

**OMT – DVMT®  
„Orthopädische Manuelle Therapie“**

**DVMT e. V.  
Kurshandbuch zu den OMT- Ausbildung ab 2009**

Ausgabe Oktober 2009

**Mitglied DFAMT, IFOMPT**

**DVMT e.V.**  
Feuerhausstr. 3  
82241 Fürstentfeldbruck

**Bankverbindung:**  
Deutsche Bank 24 Köln  
BLZ 370 700 24  
Konto Nr. 391477700

## **Inhalt:**

(Änderungen Vorbehalten)

<b>Einführung</b> .....	3
<b>Wichtige Adressen</b> .....	4
<b>Übersicht OMT Module</b> .....	5
<b>Schematischer Übersicht der Ausbildung</b> .....	5
<b>Zeitlicher Ablauf der Ausbildung</b> .....	7
<b>Dozenten</b> .....	8
<b>Detailinformation zu den OMT Module</b> .....	9
Modul 1: Evidence based Therapie I.....	9
Modul 2: Evidence based Therapie II .....	10
Modul 3: Messinstrumente und Outcome Measures .....	11
Modul 4: Research Methods in PT .....	12
Modul 5: Schmerzmanagement.....	13
Modul 6a: Medical Sciences .....	14
Modul 6b: Medical Screening.....	16
Modul 7: Biomechanik .....	17
Modul B3 - Mentored Clinical Practice (klinische Praxis).....	18
OMT Abschlussprüfung .....	35
Anlagen.....	36
(1) Rahmenbedingen der selbstorganisierte Mentored Clinical Practice und Liste der Mentoren.....	37
(2) Vorlage Formular und Hinweise für einen Artikelbeurteilung für SM 1.....	39
(3) Clinical Reasoning Reflektion Form (kurz).....	40
(4) Leistungsstandformular.....	44
4	
Der Lehrgangsteilnehmer ist verantwortlich für dieses Formular, dass bei jedem Treffen mitzubringen ist und von der zuständigen omt-dvmt® auszufüllen bzw. zu begutachten ist	
(5) Modul und Kursbeurteilungsbögen.....	45
(6) Richtlinien zur Publikation.....	49
(7) Research Proposal.....	50
(8) Verfassung wissenschaftlicher Arbeiten.....	51
(9) Technikliste.....	71
(10) Lebensläufe des Lehrerteams.....	72
(11) Prüfungsordnung.....	86

## 1. Einführung

Danke für Dein Interesse an der DVMT-OMT® Ausbildung! Wir freuen uns, Dich bei dieser dynamischen und interessanten Ausbildung dabei zu haben. Dieses Kurshandbuch ist da, um weitere detaillierte Auskünfte über diese Ausbildung zu geben und hoffentlich alle Unklarheiten aufzuklären.

Die OMT-Ausbildung des DVMT e.V. umfasst:

- I. IMTA Kurssystem Level 1 bis 3
- II. OMT Modul Ausbildung des DVMT e.V.

**Beginn der OMT Ausbildung ist nach Abschluß Level 2a möglich. Kursplätze für Level 2b und Level 3 (falls noch nicht absolviert) müssen selbstständig organisiert werden.**

Nach erfolgreichem Abschluss beider Bestandteile ist der Teilnehmer berechtigt den Titel „OMT-DVMT®“ zu führen. Die OMT Ausbildung des DVMT ist von der DFAMT (Deutschen Föderativen Arbeitsgemeinschaft für Manuelle Therapie), von der IMTA (International Maitland Teachers Association) und von der IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists) anerkannt. Nach Abschluss der OMT Ausbildung wird der OMT-Therapeut im OMT-Register des DVMT geführt. Er verpflichtet sich zur kontinuierlichen Weiterbildung entsprechend den IFOMPT Richtlinien (siehe hierzu IFOMPT Standards und Richtlinien des OMT registers des DVMT e.V.)

Dieses DVMT Kurshandbuch befasst sich mit den Modulen der Teil II der OMT Ausbildung, der „OMT Modul Ausbildung“, des DVMT. Der DVMT e.V. hat das „OMT- Ausbildungskomitee“ mit der Durchführung der „OMT Modul Ausbildung“ beauftragt.

Die Curricula von IMTA Level 1 bis 3 des IMTA Kurssystems findet ihr im Internet unter [www.imta.ch](http://www.imta.ch). Die Inhalte des Zertifikatsmoduls findet ihr ebenso im Internet unter [www.dvmt.org](http://www.dvmt.org).

Das Kurshandbuch soll helfen, auf die wichtigsten Fragen, die während und vor Beginn der Ausbildung auftreten können, eine Antwort zu geben. Bitte melde dich beim „DVMT OMT- Ausbildungskomitee“, wenn doch noch Unklarheiten oder Fragen auftreten sollten.

Der DVMT e.V. Vorstand sowie das DVMT OMT-Ausbildungskomitee setzt alles daran, das du diese anspruchsvolle Ausbildung erfolgreich hinter dich bringen kannst. Zögere also nicht dich mit dem Ausbildungskomitee in Verbindung zu setzen, wenn du irgendwelche Schwierigkeiten mit der Ausbildung hast oder wenn du Verbesserungsvorschläge einbringen möchtest.

Viel Erfolg und Spaß bei dieser Ausbildung in vertiefter Orthopädischer Manueller Therapie!

Das Ausbildungskomitee:

Fiona Morrison  
Thomas Schöttker-Königer  
Thilo Kromer  
Lucia Grauel  
Thomas Horre  
Ulrike Tautenhahn  
Ralf Schesser

Anmerkung: Die männliche Ausdrucksform gilt auch für weibliche Personen und umgekehrt

## 2. Wichtige Adressen

### 2.1. DVMT e.V.

DVMT Mitgliederbüro  
Feuerhausstr. 3  
82256 Fürstenfeldbruck  
Tel.: 08141 / 42689  
Fax.: 08141 / 41753  
e-mail: [mitgliedschaft@dvmt.org](mailto:mitgliedschaft@dvmt.org)  
Homepage: [www.dvmt.org](http://www.dvmt.org)

#### **Bankverbindung:**

Deutsche Bank 24 Köln  
BLZ 370 700 24  
Konto Nr. 391477700

### 2.2. DVMT OMT Ausbildungskomitee

#### **Kontakt für Teilnehmer der OMT Ausbildung:**

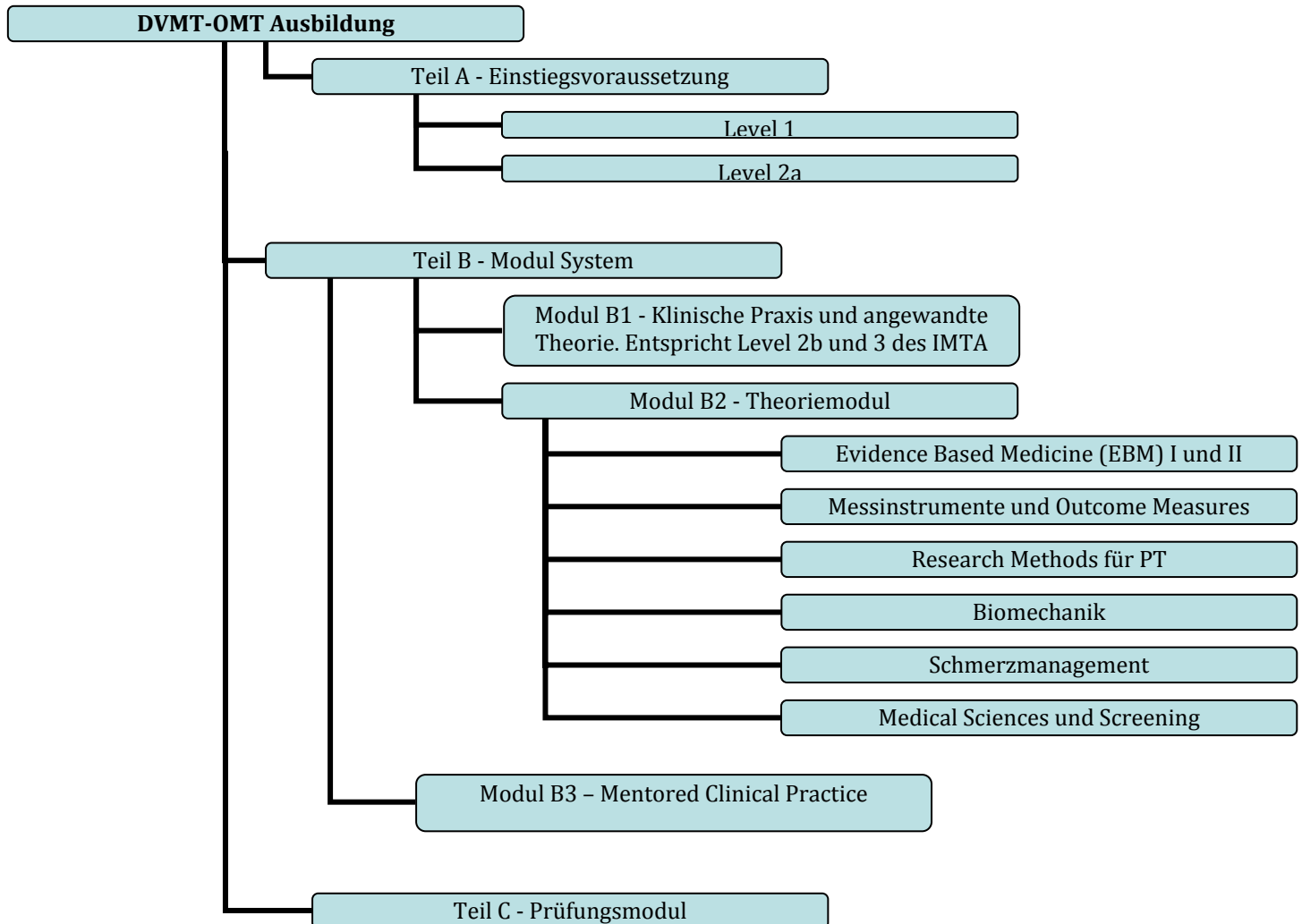
Fiona Morrison  
E-Mail: [Fiona.Morrison@t-online.de](mailto:Fiona.Morrison@t-online.de)  
Oder: [omt@dvmt.org](mailto:omt@dvmt.org)

Thomas Schöttker-Königer  
E-Mail: [Thomas.Schoettker@t-online.de](mailto:Thomas.Schoettker@t-online.de)

### 3. Übersicht OMT-Ausbildung

Die OMT-Modulausbildung baut auf das IMTA Kurssystem auf. Es geht davon aus, dass der Teilnehmer mindestens das IMTA Kurssystem Level 1 und 2a absolviert hat und alle Prüfungen erfolgreich bestanden hat. Diese Kurse sind Bestandteil der OMT-Ausbildung (Teil A).

#### Schematischer Übersicht der OMT Ausbildung



Für die Teilnahme an der Ausbildung sollte der Teilnehmer weiterhin über einen PC (am besten Laptop) sowie Kenntnisse in der Anwendung von MS Word, Excel und Powerpoint als auch über ausreichende Deutsch und Englisch Kenntnisse verfügen. Darüber hinaus sollte der Teilnehmer über eine Internetverbindung verfügen und über eine E-Mailadresse erreichbar sein.

#### 3.1. OMT Module:

Während der Ausbildung werden folgende Module unterrichtet (Teil B):

- Evidenz based Therapie I
- Evidenz based Therapie II
- Messinstrumente und Outcome Measures
- Research Methods in PT
- Spezielle Aspekte der Biomechanik
- Schmerzmanagement
- Medical Sciences und Screening

- Klinische Praxis: Mentored Clinical Practice (MCP) bestehend aus Block 1-4 MCP
- OMT Abschlussarbeit

Alle Module enden mit einer Lernzielüberprüfung. Näheres zu den Lernzielüberprüfungen sind den Detailinformationen der Module und die Prüfungsordnung zu entnehmen. Bei alle Modulen und KWE ist es möglich, dass Material, welches als Vorbereitung auf das zu unterrichtende Kursmaterial dient, den Teilnehmern zu Verfügung gestellt wird. Des Weiteren wird von den Teilnehmern erwartet, dass sie selbstständig weiteres Material suchen und besorgen.

### **3.2. Ziele und Inhalte der OMT Modulausbildung**

#### **3.2.1 Leitziel der Ausbildung**

Die Ausbildung hat als Leitziel die Teilnehmer/Innen den aktuell international akzeptierten hohen Standard (IFOMPT Richtlinien) auf dem Gebiet der manipulativen Physiotherapie (OMT – Orthopädische Manuelle Therapie) für neuro-muskuloskeletale Dysfunktionen zu vermitteln. Die Teilnehmer/Innen erweitern und vertiefen ihre klinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, ihres Clinical Reasoning und deren Anwendung in Evidenz Basierter Praxis (EBP) in Übereinstimmung mit diesen Standards.

#### **3.2.2 Richtziele & Endkompetenzen**

Der Teilnehmer ist in der Lage ein individuell angepasstes Patienten-Managementprogramm aufgrund spezifischer manualtherapeutischer Assessment-Prozederen zu erstellen, durchzuführen, kritisch zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen innerhalb eines biopsychosozialen Denkmodells unter Berücksichtigung der aktuellen Beschreibungen der Physio- und Manuellen Therapie und der geläufigen Theorien und Modelle. Die manualtherapeutischen Fertigkeiten der Teilnehmer werden vertieft und um spezifische Techniken erweitert. Die klinische Praxis wird in einem umfassenden Clinical Reasoning Konzept individualisiert, mit Integration von Einsichten aus Forschungsprozessen (Evidenz Based Therapie – EBT). Der Teilnehmer ist in der Lage aufgrund klinischer Beobachtungen Forschungsfragen aufzustellen und Forschungsprojekte zu initiieren und diese mündlich und schriftlich zu präsentieren.

Am 1. KWE wird es eine Einführung in die OMT Ausbildung geben. Hier werden unter anderem die Rollen und Dimensionen der IFOMPT Standards erklärt und erläutert.

#### **3.2.3 Ziele der Teilmodule**

Detailinformationen zu den Modulen gibt das Kapitel 5 (siehe auch Prüfungsordnung)

#### **3.2.4 Lernzielüberprüfung**

Auf einem individuellen Leistungsstandformular werden die jeweiligen Ergebnisse der Lernzielüberprüfungen entsprechend registriert und vom zuständigen Betreuer bescheinigt. Der aktuelle Leistungsstand ist somit jederzeit für Teilnehmer, Lehrer, Mentor, OMT-Ausbildungskommissionsmitglieder und Prüfer transparent. Der Teilnehmer verpflichtet sich ein Logbuch anzulegen der folgender Inhalt hat:

- Leistungsstandformular
- Bewertungen der schriftliche Module
- Bewertungen der Mentored Clinical Practice
- Schriftliche Module
- eventuell Befunden oä aus der Mentored Clinical Practice Stunden
- Self-Assessment Formulare

Näheres zu der Lernzielüberprüfung ist in der Prüfungsordnung und in der Modulbeschreibung zu finden.

#### **4. Zeitlicher Ablauf der Ausbildung**

Die Ausbildung dauert ca. 2 ½ Jahre und beginnt Ende Nov. / Anfang Dez. eines Jahres in München. Die Abschlussprüfung findet im Frühjahr 2 ½ Jahre später in München statt.

