rahmen der Recherche für diese Bachelorarbeit konnte jedoch noch keine Studie gefunden werden, in der untersucht wird welche Leitlinien die österreichischen PhysiotherapeutInnen kennen, beziehungsweise verwenden und welche Praxisrelevanz für sie in ihnen liegt.

Die Fragestellung, welche sich aufgrund dieser Wissenslücke gebildet hat und welche mit Hilfe dieser Bachelorarbeit versucht wird zu beantworten, ist: „Welche Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains sind den österreichischen Physiotherapeutinnen bekannt? Wie genau werden die Therapievorgaben umgesetzt, wie hoch schätzen sie deren Nutzen in der Praxis ein und macht der Ausbildungsweg und die Berufserfahrung der TherapeutInnen einen Unterschied in ihrem Kenntnisstand?“

Aus dieser Fragestellung ergaben sich folgende Ziele für diese Bachelorarbeit:

- herauszufinden wie groß der Bekanntheitsgrad der Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain bei den österreichischen PhysiotherapeutInnen ist und ob der Ausbildungsweg sowie die Berufserfahrung der TherapeutInnen einen Einfluss darauf haben
- zu ermitteln welchen Wissensstand die österreichischen TherapeutInnen über den Inhalt der Leitlinien haben
- zu untersuchen wie genau die Therapievorgaben aus den Leitlinien umgesetzt werden
- in Erfahrung zu bringen, welche Einstellung die österreichischen PhysiotherapeutInnen bezüglich der Praxisrelevanz der Leitlinien für chronischen unspezifischen low back pain haben

Die Grundannahmen, welche diesbezüglich getroffen werden sind zum einen, dass die Therapievorgaben der Leitlinien mehrheitlich umgesetzt werden. Dies ist zu erwarten, da es durch die Leitlinien den TherapeutInnen erleichtert wird auf den neusten Stand der Effektivität und Evidenzbasiertheit der einzelnen Therapien für spezifische Gesundheitsproblematiken zu bleiben. Da diese eine Übersicht bieten und außerdem eine Orientierungshilfe bezüglich der Entscheidungen und Handlungen der PhysiotherapeutInnen darstellen (Ahrens et al., 2005, S. 681f; Fishman, 2012).

Weiteres wird erwartet, dass es einen Unterschied im Wissensstand über die unterschiedlichen Leitlinien zwischen den österreichischen PhysiotherapeutInnen, die ihre Ausbildung an einer Akademie, Fachhochschule in Österreich oder im Ausland absolviert haben und wie lang die Befragten im Berufsleben stehen, gibt. Diese Annahme besteht, da zahlreiche Staaten eigene Leitlinien entwickeln und in der Lehre der Schwerpunkt vor allem auf die landeseigenen Leitlinien gelegt wird. Außerdem gewinnt der Begriff „evidence based medicine“, welcher 1992 stark von Gordon Guyatt geprägt wurde, auch in der Physiotherapie immer mehr an Bedeutung. Daher kann angenommen werden, dass auch in der Ausbildung immer mehr Wert darauf gelegt wird (Barth & Hüter-Becker, 2005, S. 14ff.; Friedrich et al., 2011).

Eine weitere Erkenntnis zu der gelangt werden könnte ist, dass den in Österreich arbeitenden PhysiotherapeutInnen nicht alle Leitlinien bekannt sind. Diese Vermutung besteht, da zahlreiche Länder eigene Leitlinien entwickelt haben und es einfach unmöglich ist, jede Leitlinie zu kennen. Weiters werden nicht alle Leitlinien ins Deutsche oder Englische übersetzt, was deren Bekanntheitsgrad natürlich negativ beeinflusst (Friedrich et al., 2011).

## 2 Methodik

Das folgende Kapitel soll die methodischen Arbeitsschritte dieser Arbeit verständlich erläutern und übersichtlich darstellen.

### 2.1 Das Studiendesign und der Studienablauf

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung mittels eines selbst entwickelten Fragebogens, welcher sich im Anhang A befindet.

Die Entwicklung des Fragebogens und dessen Überprüfung mittels Pretests erfolgte von September bis November 2018. Nach der anschließenden Adaptation des Fragebogens hinsichtlich der Pretestergebnisse, fand von Anfang November bis Ende Dezember 2018, der Rekrutierungsvorgang der ProbandInnen für die Studie statt. Parallel zu der Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen erfolgte die Beantwortung des Fragebogens. Nach Beendigung der Befragung wurden die erhobenen Daten im Dezember 2018 ausgewertet. In Tabelle drei wird der Studienverlauf noch einmal veranschaulicht.

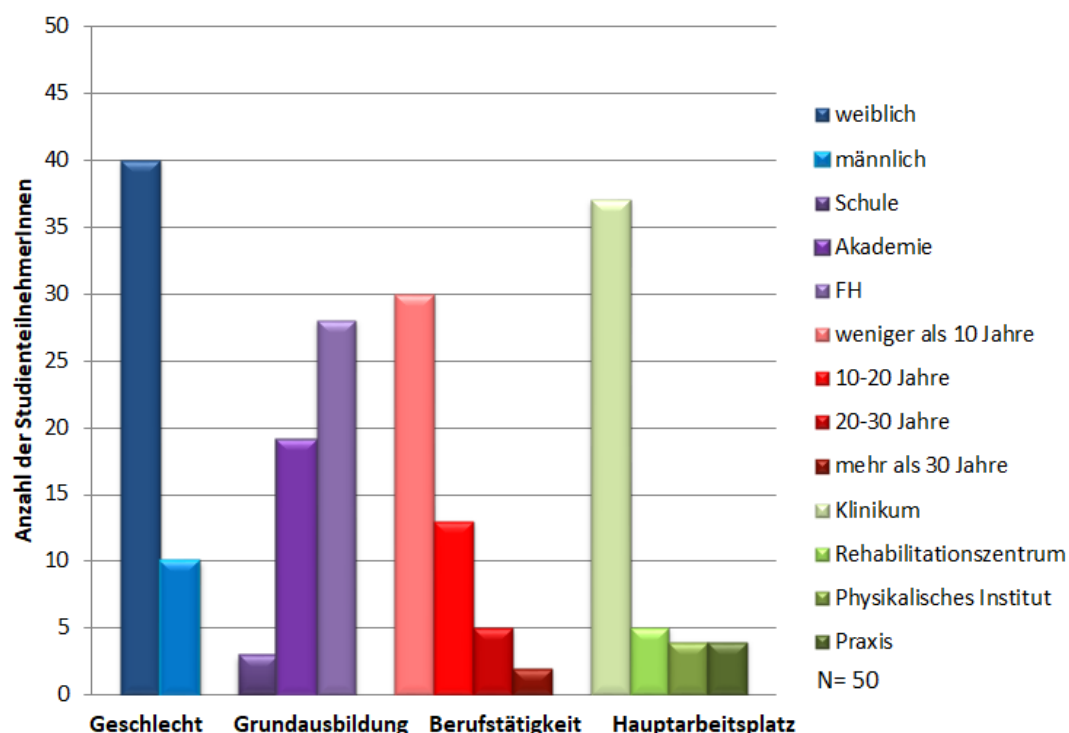
|                                             | Sept.<br>2018 | Okt.<br>2018 | Nov.<br>2018 | Dez.<br>2018 | Jan.<br>2019 |
|---------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Entwicklung und Pretests<br>des Fragebogens |               |              |              |              |              |
| Adaptation des Fragebo-<br>gens             |               |              |              |              |              |
| Rekrutierung und Durchfüh-<br>rung          |               |              |              |              |              |
| Datenauswertung                             |               |              |              |              |              |

**Tab. 3:** der Studienverlauf

## 2.2 Die Charakteristika und Rekrutierung der TeilnehmerInnen

Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie ist eine abgeschlossene Physiotherapieausbildung und die Berufstätigkeit als PhysiotherapeutIn zum Befragungszeitpunkt.

Es wurden insgesamt 50 TherapeutInnen, 40 Frauen und 10 Männer, für die Studie rekrutiert. Drei der Befragten haben Ihre physiotherapeutische Grundausbildung an einer Schule für Physiotherapie in Österreich, 20 an einer Akademie in Österreich, 27 an einer Fachhochschule in Österreich und keiner im Ausland absolviert. Weiters wurde auch die Dauer der Berufstätigkeit der TeilnehmerInnen eruiert, 30 ProbandInnen sind weniger als 10 Jahre als PhysiotherapeutIn tätig, 13 zwischen 10 und 20 Jahren, fünf zwischen 20 und 30 Jahren und zwei mehr als 30 Jahre. Außerdem sind zum Durchführungszeitpunkt 37 der Befragten hauptberuflich in einem Klinikum, fünf in einem Rehabilitationszentrum, vier in einem Physikalischen Institut und vier in einer eigenen Praxis tätig. Die oben angeführten demographischen Daten werden in Abbildung eins noch grafisch veranschaulicht. Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen erfolgte durch das Verteilen des Fragebogens an die TherapeutInnen des Klinikums Wels – Grieskirchen, des Universitätsklinikums Sankt Pölten und des Gesundheitszentrums Neumarkt im Hausruck. Des Weiteren wurde der online Link des Fragebogens über den Bekanntenkreis und die ehemaligen PhysiotherapiestudentInnen aus der Fachhochschule Sankt Pölten verbreitet.



**Abb. 1:** grafische Darstellung der Charakteristika der StudienteilnehmerInnen

## **2.3 Das Messinstrument**

Das Messinstrument dieser Studie ist ein eigens entwickelter Fragebogen, welcher sich in Anhang A befindet. Dieser wurde in gedruckter Form sowie als online Fragebogen verwendet. Der Grund dafür ist, dass bei dem online Fragebogen zwar eine viel größere Bandbreite erreicht werden kann, es jedoch eine geringere Teilnahme als beim gedruckten Format gibt. In diesem Fall haben 11 TeilnehmerInnen die online Version des Fragebogens und 39 die gedruckte Version ausgefüllt.

Anhand dieses Fragebogens wurde der Bekanntheitsgrad der Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain bei österreichischen PhysiotherapeutInnen, die bereits im Berufsleben stehen, sowie deren Wissensstand über den Inhalt der Leitlinien festgestellt. Weiters wurde aufgezeigt, welche Praxisrelevanz die TherapeutInnen in ihnen sehen und wie sie deren Therapievorgaben umsetzten. Zusätzlich wurde untersucht ob der Ausbildungsweg, eine Ausbildung an einer Schule für Physiotherapie, einer Akademie oder einer Fachhochschule, sowie die Berufserfahrung der PhysiotherapeutInnen eine Auswirkung auf den Bekanntheitsgrad der Leitlinien und den Wissensstand der ProbandInnen haben.

