

LEBEN_GESICHTER

Ich wollte schon immer forschen

Im Gespräch: Julie Fritz, Physiotherapeutin aus Salt Lake City

Julie Fritz ist weltweit eine der agilen Forscherinnen im muskuloskeletalen Themenbereich. Die 39-jährige Physiotherapeutin hat eine Professur an der University of Utah in Salt Lake City und arbeitet mit Wissenschaftlern und Klinikern aus vielen Teilen der USA zusammen.

Ihren ersten Artikel publizierte sie 1993 im Rahmen ihres Masterstudiums. Seither war sie an über 80 Forschungsprojekten beteiligt. Die Hälfte davon leitete sie als Hauptautorin. Ihre klinischen Studien sorgen für Rückenwind in der Physiotherapie und haben meist eine hohe Relevanz für den therapeutischen Alltag.

In den letzten Jahren befasste sie sich insbesondere mit Subgruppen bei Rückenschmerzen. Dies war auch Thema ihrer Doktorarbeit 1998. Georg Supp sprach mit ihr.



An welchem Punkt in Deiner Karriere wurde Forschung für Dich wichtig?

Schon als ich meine Physiotherapieausbildung begann, wusste ich, dass ich aktiv forschen möchte. Wissenschaftliche Entwicklungen fesselten mich schon immer und ich wollte unbedingt daran beteiligt sein, eigene Ideen umsetzen.

Unspezifische Rückenschmerzen in Subgruppen aufteilen, das ist dein Forschungsschwerpunkt. Woher kommt Dein Interesse dafür?

Meine klinische Erfahrung hat mir klar gemacht, dass nicht alle Patienten mit Standard-Diagnosen wie »Rückenschmerz« oder »patellofemorale Schmerz« gleich sein können und mit Einheitstherapien behandelt werden können. Deshalb ist es eine interessante Herausforderung, durch klinische Studien Subgruppen zu identifizieren, die ja zu existieren scheinen.

Brauchen wir als Physiotherapeuten Strukturdiagnosen? Wer braucht sie? Wer kann darauf verzichten?

Wir brauchen Strukturdiagnosen für so viele Patienten wie möglich. Das hilft, festzulegen, für wen eine chirurgische Intervention in Betracht kommt, ob weitere Diagnostik betrieben werden muss und so weiter.

Strukturdiagnosen können auch für Physiotherapeuten hilfreich sein, aber oft ist es einfach nicht möglich, zu einer Diagnose auf der Basis von Strukturen zu kommen. Oder die Strukturdiagnose hilft dem Therapeuten nicht, zu definieren, wie bestimmte Patienten zu behandeln sind.

Das Unvermögen, eine organische Ursache zu identifizieren, ist übrigens nicht nur ein Phänomen im Bereich Rückenschmerz. Es gibt viele alltägliche Beschwerden, für die organische Ursachen nur sehr selten ausgemacht werden können. Zum Beispiel werden Patienten mit Schwindelproblematiken in der Physiotherapie häufig behandelt. Die organische Ursache dieser Symptome ist aber gemeinhin unbekannt.

Klinische Subgruppen orientieren sich nicht an strukturellen Diagnosen. Sie zielen darauf ab, eine effektive Behandlung zu definieren. Wie reagieren Mediziner, die unbedingt eine patho-anatomische Diagnose einfordern?

Die klinischen Subgruppen, die wir in der Physiotherapie benutzen, sind dazu gedacht, Entscheidungsprozesse innerhalb der Physiotherapie zu leiten. Andere Fachbereiche können durchaus auch andere Systeme der Subgruppenbildung

nutzen. Diese sind dann eher dazu geeignet, in deren speziellen Kontext Entscheidungen zu beeinflussen.

Du hast gerade einen Artikel über Subgruppen bei Nackenpatienten veröffentlicht. Können wir die Ergebnisse früherer Untersuchungen an der Lendenwirbelsäule auf den Nacken übertragen?