##### *Übersicht:*

- Unterricht an 5 Kurswochenenden (KWE) (zweimal Samstag ab 9:00 Samstag bis Sonntag ca. 17:00 Uhr, zweimal Freitag 14:00 bis Sonntag ca. 17 Uhr, einmal Freitag 9:00 bis Sonntag ca. 17:00 Uhr)
- Mentored Clinical Practice (Supervision):
  - o 3 Wochen, die von der DVMT e.V. organisiert werden.
    - 1x Montag 8:00 Uhr bis Mittwoch 18:00 Uhr und ca. 12 Stunden Eigenarbeit.
    - 2x jeweils ab Montag 10:00 Uhr bis Freitag ca. 17:00 Uhr. (s. Modulbeschreibung)
  - o Weiterhin muss der Teilnehmer mindestens 40 Stunden selbstorganisierte Mentored Clinical Practice (Supervision) absolvieren. Der Rahmenbedingungen der selbstorganisierte Mentored Clinical Practice und eine Liste der Clinical Mentors findest du am Ende des Kurshandbuches als Anlage (1) beigefügt.
- Zwischen den Kurswochenenden bzw. den Mentored Clinical Practice werden die „schriftlichen Eigenarbeiten“ (Heimarbeit) durchgeführt. (s. Modulbeschreibung)
- Die „OMT Abschlussarbeit“ muss bis spätestens 6 Wochen vor der OMT Abschlussprüfung bei der Leiterin des OMT-Ausbildungskomitee vorliegen.
- Die OMT-Ausbildung endet mit der OMT-Abschlussprüfung im Frühjahr 2 ½ Jahre nach Beginn der Ausbildung in München

**Der genaue zeitliche Ablauf ist im Internet als ‚zeitlicher Ablauf der OMT Ausbildung‘ auf der DVMT Homepage unter ‚OMT‘ herunterzuladen.**

## **4.1. Dozenten**

### **4.1.1. Dozenten Kurswochenenden und schriftliche Module**

- Fiona Morrison, BApplSc (Physio), PT, MHLthSc (Manip), DVMT-OMT®
- Dr. Med. Hans-Jörg Knorr
- Kerstin Lüdtkke, PT, MappSc, DVMT-OMT®
- Lucia Grauel, PT, MPhty (Manip.), DVMT-OMT®
- Ralf Schesser, PT, MPhty (Manip.), DVMT-OMT®
- Nina Gärtner-Tschacher, PT, MappSc, DVMT-OMT®
- Thomas Schöttker-Königer, PT, MPTSc, DVMT-OMT®

### **4.1.2. Clinical Mentored/Supervisoren**

- Jan Herman v Minnen, IMTA Fachlehrer, OMT-svomp®
- Renate Wiesner, IMTA Fachlehrerin, PT-OMT-swomp®
- Thomas Horre , IMTA Fachlehrer, DVMT-OMT®
- Trisha Davies-Knorr, IMTA Fachlehrerin, DVMT-OMT®
- Mark van Liebergen, IMTA Fachlehrer, DVMT-OMT®
- Eine Liste von weitere Clinical Mentoren für die selbstorganisierte Mentored Clinical Practice findest du im Anhang (1)

Zusätzlich können teilweise Gast Dozenten eingeladen werden.

## 5. Detailinformationen zu den OMT-Modulen

**LV:** Kontaktzeit TN / Lehrer

**EA:** erwartete Stunden an Eigenarbeit

### 5.1 Evidence Based Therapie I

Modulblock 1	Modul Evidence Based Therapie I		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>Seminar; Unterricht während 1. KWE</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 8	EA: 80	ECTS äquivalent: 3
<b>Lernziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbständige Analyse und Interpretation der Literatur.</li> <li>- Anwendung der analysierten Literatur in der Praxis.</li> <li>- Am Ende dieser Modul sollte der Teilnehmer in der Lage sein vorgegeben Litertur zu anaylsieren, interpretieren und kritisieren.</li> <li>- Selbstständige und gezielte Beschaffung der Literatur mittles verschiedene Suchmaschinen.</li> </ul>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	<p>Einführung in der EBM.</p> <p>Beschaffung der Literatur – u.a. Suchmaschinen (z.B. Medline), Cochrane</p> <p>Kritische Analyse bzw Bewertung eines Fachartikels</p>		
<b>Vorkenntnisse</b>	Level 1 und 2a IMTA Kurse		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	<p>Schriftliche Arbeit (Artikelbeurteilung)</p> <p>Länge 1000-1500 Wörter (ohne Referenzen)</p>		
<b>Ausgewählte Literatur</b>	<p>Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W &amp; Haynes RB: "Evidence-Based Medicine: How to teach and practice EBM" Churchill Livingstone 2nd Ed 2000</p> <p>Dawes M, Davies P, Gray A, Mant, Seers K &amp; Snowball R: "Evidence-based Practice: A primer for health care professionals" Churchill Livingstone 1999</p> <p>Domholdt E.: „Physical Therapy Reserach: principles and applications“. Philadelphia, W.B. Saunders Company 2000</p> <p>Herbert R, Jamtvedt G, Mead J &amp; Hagen KB: "Practical Evidence-Based Physiotherapy" Elsevier 2005.</p>		
<b>Lernformen</b>	Vortrag; Eigenstudium; schriftliche Eigenarbeit		
<b>Lehrende</b>	Fiona Morrison MCSP Member APA, MPA, DVMT-OMT®, PT-OMT B. Appl. Sc (Physiotherapy); M. Hlth. Sc. (Manips) (Hons)		
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut		

## 5.2 Evidence Based Therapie II

<b>Modulblock 2</b>	<b>Modul Evidence Based Therapie II</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>Seminar; Unterricht während 2.KWE</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 8	EA: 80	ECTS äquivalent: 3
<b>Lernziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kritische Analyse und Interpretation der Literatur anhand der theoretischen Unterrichtes</li> <li>- Anwendung der analysierten Literatur in der Praxis.</li> <li>- Am Ende dieser Modul sollte der Teilnehmer in der Lage sein vorgegeben Litertur zu anaylsieren, interpretieren und kritisieren als auch seine Standpunkt mit selbstgefundene Literatur zu unterstützen.</li> <li>- Erkennung der Grenzen bzw. Kritiken in Verbindung mit Forschung</li> </ul>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufbauend auf Modul EBM I.</li> <li>- Erklärung der EBM inklusive Levels of Evidence; Umsetzung der EBM in der Literatur sowie in der Praxis.</li> <li>- Kritische Analyse und Bewertung der Literatur mit Hinsicht auf EBM und die Praxis</li> <li>- Struktur und Aufbau unterschiedlicher Literaturfomren (Einzelstudie, Fallbeispiel, RCT, Literature Review/Systematic Review etc)</li> <li>- Vertiefung Lit.Rev./Sys. Rev. Inklusive Erklärung Notwendigkeit, Ziel und Aufbau eines Literatur Reviews.</li> <li>- Umsetzung in praktische Beispiele</li> </ul>		
<b>Vorkenntnisse</b>	Level 1 und 2a IMTA Kurse; Modul EBM I		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	Schriftliche Arbeit (Literatur Review eines klinischen Syndroms) Länge 3000 Wörter (ohne Referenzen)		
<b>Ausgewählte Literatur</b>	<p>Thomas SA "How to write health science papers, dissertations and theses" Churchill Livingstone 2000</p> <p>Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W &amp; Haynes RB: "Evidence-Based Medicine: How to teach and practice EBM" Churchill Livingstone 2nd Ed 2000</p> <p>Dawes M, Davies P, Gray A, Mant, Seers K &amp; Snowball R: "Evidence-based Practice: A primer for health care professionals" Churchill Livingstone 1999</p> <p>Domholdt E.: „Physical Therapy Reserach: principles and applications“. Philadelphia, W.B. Saunders Company 2000</p> <p>Herbert R, Jamtvedt G, Mead J &amp; Hagen KB: "Practical Evidence-Based Physiotherapy" Elsevier 2005.</p>		
<b>Lernformen</b>	Vortrag; schriftliche Arbeit;		
<b>Lehrende</b>	Fiona Morrison MCSP Member APA DVMT-OMT® B. Appl. Sc (Physiotherapy); M. Hlth. Sc. (Manips) (Hons)		
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut		

### 5.3 Messinstrumente und Outcome Measures

<b>Modulblock 3</b>	<b>Modul: Messinstrumente und Outcome Measures</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>Seminar; Unterricht findet während den KWE 2 statt</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 8	EA: 80	ECTS äquivalent: 3
<b>Lernziele</b>	<p>Erkennung, Analyse, Interpretation und Einsetzung unterschiedliche quantitative sowie qualitative Messinstrumente in der Physiotherapie.</p> <p>Evaluierung und Analyse der Ergebnisse physiotherapeutischer Interventionen („Outcome Measures“).</p> <p>Erkennung und Interpretation wissenschaftlichen Eigenschaften von Messinstrumenten und der mit diesen Instrumenten erhobenen Ergebnissen.</p>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	<p>Konstruktion und Einsatz unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Messinstrumente in der Physiotherapie</p> <p>Interpretation der Ergebnismessung („Outcome Measures“) in der Physiotherapie</p> <p>wissenschaftliche Aspekte von Messinstrumenten sowie der von diesen Instrumenten ermittelten Ergebnissen physiotherapeutischen Handelns („Outcome Measures“) speziell auch betreffend Sensibilität, Spezifität, Reliabilität und Validität.</p> <p>Integration von Theorie und Praxis</p>		
<b>Vorkenntnisse</b>	Statistik, EBM, Literatursuche		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	Schriftliche Arbeit		
<b>Ausgewählte Literatur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finch et al: Physical Rehabilitation Outcome Measures</li> <li>- Fawcett: Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists: Theory, skills and application</li> <li>- Enderby et al: Therapy Outcome Measures Manual: Physiotherapy, Occupational Therapy, Rehabilitation Nursing</li> <li>- APA: Atlas of clinical tests and outcome measures for low back pain</li> </ul>		
<b>Lernformen</b>	Vortrag; schriftliche Arbeit		
<b>Lehrende</b>	Fiona Morrison MCSP Member APA PT DVMT-OMT® B. Appl. Sc (Physiotherapy); M. Hlth. Sc. (Manips) (Hons)		
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut		

## 5.4 Research Methods in PT

<b>Modulblock 4</b>	<b>Modul Research Methods in PT</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>Seminar; Unterricht während 1.-5. KWE</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 28	EA: 80	ECTS äquivalent: 3,5
<b>Lernziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kritische Beachtung und Analyse in den Bereichen Biostatistik, Epidemiologie und Studiendesign, die beim Lesen von wissenschaftlichen Artikeln angewendet werden sollen</li> <li>- Planung, Ausführung, Anpassung und Evaluation der Biostatistik, des Studiendesigns sowie relevanter Faktoren der Epidemiologie bei der Durchführen eigener Studien und beim Schreiben der OMT-Abschlußarbeit .</li> <li>- Selbstständige Durchführung der notwendigen Schritte / Tests in einer Studie sowie die Umsetzung mit einem Experten zu diskutieren.</li> </ul>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	<p>Grundlagen der Biostatistik:  Messskalen, Häufigkeitsverteilungen (Mittelwert, Median, Modus), Variabilität (Standardabweichung, Varianz) Gruppengröße, Normalverteilung, Z-Wert Statistik, p-Wert, Metrische Statistik (Standardfehler des Mittelwertes, confidence Interval, t-test), nicht metrische Statistik (chi quadrat), Grundlagen von Korrelationen und Regressionen. Einführung in der Anwendung von Statistik Software (WinStat® für Exel).</p> <p>Grundlagen Studiendesign:  Hypothesenbildung, Studienaufbau, Grundlagen qualitative und quantitative Studien, (Beispielhafte Darstellung von RCT, Meta-Analyse, Einzelfallstudien, experimentelle und quasi experimentelle Studien), Validität und Reliabilität einer Studie, Auswahl der Studienteilnehmer</p> <p>Grundlagen Epidemiologie:  Epidemiologische Studien (Querschnitts-Studien, Fall Kontrol Studien, Kohortenstudie), Fehler in Epidemiologische Studien (Zufällige Fehler, systematische Fehler, confounder), Prävention (praemodial, primär, sekundär, tertiär), Epidemiologische Messwerte: Prävalenz / Inzidenz, Sensitivität / Spezifität, Relatives Risiko (risk atio / odds ratio),</p> <p>Schreiben der OMT-Abschlußarbeit:  Guideliness für Abschlußarbeit und zum erstellen eines "Research proposal" (Expose)</p>		
<b>Vorkenntnisse</b>	<b>Level 1 und 2a IMTA Kurse</b>		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	schriftliche Theorieprüfung (im Rahmen 4 KWE)		
<b>Ausgewählte Literatur</b>	Domholdt E. : „Physical Therapy Reserach: principles and applications“ . Philadelphia, W.B. Saunders Company 2000  Thomas JR, Nelson JK: "Research methods in physical activity", Human Kinetics 2001		
<b>Lernformen</b>	Vortrag, Einzel-, Gruppenarbeit, praktisches Üben, Lehrgespräch/Plenumsdiskussion,		
<b>Lehrender</b>	Thomas Schöttker-Königer, MSc PT, DVMT-OMT®, PT		
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut		

## 5.5 Schmerzmanagement

<b>Modulblock 5</b>	<b>Modul Schmerzmanagement</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>schriftliches Modul</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 26	EA: 100	ECTS äquivalent: 4
<b>Lernziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswahl und Anwendung der Prinzipien des physiotherapeutischen Managements inklusive die Beurteilung unterschiedlichen Schmerzmechanismen anhand von klinische Beispiele</li> <li>- Kritische Analyse wissenschaftliche Erkenntnisse mit integration in die klinische Praxis.</li> </ul>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	Seminar Schmerzmanagement Projektarbeit Schmerz  Differenzierte Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in angewandte klinische Untersuchung, Beurteilung und Management		
<b>Lernziele</b>	Die Lehrgangsteilnehmer verstehen die Prinzipien des physiotherapeutischen Managements nach der Beurteilung unterschiedlichen Schmerzmechanismen und sind in der Lage wissenschaftliche Erkenntnisse kritisch zu analysieren und in die klinische Praxis zu integrieren.		
<b>Vorkenntnisse</b>	IMTA Level 2b und 3:  Neurophysiologie und Pathophysiologie der unterschiedlichen Schmerzmechanismen, die dazugehörigen klinischen Muster und ihre Bedeutung für die Untersuchung und Behandlung/Management  Psychosoziale Risikofaktoren (Yellow Flags) und deren klinische Erhebung		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	Projektarbeit Schmerz		
<b>Ausgewählte Literatur</b>	Literatur von Level 2b und 3		
<b>Lernformen</b>	Vortrag, Einzel-, Gruppenarbeit, praktisches Üben, Lehrgespräch/Plenumsdiskussion		
<b>Lehrender</b>	Ralf Schesser		
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut		

## 5.6 Medical Sciences und Screening

<b>Modulblock 6a</b>	<b>Modul Medical Sciences</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>Seminar; Unterricht 5. KWE</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 16	EA: 36	ECTS äquivalent: 1,5
<b>Lernziele</b>	<p>Am Ende des Moduls wird der Lernende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-klinische Erscheinungsformen nicht-mechanischer Störungen der neuro-muskulo-skelettalen Systeme sowie Störungen der viszerale Organe, des Nervensystems und des Kreislaufsystems, die eine Dysfunktion des neuro-muskulo-skelettalen Systems vortäuschen können, erkennen und ihre Differentialdiagnose diskutieren können</li> <li>-die Wahl der zur Differentialdiagnose verfügbaren bildgebenden und anderen Verfahren erklären und die Befunde diskutieren können</li> <li>-Indikationen für chirurgische Interventionen und deren Art bei neuro-muskulo-skelettalen Störungen erkennen und diskutieren können</li> <li>- Indikationen, Kontraindikationen, Wirkungsweisen und Nebenwirkungen von gebräuchlichen Medikamenten bei der Behandlung von neuro-muskulo-skelettalen Störungen diskutieren können</li> <li>-seine Rolle als Manual Therapeut bei der Zusammenarbeit und Kommunikation mit Ärzten erfüllen können</li> </ul>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Differentialdiagnostik bei „non-mechanical medical disorders“ anhand übergeordneter, im manualtherapeutischen Alltag häufiger Symptome des neuro-muskulo-skelettalen Systems wie Thoraxschmerz; Extremitätenschmerz; Kopfschmerz.</li> <li>-Differentialdiagnostische Kenntnisse bei manualmedizinisch relevanten cerebralen Funktionsstörungen wie vertebrobasiläre Insuffizienz; Schwindel; Schlaganfall.</li> <li>-Diagnostische Kenntnisse bei neuro-muskulo-skelettalen Erkrankungen wie Laboruntersuchungen; bildgebende Verfahren</li> <li>-Nicht physiotherapeutische Interventionen bei neuro-muskulo-skelettalen Erkrankungen wie Medikamente; Operationen</li> </ul>		
<b>Vorkenntnisse</b>	<b>IMTA Kurse</b>		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	Mündliche Prüfung als Teil der Abschlussprüfung		