In den folgenden Unterkapiteln wird erklärt, welche Kriterien mit Hilfe des Fragebogens zu erfüllen versucht wurden, welche Anforderungen an die Fragen gestellt wurden und welche Fragetypen sowie Antwortkategorien verwendet wurden. Zusätzlich wird erläutert wie die Qualität des Fragebogens überprüft wurde und es werden Beispielfragen angegeben.

### **2.3.1 Die Kriterien des Fragebogens**

Der Fragebogen versucht folgende Grundkriterien zu erfüllen:

- Objektivität
- Validität
- Reliabilität

Weiters muss von technischer Seite eine Kompatibilität mit den verschiedenen Browserformaten bestehen, eine einfache Durchführung möglich und ein mehrfaches Ausfüllen unmöglich sein (BVM Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. & NEON, 2003).



### **2.3.2 Die Fragetypen und Anforderungen an die gestellten Fragen**

Im Fragebogen wurden geschlossene und offene Fragen gestellt.

Beim Erstellen der Fragen wurden folgende Anforderung beachtet:

- die Fragen müssen von jedem Befragten ohne Hilfe beantwortbar sein
- die Fragen sind klar und unmissverständlich
- es handelt sich um keine Suggestivfragen
- mögliche unklare Begriffe sind definiert

Um einen Erfolg des Fragebogens zu erreichen, ging die Frageabfolge vom Allgemeinen ins Konkrete und vom Einfachen ins Abstrakte über (2 ask, n.d.).

### **2.3.3 Die Antwortkategorien**

Die geschlossenen Fragen haben eine gerade Anzahl an Antwortkategorien. Der Grund dafür ist, dass es hierbei keine Mittelposition gibt und somit alle TeilnehmerInnen zumindest eine Tendenz vorgeben müssen. Um zu verhindern, dass jemand aufgrund von Unwissenheit die Frage falsch beantwortet oder auslässt, wird noch als Ausweichfläche eine Antwortmöglichkeit mit „weiß nicht“ oder „kann ich nicht beurteilen“ gegeben (2 ask, n.d.).

Bei den offenen Fragen wurde darauf geachtet, dass sie eindeutig gestellt sind und nur eine Thematik zum Beantworten beinhalteten. Somit sollten die ProbandInnen die Frage möglichst stichhaltig und in einem angemessenen Umfang beantworten können (Züll, 2014).

### **2.3.4 Die Qualitätsüberprüfung des Fragebogens**

Die Qualität des entwickelten Fragebogens wurde mit Hilfe von zwei Pretests überprüft. Diese Pretests wurden von KollegInnen, die nicht an der Entwicklung beteiligt waren, durchgeführt. Bei diesen Überprüfungen wurde auf die Akzeptanz der Zielpersonen, den benötigten Zeitaufwand und auf die Klarheit der Fragestellungen geachtet (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1996, S. 28f).

Das Ziel dieser Qualitätsüberprüfung war es, den Fragebogen soweit zu optimieren, dass mit seinem Output die Forschungsfrage bestmöglich beantwortet werden konnte.

### 2.3.5 Beispielfragen

In diesem Unterkapitel werden Beispielfragen aus dem Fragebogen angeführt.

- Wo haben Sie Ihre physiotherapeutische Grundausbildung absolviert?
  - an einer Schule für Physiotherapie in Österreich
  - an einer Akademie in Österreich
  - an einer Fachhochschule in Österreich
  - im Ausland
  
- Wie lange sind Sie schon als PhysiotherapeutIn tätig?
  - weniger als 10 Jahre
  - 10-20 Jahre
  - 20-30 Jahre
  - mehr als 30 Jahre
  
- Welche der folgenden Leitlinien kennen Sie? (bitte kreuzen Sie alle an, die Sie kennen)
  - European guidelines for the management of chronic non specific low back pain (von Airaksinen O., u.a. im Auftrag der COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain; Herkunftsland Deutschland )
  - Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen (von Friedrich M., u.a., Herkunftsland: Österreich )
  - Nationale VersorgungsLeitlinien Nicht-spezifischer Kreuzschmerzen (von der Bundesärztekammer (BÄK), u.a., Herkunftsland: Deutschland)
  - DEGAM-Leitlinien (von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Herkunftsland: Deutschland)
  - keine

## **2.4 Die Datenverwaltung und Datenauswertung**

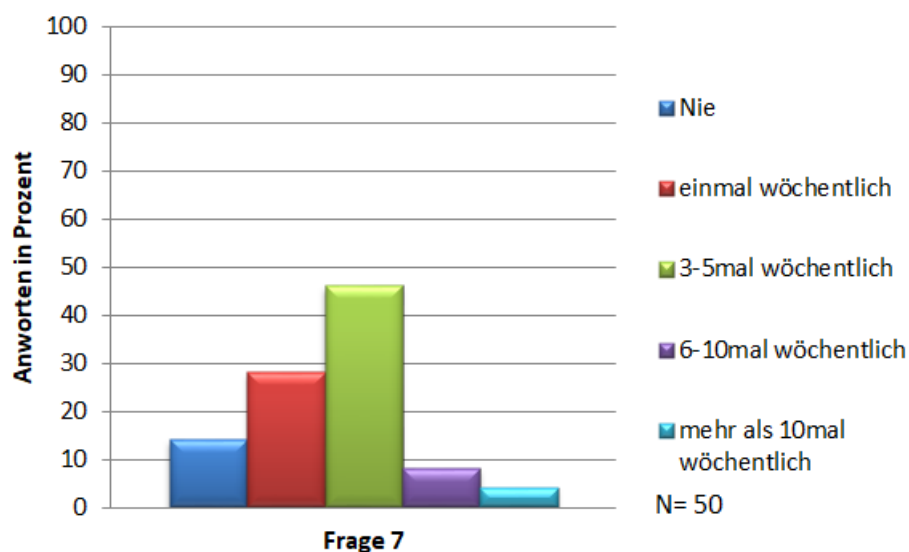
Zur Eingabe und Verwaltung der aus dem Fragebogen extrahierten Daten wurde Microsoft Excel verwendet. Hierfür wurde jede Antwort in einen Zahlenwert umgewandelt. Nach einer Eingabekontrolle wurden die Daten mittels des Statistikprogramms SPSS ausgewertet. Für diese Auswertung wurde die deskriptive Statistik sowie der Cramer-V Test verwendet. Die Wahl fiel auf den Cramer-V Test, da es sich bei den erhobenen Daten größtenteils um nominal skalierte Daten handelt. Der Cramer-V liegt bei jeder Kreuztabelle zwischen null und eins, deshalb kann hiermit keine Aussage über die Richtung, indirekt oder direkt, des Zusammenhangs getroffen werden. Durch den Korrelationskoeffizienten kann jedoch bestimmt werden, ob es sich um einen schwachen, 0,2 bis 0,3, einen mittleren, 0,3 bis 0,7, einen starken ab 0,7 oder einen sehr starken, eins, Zusammenhang handelt. Des Weiteren wurde das Signifikanzniveau auf  $p < 0,05$  festgelegt.

### 3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse, der empirischen Studie und deren statistischen Auswertungen und Analysen des Fragebogens sachlich dargestellt und grafisch veranschaulicht.

#### 3.1 Die Behandlungshäufigkeit von low back pain PatientInnen

Zu Beginn des Fragebogens wurde neben den demographischen Daten, mittels der Frage sieben, auch erhoben, wie häufig im letzten halben Jahr die befragten TherapeutInnen PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain durchschnittlich in der Woche behandelt haben. Hierbei kam heraus, dass zwei (4%) der TherapeutInnen mehr als zehnmal und vier (8%) sechs bis zehnmal wöchentlich PatientInnen mit dieser Problematik behandelten. Weiteres gaben 23 (46%) der TeilnehmerInnen an drei bis fünfmal und 14 (28%) einmal wöchentlich KlientInnen mit dieser Thematik behandelten. Es gaben auch sieben (14%) der Befragten an, nie PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain betreut zu haben. Abbildung zwei veranschaulicht diese Datenerhebung.



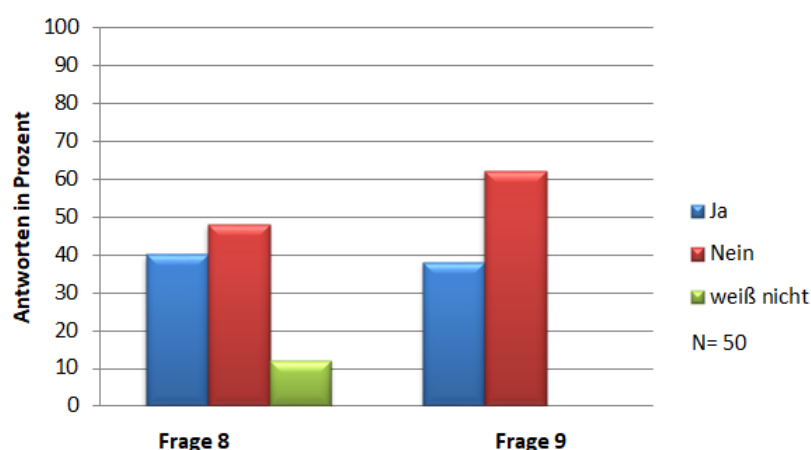
**Abb. 2:** Darstellung der Daten aus der Frage sieben ("Wenn Sie an das letzte halbe Jahr Ihrer Berufstätigkeit denken, wie häufig behandelten Sie durchschnittlich PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain?")

### 3.2 Der Bekanntheitsgrad der Leitlinien

Mit Hilfe der Fragen acht, neun, zehn und elf des Fragebogens wurde der Bekanntheitsgrad der Leitlinien für den unspezifischen chronischen low back pain bei den österreichischen PhysiotherapeutInnen ermittelt.