Oh, vorsicht mit der Annahme, dass Dinge, die wir über die LWS gelernt haben, genauso auf die HWS zutreffen! In verschiedener Hinsicht sind Nackenschmerzen einzigartig. Allerdings fehlen uns da wirklich nützliche wissenschaftliche Erkenntnisse. Erst in den letzten Jahren wird mehr und mehr dazu veröffentlicht. Lange Zeit hat man sich nur um Rückenschmerzen gekümmert. Nackenschmerzen kommen nicht so häufig vor und führen nicht zum gleichen Grad an Behinderung im Alltag. Deshalb stellen sie ein geringeres Gesundheitsproblem für die Gesellschaft dar.

Wissenschaft im therapeutischen Alltag. Wie kann das gehen?

Die größte Herausforderung ist es, die Einstellung vieler Physiotherapeuten zu ändern. Die meisten Physiotherapeuten wurden so ausgebildet, dass sie ihre Behandlungsstrategien nicht nach den Prinzipien von Evidence-Based-Practice auswählen, sondern andere Faktoren entscheiden lassen.

In unserem Beruf gibt es viele Traditionen – Dinge wurden schon immer so gemacht, wie sie gemacht werden. Veränderungen sind da nur schwer zu erreichen. Physiotherapeuten müssen Konzepte im Kontext von Evidence-Based-Practice erlernen. Sie müssen realisieren, dass diese Prinzipien ihren Patienten helfen können.

Wie sieht es mit der Physiotherapie in zehn oder 20 Jahren aus?

Ich denke, es liegen eine Menge Herausforderungen aber auch Chancen vor der Physiotherapie. Die größte Herausforderung wird es vielleicht sein, den Nutzen unserer Angebote durch Forschung nachzuweisen.

Die Ressourcen der Gesundheitssysteme sind begrenzt und so wird es immer wichtiger, auch die Kosteneffektivität von Behandlungen zu dokumentieren.

Ich bin davon überzeugt, dass viele Leistungen, die von Physiotherapeuten angeboten werden, auch kosteneffektiv sind. Wir müssen nur die notwendige Forschung betreiben, um dies auch nachzuweisen.

Wenn Du nicht gerade selbst eine Studie organisierst, ist Dein Rat als Co-Autorin gefragt oder Du sprichst auf Konferenzen. Behandelst Du noch Patienten?

Zurzeit behandle ich Patienten nur im Rahmen der klinischen Studien, die wir durchführen.

Deutsche Physiotherapeuten sind nicht damit vertraut, aktiv Forschung zu betreiben. Drei Ratschläge von Dir für Therapeuten, die ein Projekt starten wollen?

Erstens: Suche Dir einen guten Mentor. Es ist ein entscheidender Vorteil, von jemandem zu lernen, der eine Menge Erfahrung in dem Bereich von Forschung hat, der Dich interessiert.

Zweitens: Ich glaube es ist wichtig, einiges an relevanter klinischer Erfahrung zu sammeln, bevor man eine Karriere im Forschungsbereich anstrebt. Klinische Erfahrung hilft, Deine Forschung praxisrelevanter zu machen.

Und schließlich: Untersuche etwas, das Dich begeistert! Forschung erfordert

eine Unmenge an Arbeit. Wenn Du etwas untersuchst, was dich nicht absolut interessiert, wird es schwierig, soviel Engagement aufzuwenden, wie dafür gebraucht wird. ■

Klinische Subgruppen

Heterogene Patientenpopulationen stellen in der Medizin ein großes Problem dar. Deshalb werden diese in homogene klinische Untergruppen (Subgruppen) unterteilt. Diese orientieren sich an bestimmten Symptomen und Zeichen in Anamnese und klinischer Untersuchung. Ein Beispiel dafür: Rückenschmerzpatienten werden aufgrund klinischer Phänomene bestimmten Kategorien zugeordnet. Eine für die Physiotherapie nützliche Kategorisierung ist die so genannte Treatment-Based-Classification. Das heißt, Patienten werden anhand der für sie passenden Therapie in Gruppen eingeteilt wie: Stabilisation, Mobilisation oder Traktion.