<b>Literatur</b>	<p>Zalpour, Christoff (Hrsg.): Anatomie Physiologie für die Physiotherapie. Elsevier, München, 2. Aufl. 2006, 672 S., 59,95 €</p> <p>Wülker, Nikolaus (Hrsg.): Taschenlehrbuch Orthopädie und Unfallchirurgie. Thieme, Stuttgart 2005, 542 S., 32,95 €</p> <p>Netter, Frank H.: Netters Orthopädie. Thieme, Stuttgart 2001, 616 S., 34,95 €  <a href="#">Wetzke, Martin</a>; <a href="#">Happle, Christine</a>: BASICS Bildgebende Verfahren. Elsevier, München, 2. Aufl. 2009, 144 S., 18,95 €</p> <p><a href="#">Fleckenstein, Peter</a>; <a href="#">Tranum-Jensen, Jorgen</a> (Hrsg.): Röntgenanatomie-Normalbefunde in Röntgen, CT, MRT, Ultraschall und Szintigraphie. Elsevier, München 2004, 358 S., 29,95 €</p> <p><a href="#">Reiser, Maximilian</a>: Pareto-Reihe Radiologie Bewegungsapparat. Thieme, Stuttgart 2007, 336 S., 49,95 €</p> <p>Imhof, Herwig: Pareto-Reihe Radiologie Wirbelsäule. Thieme, Stuttgart 2006, 280 S., 49,95 €</p> <p>Leitlinie: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms . <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/">http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/</a></p> <p>Leitlinie: Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose. <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/">http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/</a></p> <p>Leitlinie: Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS). <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-116.htm">http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-116.htm</a></p>
<b>Lernformen</b>	Vortrag; Gruppenarbeit; Eigenstudium
<b>Lehrende</b>	Dr. Med. Hansjörg Knorr, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Chirotherapie, Sportmedizin
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut

<b>Modul 6b</b>	<b>Modul Medical Screening</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>Seminar; Unterricht während 5. KWE</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 16	EA: 72	ECTS äquivalent: 3
<b>Lernziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswahl und Anwendung der Prinzipien des Screenings inklusive der Erkennung der ‚Red und Yellow Flags‘.</li> <li>- Analyse des Befundes</li> <li>- Kritische Analyse wissenschaftliche Erkenntnisse mit integration in die klinische Praxis.</li> <li>- Erkennung der Indikatoren für Symptome, die nicht physiotherapeutisch zu behandeln sind, bzw. weiterer Diagnostik und/oder ärztlicher Intervention bedürfen</li> </ul>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	Rote /gelbe und andere Flaggen Praxis Leitlinien anderer Länder mit Physiotherapie als Erstkontakt Screening in Theorie und Praxis für ausgewählte Syndrome Methodik: Fragebögen, c/o, p/e, re-assessment Indikatoren für Symptome, die nicht physiotherapeutisch zu behandeln sind, bzw. weiterer Diagnostik und/oder ärztlicher Intervention bedürfen		
<b>Vorkenntnisse</b>	Level 1 und 2a IMTA Kurse		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	Multiple Choice und/oder ‚Short Essay‘ Fragen anhand von Fallbeispiele		
<b>Ausgewählte Literatur</b>	Goodman&Snyder (2007) Differential Diagnosis for Physical Therapists, Saunders Elsevier ISBN-13: 978-0-7216-0619-4		
<b>Lernformen</b>	<b>Vortrag, Einzel-, Gruppenarbeit, praktisches Üben, Lehrgespräch/Plenumsdiskussion</b>		
<b>Lehrender</b>	Kerstin Lüdtkke, PT, MSc, DVMT-OMT® Lucia Grauel, PT, MPhty (Manip.), DVMT-OMT®		
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut		

## 5.7 Biomechanik

<b>Modul 7</b>	<b>Ausgewählte Aspekte der Biomechanik</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	<b>Seminar</b>		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 12	EA: 36	ECTS äquivalent: 1,5
<b>Lernziel</b>			
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	<p><b>Kinematik der menschlichen Bewegung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Osteokinematik:</b> 3-D Bewegung im Raum (Definition von Lokalisation und Orientierung im Raum; Konzepte der Beschreibung und deren praktische Anwendung)</li> <li><b>Arthrokinematik:</b> Intraartikuläre Kinematik (u.a. Hintergrund konvex / konkav regel, Zentren und Achsen der Rotation, ICR, beispielhafte Darstellung der Arthrokinematik einzelner Gelenke)</li> </ol> <p><b>Kinetik der menschlichen Bewegung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mechanische Aspekte der Kinetik</li> <li>Stabilität und Gleichgewicht <ul style="list-style-type: none"> <li>- u.a. stiffness of passive (tendons and ligaments) and active (muscles and joints) objects, "apparent" endpoint stiffness and "apparent" joint stiffness; stiffness in motor control models</li> </ul> </li> </ol>		
<b>Vorkenntnisse</b>	Minimum Zertifikatsmodul		
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	Schriftliche Prüfung		
<b>Ausgewählte Literatur</b>	Dobner H.J., Perry G. (2001) Biomechanik für Physiotherapeuten, Hippokrates Verlag Nordin M, Frankel V.H. (2001) Basic Biomechanics of the Musculoskeletal System. 3 <sup>rd</sup> Ed. Lippincott Williams & Wilkins; Zatsiorsky V.M. (1998) Kinematics of Human Motion, Human Kinetics Zatsiorsky V.M. (2002) Kinetics of Human Motion, Human Kinetics		
<b>Lernformen</b>	<b>Vortrag, Einzel-, Gruppenarbeit, praktisches Üben, Lehrgespräch/Plenumsdiskussion</b>		
<b>Lehrender</b>	Thomas Schöttker-Königer, PT, MSc, OMT-DVMT, CIFK		
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut		

## 5.8 Mentored Clinical Practice

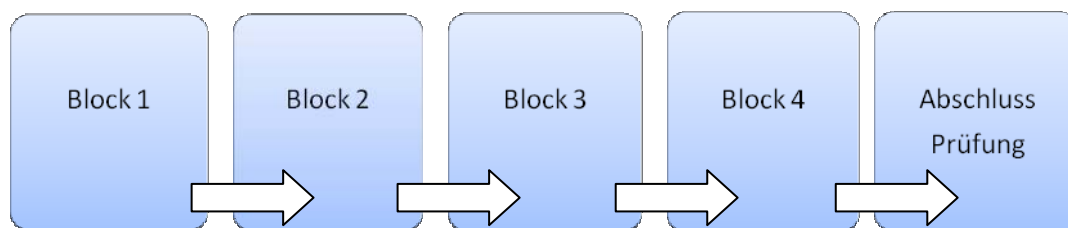
<b>Modul B3</b>	<b>Mentored Clinical Praxis</b>		
<b>Veranstaltungstyp</b>	Klinische Praxis		
<b>Modus: Pflicht</b>	LV: 160 (60 Min Std)	EA: 100	ECTS äquivalent: 10
<b>Lernziele</b>	<p>Am Ende des Moduls wird der Lernende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-selbständig und gezielt Informationen sowohl aus der subjektiven und funktionellen Untersuchung als auch aus anderen relevanten Quellen sammeln, kritisch bewerten und interpretieren können und diese verwenden, um die individuellen Bedürfnisse der Patienten mit neuro-muskuloskeletalen Beschwerden zu ermitteln, beurteilen und begründen, wobei er sich in einem biopsychosozialen Rahmen bewegt und auf verfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreift.</li> <li>-fortgeschrittenes clinical reasoning und verfügbare wissenschaftliche Evidenz kritisch analysieren und anwenden können, um die optimale OMT Untersuchung und Behandlung auszuwählen, zu modifizieren, zu interpretieren und zu beurteilen, in einer Weise, die relevant, sicher, angemessen und effektiv für die individuelle Problematik des Patienten und für die klinische Praxis ist.</li> <li>-einen umfassenden, patientenzentrierten, physiotherapeutischen Managementplan für einzelne Patienten entwickeln, planen, rechtfertigen, ausführen und anpassen können, im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems sowie passend zum therapeutischen Setting und in Kooperation mit dem Patienten und anderen Beteiligten.</li> <li>-dem Patienten und anderen relevanten Beteiligten seine Befunde und Ergebnisse akkurat und korrekt, sowohl schriftlich als auch mündlich kommunizieren können, um „informed decision making“ zu fördern .</li> </ul>		
<b>Inhalt der Veranstaltung</b>	<p>Individuelles „coaching“, „mentoring“ und „supervision“ während der Befundung und Behandlung von Patienten.</p> <p>Praktische Umsetzung der patientenzentrierten Anwendung aller Aspekte der Physiotherapie bei Befund, Beurteilung, Planung und Behandlung von Patienten mit Dysfunktionen des neuro-muskuloskeletalen Systems unter Berücksichtigung von Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen sowie von anderen relevanten Kontextfaktoren und Aspekten des Selbstmanagements.</p> <p>Praktische patientenzentrierte Anwendung des „clinical reasoning“</p> <p>Praktische Anwendung angemessener Assessmentverfahren</p>		

<b>Vorkenntnisse</b>	Level 1 und 2a des IMTA Kurssystems
<b>Prüfungsmodalitäten</b>	Summatives Assessment während der Patientenbehandlung in Block 4 (40%) Summatives Assessment der Befund und Erstbehandlung eines Patienten während des klinischen Abschnitts der DVMT-OMT® Abschlussprüfung (60%)
<b>Ausgewählte Literatur</b>	Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2005) Maitland's Vertebral Manipulation 7th edition, Elsevier.  Hengeveld, E., Banks, K., (2005) Maitland's Peripheral Manipulation, 4th edition, Elsevier.  Jones, M., Rivett, D.A. (2003) Clinical Reasoning for Manual Therapists, Butterworth & Heinemann. In Deutsch: Clinical Reasoning in Manueller Therapie (2006) Urban & Fischer.
<b>Lernformen</b>	Workbased, problemorientiertes Lernen anhand der zu therapierenden Patienten, Einzel-, Gruppen- und Plenumsarbeit mit praktischem Kontext.
<b>Lehrende</b>	DVMT Clinical Mentoren und IMTA Instruktoren
<b>Modulevaluation</b>	Erfolgt durch eine Befragung durch ein externes unabhängiges Institut

### **Aufbau und Organisation der Mentored Clinical Praxis:**

Mentored Clinical Practice (MCP) findet stets in Relation von maximal 4 Teilnehmern zu einem Clinical Mentor statt. Patienten werden selbstständig von dem Teilnehmer allein behandelt.

Dieses Modul besteht aus 4 Teilmodulen bzw. Blöcken



#### **Block 1:**

- Pflicht
- Anwesenheit während 3 Tagen MCP
- Einreichung eines Behandlungsberichts vor und eines Behandlungsberichts nach diesen 3 Tagen
- Alle Mentoren sind erfahrene IMTA Instruktoren

#### **Block 2:**

- Pflicht
- Anwesenheit während 5 Tagen (40 Std) MCP
- Alle Mentoren sind erfahrene IMTA Instruktoren

#### **Block 3:**

- Wahlpflicht
- Minimum 40 Stunden MCP
- Voraussetzung ist die Teilnahme an Block 1
- Block 3 muss vor Teilnahme an Block 4 abgeschlossen sein
- Mit einem DVMT anerkannten Clinical Mentor

#### **Block 4:**

- Pflicht
- Anwesenheit während 5 Tagen (40 Std) MCP

- Alle Mentoren sind erfahrene IMTA Instruktoren

Abschlussprüfung:

- Pflicht
- Die Prüfer sind alle erfahrene IMTA Instruktoren

Block 1 führt in die Thematik des MCP Moduls ein.

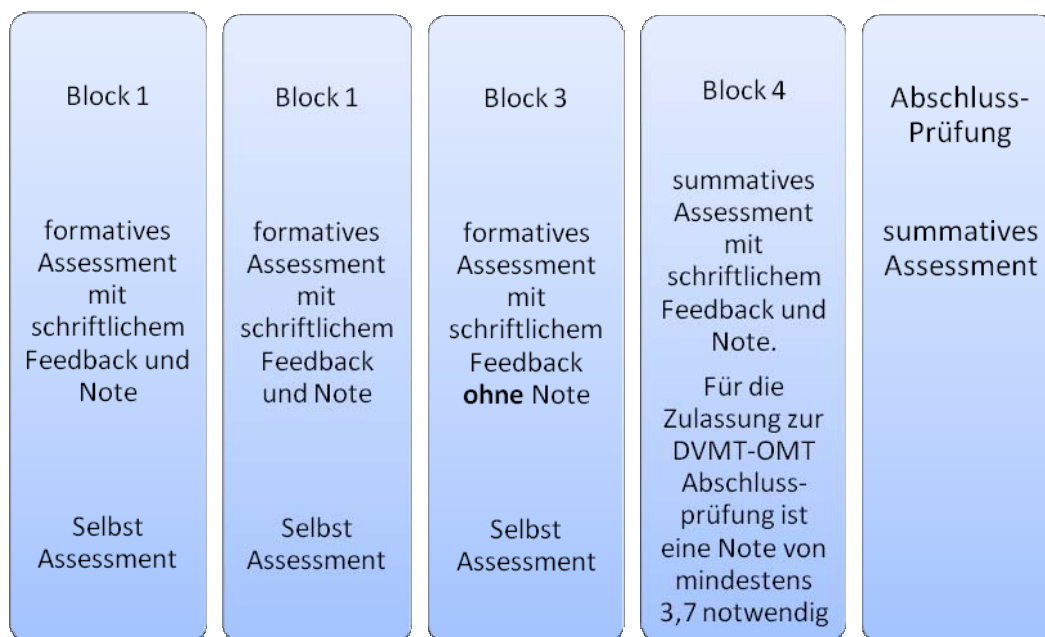
Blocks 1, 3 und 4 werden von der DVMT-OMT® Ausbildungskommission organisiert. Die Termine und Örtlichkeiten werden im Ausbildungsprogramm bekannt gegeben.

6 Wochen vor Beginn der Block 1-Anwesenheitstage muss der Teilnehmer einen Behandlungsbericht über 5 Therapiesitzungen einreichen. Während der Anwesenheitstage wird der Teilnehmer dies mit dem Mentor besprechen können. Nach den Anwesenheitstagen wird Block 1 mit einem zweiten Behandlungsbericht abgeschlossen. Der zweite Behandlungsbericht muss binnen 8 Wochen nach Beendigung der Anwesenheitstage bei dem Mentor eingereicht werden.

Der Teilnehmer ist für die Organisation von Block 3 selber verantwortlich. Mentoring in diesem Block ist zu jeder Zeit zwischen Beendigung von Block 1 und Anfang von Block 4 möglich. MCP in Block 3 kann verschiedene Formen haben. Weitere Informationen finden Sie im Anhang (1) „Rahmenbedingen der selbstorganisierten MCP und Liste der Mentoren“.