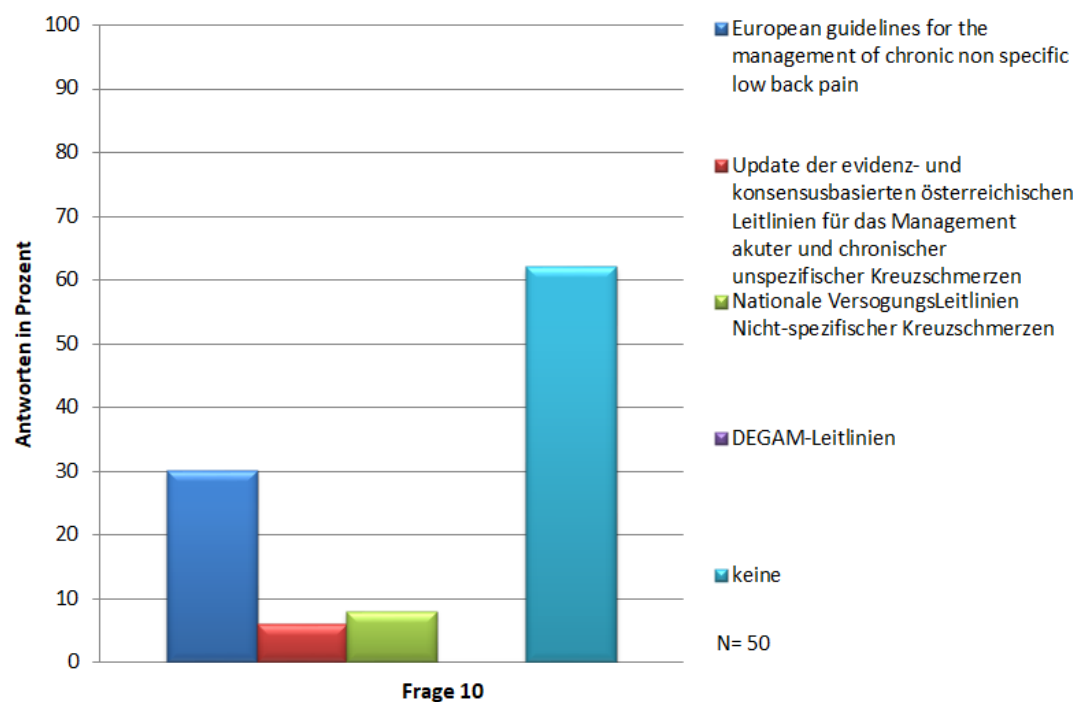
In der Frage acht wurde der Kenntnisstand über die Leitlinien zu der Thematik des unspezifischen chronischen low back pains abgefragt. Von den 50 befragten TherapeutInnen gaben 20 (40%) an, Leitlinien zu dieser Thematik zu kennen, 24 (48%) verneinten dies und sechs (12%) gaben an, es nicht zu wissen. Dieses Resultat wird gemeinsam mit den Daten aus Frage neun in der Abbildung drei grafisch dargestellt.

Die Frage neun befasste sich damit, ob in der Grundausbildung der ProbandInnen Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen wurden. Hierbei kam heraus, dass 19 (38%) der TherapeutInnen Leitlinien in ihrer Grundausbildung besprochen haben. Jedoch, konnten nur zwei der TeilnehmerInnen die besprochenen Leitlinien benennen. In beiden Fällen handelte es sich um die European guidelines for the management of chronic non specific low back pain. EinE weitere TeilnehmerIn konnte die Leitlinien, welche besprochen wurden nicht mehr benennen, gab jedoch an, dass deutsche sowie australische Leitlinien thematisiert wurden. Die restlichen 31 (62%) ProbandInnen gaben an, dass keine Leitlinien in ihrer Grundausbildung behandelt wurden. Wie oben bereits erwähnt, werden diese Daten gemeinsam mit denen aus Frage acht in der Abbildung drei noch grafisch veranschaulicht.



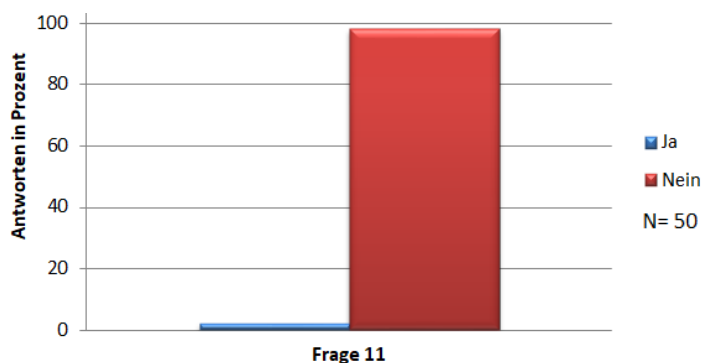
**Abb. 3:** Darstellung der Daten aus Frage acht („Kennen Sie Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains?“) und Frage neun („Wurden in Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen?“)

Mittels der Frage zehn wurde noch untersucht, ob die TeilnehmerInnen vier bestimmte Leitlinien, die European guidelines for the management of chronic non specific low back pain (von Airaksinen O., u.a. im Auftrag der COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain; Herkunftsland Deutschland ), das Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen (von Friedrich M., u.a., Herkunftsland: Österreich ), die Nationale VersorgungsLeitlinien Nicht-spezifischer Kreuzschmerzen (von der Bundesärztekammer, u.a., Herkunftsland: Deutschland) und die DEGAM-Leitlinien (von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Herkunftsland: Deutschland), kennen. Hierbei kam heraus das 15 (30%) der Befragten die European guidelines for the management of chronic non specific low back pain, drei (6%) das Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen, vier (8%) die Nationale VersorgungsLeitlinien Nicht-spezifischer Kreuzschmerzen und keineR der TeilnehmerInnen die DEGMA-Leitlinien kennt. Des Weiteren gaben 31 der insgesamt 50 TeilnehmerInnen an, keine der angegebenen Leitlinien zu kennen. Dieses Ergebnis wird in der untenstehenden Abbildung vier veranschaulicht.



**Abb. 4:** grafische Darstellung des Ergebnisses der Frage zehn („Welche der folgenden Leitlinien kennen Sie?“)

In der Frage 11 wurde noch erhoben ob den ProbandInnen zusätzlich zu den Leitlinien, welche in Frage 10 bereits genannt wurden, noch weitere bekannt sind. Hierbei antwortete nur eine Person mit Ja. DieseR TeilnehmerIn antwortet bei der Unterfrage: „Welche Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains?“, dass während Fortbildungen zu McKenzie und Maitland mehrere Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen wurden. Abbildung fünf veranschaulicht dieses Ergebnis.



**Abb. 5:** Ergebnis der Frage 11 („Kennen Sie noch andere Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains?“) grafisch dargestellt

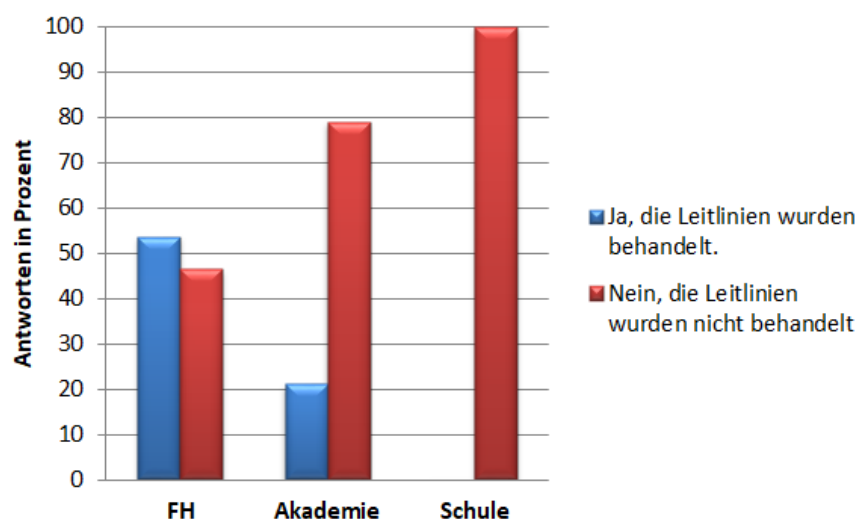
### 3.2.1 Die Grundausbildung und der Bekanntheitsgrad der Leitlinien

Zusätzlich wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsweg, an einer Schule für Physiotherapie, an einer Akademie oder an einer Fachhochschule und dem Bekanntheitsgrad der Leitlinien für den chronischen nicht spezifischen low back pain existiert.

Um herauszufinden, ob zwischen der Grundausbildung der befragten PhysiotherapeutInnen und dem Bekanntheitsgrad der Leitlinien ein Zusammenhang besteht, wurde mittels des Cramer-V Tests untersucht ob eine Korrelation zwischen der Antwort auf die Frage drei: „Wo haben Sie Ihre physiotherapeutische Grundausbildung absolviert?“, und den Antworten auf die Frage acht: „Kennen Sie Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pain?“, sowie der Frage neun: „Wurden in Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen?“, besteht.

Hierbei gaben 54% der AbsolventInnen (15 absolut) der Fachhochschulen an, dass die Leitlinien behandelt wurden und bei 46% (13 absolut) wurden diese nicht behandelt. Anders stellt sich diese Situation bei den UmfrageteilnehmerInnen mit einem Abschluss an einer Akademie dar. Nur 21% der Akademie AbsolventInnen (vier absolut) lernten die Leitlinien kennen und 79% (15 absolut) taten dies nicht. In den Schulen für Physiotherapie wurde kein Bezug auf die Leitlinien genommen. Keiner der TeilnehmerInnen mit einem Abschluss an einer Schule hat in der Grundausbildung die Leitlinien kennengelernt.

Die statistische Berechnung ergab zwischen den Variablen „Form der Grundausbildung“ und „Kennen von Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain“ einen p-Wert von 0,141. Dies bedeutet, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht. Die Berechnung des Cramer-V Test zwischen der Variable „Form der Grundausbildung“ und der Variable „Kennenlernen der Leitlinien in der Grundausbildung“ wurde ein p-Wert von 0,030 ermittelt. Folglich besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Form der Grundausbildung und ob in der Grundausbildung Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain kennengelernt wurden. Um eine Aussage bezüglich der Stärke des Zusammenhangs machen zu können, wurde der Korrelationskoeffizient berechnet. Dieser ergab 0,375, dies bedeutet, dass es sich um einen mittleren Zusammenhang, welcher zwischen 0,3 bis 0,7 festgelegt ist, handelt. In Abbildung sechs wird dieser Zusammenhang nochmal mit Hilfe eines Säulendiagramms dargestellt.

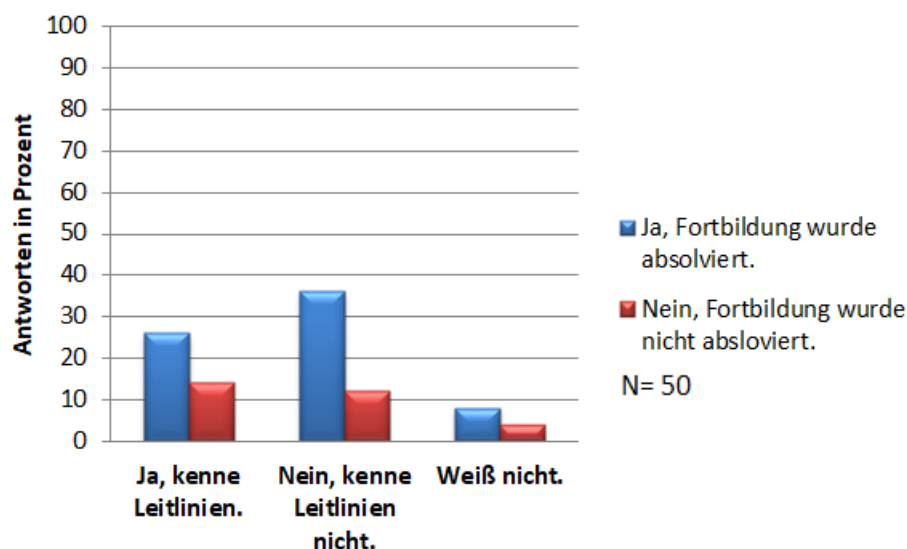


**Abb. 6:** Säulendiagramm zur Veranschaulichung des Zusammenhangs zwischen der Frage drei ("Wo haben Sie Ihre physiotherapeutische Grundausbildung absolviert?") und der Frage neun ("Wurden in Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen?")