### Assessment während der Mentored Clinical Praxis:

Unten wird eine Übersicht der Assessments während der MCP dargestellt



Formative assessment wird während allen MCP Blocks durchgeführt. Dies hat das Ziel, den Teilnehmer in seinem Lernprozess zu unterstützen. Häufig durchgeführte, interaktive Beurteilung des Lernfortschritts und des Wissens der Teilnehmer ermöglicht es dem Mentor, seine Methoden genauer an den auf diese Weise identifizierten Lernbedarf anzupassen. Zudem sind sie die Grundlage eines gemeinsam erstellten „Action Plan“. Feedback wird sowohl mündlich, individuell mit dem Mentor oder in Gruppen bzw. Paar-Diskussionen, als auch schriftlich gegeben.

Dem schriftlichen Feedback während Block 1 und 2 wird eine Note hinzugefügt (Siehe auch Anhang(11). Prüfungsordnung DVMT-OMT® Ausbildung). Die Note ist eine Standortbestimmung. Der Teilnehmer kann zum nächsten MCP Block weitergehen, auch wenn die Note weniger als 3,7 ist.

Der Teilnehmer wird ermutigt, ein „Selbst Assessment“ bei Block 1, 2 und 3 durchzuführen. Dies ist nicht Pflicht, aber dient als Eigenreflektionsgrundlage sowie als Basis für Diskussionen mit dem Mentor, bei der Erstellung des Action Plans und bei der Zielsetzung weiterer MCP. Es ist nicht Pflichtbestandteil des eigenen Ausbildungslogbuchs.

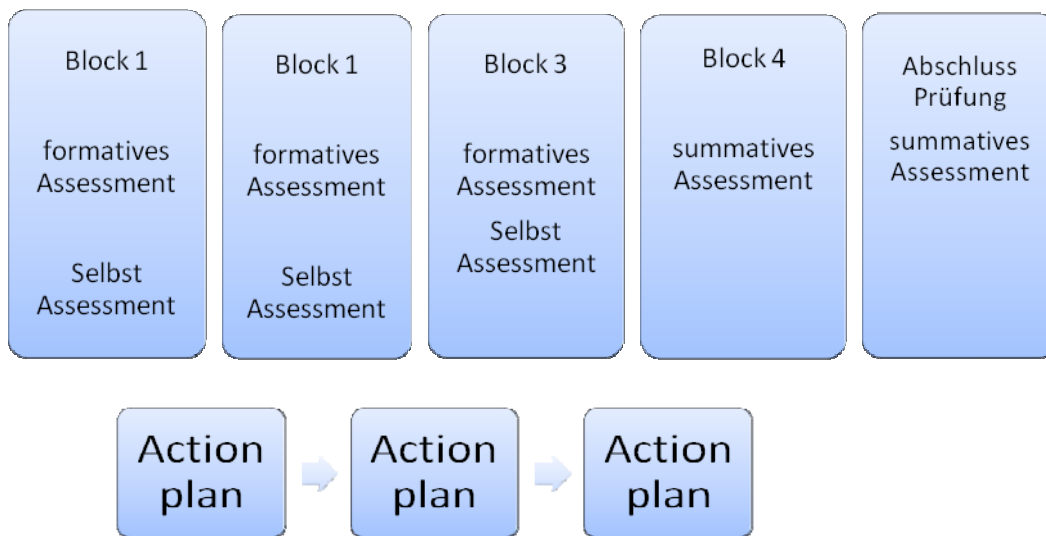
Summative Assessment wird während Block 4 durchgeführt. Dies hat das Ziel, sowohl den Lernstand abschließend zu ermitteln als auch inwieweit der Teilnehmer die erforderlichen Kompetenzen nachweisen kann. Für die Zulassung zur DVMT-OMT® Abschlussprüfung ist eine Note von mindestens 3,7 notwendig. Die Note aus Block 4 bildet 40% der Endnote für den klinischen Abschnitt der Abschlussprüfung (siehe Kapitel 6 „OMT Abschlussprüfung“). Die anderen 60% werden durch den klinischen Abschnitt der Abschlussprüfung ermittelt. Siehe Anhang (11) Prüfungsordnung DVMT-OMT® Ausbildung.

Der Teilnehmer ist dafür verantwortlich, Kopien der Assessmentbögen an die DVMT-OMT® Ausbildungskommission unverzüglich nach Beendigung des jeweiligen MCP Blocks zu senden.

### „Action Plan“

Basierend auf den Ergebnissen der Assessments wird jeweils nach Block 1, 2 und 3 ein „Action Plan“ gemeinschaftlich von Mentor und Teilnehmer erstellt. Der „Action Plan“ soll den Teilnehmer beim Erreichen der Lernziele unterstützen. Dem Teilnehmer werden entsprechend seiner Leistung Aufgaben und Ziele gegeben, die er während des Clinical Mentoring verfolgen soll. Der „Action Plan“ soll jedoch ausreichend Raum lassen, damit der Teilnehmer seine eigenen Ziele verfolgen kann. Der „Action Plan“ wird in den Assessmentbögen dokumentiert.

Die Umsetzung des „Action Plans“ und seine Weiterentwicklung wird bei der darauffolgenden MCP verfolgt.



### Logbuch

Der Mentor muss Zugang zu dem Ausbildungslogbuch der Teilnehmer haben. Der Mentor kann Einsicht in das ganze oder Teile des Logbuchs verlangen. Er kann es vorziehen, das Logbuch bevor, am Anfang, während oder zu Ende der MCP zu sichten.

Es liegt in der Verantwortung der Teilnehmer, sein Logbuch zu den MCP mitzubringen bzw. wenn erwünscht, das Logbuch bereits vor der MCP dem Mentor zur Verfügung zu stellen. Der Teilnehmer hebt alle Assessmentbögen, Action Pläne und Patientenberichte in seinem Logbuch auf. Zudem kann es von Vorteil sein, die Dokumentationen der Patientenbehandlungen während der MCP im Logbuch aufzubewahren.

## Assessment Formular: MCP Blocks 1, 2 und 3

<b>Date:</b>	<b>Block Number:</b>
<b>OMT Student's name:</b>	<b>Mentors name:</b>
<b>Locality:</b>	<b>Clinical setting:</b>

Please refer to the checklist for marking clinical mentoring and the marking criteria in the curriculum document of the DVMT-OMT educational programme before completing this form.

This form may be filled by hand or in a word document. It must be submitted by the OMT Student as a paper-based, signed copy to the Chairperson of the DVMT-OMT Educational Committee immediately on completion of the mentoring Block. The mentor may be confidentially asked to expand on his / her appraisal. Use the comments boxes to identify areas of particularly good performance and areas which need improvement. Please support your statements with examples and give suggestions on how improvement may be attained. If you cannot give an opinion on a certain aspect or behaviour due to lack of knowledge or inadequate opportunity to observe this during mentoring please note this too. Your scoring and comments should reflect typical behaviour over the whole Mentoring Block. They should not refer to single incidents or events that are not typical for the learner unless they are of undue concern to you. Block 3 should not be graded

Grades (see assessment criteria):

Very good: 1,0 - 1,3  
Good: 1,7 - 2,0 - 2,3  
Satisfactory: 2,7 - 3,0 - 3,3  
Adequate: 3,7 - 3,9  
Inadequate: 4,0 - 5,0

### Assessment Formular Block 1, 2 und 3

Subject	Commentary and Notes	Grade (Block 1+2)
Procedures Rx 1 C/O		
Procedures Rx 1 Plan P/E		
Procedures Rx 1 P/E		
Planning and implement- ing follow up treatments		
Clinical Reasoning		

<b>Subject</b>	<b>Commentary and Notes</b>	<b>Grade (Block 1+2)</b>
----------------	-----------------------------	----------------------------------

<b>Communica- tion</b>		
----------------------------	--	--

<b>Professiona- lism</b>		
------------------------------	--	--

<b>Commendations. Areas of particular merit</b>	<b>Areas which need improvement</b>

<b>Recommendations and action plan</b>

<b>Mentor's signature</b>	<b>Candidate's signature</b>

## MCP Assessment Formular: Selbst Assessment

<b>Date:</b>	<b>Block Number:</b>
<b>OMT Student's name:</b>	<b>Mentors name:</b>
<b>Locality:</b>	<b>Clinical setting:</b>

Dear OMT Student

It is often useful to assess your own performance and compare it to your mentor's assessment. Ideally you should do this before the feedback session with your mentor. This form is orientated to the one that your mentor uses during Blocks 1, 2 and 3. This form must not be submitted to the DVMT-OMT Educational Committee. It's purely for your own use. You don't need to keep it in your Log book if you don't want to and you don't have to show it to your mentor. Please refer to the checklist for marking clinical mentoring and the marking criteria in the curriculum document of the DVMT-OMT educational programme before completing this form. These will give you an idea of what the clinical mentor is looking for. Use the comments boxes to identify areas where you think your performance was particularly good and areas which need improvement. Your scoring and comments should reflect your behaviour over the whole Mentoring Block. They should not refer to single incidents or events that are not typical for you unless they are of undue concern to you.

Grades (see assessment criteria):

Very good: 1,0 - 1,3  
Good: 1,7 - 2,0 - 2,3  
Satisfactory: 2,7 - 3,0 - 3,3  
Adequate: 3,7 - 3,9  
Inadequate: 4,0 - 5,0

## MCP Assessment Formular: Selbst Assessment

Subject	Commentary and Notes	Grade (Block 1+2)
<b>Procedures Rx 1 C/O</b>		
<b>Procedures Rx 1 Plan P/E</b>		
<b>Procedures Rx 1 P/E</b>		
<b>Planning and implement- ing follow up treatments</b>		
<b>Clinical Reasoning</b>		

<b>Subject</b>	<b>Commentary and Notes</b>	<b>Grade (Block 1+2)</b>
----------------	-----------------------------	----------------------------------

<b>Communication</b>		
----------------------	--	--

<b>Professionalism</b>		
------------------------	--	--

<b>Commendations. Areas of particular merit</b>	<b>Areas which need improvement</b>

<b>Recommendations and action plan</b>

<b>Mentor's signature</b>	<b>Candidate's signature</b>

## MCP Assessment Formular: Block 4

<b>Date:</b>	<b>Block Number:</b>
<b>OMT Student's name:</b>	<b>Mentors name:</b>
<b>Locality:</b>	<b>Clinical setting:</b>

Please refer to the checklist for marking clinical mentoring and the marking criteria in the curriculum document of the DVMT-OMT educational programme before completing this form. This form may be filled by hand or in a word document. It must be submitted by the OMT Student as a paper-based, signed copy to the Chairperson of the DVMT-OMT Educational Committee immediately on completion of the mentoring Block. The mentor may be confidentially asked to expand on his / her appraisal. Use the comments boxes to note the reasons for your grading. Please support your statements with examples. Your scoring and comments should reflect typical behaviour over the whole Mentoring Block. They should not refer to single incidents or events that are not typical for the learner unless they are of undue concern to you.

Grades (see assessment criteria):

Very good: 1,0 - 1,3  
Good: 1,7 - 2,0 - 2,3  
Satisfactory: 2,7 - 3,0 - 3,3  
Adequate: 3,7 - 3,9  
Inadequate: 4,0 - 5,0

## MCP Assessment Formular: Block 4

Subject	Commentary and Notes	Grade (Block 4)
<b>Procedures Rx 1 C/O</b>		
<b>Procedures Rx 1 Plan P/E</b>		
<b>Procedures Rx 1 P/E</b>		
<b>Planning and implement- ing follow up treatments</b>		
<b>Clinical Reasoning</b>		

<b>Subject</b>	<b>Commentary and Notes</b>	<b>Grade (Block 4)</b>
----------------	-----------------------------	----------------------------

<b>Communica- tion</b>		
----------------------------	--	--

<b>Professiona- lism</b>		
------------------------------	--	--

<b>Overall Grade</b>	
----------------------	--

<b>Justification</b>	
----------------------	--

<b>Mentor's signature</b>	<b>Candidate's signature</b>

## **MCP Assessment Formular: Checkliste**

Dear clinical mentor and OMT Student,

This document provides you with a guideline checklist for assessment during clinical mentoring. Please also refer to the module learning outcomes and marking criteria when assessing during clinical mentoring. It is not necessary that all parameters are demonstrated and assessed during all Blocks. For example where the setting is not interdisciplinary it may not be appropriate or necessary to communicate with other health care professionals during the period of mentoring so that this cannot be assessed.

If you cannot give an opinion on a certain aspect or behaviour due to lack of knowledge or inadequate opportunity to observe this during mentoring please note this too.

Use the comments boxes to identify areas of particularly good performance and areas which need improvement. Please support your statements with examples and give suggestions on how improvement may be attained. This list is not exhaustive and you are free to document and discuss any other relevant findings in the text fields.

You may find it helpful to refer to the learners log book before, at the end of after or during the clinical mentoring block. This contains information concerning the assessments of prior blocks and consequent action plans. Grading is only necessary for blocks 1, 2 and 4. Block 3 should not be graded. Free text fields should be filled out for all Blocks. The forms for Blocks 1, 2 and 3 are the same. Block 4 is assessed summative and therefore has a slightly different form. Your grading and comments should reflect typical behaviour over the whole Mentoring Block. They should not refer to single incidents or events that are not typical for the learner unless they are of undue concern to you. The forms may be filled by hand or in a word document. It must be submitted by the OMT Student as a paper-based, signed copy to the Chairperson of the DVMT-OMT Educational Committee immediately on completion of the mentoring Block. The mentor may be confidentially asked to expand on his / her appraisal.