### 3.2.2 Die Fortbildungen und der Bekanntheitsgrad der Leitlinien

Außerdem wurde untersucht ob, ein Zusammenhang zwischen dem Bekanntheitsgrad der Leitlinien und den weiterführenden Fortbildungen in den verschiedenen physiotherapeutischen Konzepten, welche die TeilnehmerInnen nach der Grundausbildung absolviert haben, besteht. Um dies herauszufinden wurde der Cramer -V Test bei der Frage vier: „Haben sie nach Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung noch Fortbildungen in einem physiotherapeutischen Konzept, wie zum Beispiel Maitland, Vojta, PNF, Cyriax, oder ähnliche absolviert?“ und der Frage acht: „Kennen Sie Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pain?“, durchgeführt. Von den teilgenommen PhysiotherapeutInnen gaben 70% (35 absolut) an, weiterführende Fortbildungen absolviert zu haben und 30% (15 absolut) taten dies nicht. Bei der statistischen Berechnung kam ein p-Wert von 0,757 heraus. Dies bedeutet, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den weiterführenden Fortbildungen und dem Bekanntheitsgrad der Leitlinien besteht. Dies wird in Abbildung sieben grafisch veranschaulicht.

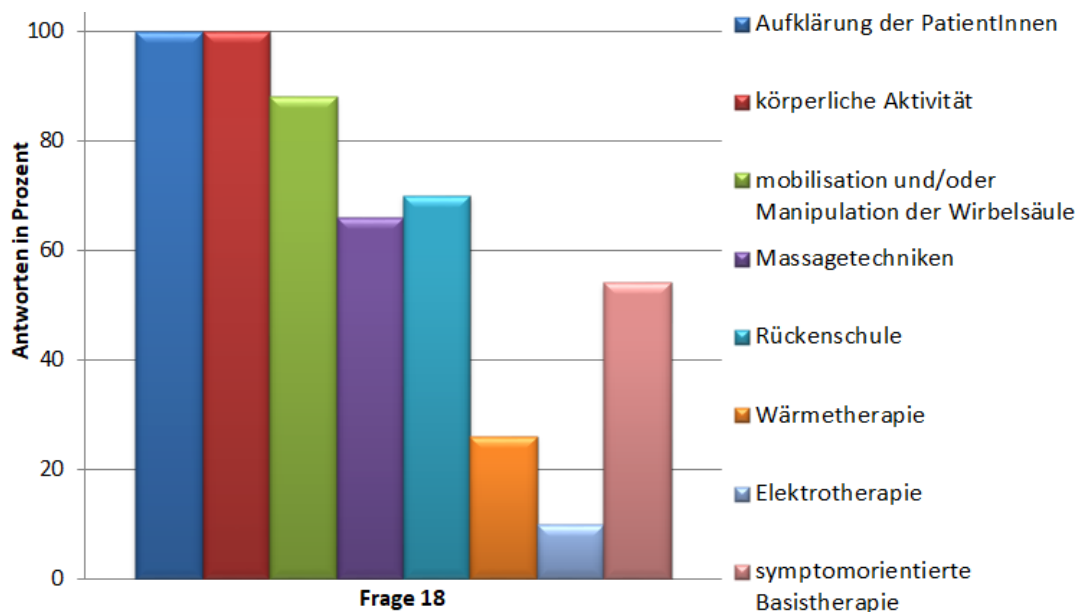


**Abb.7:** grafische Veranschaulichung, dass zwischen Frage vier („Haben sie nach Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung noch Fortbildungen in einem physiotherapeutischen Konzept, wie zum Beispiel Maitland, Vojta, PNF, Cyriax, oder ähnliche absolviert?“) und Frage acht („Kennen Sie Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pain?“) kein signifikanter Zusammenhang besteht

### 3.3 Der Wissensstand über die Leitlinien

Um den Wissensstand der TherapeutInnen bezüglich der Richtlinien und Vorgaben aus den Leitlinien für den nicht spezifischen low back pain zu ermitteln, wurden die Frage 18, 19 und 20 ausgewertet.

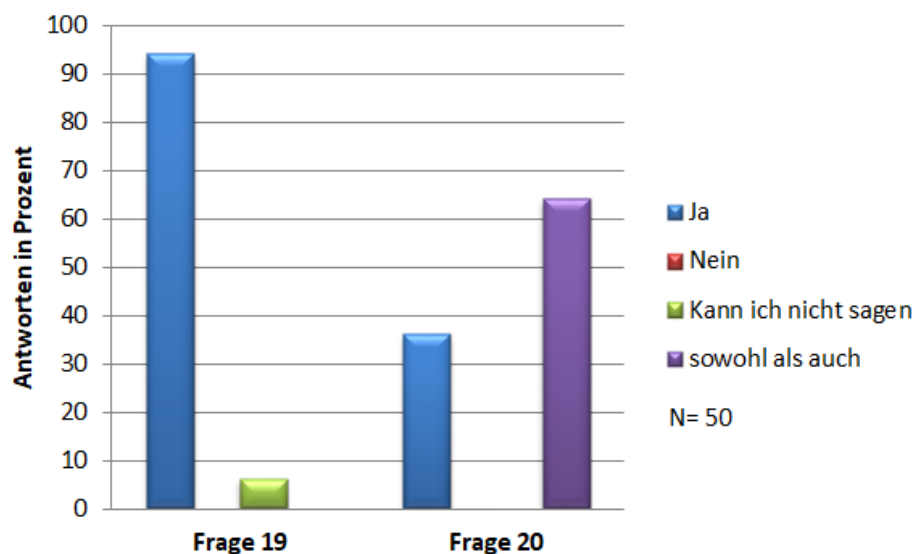
In der Frage 18 wurden verschiedene Behandlungsformen, zu welchen in den Leitlinien geraten wird, zur Auswahl gestellt und die ProbandInnen sollten die Behandlungsart auswählen, welche sie in ihrer Therapie verwenden. Hierbei kam heraus, dass 8% der TeilnehmerInnen (vier absolut) alle acht und 8% der TeilnehmerInnen (vier absolut) sieben der Behandlungsarten in ihre Therapie einsetzen. Weiters gaben 26% der ProbandInnen (13 absolut) an sechs und 22% (11 absolut) fünf der vorgegeben Therapieformen zu verwenden. 20% der Befragten (10 absolut) gaben an vier und 16% (acht absolut) drei der Behandlungsarten einzusetzen. KeinE TeilnehmerIn gab an, weniger als drei der vorgegebenen Behandlungsformen umzusetzen. In der Abbildung acht wird gezeigt wie häufig die einzelnen Therapieformen verwendet werden.



**Abb. 8:** Darstellung wie häufig die in der Frage 18 („Welche der folgenden Behandlungsformen setzten Sie in Ihrer Praxis ein?“) angeführten Behandlungsformen für den chronischen unspezifischen low back pain verwendet werden

In Frage 19 wurde ermittelt, ob die TherapeutInnen die psychosozialen Aspekte bei der Behandlung ihrer PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain berücksichtigen. Hierbei gaben 94% ProbandInnen (47 absolut) an, diese zu berücksichtigen, 6% (drei absolut) entschieden sich für die Antwortmöglichkeit „Kann ich nicht sagen“. Keiner der Befragten gab an, dass er die psychosozialen Aspekte bei der Behandlung seiner KlientInnen mit der Problematik des low back pains nicht beachtet. Abbildung neun veranschaulicht diese Daten gemeinsam mit denen der Frage 20 grafisch.

Bei der Frage 20 wurde erhoben, ob die PatientInnen der ProbandInnen zusätzlich zu ihrer Therapie üblicherweise noch medikamentös therapiert werden. Dabei gaben 36% der TeilnehmerInnen (18 absolut) an, dass ihre PatientInnen üblicherweise auch medikamentös therapiert werden und 64% (32 absolut) wählten die Antwortmöglichkeit „sowohl als auch“, dass also zumindest ein Teil ihrer PatientInnen zusätzlich medikamentös therapiert wird. Keiner der befragten TherapeutInnen gab an, dass seine PatientInnen üblicherweise nicht zusätzlich medikamentös therapiert werden. Die Abbildung neun veranschaulicht die Antworten der TherapeutInnen noch mit Hilfe eines Säulendiagramms.



**Abb. 9:** Darstellung der Frage 19 („Berücksichtigen Sie bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen nicht spezifischen low back pain die psychosozialen Aspekte von Rückenschmerzen?“) und der Frage 20 („Werden Ihre PatientInnen, die an chronischen unspezifischen low back pain leiden, zusätzlich zu Ihrer Therapie medikamentös therapiert?“)

### 3.4 Die Umsetzung der Leitlinien in die Praxis

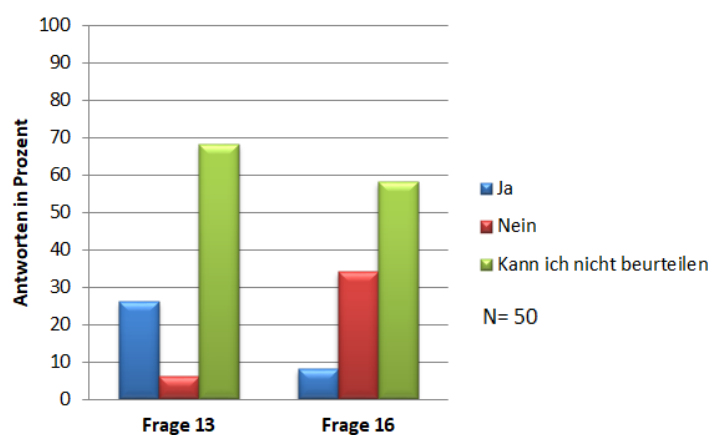
Mit Hilfe des Fragebogens wurde außerdem versucht herauszufinden, ob den teilgenommen PhysiotherapeutInnen die Leitlinien nicht nur bekannt sind und sie über die Richtlinien und Vorgaben daraus Bescheid wissen, sondern ob diese auch im Praxisalltag umsetzbar sind und ob sie eine Praxisrelevanz in ihnen für sich und ihre PatientInnen sehen.