## MCP Assessment Formular: Checkliste

Subject	Commentary and Notes
<b>Procedures Rx 1 C/O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume and length of the C/O is appropriate to the problem. Demonstrates adequate time management</li> <li>• Patients main problem ascertained</li> <li>• Goals of the patient ascertained</li> <li>• Body chart completed</li> <li>• 24 h behaviour – enough *, valid *, if possible at least one * per separate symptom area.</li> <li>• History – relevant past and present Hx established. Does not lose themselves in detail.</li> <li>• Special questions are relevant and focused on the individual problem</li> </ul>
<b>Procedures Rx 1 Plan P/E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflects on the completeness of C/O</li> <li>• Uses the information to generate and evaluate relevant hypotheses concerning:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- source or sources of the problem</li> <li>- irritability and strength of symptoms</li> <li>- stadium and stability of the problem</li> <li>- contraindications or precautions</li> <li>- contributing factors</li> </ul> </li> <li>• Makes relevant dosage decisions</li> <li>• Plans sequence of examination appropriately. Prioritizes examination procedures for the first session.</li> <li>• Collects information from other sources as necessary (e.g. patient's notes, operation reports, other health care professionals involved, clinical guidelines, literature)</li> </ul>
<b>Procedures Rx 1 P/E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume and length of the P/E is appropriate to the problem. Demonstrates adequate time management. Is efficient and logical.</li> <li>• Ascertains „present pain“</li> <li>• Inspection is purposeful. Corrects if appropriate. Differentiates if appropriate</li> <li>• Performs a functional demonstration appropriately, precisely and safely. Differentiates structures and movement directions as appropriate</li> <li>• Selects, performs and interprets a relevant active movement assessment appropriately, precisely and safely. Selects relevant measures. Differentiates if appropriate.</li> <li>• Selects, performs and interprets active „if appropriate“ tests appropriately, precisely and safely as necessary (e.g. overpressure, repeated movements, sustained movement etc)</li> <li>• Selects, performs and interprets relevant muscle function tests appropriately, precisely and safely</li> <li>• Selects, performs and interprets relevant special tests such as neurological tests, vascular tests appropriately, precisely and safely</li> <li>• Selects, performs and interprets passive physiological movements appropriately, precisely and safely. Including instability tests.</li> <li>• Selects, performs and interprets neural tissue sensitivity tests appropriately, precisely and safely. Neural mobility tests and palpation</li> <li>• Selects, performs and interprets soft tissue palpation appropriately, precisely and safely</li> <li>• Uses and interprets movement diagrams appropriately</li> <li>• Selects, performs, interprets and justifies a relevant trial treatment. This may be using passive manual therapy techniques, active exercises, passive modalities, advice etc, etc.</li> <li>• Selects and applies an adequate amount of relevant reassessment procedures and outcomes instruments.</li> <li>• Summarises findings to the patient and formulates a management plan</li> <li>• Warns the patient of possible reactions to treatment and requests him to observe the reaction</li> </ul>

<b>Planning and implementing follow up treatments</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reassesses results of previous treatments adequately</li> <li>• Reflects on and adapts established hypotheses</li> <li>• Complements the C/O and P/E with further questioning and tests and can justify their use</li> <li>• Selects and progresses treatment techniques and strategies appropriately and can justify their use</li> <li>• Screens for the involvement of other structures of the movement system adequately</li> <li>• Integrates and justifies the treatment of other involved structures appropriately</li> <li>• Screens for psychosocial components adequately</li> <li>• Integrates self management strategies appropriately and can justify their use</li> <li>• Integrates other physiotherapeutic modalities appropriately and can justify their use</li> <li>• Appreciates the role of other health care professionals and is able to involve them in the treatment where necessary (Doctor, occupational therapist, psychologist etc)</li> <li>• Demonstrates adequate time management</li> </ul>
---	---

<b>Clinical Reasoning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical reasoning is hypothesis driven</li> <li>• Demonstrates a biopsychosocial approach and awareness of the effects of psychosocial aspects of the problem (positive and adverse)</li> <li>• Integrates relevant scientific evidence into treatment decisions</li> <li>• Demonstrates reflection in action and reflection on action</li> </ul>
---------------------------	---

<b>Communication</b>	<p>With patients:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduces himself</li> <li>• Explains procedures and integrates the patient in decision making. Obtains informed consent.</li> <li>• Listens</li> <li>• Allows the patient time to express thoughts and feelings or to ask questions</li> <li>• Effectively uses questions to obtain accurate and adequate information</li> <li>• Generally uses open questions. Is not suggestive or leading.</li> <li>• Responds to verbal and non verbal cues</li> <li>• Gives understandable information without using jargon</li> <li>• Discusses findings and treatment plan</li> <li>• Speaks good German at the appropriate level for the patient</li> <li>• Uses non verbal communication to encourage the patient</li> </ul> <p>With colleagues and other health care professionals</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents assessment and treatment clearly and in an understandable manner</li> <li>• Documentation is legible, signed and dated</li> <li>• Writes treatment reports to other health care professional clearly and understandably</li> <li>• Verbal communication is clear, precise and intelligible</li> </ul>
----------------------	--

<b>Professionalism</b>	<p>Towards patients:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is respectful and polite</li> <li>• Establishes trust, rapport and shows empathy</li> <li>• Demonstrates a caring manner</li> <li>• Respects privacy and confidentiality and is sensitive to the patient's comfort and modesty</li> <li>• Is unprejudiced</li> <li>• Keeps appropriate professional distance</li> <li>• Is aware of relevant legal and professional frameworks within the German Health Service</li> <li>• Is aware of his own limitations</li> </ul> <p>Towards colleagues:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Takes proper responsibility</li> <li>• Is unprejudiced</li> </ul> <p>Towards other health care professionals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respects the roles of others</li> <li>• Works constructively in a team</li> </ul> <p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Can manage time and prioritise appropriately</li> <li>• Uses resources appropriately e.g.</li> </ul>
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Has a general professional manner</li> <li>• Dresses appropriately</li> </ul>
--	--

<b>Commendations. Areas of particular merit</b>	<b>Areas which need improvement</b>
Please note general areas of particularly good performance here	Note areas needing improvement here

<b>Recommendations and action plan</b>
<p>In cooperation with the OMT student, the mentor should develop a plan for further development in areas needing improvement.</p> <p>The suggestions may be for example that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A number of treatment documentations / cases could be sent to the mentor before the next Block</li> <li>• The OMT student should treat more patients with a particular disorder before the next block</li> <li>• The OMT student should undergo some extra clinical mentoring</li> <li>• The OMT student should practice documentation “real time”</li> <li>• The OMT student should take time to use the “reflection and clinical reasoning form” with 2 patients a week</li> <li>• The OMT student practices certain techniques or uses certain techniques more often (functional demonstration, muscle function...)</li> <li>• The OMT student should revise certain aspects of theory</li> <li>• The OMT student should search for evidence relevant to a particular problem</li> <li>• The OMT student search for relevant assessment instruments for a particular problem</li> <li>• etc</li> </ul> <p>The mentor may agree to further support the OMT student. This is outside of the DVMT-OMT curriculum and remuneration must be agreed between the mentor and OMT student.</p> <p>The suggestions in the action plan are not binding. It is the responsibility of the OMT student to work on areas needing improvement.</p>

<b>Mentor's signature</b>	<b>Candidate's signature</b>

## **6. OMT Abschlussprüfung**

### **6.1 OMT Abschlussarbeit**

Der Teilnehmer muss eine eigenständig recherchierte schriftliche Arbeit (**Thesis**) im Umfang von 5000 - 7000 Worten (zuzüglich Referenzen) über ein Thema verfassen. Dabei teilt ihm die OMT-AK einen Tutor zu.

Es wird von der OMT-AK begrüßt, wenn der Teilnehmer frühestmöglich selber ein Thema vorschlägt. Die Entscheidung darüber trifft allein die OMT-AK.

Der Teilnehmer wird dafür keine Fachliteratur zugeschickt bekommen, sondern muss sich diese selbst beschaffen. Ziel dieser Aufgabe ist es, sich selbständig anhand der verfügbaren Quellen Fachliteratur zu beschaffen, zu analysieren, zu kritisieren, und auf wissenschaftlichen Aspekten zu bewerten. Die Abschlussarbeit sollte zudem einen zutreffenden Forschungsentwurf und Fallbeispiele beinhalten. Für diese Aufgabe steht dem Teilnehmer ein von der OMT-AK anerkannter Tutor zur Unterstützung zur Verfügung. Auf Wunsch des Teilnehmers kann diese freie Arbeit auch eine eigene wissenschaftliche Forschung sein.

Die Abschlussarbeit kann entweder aus:

einer Literaturstudie (systematic review)

einer Einzelfallstudie

oder einer Pilot-Studie (Forschungsarbeit)

bestehen. Einzelheiten zu den Studientypen werden während der Kurswochenenden unterrichtet.

Der Anhang ‚Verfassung wissenschaftlicher Arbeiten‘ geben erste Informationen über Form und Umfang der Abschlussarbeit.

### **6.2 Die Theorieprüfung**

Siehe Prüfungsordnung

Die Theorieprüfung wird von der vollständigen Prüfungskommission beurteilt.

Die Prüfungskommission wird von der OMT-AK ernannt.

### **6.3 Die praktische Prüfung**

Siehe Prüfungsordnung

Die praktische Prüfung besteht aus fünf Teilen:

a. Die subjektive Befundaufnahme, funktionelle Beurteilung und Initialbehandlung eines neuro-muskulo-skelettalen Patientenproblems (Probleme)

b. Eine mündliche Darstellung des Kandidaten über seine Erkenntnisse und seinen Behandlungsplan des vorherigen Patientenproblems inklusive Diskussion mit den Prüfern (ca. 20 Minuten)

c. Demonstration von 10 Techniken bzw. Übungen an zwei Prüfern (s. Anhang 11)

d. Eine 15-20 minutige Präsentation, Befragung und Diskussion über die Abschlussarbeit des Teilnehmers

e. Eine mündliche Befragung über bildgebende Verfahren

### **6.4 Prüfungskommission**

Siehe Prüfungsordnung

## 7. Anlagen:

- (1) Rahmenbedingen der selbstorganisierte Mentored Clinical Practice und Liste der Mentoren.
- (2) Vorlage Formular und Hinweise für einen Artikelbeurteilung für SM 1
- (3) Clinical Reasoning Formular
- (4) Leistungsstandformular  
Der Lehrgangsteilnehmer ist verantwortlich für dieses Formular, dass bei jedem Treffen mitzubringen ist und von der zuständigen omt-dvmt® auszufüllen bzw. zu begutachten ist
- (5) Modul und Kursbeurteilungsbögen
- (6) Wissenschaftliche Praxis
- (7) Research Proposal
- (8) Verfassung wissenschaftlicher Arbeiten
- (9) Technikliste
- (10) Lebensläufe des Lehrerteams
- (11) Prüfungsordnung

## **Anlage (1)**

### **Rahmenbedingungen der selbst organisierte Mentored Clinical Practice (MCP):**

Block 3 der MCP besteht aus mindestens 40 Std.

### **Inhalte der selbst organisierte MCP:**

Die 40 Stunden beinhalten Vor- bzw. Nachbereitungszeiten.

20 Stunden davon müssen (Patienten) Kontaktstunden mit dem Clinical Mentor sein.

Möglichkeiten für das MCP für diese 20 Stunden:

- CM in der eigene Praxis bzw. Arbeitsplatz einladen
- Patientenbehandlung in der Praxis bzw. Arbeitsplatz der CM
- Video Aufnahme von sich selbst bei der Patienten Behandlung anfertigen und mit Clinical Mentor (CM) besprechen

Weitere 20 Stunden könnten sein:

- Vor- und Nachbereitungszeiten eines Patienten (Befund und/oder CR Bogen schreiben)
- Befund einreichen bei der CM. CM gibt schriftliche Feedback
- Ausfüllen eines langen CR-Formulars. CM gibt schriftliche Feedback

### **Dokumentation der MCP:**

Jeder TN sammelt alle Unterlagen wie schriftliche Feedbacks, Patienten Dokumentationen oder CR Bögen in sein Logbuch. Das Logbuch muss stets für der CM einsehbar sein. Somit wird die Kommunikation zwischen den Clinical Mentoren unterstützt.

Die CMs benutzen der Assessmentbogen wie in der Curriculum beschrieben. .

### **Mentoren für MCP & Organisation:**

Der TN muss den Kontakt mit den Clinical Mentoren selbst herstellen. Es dürfen auch mehrere TN gleichzeitig zu einem Mentor gehen, jedoch maximal 4 TN. Eine Liste der von der DVMT-OMT Ausbildungskommission anerkannten Mentoren mit deren entsprechenden Qualifikationen und Schwerpunkten ist zu finden auf der Homepage ([www.dvmt.org](http://www.dvmt.org)), unter Menüpunkt *Informationen zur Ausbildung* bzw. *Material für die Ausbildung* und im *Kurshandbuch*.

Näheres zu den Mentoren ist in ihre Profile zu lesen

### **Kosten:**

Die Kosten sind auf Verhandlungsbasis, jedoch maximal 50 Euro pro Stunde plus eventuelle Fahrtkosten.

**Liste der DVMT-OMT® anerkannte Clinical Mentoren:**

<b>Name</b>	<b>Ort</b>	<b>Interessen</b>	<b>Kontakt</b>
Axel Schäfer	Hamburg	Neuropathic pain	<a href="mailto:meender@web.de">meender@web.de</a>
Tobias Baierle	Heidelberg	Schulter	<a href="mailto:Tobiasbaierle@gmx.de">Tobiasbaierle@gmx.de</a>
Lucia Grauel	Hamburg	Chronic Pain/ Psychosomatic-Disorders Pelvic-floor Rehabilitation Neuromuskuloskeletal disorders	<a href="mailto:luciagrauel@hotmail.com">luciagrauel@hotmail.com</a>
Marcus Kinkelin	Kirchheim	Chronic Pain; Neuromuskuloskeletal disorders	marcus.kinkelin@koerperwerk.com
Peter Goerttler	Basel, Schweiz	Neuromuskuloskeletal disorders	<a href="mailto:Peter.goerttler@bethesda.ch">Peter.goerttler@bethesda.ch</a>
Ralf Schesser	Hofpen a. S.	Clinical Reasoning in Physiotherapy, Pain, Neurophysiology and Management	<a href="mailto:ralfschesser@hotmail.com">ralfschesser@hotmail.com</a>
Thilo Kromer	Penzberg	Clinical Reasoning, upper extremity disorders, EBM, Stress Reduction (mindfulness based), systemic theory.	<a href="mailto:tok@ptz-physio.de">tok@ptz-physio.de</a>
Ulrike Tautenhahn	Penzberg	Clinical Reasoning, Headache disorders, Chronic Pain Management, Stress Reduction, (esp. MBSR (mindfulness based stress reduction )), Communication strategies	<a href="mailto:ut@ptz-physio.de">ut@ptz-physio.de</a>
Fiona Morrison	Groß- krotzenburg	Neuromuskuloskeletal disorders	<a href="mailto:fiona.morrison@t-online.de">fiona.morrison@t-online.de</a>
Sebastian Klien	Freiburg	Clinical reasoning, Headache	<a href="mailto:Sebastian.klien@t-online.de">Sebastian.klien@t-online.de</a>

## Anlage (2)

### Artikelbeurteilungsformular für SM 1:

Name Teilnehmer/in:

Artikeltitel:

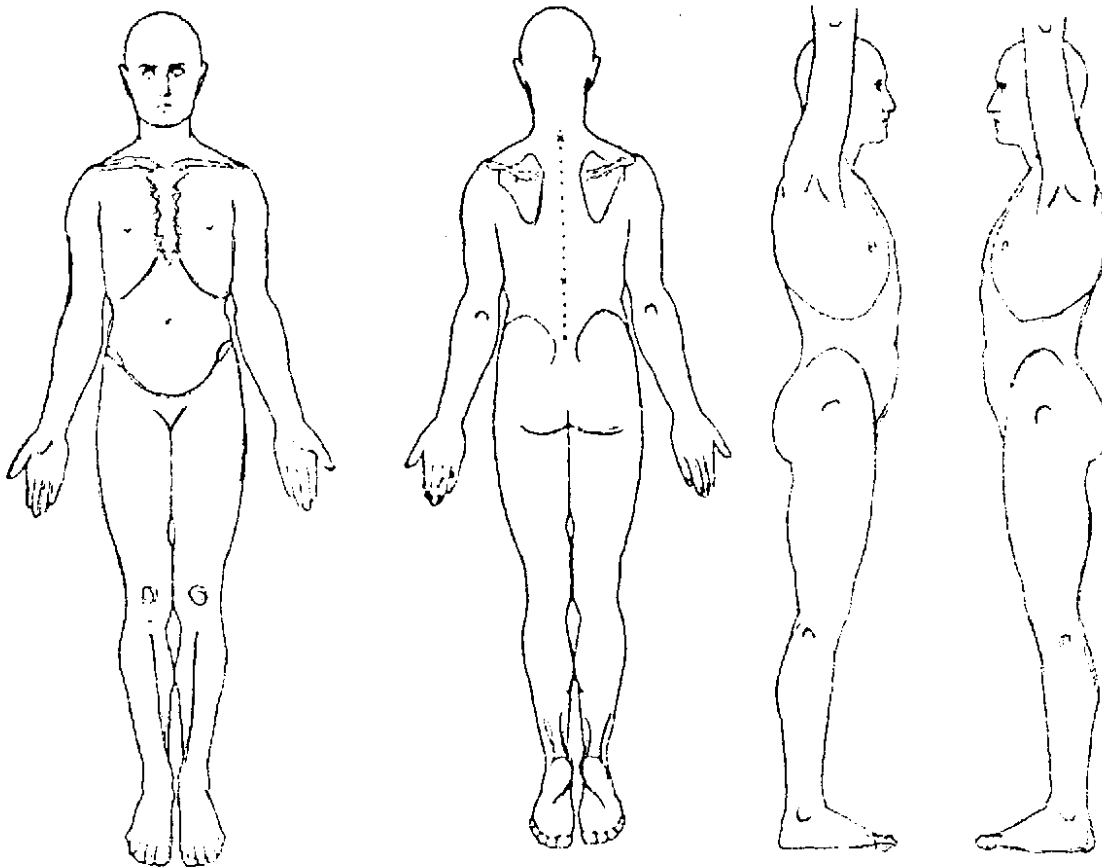


<b>Merkmale</b>	<b>Beschreibung / Kommentar</b>
Thema	Thema womit sich dieser Artikel befasst
Frage-/Zielsetzung	Ausführliche Beschreibung der Frage- bzw. Zielsetzung der Autor(en). Was waren ihre Hypothese(n). Hintergrund/Begründung der Studie.
Patienten inkl. Ein-/Ausschlusskriterien	Detaillierte Beschreibung der Patienten inkl. den Ein- und Ausschlusskriterien die benützt wurden.
Intervention	Detaillierte Beschreibung der Intervention
Messinstrumente	Beschreibung der Messinstrumente (z.B. CROM, Fragebögen, VAS etc)
Outcomes	Was waren die Ergebnisse?
Schlussfolgerung	Was waren die Ergebnisse?
Kommentare der Autoren	Selbstkritik, Begrenzungen der Studie, Vor- und Nachteile der Studie (Methoden)
<b>Kommentaren der Beurteiler</b>	
Klinische Nutzung	
Gewonnene Erkenntnisse	
Kritik	
<b>Beurteilungen der Prüfer</b>	
Lesbarkeit	
Lob	
Empfehlung	
Bedingungen	
Beurteilung in %	

**BEFUNDDECKBLATT**

Name:.....Geburtsdatum:.....  
 Ärztliche Diagnose:.....  
 PT:.....Datum Befund:.....  
 Beruf/Arbeit:.....  
 Hobbys/Sport:.....  
 Ziele/Erwartungen des Pat.:.....  
 .....  
 Verständnis des Pat.:.....