#### 3.4.1 Die Umsetzung der Leitlinien in den Praxisalltag

Um herauszufinden, ob die TherapeutInnen bei der Diagnostik, Therapie und Prävention von PatientInnen mit chronischen nicht spezifischen low back pain die Vorgaben und Richtlinien aus den Leitlinien umsetzten, wurden die Fragen 13, 16, 17 und 21 ausgewertet. Während in der Frage 13 die teilgenommenen PhysiotherapeutInnen nach ihrer Meinung bezüglich der allgemeinen Umsetzbarkeit der Leitlinien in die Praxis befragt wurden, wurde bei den Fragen 16, 17 und 21 im speziellen auf die Richtlinien für die Diagnostik, Therapie und Prävention eingegangen.

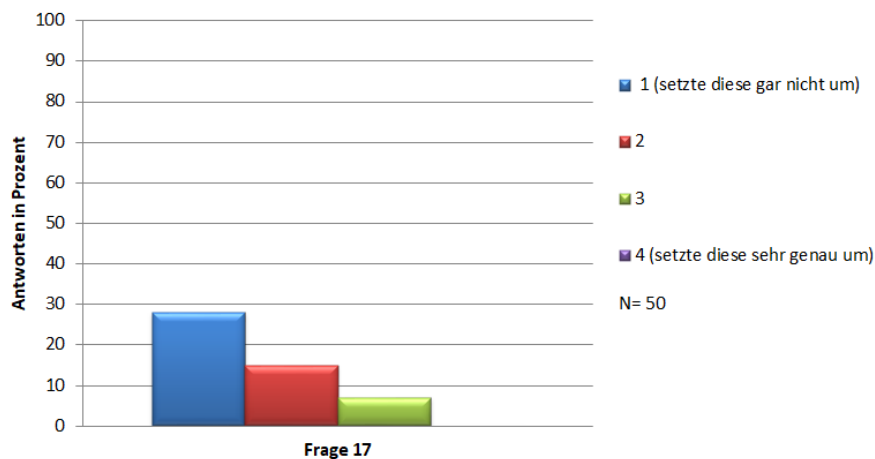
Bei der Frage 13 antworteten 13 (26%) der ProbandInnen mit Ja, die Leitlinien sind in die Praxis umsetzbar, drei (6%) mit Nein, sie sind nicht in die Praxis umsetzbar und 34 (68%) TeilnehmerInnen gaben an, nicht beurteilen zu können, ob die Leitlinien in die Praxis umsetzbar sind. Gemeinsam mit dem Ergebnis aus der Frage 16 wird dies in der Abbildung zehn grafisch veranschaulicht.

Mit der Frage 16 wurde eruiert, ob sich die befragten TherapeutInnen bei der physiotherapeutischen Diagnostik an den Richtlinien aus den Leitlinien orientieren. Hierbei antworteten vier (8%) mit Ja, 17 (34%) mit Nein und 29 (58%) gaben an, dies nicht beurteilen zu können. Wie bereits erwähnt wird dies mit der Frage 13 in der Abbildung zehn dargestellt.



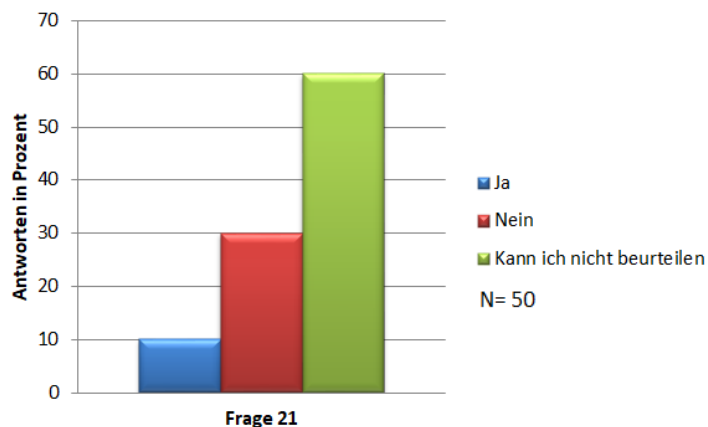
**Abb. 10:** Darstellung der Antworten der Frage 13 („Sind Ihrer Meinung nach die Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain in die Praxis umsetzbar?“) und 16 („Orientieren Sie sich bei der physiotherapeutischen Diagnostik an den Richtlinien aus den Leitlinien?“)

Mit der Umsetzung der Therapievorgaben aus den Leitlinien befasste sich die Frage 17. Hierfür hatten die TeilnehmerInnen eine Skala von eins, setzte diese gar nicht um, bis vier setzte diese sehr genau um, zur Auswahl. 28 (56%) der Befragten gaben hierbei an, die Therapievorgaben gar nicht umzusetzen, 15 (30%) entschieden sich für die Ziffer zwei, sieben (14%) für die Ziffer drei und keiner der TeilnehmerInnen für Ziffer vier. Dies wird in Abbildung 11 mittels eines Säulendiagramms veranschaulicht.



**Abb. 11:** Säulendiagramm zur Darstellung der Antworten der Frage 17 ("Setzen Sie die Therapievorgaben aus den Leitlinien in Ihrer Therapie bei PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain um?")

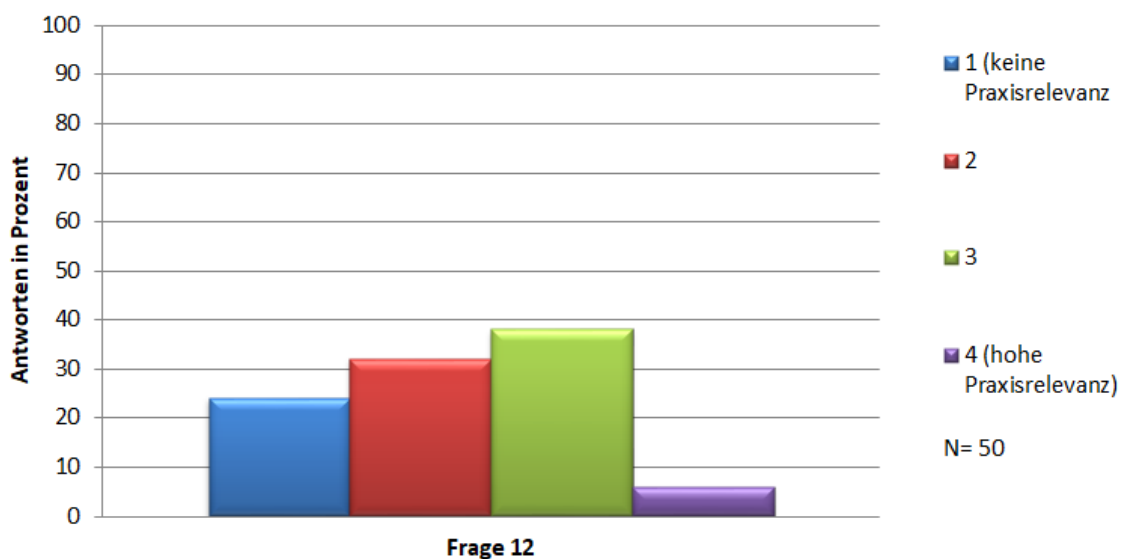
Die Frage 21 beschäftigte sich noch mit der Verwendung der Vorgaben bezüglich der Prävention des chronischen unspezifischen low back pain. Von den 50 TeilnehmerInnen gaben fünf (10%) an, die Vorgaben zu verwenden, 15 (30%) verneinten diese zu verwenden und 30 (60%) der Befragten gaben an, dies nicht beurteilen zu können. Abbildung 12 stellt dieses Resultat grafisch dar.



**Abb. 12:** grafische Darstellung der Daten der Frage 21 („Verwenden Sie bei der Prävention des chronischen unspezifischen low back pains die Vorgaben aus den Leitlinien?“)

### 3.4.2 Praxisrelevanz der Leitlinien im Therapiealltag der TherapeutInnen

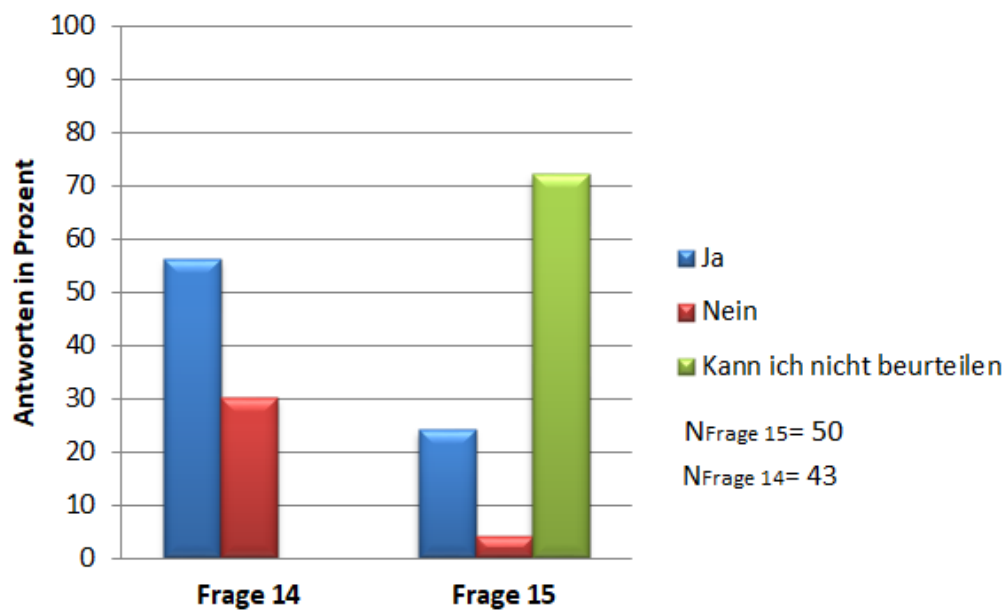
Wie bereits erwähnt, wurde auch die Praxisrelevanz, welche die teilgenommen TherapeutInnen in den Leitlinien sehen, untersucht. Dafür wurden die ProbandInnen bei der Frage 12 gebeten, auf einer Skala von eins bis vier anzugeben wie hoch sie die Praxisrelevanz der Leitlinien einschätzen. Eins stand hierbei für keine Praxisrelevanz und vier für eine hohe Praxisrelevanz. Es entschieden sich 24% der Teilnehmer (12 absolut) für eins, keine Praxisrelevanz, 32% (16 absolut) für zwei, 38% (19 absolut) für drei und 6% (drei absolut) der ProbandInnen wählten vier, eine hohen Praxisrelevanz. Dieses Ergebnis wird in Abbildung 13 mittels eines Säulendiagramms veranschaulicht.