**Hauptproblem:**



**KI & Vorsichtsmassnahmen:**

- Generelle Gesundheit
- Fitnesslevel
- Medikamente
- VBI (5 Ds + 3 Ns)
- Rückenmark
- Cauda equina
- Gewichtsverlust
- History of malignancy
- Investigation
- Familiäre Prädisposition
- kürzliche OP/Traumata
- Other

**Aktivität /Partizipation Einschränkungen:**

VNRS  
**A1:**...../10  
**A2:**...../10  
**A3:**...../10  
**A4:**...../10  
**A5:**...../10  
 VNRS: 0 = unmöglich ausführbar  
 10 = ohne Problem ausführbar

**CLINICAL REASONING REFLECTION FORM (kurz)**

PATIENT.....DATUM.....PT.....

**INTERPRETATION NACH BEENDIGUNG DER SUBJEKTIVEN UNTERSUCHUNG**

**1. AKTIVITÄT & PARTIZIPATION**

Fähigkeiten.....  
(Haupt-)Einschränkungen.....

**2. PATHOBIOLOGISCHE MECHANISMEN** - Identifiziere den dominanten Schmerzmechanismus und die unterstützenden Faktoren dafür:.....

Wenn nozizeptiv oder peripher neurogen dominant – welches Wundheilungsstadium liegt vor? :

**3. VERSCHLIMMERNE FAKTOREN** – Nenne die dominanten verschlimmernden Faktoren/Muster (z.B. Bewegungen/Belastungen, Stress): .....

**4. QUELLE(N)/URSACHE DER SYMPTOME** – Identifiziere mögliche (Haupt-) Quellen für:

Symptom 1:.....  
Symptom 2:.....  
Symptom 3:.....

**5. BEITRAGENDE FAKTOREN** – Zähle jegliche mögliche beitragende Faktoren aus der S/E auf:

**6. VORSICHTSMASSNAHMEN & KONTRAINDIKATIONEN** – Zähle alle Faktoren auf, die Vorsicht erfordern oder Kontraindikationen für die P/E oder die Behandlung sind:.....

**7. PRIORITÄTEN AM 1. TAG** – Spezifiziere Deine Prioritäten für die P/E am 1.Tag:.....

**8. YELLOW FLAGS** – Identifiziere mögliche YF. Wie gehst Du damit in Deiner P/E & Rx um?.....

**9. ERWARTUNGEN & ZIELE** – Spezifiziere die Erwartungen & Ziele des Pat. - sind sie realistisch? Wie könnten sie in Nah- & Fernziele unterteilt werden?.....

## INTERPRETATION NACH BEENDIGUNG DER PHYSISCHEN UNTERSUCHUNG

**10. PHYSISCHE FUNKTIONSSTÖRUNG(EN) (IMPAIRMENTS)** Welche körperliche(n) Funktionsstörung(en) hast Du in der P/E identifiziert?:.....  
.....  
.....

**11. PATHOBIOLOGISCHE MECHANISMEN** - Nenne die Ergebnisse aus der P/E welche die Hypothesen bzgl. des Schmerzmechanismus und des Wundheilungsstadiums aus der S/E unterstützen/widerlegen:.....  
.....  
.....

**12. QUELLE(N) DER SYMPTOME** - Nenne die Quellen der Symptome (generell o. spezifische) u/o die körperliche Funktionsstörung, die Durch die Ergebnisse der P/E unterstützt werden:.....  
.....  
.....

**13. MANAGEMENT & SPEZIFISCHE BEHANDLUNG** – Spezifiziere & begründe Deinen momentanen Plan für das Gesamtmanagement:.....  
.....  
.....

Und die spezifische Behandlung, die Du am 1.Tag planst:.....  
.....  
.....

**14. WIEDERBEFUNDE** - Identifiziere die Hauptwiederbefundszeichen aus der S/E & P/E, die Du kontrollieren wilt:.....  
.....  
.....

**15. ELÄUTERUNGEN / AUFKLÄRUNG** – Was erklärst Du dem Pat.? Was sind Deine Schwerpunkte?  
.....  
.....  
.....

## INTERPRETATION NACH BEENDIGUNG DER BEHANDLUNG AM 1. TAG

**16. WIEDERBEFUNDE** - Was sind Deine Gedanken nach dem Wiederbefund(en) der heutigen Rx?  
.....  
.....  
.....

**17. PLAN FÜR DIE WEITERE UNTERSUCHUNG** - Identifiziere die weiteren Untersuchungen/ Beurteilungen, die Du planst (S/E & P/E):.....  
.....  
.....

**18. PROGRESSION DER BEHANDLUNG** Was sind Deine unmittelbaren Pläne für die Steigerung der Rx von heute (hands on, hands off)?.....  
.....  
.....

Welches Selbstmanagement schlägst Du vor und wann willst Du das tun?.....  
.....  
.....

**19. PROGNOSE** - Was denkst Du wie lange es dauert bis das Problem geklärt ist?.....  
Liste alle negativen & positiven prognostischen Faktoren aus der S/E, P/E & der heutigen Rx:  
.....  
.....  
.....

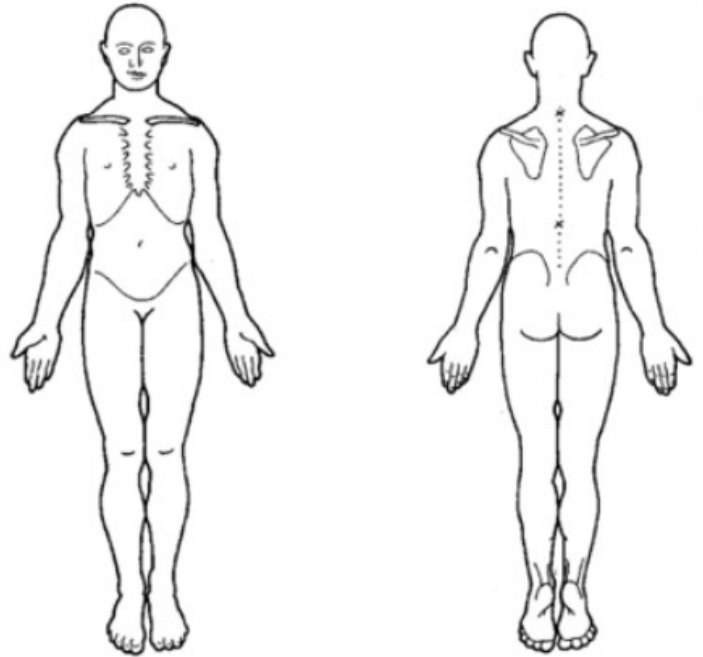
**PATIENTENÜBERGABEFORMULAR**

Name Patient: .....  
 Diagnose: .....  
 PT: .....  
 Supervisor/In: .....  
Behandlungsdaten: .....

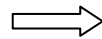
Hauptproblem:

Behandlungsziele ICF:

Aktuelle S/E, C/O (\*)



Aktuelle P/E (aktiv, passiv, Muskulatur, Neurologie)



Effekte der Untersuchungstechniken

Aktuelle Rx



Effekte der Interventionen Rx

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Empfehlungen für weiteres Vorgehen (P/E u/o Rx)

Unterschrift PT:  
Datum:

Unterschrift Mentor:

Name:

	Ausbildungsteil	Anwesend	Beurteilung	Bemerkungen	Unterschrift des Verantwortlichen
1.	Kurswochenende 1	Ja / Nein			
2.	Kurswochenende 2	Ja / Nein			
3.	Kurswochenende 3	Ja / Nein			
4.	Kurswochenende 4	Ja / Nein			
5.	Kurswochenende 5	Ja / Nein			
6.	MoDul 1		%		
7.	MoDul 2		%		
8.	MoDul 3		%		
9.	Supervision 1		%		
10.	Supervision 2		%		
11.	Supervision 3 Abschlusswoche		%		
12.	Theoretische Prüfung		%		
13.	Abschlussarbeit		%		
14.	Praktische Prüfung	Nicht bestanden / Bestanden mit/ ohne Auszeichnung	%		



**DVMT-OMT® Ausbildung**  
**Kurswochenende bzw. MoDul Evaluationsbogen**

**Name des MoDuls:** \_\_\_\_\_

**Name des Lehrers:** \_\_\_\_\_

Bitte beantworte die folgenden Fragen im Rückblick auf das gesamte Kurswochenende inklusive des anschließenden schriftlichen MoDuls:

1. An diesem Kurswochenende habe ich:

- Sehr viel
- Viel
- Etwas
- Wenig
- Gar nichts  
Gelernt

2. Neu war für mich vor allem folgendes:

3. Folgendes war besonders wichtig für mich:

4. Zu folgender Thematik hätte ich gerne noch mehr erfahren:

5. Das Arbeitsklima im Kurs fand ich überwiegend:

- Angenehm
- Teils teils
- Unangenehm

WoDurch kann es angenehmer werden?

6. An der Arbeitsweise an diesem Kurswochenende hat mir folgendes gefallen:

7. An der Arbeitsweise an dieser Kurswochenende wurde ich folgendes ändern:

8. Mit den organisatorischen Rahmenbedingungen des Kurses (Räumlichkeiten, Zeiteinteilungen, Verpflegung etc) bin ich:

- Zufrieden
- Im Großen und Ganzen zufrieden
- Unzufrieden

Verbesserungsvorschläge:

9. In der Konzipierung und Planung folgender MoDule resp.??? Ausbildungslehrgänge sollte man stärker berücksichtigen:

Freiwillige Namesangabe: \_\_\_\_\_

Besten Dank für die Mithilfe!

DVMT-OMT® Ausbildungskommission



## DVMT-OMT® Ausbildung Mentored clinical practice Evaluation

Bitte beantworte die folgenden Fragen im Rückblick auf die MCP:

**MCP Woche:** \_\_\_\_\_

**Mentor:** \_\_\_\_\_

(1) In dieser MCP Woche habe ich:

- a. Sehr viel
- b. Viel
- c. Etwas
- d. Wenig
- e. Gar nichts

Gelernt

(2) Folgendes war besonders wichtig für mich:

(3) Zu folgender Thematik hätte ich gerne noch mehr erfahren oder gemacht:

(4) Das Arbeitsklima im Kurs fand ich überwiegend:

Angenehm

Teils teils

Unangenehm

(5) Wo/Durch kann es angenehmer werden?

(6) An der Arbeitsweise bei dieser MCP Woche hat mir folgendes gefallen:

(7) An der Arbeitsweise bei dieser MCP Woche wurde ich folgendes ändern:

(8) Mit den organisatorischen Rahmenbedingungen der MCP Woche (Räumlichkeiten, Zeiteinteilungen, Verpflegung etc) bin ich:

Zufrieden

Im Großen und Ganzen zufrieden

Unzufrieden

(9) Verbesserungsvorschläge:

(10) In der Konzipierung und Planung folgender MCP Wochen sollte man stärker berücksichtigen:

Freiwillige Namesangabe: \_\_\_\_\_

Besten Dank für die Mithilfe!

DVMT-OMT® Ausbildungskommission

## Anlage (6)



### Wissenschaftlicher Praxis Richtlinien zur Publikation:

Ein Ziel der OMT-Abschlussarbeit ist es, dies publizieren zu lassen. Bevorzugt wird die *Manuelle Therapie* Fachzeitschrift.

Jede/r Teilnehmer/in bekommt von der Ausbildungskommission eine/n Tutor/in zugewiesen. Diese Person ist entweder in der DVMT-OMT® Ausbildungskommission, oder ist jemand die von der Ausbildungskommission ausgewählt worden ist. Zusätzlich kann noch, nach Ermessen der Kommission, ein externer ‚Experte‘ dazu genommen werden.

Aufgabe der Tutor/in ist mehrfach:

- ‚Beratungsstelle‘ sowohl für Inhalte als auch für Struktur und alle offenen Fragen
- Anregungen bieten zur inhaltlichen Gestaltung
- Wenn notwendig, Empfehlungen zur Auswahl der Messinstrumente und Outcome measures
- Den/die Teilnehmer/in im Zeitplan halten
- Begleitung bei der Interpretation der Literatur, ggf. auf passende Literatur hinweisen
- Beurteilung der fertigen Arbeit

Da die Arbeit der Tutoren/Tutorinnen teilweise sehr aufwendig ist bzw. sein kann, werden sie bei der Publikation an zweite Stelle genannt.

Die Fachzeitschrift erlaubt auch eine Danksagung. Damit diese professionell bleibt, sollte an dieser Stelle nur denen gedankt werden, die aktiv am Artikel mitgearbeitet haben.

Z.B. Dank auch an Thomas Schöttker-Königer für seine Hilfe bei der statistischen Auswertung.

Eine Veröffentlichung jeglicher schriftlicher Arbeiten, **MUSS** von dem Tutor/der Tutorin bzw. die DVMT-OMT® Ausbildungskommission zugestimmt werden. Des Weiteren muss es einen Vermerk geben, dass diese Arbeit im Rahmen der DVMT geschrieben wurde.

Unterschrift zur Kenntnisnahme: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

## Anlage (7)

### Research Proposal



#### **Thema:**

Inklusive Begründung

#### **Studiendesign:**

#### **Patienten:**

#### **Inklusions-/Exclusionskriterien:**

#### **Intervention:**

#### **Messparameter:**

#### **Ziel:**

#### **Zeitraumen:**

## Anlage (8)

### Verfassung wissenschaftlicher Arbeiten



*Nach der Verfassung der HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen*

Die schriftlich korrekte Form des wissenschaftlichen Arbeitens ist das Aushängeschild eines jeden wissenschaftlich Arbeitenden. Deshalb solltest Du so früh wie möglich die Gelegenheit ergreifen, dieses zu üben. Die vorliegende Broschüre soll Dir einen ersten Überblick über die wichtigsten Themen im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens geben. Für eine ausführlichere Beschäftigung mit dem Thema des wissenschaftlichen Arbeitens findest Du zahlreiche Literaturhinweise. Die Lehrer der Ausbildung stehen Dir für weitere Fragen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Wir wünschen viel Erfolg!