**Abb. 13:** Säulendiagramm der Frage 12 („Wie hoch schätzen Sie die Relevanz der Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain in Ihrer Praxis ein?“)

Weiters wurden die PhysiotherapeutInnen bei der Frage 14 gefragt: „Fühlen Sie sich bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain durch die Leitlinien unterstützt?“. Dies verneinten 56% der Befragten (28 absolut), 30% (15 absolut) bejahten es und 14% (sieben absolut) enthielten sich ihrer Stimme. Mit Hilfe des Säulendiagramms in der Abbildung 14 werden diese Daten, mit den Daten aus der Frage 15 noch veranschaulicht.

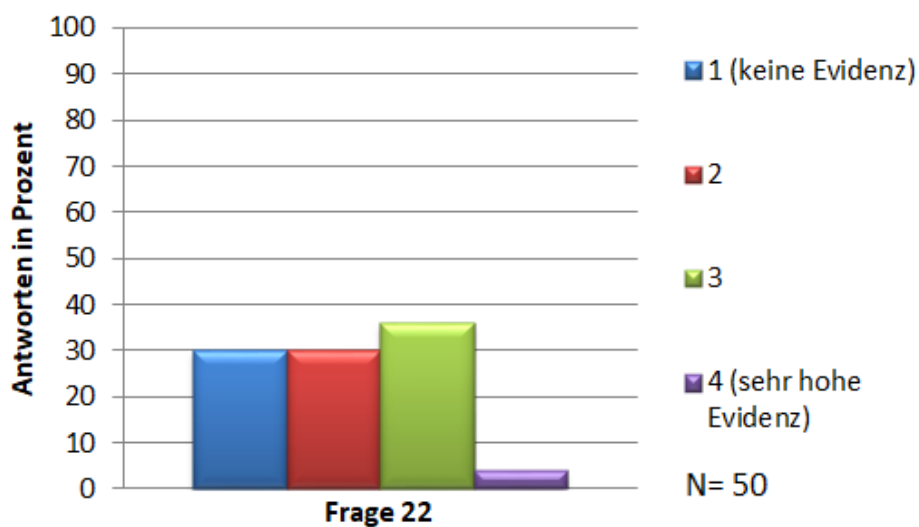
Mit der Frage 15 wurde noch ermittelt, ob die TeilnehmerInnen einen Nutzen für ihre PatientInnen bei der Verwendung der Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain sehen. Von den 50 ProbandInnen gaben hierbei 12 (24%) an, dass sie einen Nutzen für ihre PatientInnen in dem Verwenden der Leitlinien sehen, zwei (4%) verneinten dies und 36 (72%) gaben an dies nicht beurteilen zu können. Wie bereits erwähnt, werden diese Daten und die Daten aus Frage 14 in der Abbildung 14 mit einem Säulendiagramm grafisch veranschaulicht.



**Abb. 14:** Darstellung der Daten aus der Frage 14 („Fühlen Sie sich bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain durch die Leitlinien unterstützt?“) und der Frage 15 („Sehen Sie beim Verwenden der Leitlinien einen Nutzen für Ihre PatientInnen?“) mittels eines Säulendiagramms

### 3.5 Evidenz der Leitlinien aus Sicht der PhysiotherapeutInnen

Es wurde mit Hilfe der Frage 22 des Fragebogens eruiert, wie hoch die teilgenommenen PhysiotherapeutInnen die Evidenz der Leitlinien einschätzen. Hierfür wurde eine Skala von eins, keine Evidenz, bis vier, eine sehr hohe Evidenz, erstellt. 30% der Befragten (15 absolut) gaben an keine Evidenz in den Leitlinien zusehen, 30% (15 absolut) wählten die Ziffer zwei, 36% (18 absolut) die Ziffer drei und 4% (zwei absolut) schrieben den Leitlinien eine sehr hohe zu. Diese Antworten werden in der Abbildung 15 grafisch dargestellt.



**Abb. 15:** Darstellung der Daten aus der Frage 22 („Wie hoch schätzen Sie die Evidenz der Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains ein?“)



## 4 Diskussion

In der Einleitung dieser Arbeit wurde eine theoretische Hinleitung auf die Thematik der Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains gegeben, sowie die Forschungsfrage und die daraus resultierenden Ziele dargestellt.

In den folgenden Kapiteln sollen die Ergebnisse, der empirischen Studie, hinsichtlich der Ziele, aus Kapitel 1.3, interpretiert und die Forschungsfrage beantwortet werden. Des Weiteren werden gegen Ende des Kapitels noch die möglichen Limitationen der Studie angeführt.

### 4.1 Die Interpretation der Ergebnisse

Ein Ziel dieser Studie war es herauszufinden, wie groß der Bekanntheitsgrad der Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain unter den österreichischen PhysiotherapeutInnen ist und ob der Ausbildungsweg, sowie die Berufserfahrung der TherapeutInnen einen Einfluss darauf haben. Die Auswertung der Fragebögen zeigte, dass weniger als die Hälfte, nur 40% der TeilnehmerInnen, Leitlinien zu der Thematik des chronischen unspezifischen low back pains kennen. Bei der Auswertung des Fragebogens konnte außerdem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der physiotherapeutischen Grundausbildung und dem Behandeln der Leitlinien in der Grundausbildung festgestellt werden. Es stellte sich heraus, dass im Vergleich zu den Akademien und Schulen für Physiotherapie an den Fachhochschulen Leitlinien viel häufiger besprochen werden. Denn 15 (54%) der Befragten, welche ihre Ausbildung an einer Fachhochschule absolvierten haben, haben dort Leitlinien besprochen. Dagegen haben nur vier (21%) der AbsolventInnen einer Akademie und keinE AbsolventIn einer Schule angegeben, während ihrer Grundausbildung Leitlinien zu dieser Thematik behandelt zu haben. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass seit der Akademisierung der Ausbildung eine zunehmende wissenschaftliche Fundierung der klinischen Praxis gefordert wird. Dies bedeutet, dass von den TherapeutInnen erwartet wird, dass ihre Therapie auf dem neusten Stand der Effektivität und Evidenzbasiertheit steht. Da die Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains, die erste wurde 1987 von der Quebec Task Force veröffentlicht, genau dies versuchen, werden in den Fachhochschulen die Leitlinien wahrscheinlich häufiger besprochen, behandelt und deren Umsetzung den angehenden TherapeutInnen nahegebracht, als in den Ausbildungsformen zuvor. Bezüglich eines Zusammenhangs zwischen der Berufserfahrung der PhysiotherapeutInnen und dem Bekanntheitsgrad der Leitlinien konnte jedoch

kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (Barth & Hüter-Becker, 2005, S. 14ff; Borgetto et al., 2007; Fishman, 2012).

Die Auswertung der Fragen zu dem Wissenstand der österreichischen PhysiotherapeutInnen bezüglich des Inhalts der Leitlinien ergab, dass obwohl nur 20 der 50 TeilnehmerInnen (40%) angaben, Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains zu kennen, jeder Therapeut/jede Therapeutin mindestens drei, der vorgegebenen Therapieformen, aus den Leitlinien in der Praxis anwendet. Des Weiteren gehen, wie in den Leitlinien vorgegeben, 47 (94%) der teilgenommen PhysiotherapeutInnen auch auf die psychosozialen Aspekte in ihrer Behandlung ein. Bei der zusätzlich medikamentösen Therapie gaben 32 (64%) der Befragten, also fast zwei Drittel, an, dass ihre PatientInnen nur zum Teil zusätzlich medikamentös therapiert werden. Folglich wird es, wie in den Leitlinien empfohlen, individuell entschieden, ob zusätzlich medikamentös behandelt wird oder nicht. Dies lässt die Vermutung zu, dass die befragten PhysiotherapeutInnen, obwohl nur weniger als die Hälfte (40%) angaben, Leitlinien zu kennen, einen sehr hohen Wissenstand über den Inhalt der Leitlinien haben.

Mithilfe der Studie wurde auch untersucht wie exakt die TherapeutInnen die Therapievorgaben aus den Leitlinien umsetzen. Bei der generellen Beurteilung der Umsetzbarkeit der Leitlinien in der Praxis waren nur 13 (26%) der Befragten der Meinung, dass sie in der Praxis umsetzbar sind. Die Selbsteinschätzung der Befragten ergab, dass nur vier (8%) der teilgenommen PhysiotherapeutInnen, der Meinung sind sich an den Richtlinien für die Diagnostik zu orientieren, sieben (14%) die Therapievorgaben der Leitlinien genau umsetzen und fünf (10%) die Vorgaben zur Prävention verwenden. Es besteht bei dieser niedrigen Selbsteinschätzung der TherapeutInnen jedoch der Verdacht, dass der geringe Bekanntheitsgrad der Richtlinien eine große Rolle spielt. Denn es haben bei der Frage zu der Umsetzbarkeit der Leitlinien 68% der Befragten (34 absolut) angegeben, dies nicht beurteilen zu können. Wenn in weiterer Folge noch bedacht wird, dass jedeR der TherapeutInnen mindestens drei der vorgeschlagenen Behandlungsformen aus den Leitlinien verwendet und auch fast alle (94%) der Befragten bezüglich der psychosozialen Aspekte und fast zwei Drittel (64%) hinsichtlich der medikamentösen Therapie Leitlinien konform agieren, bestätigt dies die Grundannahme, dass die österreichischen PhysiotherapeutInnen die Therapievorgaben aus den Leitlinien mehrheitlich umsetzen. Außerdem zeigt dieses Ergebnis, dass die PhysiotherapeutInnen wohl wesentlich Leitlinien konformer arbeiten, als es ihnen bewusst ist.

Ein weiteres Ziel dieser Studie war es herauszufinden, wie die Einstellung der TherapeutInnen bezüglich der Praxisrelevanz der Leitlinien ist. Hierbei schrieben 56% der TeilnehmerInnen (28 absolut) den Leitlinien eine geringe bis keine Praxisrelevanz zu. Auch in Bezug auf die Behandlung und den Nutzen für die PatientInnen gibt es laut dem Ergebnis der Studie Verbesserungspotential. Denn nur 30% der TeilnehmerInnen (15 absolut) gaben an, sich bei der Behandlung der PatientInnen von den Leitlinien unterstützt zu fühlen und nur 24% (12 absolut) sehen einen Nutzen für die PatientInnen in ihnen. Dieses Ergebnis kann aber auch wiederum seinen Ursprung in dem geringen Bekanntheitsgrad der Leitlinien haben. Denn es haben bei der Frage nach dem Nutzen für die PatientInnen 72% der TeilnehmerInnen (36 absolut) angegeben, dies nicht beurteilen zu können.

## **4.2 Die Beantwortung der Forschungsfrage**

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: „Welche Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains sind den österreichischen PhysiotherapeutInnen bekannt? Wie genau werden die Therapievorgaben umgesetzt, wie hoch schätzen sie deren Nutzen in der Praxis ein und macht der Ausbildungsweg und die Berufserfahrung der TherapeutInnen einen Unterschied in ihrem Kenntnisstand?“

Der erste Teil der Fragestellung, „Welche Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains sind den österreichischen PhysiotherapeutInnen bekannt?“, konnte nicht beantwortet werden. Da die Leitlinien nur einen sehr geringen Bekanntheitsgrad unter den StudienteilnehmerInnen, nur 40% (20 absolut) gaben an Leitlinien zu kennen, haben und somit keine aussagekräftige Antwort diesbezüglich gegeben werden kann.