#### 1 Textarbeit

Studium bedeutet u.a., die Fähigkeit erwerben, sich mit wissenschaftlichen Texten in angemessener Form zu beschäftigen. Zunächst ist zu unterscheiden, ob man einen Text, z.B. einen wissenschaftlichen Aufsatz, nacherzählt (Nacherzählung) oder die Argumentationsstruktur rekonstruiert (Textrekonstruktion). Eine Nacherzählung anzufertigen bedeutet nachzuerzählen, was im Text steht, was der Autor bzw. die Autorin wohl gemeint haben könnte. Manchmal sagt man dann auch noch, ob man das gut findet oder nicht. Diese übliche Form des Umgangs mit Texten sollte im Studium recht selten vorkommen. Verlangt wird vielmehr eine Textrekonstruktion.

##### 1.1 Recherchieren und Exzerpieren

Zunächst muss Literatur recherchiert werden. Das bedeutet, dass man die Forschungslandschaft durchforstet und Ausschau nach der Literatur hält, die für die eigene Fragestellung wesentlich erscheint. Nachdem die Literatur ausgewählt worden ist und die Entscheidung, mit welchen Texten begonnen werden soll, gefällt ist, wird der Text gelesen. Wissenschaftliche Texte müssen nicht selten mehrmals gelesen werden!

Oftmals schreibt man sich etwas Wichtiges aus dem Text auf. Dieses ist als uralte wissenschaftliche Technik systematisiert worden und nennt sich Exzerpieren. Exzerpieren bedeutet, den Inhalt eines Textes schrittweise zusammenzufassen. Man folgt dabei der Argumentationschronologie des Autors. Solche Exzerpte zeigen insbesondere dann ihren Wert, wenn man Jahre später wieder auf diesen Text stößt. Liest man dann das Exzerpt, ist man schnell wieder „im Bilde“; man muss also nicht zwingend wieder den Text selbst lesen.

##### 1.2 Textrekonstruktion

Eine Textrekonstruktion zu erstellen bedeutet, die argumentative Struktur eines Textes herauszuarbeiten und den Autor in seinem gedanklichen Umfeld zu verstehen. Man fasst Argumentationen zu gleichen Themen zusammen, folgt also nicht unbedingt der Argumentationschronologie. Um einen Text in dieser Weise zu rekonstruieren, sind folgende Fragen hilfreich:

1. Welches ist die grundlegende Fragestellung?
2. Welches ist die grundlegende These?
3. Welches ist der Kontext innerhalb dessen sich die Argumentation des Autors oder der Autorin bewegt? Also z.B.: Wird von einem gesellschaftlichen Problem ausgegangen? Wird von einem bestimmten Forschungszusammenhang ausgegangen? Wird von einem praktischen Problem ausgegangen?
4. Wie wird die These begründet (Argumentationsstruktur)? Also: Welche Argumente werden verwendet? Wie werden die Argumente begründet? In welchen Schritten wird argumentiert? (Wie viel Schritte? Wie sehen die Schritte aus?)

### 1.3 Kritische Auseinandersetzung mit dem Text

Folgende Fragen sind hilfreich und sollten in der Erörterung begründet werden:

1. Haltest Du die Fragestellung des Textes für wichtig? Würdest Du die Frage möglicherweise anders stellen?
2. Haltest Du die grundlegende These für plausibel? Nenne dafür auch Argumente!
3. Ist der Kontext, innerhalb dessen sich der Text bewegt, Deiner Meinung nach angemessen skizziert? Müsste man ggf. einen anderen Kontext wählen?
4. Ist die Argumentationsstruktur nachvollziehbar? Gibt es Argumentationslücken? Kannst Du bestimmte Argumente nicht akzeptieren? Sind die Schlussfolgerungen logisch?
5. Um was für eine Textsorte handelt es sich?
6. Welchen (fachlichen) Hintergrund hat der Autor bzw. die Autorin?

## 2 Gliederung einer Abschlussarbeit

Die folgende Struktur gibt Anhaltspunkte zur Gliederung. Gliederungspunkte sollten mit Überleitungssätzen verbunden werden, die den gesamten Text der Arbeit für den Leser (Adressat, an den die Arbeit gerichtet ist) flüssig lesbar und logisch nachvollziehbar gestalten.

### 2.1 Titelseite

Hier sind die Vorgaben bezüglich der Gestaltung der Titelseite zu berücksichtigen.



Deutscher Verband für Manuelle Therapie  
(Maitland® - Konzept). DVMT e.V.

**TITLE**

**Author**

Diese Thesis wurde im Rahmen der Abschlussprüfungen der DVMT-OMT® Ausbildung eingereicht.

Jahr

## 2.2 Abstract

### Ziel:

Das Abstrakt stellt in sehr knapper Form Deine gesamte Arbeit dar.

### Form:

Das Abstrakt hat max. 250 Wörter ohne Titel, Autor, Schlüsselwörter u.ä.

### Einordnung in der Arbeit:

Das Abstrakt wird ohne Seitenzahl hinter das Titelblatt und damit vor das Inhaltsverzeichnis gestellt. Es zählt nicht bei der Berechnung des Umfangs der Arbeit und wird nicht im Inhaltsverzeichnis aufgeführt.

## 2.3 Inhaltsverzeichnis

Der Einleitung geht ein Inhaltsverzeichnis voraus. Hier bekommt der Leser einen Überblick über den inhaltlichen Aufbau der Arbeit. Das Inhaltsverzeichnis ist mit Seitenzahlen zu versehen. Falls ein Anhang der Arbeit beigelegt ist, wird er im Inhaltsverzeichnis nur als Anhang aufgeführt. Enthält die Arbeit ein **Abbildungsverzeichnis** und/oder ein **Abkürzungsverzeichnis**, so folgt dieses nach dem Inhaltsverzeichnis.

## 2.4 Einleitung

Hier werden Aussagen zur Begründung der Bearbeitung des ausgewählten Themas, zur Zielstellung, die mit der Bearbeitung verbunden ist, zu Grundannahmen (Hypothesen) vorgenommen. Die Einleitung schafft einen ersten Überblick über das bearbeitete Thema und stellt die Relevanz der Fragestellung dar. Darüber hinaus sollte der Inhalt der Arbeit in einem kommentierten Inhaltsüberblick kurz zusammengefasst werden.

## 2.5 Hauptteil

In diesem Teil der Arbeit wird die Fragestellung in die wissenschaftliche Diskussion eingebettet. Es wird ein Überblick über die relevante Literatur gegeben und die wichtigen Begriffe werden erläutert. Darüber hinaus werden Hypothesen hergeleitet und diskutiert. Bei einer empirischen Arbeit wird darüber hinaus die Methode dargestellt mit der die Hypothesen getestet wurden. Das beinhaltet die Beschreibung des Studiendesigns, der Personen und Materialien (einschließlich der Ein- und Ausschlusskriterien, Art der Intervention und der Testverfahren) und die Verfahren der statistischen Analyse. Die Darstellung der Ergebnisse kann gut mit Tabellen und Abbildungen angereichert werden und wird der Diskussion voranestellt. Im abschließenden Teil werden die gewonnenen Daten unter Bezugnahme auf den theoretischen Teil der Arbeit erläutert und interpretiert.

## 2.6 Schlussteil

In diesem Abschnitt kann man die Ergebnisse der Arbeit zusammenfassend diskutieren. Schlussfolgerungen über die Fragestellung werden gezogen und es wird ein **Ausblick** gegeben.

## 2.7 Literaturverzeichnis

Dieser Abschnitt dient dem Nachweis sämtlicher bei der Bearbeitung der Arbeit herangezogenen Quellen. Ihre Auflistung muss unter Anwendung der nachfolgend (Kapitel 4) erläuterten Formen des Zitierens **alphabetisch** vorgenommen werden. Das Literaturverzeichnis erhält eine normale Seitenzählung (d.h. in arabischen Ziffern), die die Zählung des Textteils vorsetzt.

## 2.8 Anhang

Hier kann Material angefügt werden, das zur Erstellung der Arbeit beigetragen hat. Bei einer empirischen Arbeit fügt man hier in der Regel das gewonnene Datenmaterial wie Transkripte, Gesprächsprotokolle, Fragebögen, Informationsschreiben usw. an. Bei umfangreichen Anhängen wird dem Anhang ein Inhaltsverzeichnis vorangestellt.

## 3 Eigene Textproduktion

### 3.1 Grundsätzliche Regeln für das Zitieren im wissenschaftlichen Text

Es werden zwei grundsätzliche Möglichkeiten des Zitierens unterschieden: wörtlich und sinngemäß. Ein wörtliches oder sinngemäßes Zitat muss stets klar als solches erkennbar und ausgewiesen sein. Zur Angabe der Quelle, aus der das von Ihnen verwendete Zitat stammt, wird die Harvard-Zitierweise verwendet (vgl. Kap. 4.2). Durch die Wahl des Zitatausschnitts oder den Kontext, in den ein Zitat im eigenen Text gestellt wird, darf die Aussage des Originals nicht verfälscht oder verdreht werden. Aus dem Textfluss bzw. Ihrer Argumentation heraus muss für die Leser nachvollziehbar sein, warum an einer bestimmten Stelle im Text ein Zitat erscheint. Nach Möglichkeit werden Zitate deshalb durch Regiesätze und/oder Überleitungssätze in den eigenen Text eingebunden (vgl. Kap. 3.5). Außerdem ist darauf zu achten, dass der Inhalt der zitierten Aussage nicht unreflektiert über die Argumentation des eigenen Textes hinausgeht. Dein Text darf nicht zu einer bloßen Aneinanderreihung von Zitaten verkommen, sondern Du musst darin in eigenen Worten Deine eigene Argumentation entwickeln. Es ist grundsätzlich zu entscheiden, ob ein wörtliches Zitat oder eine Paraphrase der Gedanken des zitierten Autors, d. h. ein sinngemäßes Zitat, in den eigenen Text aufgenommen werden soll. In wissenschaftlichen Texten werden wörtliche Zitate v. a. aus den folgenden Gründen verwendet:

- weil man das Zitat zum Gegenstand einer Analyse oder Interpretation machen will: Man gibt den Lesern der eigenen Arbeit so die Möglichkeit, den originalen Wortlaut selbst zu lesen, der im Folgenden kritisch analysiert wird
- weil man mit dem Zitat eigene Aussagen belegen bzw. mit dem Bezug auf Autoritäten die eigene Argumentation unterstützen will
- weil man die Formulierung des Zitats besonders treffend findet und sie auch anderen vorstellen will
- weil man sich – aus Zeitmangel oder intellektueller Trägheit – die Mühe einer eigenen Formulierung ersparen will – dies ist kritisch zu hinterfragen!

Wörtliche Zitate müssen wohldosiert werden (s. o.) und sollten nach Möglichkeit nicht zu lang sein.

### 3.2 Formale Besonderheiten bei wörtlichen Zitaten

Kürzere Zitate werden im Text in Anführungszeichen gesetzt. Längere Zitate (= **Blockzitate**), d. h. Zitate, die sich über mehr als drei Zeilen in Ihrem Text erstrecken würden, werden als eingerückte, freistehende Textblöcke mit einzeiligem Zeilenabstand ohne einschließende Anführungszeichen dargestellt. Zur Formatierung von Blockzitaten vgl. die Broschüre „Formatierungshilfen für wissenschaftliche Arbeiten“, Kap. 3).

**Auslassungen** in einem wörtlichen Zitat werden durch drei Auslassungspunkte (zwischen zwei Leerzeichen) gekennzeichnet.

Beispiel:

**Originaltext von Freyder:** Der scheinbare Realitätsverlust war auf die geradezu hirnerweichende Diskussion in den unterschiedlichsten Bereichen des deutschen Wissenschaftsbetriebs über die so genannte deutsche Leitkultur zurückzuführen

**Text der eigenen Arbeit:** Freyder (2000, S. 35) bezieht hierzu Stellung: „Der scheinbare Realitätsverlust war auf die geradezu hirnerweichende Diskussion ... über die so genannte deutsche Leitkultur zurückzuführen“.

Wenn man einen ganzen Satz oder mehrere Sätze auslässt, folgen zur Kennzeichnung nach dem Punkt des letzten zitierten Satzes drei Auslassungspunkte zwischen Leerzeichen.

#### Beispiel:

**Originaltext der AOTA:** The American Occupational Therapy Association has been urged for several years past to promulgate standards for the training of occupational therapists. Through the efforts of several committees which have reported at annual meetings, very careful and comprehensive studies of the matter have been made. After serious consideration, the board of managers has decided that the time is ripe for the publication of minimum standards of training which the studies indicate as being requisite and necessary at this time.

**Text der eigenen Arbeit:** Man beachte hierzu folgenden Beschluss der American Occupational Therapy Association von 1923:

The American Occupational Therapy Association has been urged for several years past to promulgate standards for the training of occupational therapists. ... After serious consideration, the board of managers has decided that the time is ripe for the publication of minimum standards of training which the studies indicate as being requisite and necessary at this time.

**Einfügungen** jeglicher Art sind in eckige Klammern zu setzen.

Beispiel 1: „Sie [die Autoren] betonen den wissenschaftlichen Anspruch ihrer Arbeit“ (Meyer et al., 1991, S. 15).

Beispiel 2: Deufert u. Evert (2001, S. 435) „die die Bewegung begleitende Armführung [entfällt] zugunsten einer vom restlichen Körper unabhängigen Bewegungsfreiheit“.

**Hervorhebungen** werden kursiv gesetzt und sind von einem Hinweis in Klammern gefolgt, von wem sie stammen.

Beispiel 1: ... „dieser letztlich unbedeutenden Konvention [Hervorheb. i. Orig.] kann eine erstaunliche Prägekraft attestiert werden“ (Hinrich, 2004, S. 13).

Beispiel 2: Bereits Ments (1992, S. 101) verwies auf diesen Sachverhalt: „Tatsächlich aber ist Zuhören überaus schwierig, selbst in seinen materialen [Hervorheb. i. Orig.] Grundlagen bereits, weil viele Beeinflussungen gegeben sind.“

Wörtliche Zitate müssen nach Wortlaut, Rechtschreibung und Interpunktion exakt mit dem Original übereinstimmen, auch wenn dieses **fehlerhaft** ist. In diesem Fall sollte man mit „sic“ (Lat. = „so“) auf den Fehler hinweisen, um zu signalisieren, dass man ihn bemerkt hat.

Beispiel: In diesem Verständnis ist es „Ziel der Ergotherapie [sic], beeinträchtigte oder verloren gegangene Handlungsmöglichkeiten eines Menschen zu fördern und möglichst wiederherzustellen“ (Meyer, 2001, S. 4).

**Satzzeichen** am Anfang oder Ende eines wörtlichen Zitats werden ggf. so weglassen bzw. verändern, dass dieses in den eigenen Satzbau passt. Diese Veränderung muss nicht kenntlich gemacht werden.

#### Beispiel:

**Originaltext:** Mit Hilfe dieser Regel lassen sich alle potenziellen Bewegungen unendlicher Körperpunkte erzeugen.

**Text der eigenen Arbeit:** Deufert & Evert (2001, S. 434) behaupten, „mit Hilfe dieser Regel lassen sich alle potenziellen Bewegungen unendlicher Körperpunkte erzeugen“, wobei man jedoch auch weitere Faktoren nicht außer acht lassen sollte.

Ebenso darf man die **Groß- und Kleinschreibung am Anfang eines Zitats** so ändern, dass das Zitat in den eigenen Satzbau passt, ohne dass man darauf hinweisen muss.

#### Beispiel:

**Originaltext:** Zuerst sollte das Anforderungsprofil für die Suche erstellt werden, damit die richtige Auswahl des Sucheinstiegspunktes ermöglicht wird.