Die Fragestellung bezüglich der Umsetzung der Therapievorgaben konnte mit der Auswertung der Studie nicht vollständig beantwortet werden. Die TherapeutInnen verwenden ihrer Meinung nach die Leitlinien in den Bereichen der Diagnostik (8% = vier absolut), der Therapie (14% = sieben absolut) und der Prävention (10% = fünf absolut) fast gar nicht. Dies widerspricht sich jedoch mit den Angaben der StudienteilnehmerInnen bezüglich der Verwendung der vorgegeben Therapieform aus den Leitlinien, sowie dem Beachten der Richtlinien bezüglich der medikamentösen Therapie ihrer PatientInnen und dem Miteinbeziehen der psychosozialen Aspekte in die Behandlung. Wie im Punkt 4.1 Interpretation der Ergebnisse bereits erwähnt, bestätigt dies die Grundannahme, dass die österreichischen PhysiotherapeutInnen die Therapievorgaben aus den Leitlinien mehrheitlich umset-

zen und zeigt dass die PhysiotherapeutInnen wohl wesentlich Leitlinien konformer arbeiten als es ihnen bewusst ist.

Im letzten Teil der Forschungsfrage geht es um den Einfluss, den der Ausbildungsweg und die Berufserfahrung der TherapeutInnen auf ihren Kenntnisstand bezüglich der Leitlinien haben. Hierbei zeigte sich, dass in der Grundausbildung an Fachhochschulen die Leitlinien häufiger thematisiert werden, als sie in den Akademien oder Schulen für Physiotherapie wurden. Von den 28 StudienteilnehmerInnen (56%), die ihren Abschluss an einer Fachhochschule machten, gaben 54% (15 absolut) an, Leitlinien besprochen zu haben. Im Gegensatz dazu gaben nur 12% der AbsolventInnen (4 absolut) von einer Akademie an, welche behandelt zu haben und in den Schulen für Physiotherapie wurde kein Bezug auf die Leitlinien genommen. Wie bereits erwähnt kann der Grund dafür die Entwicklung in der Physiotherapie in Richtung einer wissenschaftlich fundierten klinischen Praxis und Evidenzbasiertheit sein. Im Gegensatz dazu konnte kein Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der TherapeutInnen und ihrem Kenntnistand über die Leitlinien gefunden werden (Barth & Hüter-Becker, 2005, S. 14ff.; Borgetto et al., 2007; Fishman, 2012).

## **4.3 Die Limitationen**

Wie jede Studie, weist auch die vorliegende Untersuchung Limitationen auf, welche in diesem Unterkapitel dargestellt werden.

### **4.3.1 Der Fragebogen**

Der selbstentwickelte Fragebogen stellt eine Limitation der Studie da. Obwohl er mithilfe von Pretests adaptiert und verbessert wurde, kann es immer noch der Fall sein, dass Fragen eine Antworttendenz vorgeben. Bei Frage 18 ist dies der Fall. In dieser Frage ging es darum herauszufinden, welche Behandlungsformen aus den Leitlinien die PhysiotherapeutInnen verwenden. Dafür wurden verschiedene Therapieformen aus den Leitlinien für die Therapie des chronischen unspezifischen low back pains angeführt und die TeilnehmerInnen sollten diejenigen ankreuzen, welche sie in ihrer Therapie verwenden. Da die verschiedenen Therapieformen jedoch bereits vorgegeben waren, wird den TherapeutInnen eine Richtung vorgegeben. Daher wäre eine offene Fragestellung in diesem Fall besser geeignet gewesen.

### **4.3.2 Die ProbandInnenanzahl**

Eine Limitation der Studie stellt auch die geringe ProbandInnenanzahl dar. Denn 50 TherapeutInnen repräsentieren nur einen kleinen Teil der rund 8000 in Österreich tätigen PhysiotherapeutInnen, Stand März 2016 (Schindl, 2016).

Durch die geringere TeilnehmerInnenanzahl entstand auch eine ungleiche Verteilung der Teilgenommenen in den verschiedenen Rubriken, wie zum Beispiel bei der Berufserfahrung, der physiotherapeutischen Grundausbildung, das Geschlecht oder wie häufig die TherapeutInnen PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain behandeln. Dies kann zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen.

Auch konnte aufgrund der fehlenden TeilnehmerInnen, welche ihre Grundausbildung im Ausland absolviert haben, die Grundannahme, dass es einen Unterschied im Wissensstand über die unterschiedlichen Leitlinien zwischen PhysiotherapeutInnen, die in Österreich ihre Grundausbildung und welche die ihre Grundausbildung im Ausland absolviert haben, nicht überprüft werden.

### **4.3.3 Die Durchführung der Studie**

Bei der Durchführung der Studie entstanden weitere Limitationen. Vor allem bei der Rekrutierung der TeilnehmerInnen entstand eine mögliche Fehlerquelle, denn die Fragebögen wurden zum Großteil in Gesundheitseinrichtungen, in denen die Studienleiterin bekannt ist und in ihrem Bekanntenkreis, verteilt. Außerdem gab es in einer Einrichtung eine Erinnerung, dass die TherapeutInnen den Fragebogen bitte ausfüllen sollten. Dies kann einen Verzerrungsfaktor bei der Beantwortung der Fragen darstellen.

Eine weitere Limitation bei der Durchführung der Umfrage war die begrenzte Zeit von zirka zwei Monaten. Dies spiegelt sich auch in der geringen TeilnehmerInnenanzahl von 50 ProbandInnen wieder.

## 5 Schlussfolgerung und Ausblick

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Studie war es herauszufinden: „Welche Leitlinien den PhysiotherapeutInnen bekannt sind, welchen Wissensstand sie darüber haben und wie sie zu ihnen stehen.“

Ausgehend von den Ergebnissen kann gesagt werden, dass die Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains bei den österreichischen PhysiotherapeutInnen nur einen geringen Bekanntheitsgrad haben. Bei der Auswertung der Ergebnisse konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Grundausbildung und der Bekanntheit der Leitlinien festgestellt werden. Es zeigte sich, dass die Fachhochschulen die Leitlinien häufiger behandeln, als es die Akademien oder Schulen für Physiotherapie taten und die Leitlinien somit bei den AbsolventInnen von Fachhochschulen bekannter sind als bei den TherapeutInnen, die eine Akademie oder Schule absolviert haben. Dies bedeutet, dass die Grundausbildung bei dem Versuch den Bekanntheitsgrad der Leitlinien zu steigern, einen großen Stellenwert hat. Folglich kann durch die Thematisierung der Leitlinien in der Grundausbildung die Bekanntheit der Leitlinien verbessert werden.

Bezüglich des Wissensstands lässt die Studie vermuten, dass die TherapeutInnen trotz des geringen Bekanntheitsgrads der Leitlinien, einen großen Wissensstand über den Inhalt der Leitlinien haben, da sie die vorgegeben Behandlungsformen anwenden, sowie die psychosoziale Aspekte und die medikamentöse Therapie, wie in den Leitlinien vorgegeben, in ihre Therapie miteinbeziehen und vom Individuum abhängig machen.

Bei der Auswertung der Umfrage bezüglich der Stellung der TherapeutInnen zu den Leitlinien, zeigte sich, dass der geringe Bekanntheitsgrad hierbei eine große Rolle spielt. Denn es gaben viele der befragten TherapeutInnen an, die Umsetzbarkeit sowie den Nutzen der Leitlinien für die PatientInnen nicht einschätzen zu können. Auch schrieben viele den Leitlinien eine geringe Praxisrelevanz zu und gaben an, die Richtlinien in ihrer Diagnostik, Therapie und Prävention nicht zu verwenden. Obwohl sie die Behandlungsformen, die psychosozialen Aspekte und die medikamentösen Therapie Leitlinien konform anwenden und beachten. Dies zeigt, dass die TherapeutInnen wohl Leitlinien konformer arbeiten als Ihnen bewusst ist.

Schlussendlich kann gesagt werden, dass noch weiterführende Studien in diesem Bereich, bei denen die Fehlerquellen dieser Studie eliminiert werden und welche eine größere TeilnehmerInnenanzahl haben, durchgeführt werden sollten. Vor allem der Einfluss des Bekanntheitsgrads auf die Einstellung der PhysiotherapeutInnen bezüglich der Praxisrelevanz der Leitlinien, sollte noch genauer untersucht werden. Außerdem sollten weiterführende Studien untersuchen, ob das Hauptbetätigungsfeld, hinsichtlich des Arbeitsplatzes und des Fachbereiches, der TherapeutInnen einen Einfluss auf ihren Wissenstand über den Inhalt der Leitlinien hat.

## 6 Literaturverzeichnis

- 2 ask. (n.d.). *Leitfaden für die Erstellung eines Fragebogens*. Zugriff am 25 Mai 2018 unter [https://www.2ask.de/media/1/10/2/3/5/bc958b68e726b401/Leitfaden\\_Fragebogenerstellung.pdf](https://www.2ask.de/media/1/10/2/3/5/bc958b68e726b401/Leitfaden_Fragebogenerstellung.pdf).
- Ahrens, M., Bachmeier, B., Bartl, R., Batié, M. C., Blumenstiel, K., Boos, N., ... Wollenhaupt, J. (2005). *Lendenwirbelsäule: Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., ... Zanolli, G. (2006). Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(S2), 192–300. doi: 10.1007/s00586-006-1072-1
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (Ed.). (1999). Das Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. *Deutsche Ärzteblatt*, 96(33), 2015–2106.
- Arbeitsgruppe im BVM Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. (Hrsg.), NEON. (2003). *Anforderungen an Online-Umfrage-Software*. Zugriff am 22 Mai 2018 unter [https://bvm.org/fileadmin/pdf/Recht\\_Berufskodizes/Checklisten/CL\\_2003\\_Online\\_Umfrage\\_Software.pdf](https://bvm.org/fileadmin/pdf/Recht_Berufskodizes/Checklisten/CL_2003_Online_Umfrage_Software.pdf).
- Barth, C. A., & Hüter-Becker, A. (Eds.). (2005). *Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle: 41 Tabellen* (Vol. 2). Stuttgart: Thieme.
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., ... Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide - Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Physiotherapie. *physioscience*, 3(1), 27–34. <https://doi.org/10.1055/s-2007-962884>
- Brose, G. (2013). *Evaluation der Funktion der Rumpfmuskulatur während Ganzkörperkippen an gesunden Probanden*. Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung*, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2018-04-15]. DOI: 10.6101/AZQ/000377. [www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de](http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de).
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung*, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2018-04-15]. DOI: 10.6101/AZQ/000353. [www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de](http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de).
- Chenot, J.-F., Becker, A., Niebling, W., & Kochen, M. M. (2004). DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerzen - eine gekürzte Fassung der Langversion: Wie viel Diagnostik und welche Therapien sind sinnvoll? *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 80(8), 353–357. doi: 10.1055/s-2004-820325
- Fishman, L. (2012). *Methoden zur Aktualisierung von medizinischen Leitlinien: Eine quantitative und qualitative Analyse*. Universität zu Köln, Köln.
- Friedrich, M., Arrouas, M., Bach, M., Breitenseher, M., Fiala, W., Klinger, M. H., Hartl, F., Ilias, W., Krismer, M., Lampl, C., Leeb, B., Mühlbauer, M., Plank, V., Schlegl, C., Taurok, D., Tscholakoff, D., & Wiesinger, G. (2011). *Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen 2011*. Zugriff am 14. Mai 2018 unter [http://www.aekwien.at/aekmedia/UpdateLeitlinienKreuzschmerz\\_2011\\_0212.pdf](http://www.aekwien.at/aekmedia/UpdateLeitlinienKreuzschmerz_2011_0212.pdf)
- Hartl, F. (2017). Österreichische Leitlinie Kreuzschmerz. *JATROS Orthopädie & Traumatologie Rheumatologie*, 8, 27–29.
- Klimont, J., & Baldaszitis, E. (2015). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014*. Statistik Austria
- Koes, B. W., van Tulder, M., Lin, C.-W. C., Macedo, L. G., McAuley, J., & Maher, C. (2010). An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 19(12), 2075–2094. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y



- Nilges, P., & Nagel, B. (2007). Was ist chronischer Schmerz? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(41), 2133–2138. doi: 10.1055/s-2007-985653
- Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E., & Huez, J.-F. (2011). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Family Practice*, 28(1), 12–21. doi: 10.1093/fampra/cmz072
- Raspe, H. (2012). Rückenschmerzen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012* (53), 7-13.
- Rogan, S., Garlich, C., Pötting, A., Schoch, W., & Supp, G. (2017). Weltkongress der Physiotherapie 2.–4.6.2017 in Kapstadt. *physioscience*, 13(03), 138–140. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1567225>
- Schindl, J. (2016). *100 Jahre Physiotherapie in Österreich: Profi gibt Anti- Büroschmerzen - Tipps*. Zugriff am 7 Januar 2019 unter <https://www.vienna.at/100-jahre-physiotherapie-in-oesterreich-profi-gibt-anti-bueroschmerzen-tipps/4930747>
- Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Hrsg.). (1996). *Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen* (Bd. 9). Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- [www.aerztezeitung.at](http://www.aerztezeitung.at). (2015). *Unspezifischer Rückenschmerz: Meist selbstlimiterend*. Zugriff am 17 Mai 2018 unter <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2015/oeaez-10-25052015/rueckenschmerz-aktivitaeten-des-taeglichen-lebens-adl-priv-doz-roman-radl.html>
- Züll, Cornelia (2015). *SDM Survey Guidelines Offene Fragen*. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Mannheim.

## A Anhang

### **Der Bekanntheitsgrad und die Praxisrelevanz von Leitlinien des chronischen nicht spezifischen low back pains.**

**Titel der Bachelorarbeit:** Die Praxisrelevanz der Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains aus der Sicht der österreichischen PhysiotherapeutInnen.

**Verfasserin der Bachelorarbeit:** Eva Hinterberger

#### **Ziel dieser Bachelorarbeit:**

Das Hauptziel dieser Bachelorarbeit ist es herauszufinden, welche Praxisrelevanz die in Österreich tätigen PhysiotherapeutInnen in den Leitlinien des chronischen nicht spezifischen low back pains sehen und ob sie diese auch in ihrer Therapie umsetzen.

#### **Warum ich Sie bitte an dieser Umfrage teilzunehmen:**

Der chronische unspezifische low back pain gehört zu den größten Gesundheitsproblemen der westlichen Industriestaaten und die Physiotherapie nimmt einen wichtigen Stellenwert bei seiner Behandlung ein. Deshalb sind auch Leitlinien an die PhysiotherapeutInnen gerichtet. Das Ergebnis dieser Studie soll Aufschluss über die Praxisrelevanz dieser Leitlinien für die PhysiotherapeutInnen geben.

#### **Teilnahme und Datenerhebung der Umfrage:**

Die Teilnahme an dieser Umfrage ist für PhysiotherapeutInnen, die Ihre Ausbildung abgeschlossen haben und in Österreich arbeiten. Des Weiteren ist die Teilnahme freiwillig und anonym.

Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt, mittels eines Statistikprogramms ausgewertet und nach dieser Auswertung vernichtet.

Des Weiteren bitte ich Sie den Fragebogen nur einmalig auszufüllen.

**1. Einverständniserklärung:**

- ☐ Ja, ich nehme freiwillig an dieser Umfrage teil und bin einverstanden, dass die erhobenen Daten anonym in der Bachelorarbeit verwendet werden.
- ☐ Nein, ich möchte nicht an dieser Umfrage teilnehmen.

**2. Sind Sie männlich oder weiblich?**

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich

**3. Wo haben Sie Ihre physiotherapeutische Grundausbildung absolviert?**

- ☐ an einer Schule für Physiotherapie in Österreich
- ☐ an einer Akademie in Österreich
- ☐ an einer Fachhochschule in Österreich
- ☐ im Ausland

**4. Haben Sie nach Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung noch Fortbildungen in einem physiotherapeutischen Konzept, wie zum Beispiel Maitland, Vojta, PNF, Cyriax, oder ähnliche, absolviert?**

- ☐ Ja  
→ Welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ Nein

**5. Wie lange sind Sie schon als PhysiotherapeutIn tätig?**

- ☐ weniger als 10 Jahre
- ☐ 10-20 Jahre
- ☐ 20-30 Jahre
- ☐ mehr als 30 Jahre

**6. Was ist Ihr Hauptarbeitsplatz?**

- ☐ Klinikum
- ☐ Rehabilitationszentrum
- ☐ Fachhochschule/Universität
- ☐ Physikalisches Institut
- ☐ Praxis  
→ Sind Sie in
  - a. einer Einzelpraxis tätig?
  - b. einer Gemeinschaftspraxis tätig?
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Wenn Sie an das letzte halbe Jahr Ihrer Berufstätigkeit denken, wie häufig behandelten Sie durchschnittlich PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain?**

- ☐ Nie
- ☐ einmal wöchentlich
- ☐ 3-5mal wöchentlich
- ☐ 6-10mal wöchentlich
- ☐ Mehr als 10mal wöchentlich

**8. Kennen Sie Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

**9. Wurden in Ihrer physiotherapeutischen Grundausbildung Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain besprochen?**

- ☐ Ja  
→ Welche?: \_\_\_\_\_
- ☐ Nein

**10. Welche der folgenden Leitlinien kennen Sie?** (bitte kreuzen Sie alle an die Sie kennen)

- ☐ European guidelines for the management of chronic non specific low back pain (von Airaksinen O., u.a. im Auftrag der COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain; Herkunftsland Deutschland )
- ☐ Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen (von Friedrich M., u.a., Herkunftsland: Österreich )
- ☐ Nationale VersorgungsLeitlinien Nicht-spezifischer Kreuzschmerzen (von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, u.a., Herkunftsland: Deutschland)
- ☐ DEGAM-Leitlinien (von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Herkunftsland: Deutschland)
- ☐ keine

**11. Kennen Sie noch andere Leitlinien zur Thematik des chronischen unspezifischen low back pains?**

- ☐ Ja  
→ Welche Leitlinie zu dieser Thematik ist Ihnen noch bekannt?\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ Nein

**12. Wie hoch schätzen Sie die Relevanz der Leitlinien für den chronischen unspezifischen low back pain in Ihrer Praxis ein? (1= keine Praxisrelevanz, 4=hohe Praxisrelevanz)**

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

**13. Sind Ihrer Meinung nach die Leitlinien für chronischen unspezifischen low back pain in der Praxis umsetzbar?**

- ☐ Ja

→ Warum sind die Leitlinien aus Ihrer Sicht in die Praxis umsetzbar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ Wie strikt setzen Sie die Leitlinien in ihrem Praxisalltag ein? (1=ich sehe die Leitlinien als eine Entscheidungshilfe bei meiner Therapie, 4=ich halte mich sehr strikt an die Leitlinien)

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

- ☐ Nein

→ Weshalb sind die Leitlinien für Sie nicht in die Praxis umsetzbar?

\_\_\_\_\_

- ☐ Kann ich nicht beurteilen

**14. Fühlen Sie sich bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain durch die Leitlinien unterstützt?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

→ Weshalb nicht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Sehen Sie beim Verwenden der Leitlinien einen Nutzen für Ihre PatientInnen?**

- a. Ja
- b. Nein

→ Weshalb nicht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- c. Kann ich nicht beurteilen

**16. Orientieren Sie sich bei der physiotherapeutischen Diagnostik an den Richtlinien aus den Leitlinien?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Kann ich nicht beurteilen

**17. Setzen Sie die Therapievorgaben aus den Leitlinien in Ihrer Therapie bei PatientInnen mit chronischen unspezifischen low back pain um? (1= setze diese gar nicht um, 4= setze diese sehr genau um)**

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

**18. Welche der folgenden Behandlungsformen setzen Sie in Ihrer Praxis ein?**

- ☐ Aufklärung des PatientInnen
- ☐ Körperliche Aktivität
- ☐ Mobilisation und/oder Manipulation der Wirbelsäule
- ☐ Massagetechniken
- ☐ Rückenschule
- ☐ Wärmetherapie
- ☐ Elektrotherapie
- ☐ symptomorientierte Basistherapie

**19. Berücksichtigen Sie bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen nicht spezifischen low back pain die psychosozialen Aspekte von Rückenschmerzen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Kann ich nicht sagen

**20. Werden Ihre PatientInnen, die an chronischen unspezifischen low back pain leiden, zusätzlich zu Ihrer Therapie medikamentös therapiert?**

- ☐ Ja, meine PatientInnen werden meist zusätzlich medikamentös therapiert.
- ☐ Nein, meine PatientInnen werden üblicherweise nicht zusätzlich medikamentös therapiert.
- ☐ sowohl als auch

**21. Verwenden Sie bei der Prävention des chronischen unspezifischen low back pains die Vorgaben aus den Leitlinien?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Kann ich nicht beurteilen

**22. Wie hoch schätzen Sie die Evidenz der Leitlinien des chronischen unspezifischen low back pains ein? (1=keine Evidenz, 4=eine sehr hohe Evidenz)**

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4