**Text der eigenen Arbeit:** Potempa et al. (2001, S. 154) betonen, dass “zuerst ... das Anforderungsprofil für die Suche erstellt werden [sollte], damit die richtige Auswahl des Sucheinstiegs punktes ermöglicht wird.“

Damit das Zitat in den eigenen Satzbau passt, muss manchmal eine Änderung von Wortendungen vorgenommen werden. Diese neu ergänzte Endung als Ersatz der ursprünglichen Endung wird in eckige Klammern gesetzt, um kenntlich zu machen, dass es sich nicht um den originalen Wortlaut handelt.

Beispiel:

**Originaltext:** Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen idealer Anordnung und unnötiger Neustrukturierung sollte angestrebt werden.

**Text der eigenen Arbeit:** Dem „ausgewogene[n] Verhältnis zwischen idealer Anordnung und unnötiger Neustrukturierung“ kommt Altheim (2005, S. 18) zufolge besondere Bedeutung zu.

Wird eine fremde Aussage wörtlich zitiert, innerhalb derer ein Begriff oder eine Passage in Anführungszeichen verwendet wird, so ist diese(r) in Apostrophe zu setzen. Diese Regel gilt also gleichermaßen für ein sog. **Zitat im Zitat**, wie auch für alle anderen Ausdrücke, die ein Autor – etwa zum Zwecke der Ironisierung – im Original in Anführungszeichen gesetzt hat.

Beispiel: „die alte Weisheit: ‚Verwalten ist einträglicher als arbeiten‘ gilt besonders streng in der akademischen Grundlagenforschung“ (Bär, 1993, S. 86).

Achtung: Da Blockzitate nicht in Anführungszeichen gesetzt werden, gibt man darin enthaltene Zitate wie im Original in doppelten Anführungszeichen wieder.

**Wörtliche Zitate aus einem fremdsprachigen Text** werden in der Sprache des Originals wortgenau wiedergegeben; wenn die deutschsprachige Ausgabe des Textes als Quelle dient, wird diese deutsche Übersetzung wortgenau zitiert. Wörtliche Zitate aus englisch- und französischsprachigen Quellen müssen nicht zusätzlich ins Deutsche übersetzt werden. Wörtliche Zitate aus anderen Sprachen werden am Ende des Zitates nach dem abschließenden Anführungszeichen mit einer Fußnote versehen, in der Sie Ihre deutsche Übersetzung des zitierten Textes angeben.

### 3.3 Verwendung der indirekten Rede für sinngemäße Zitate

Wie bereits in Kapitel 3.2 ausgeführt, muss man sich entscheiden, ob ein wörtliches oder ein sinngemäßes Zitat im jeweiligen Fall besser geeignet ist. Hat man sich für ein sinngemäßes Zitat mit Gebrauch der indirekten Rede entschieden, muss weiterhin überlegt werden, ob die zitierte Aussage korrekterweise im Indikativ oder im Konjunktiv I bzw. II erscheinen soll.

#### Indirekte Rede im Konjunktiv:

Um eine fremde Aussage unter Wahrung einer neutralen Position wiedergeben zu können, d. h. wenn man nicht selbst für das Zitierte die Beweis- und Argumentationslast übernehmen will, verwendet man im Deutschen den Konjunktiv (vgl. als tägliche Schulung: NachrichtensprecherInnen seriöser Rundfunk- und Fernsehanstalten verwendet den Konjunktiv im Allgemeinen korrekt). Aus grammatikalischer Sicht kann man vereinfachend sagen, dass für die indirekte Rede vorrangig der Konjunktiv I (habe, solle, wolle etc.) verwendet wird. Nur wenn sich die Formen des Konjunktiv I nicht von den Indikativformen unterscheiden, wird auf den Konjunktiv II (würde, hätte, könnte etc.) zurückgegriffen.

Beispiel:

**Originaltext:** Der Zeitrahmen muss sich beim handlungsorientierten Unterricht sicherlich ändern.

**Text der eigenen Arbeit:** Bönsch (1991, S. 188) vertritt die Auffassung, dass sich der Zeitrahmen beim handlungsorientierten Unterricht ändern müsse.

Beispiel für falschen Gebrauch des Konjunktiv II:

„Die Forscherberichten, dass Atlantis gefunden ist. Den Messungen zufolge wäre klar erkennbar, wo die Mauern des Tempels von Atlantis standen.“

Als stilistisches Mittel, das Distanz zu den gemachten Aussagen signalisiert, erlaubt es die Verwendung des Konjunktiv auch, dass man sich enger an den Originalwortlaut anlehnt. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass man sich den fortlaufenden Quellenbeleg einzelner Aussagen sparen kann, wenn Durch den

Gebrauch der indirekten Rede im Konjunktiv deutlich wird, dass es sich bei der gesamten Textpassage um die Gedanken aus ein und derselben bereits belegten Quelle handelt.

**Indirekte Rede im Indikativ:** Wenn man sich inhaltlich nicht von den wiedergegebenen Ansichten distanzieren will, d.h. wenn man davon ausgeht, dass diese zutreffend sind, kann man in der indirekten Rede auch den Indikativ verwenden. Dies liegt etwa bei der Darstellung von allgemein anerkannten Sachverhalten besonders nahe.

Beispiel: In diesem Kontext verweist Winkler (1995, S. 12f.) auf die seit Jahrhunderten bekannte Tatsache, dass die Erde keine Scheibe ist.

Bei sinngemäßen Zitaten im Indikativ muss man dann allerdings entsprechend genauer aufpassen, dass Durch korrekte Quellenbelege bei jeder zu belegenden Information eindeutig klar gemacht wird, von wem die wiedergegebenen Gedanken stammen. Außerdem sollte man sich bei sinngemäßen Zitaten im Indikativ grundsätzlich stärker darum bemühen, freiere (d.h. weniger an den Originalwortlaut angelehnte), eigenständige Formulierungen zu finden.

### 3.4 Überleitungspassagen, Einleitungssätze, Regiesätze

Wörtliche Zitate müssen für die LeserInnen nachvollziehbar in den logisch-argumentativen Gedankengang Deines eigenen Textes eingefügt werden. Dies erreichst Du Durch die Verwendung einer passenden sprachlichen Überleitung bzw. Einleitung, wie z. B. eines erläuternden, kommentierenden oder wertenden Regiesatzes:

- Dabei stellt xy in diesem Zusammenhang treffenderweise fest, ...
- Die Theorie von xx (1991) besagt, ...
- Einen Überblick gibt xy (1997).
- Wie x & y (1980) zeigten, ...
- Laut xy (2004) ...
- Xy (2004) zufolge ...

Denke auf der syntaktischen Ebene auch an den Einsatz von **Konjunktionen und Konnektoren**, um die Verbindung zwischen zwei Satzteilen bzw. Sätzen herzustellen sowie an die Verwendung der korrekten **Pronomina**.

Wörtliche Zitate sollten grundsätzlich möglichst als Nebensatz bzw. Hauptsatz (mit Doppelpunkt oder Semikolon o.ä.) an einen selbst formulierten Satz(teil) angeschlossen werden.

Dies gilt ähnlich für das sinngemäße Zitat, allerdings ist bei der Verwendung eines sinngemäßen Zitates i.d.R. einfacher, den Argumentationsfluss stilistisch aufrechtzuerhalten, so dass reine Regiesätze dort weniger häufig notwendig sind.

### 3.5 Gebrauch von Fußnoten

Mit Fußnoten sollte grundsätzlich sparsam umgegangen werden. Hinweise auf Vorträge bzw. Seminarveranstaltungen, von denen Sie kein zitierfähiges Manuskript besitzen, oder Informationen aus persönlichen Gesprächen oder E-Mails belegen Sie mit einer Fußnote, in der Sie diese Quelle angeben. Solche Informationsquellen werden üblicherweise nicht im Literaturverzeichnis aufgeführt.

Beispiel 1: Persönliches Gespräch mit xy am ... [an dieser Stelle das entsprechende Datum einfügen].

Beispiel 2: Information in einer E-Mail von XY an d. Verf. vom ... [an dieser Stelle das entsprechende Datum einfügen]. Eine Fußnote kann auch dazu genutzt werden, die Übersetzung eines fremdsprachigen (nicht englisch- oder französischsprachigen) wörtlichen Zitates anzuführen. Sie enthält dann die Übersetzung ins Deutsche und die Angabe, von wem diese stammt.

Beispiel:

**Im Text der eigenen Arbeit wörtlich zitiertes Original:** Die Kompetenzen der Gemeindeggesundheitsräte sind klar definiert: „Cynghorau Iechyd Cymuned yw'r unig gyfundrefn statudol llewg sydd a'r hawliau am wybodaeth ynglun â, mynediad i ag ymgynghoriad hefo holl drefniadaethau'r GIG“ (NHS Wales, 2004, S. 23).

**Fußnote:** Die Gemeindegesundheitsräte sind die einzigen gesetzlichen Laienorganisationen mit einem Anrecht auf Informationen über, Zugang zu sowie Konsultation mit allen NHS-Organisationen (Übers. d. Verf.).

Ob Sie Definitionen, Begriffserläuterungen o.ä. in einer Fußnote oder in einer anderen Form unterbringen sollen, können Sie ggf. mit den Dozenten bzw. Dozentinnen, die Ihre Arbeit betreuen, besprechen.

## 4 Verwendung von Quellenbelegen im Text

### 4.1 Grund für die Verwendung von Quellenbelegen im Text

Ein wichtiges Kriterium für den wissenschaftlichen Anspruch eines Textes besteht darin, dass die dort gemachten Aussagen nachprüfbar sein müssen, d. h. Du musst in Deinem Text deutlich machen, auf welche Literatur Du Dich beziehst, damit Deine Leser und Leserinnen mit Hilfe der von Dir gemachten Angaben ggf. selbst am Original die betreffenden Aussagen überprüfen können. Dies ermöglicht man Durch die Verwendung von Zitiernachweisen (Quellenbelegen) im Text sowie die ausführlichen bibliographischen Angaben im Literaturverzeichnis. Ein korrekter Quellenbeleg ist erforderlich bei wörtlichen Zitaten, sinngemäßen Zitaten, bei der Nennung von Quellen als Autoritäten (ohne daraus zu zitieren) oder als Fundort bestimmter Forschungsergebnisse, statistischer Daten usw.

### 4.2 Überblick über die Verwendung der Harvard-Zitierweise

In den einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen gibt es jeweils eigene Richtlinien für die dort gültige Form des Quellenbelegs (Zitierweise). In der Physiotherapie Branche findet die so genannte Harvard-Zitierweise Anwendung, die international in den verschiedensten Disziplinen inzwischen weite Akzeptanz gefunden hat. Im folgenden Kapitel sollen die damit verbundenen Richtlinien genauer dargestellt werden. Bei der Harvard-Zitierweise handelt es sich um eine sehr ökonomische Form des Quellenbelegs. In den Text kommt nur ein knapper Hinweis, der zum Auffinden der zugehörigen Titelaufnahme im Literaturverzeichnis dient. Dieser Zitiernachweis im Text muss zweifelsfrei auf die korrekte Stelle im Literaturverzeichnis hinweisen, also eindeutig sein. Im Literaturverzeichnis, das in der Regel alphabetisch geordnet ist, wird dann die gesamte verwendete Literatur in Titelaufnahmen mit den kompletten bibliographischen Angaben aufgeführt. Die Zitiernachweise im Text dienen also dazu, die Quelle im Literaturverzeichnis auffindbar zu machen. Dort werden dann alle Angaben gemacht, die man braucht, um die verwendete Quelle eindeutig zu identifizieren. Im Gegensatz zu anderen Zitierweisen entfallen Fußnoten für Literaturangaben im eigentlichen Text somit überwiegend.

Der Quellenbeleg setzt sich in seiner knappsten Form zusammen aus:

#### 1. der **Angabe des Autors**

Wenn man im Literaturverzeichnis mehrere Autoren mit gleichem Familiennamen hat, empfiehlt es sich, den/die Anfangsbuchstaben des/r Vornamen(s) mit aufzunehmen, damit die Zuordnung leichter fällt.

#### 2. dem **Erscheinungsjahr**

Die Jahreszahl als Bestandteil des Literaturnachweises wird in Klammern hinter den Autor bzw. die Autorin gesetzt, damit die Literaturangabe im Literaturverzeichnis korrekt identifiziert werden kann. (Vgl. hierzu auch Kap. 5.2) Wenn das Erscheinungsjahr nicht ermittelt werden kann, schreibt man „o. J.“ (= ohne Jahr). (S. außerdem Kap. 5.1.5.)

#### 3. der **Seitenangabe**

Die Angabe der Seite des Originalbelegs erfolgt sowie bei wörtlichen als auch bei sinngemäßen Zitaten. Sofern man auf eine (bzw. mehrere) bestimmte Seite(n) verweisen will und nicht pauschal auf das gesamte Werk. Zum Hinweis auf Passagen, die sich über mehr als eine Seite ziehen, verwendet man im Quellenbeleg „f.“ (= „und folgende Seite“) bzw. „ff.“ (= „und folgende Seiten“).

Bei wörtlicher Wiedergabe von Texten aus dem Internet ist es in der Regel sinnlos, eine Seitenangabe zu machen, wie dies bei Printmedien üblich ist. Eine Ausnahme stellen Dateien im Acrobat-Format dar, die

nach Seiten organisiert sind. Bei anderen Webtexten ist es über die Suchfunktion des Browsers (Strg-f) auch bei längeren Texten möglich, das verwendete Zitat in Sekundenschnelle aufzufinden.

Nach einer zu belegenden Aussage werden i. d. R. der Name des Autors oder der Autorin, das Erscheinungsjahr und ggf. die Seitenzahl jeweils Durch ein Komma getrennt in Klammern angegeben. Bei sinngemäßen Zitaten kann man sich für die Regelung entscheiden, diese mit der Angabe „vgl.“ zu belegen. Die Quellenangabe eines wörtlichen oder sinngemäßen Zitates steht unmittelbar nach den das Zitat abschließenden Anführungszeichen bzw. bei wörtlichen Zitaten ggf. am Ende eines Blockzitates. Der Abschlusspunkt des Satzes wird erst nach der Angabe des Quellenbelegs gesetzt.

Beispiel 1:

In der Literatur findet sich aber auch die gegenteilige Position: „Die angebliche Signifikanz einer erhöhten Neigung zum Drogenkonsum bei kreativ-künstlerischen Menschen ist auf fehlende B-Proben zurückzuführen und somit ein Mythos“ (Taum, 2000, S. 13).

Beispiel 2:

In der Literatur findet sich aber auch die gegenteilige Position, wenn etwa die erhöhte Neigung zum Drogenkonsum im kreativ-künstlerischen Milieu als Mythos bezeichnet wird (vgl. Taum, 2000, S. 13).

Beispiel 3:

Während der letzten Jahre haben vermehrt ergotherapeutische Praxismodelle an Bedeutung für den Beruf gewonnen. Solche Modelle organisieren theoretisches Wissen auf der Basis ergotherapeutischer Grundlagen praxisrelevant und stellen eine einheitliche Sprache und einen einheitlichen Orientierungsrahmen für die Berufsangehörigen her. Außerdem bieten sie eine Grundlage für wissenschaftliches Arbeiten im Bereich der Ergotherapie.  
(Neumann 2005, S. 52)

Beispiel 4:

Der Aussage, „leider ist die Verwendung des Begriffes ‚Egozentrismus‘ nicht eindeutig“ (Ewert, 1983, S. 117), ist nur zuzustimmen.

Beispiel 5:

In der Literatur findet sich aber auch die Position, dass die „angebliche Signifikanz einer erhöhten Neigung zum Drogenkonsum bei kreativ-künstlerischen Menschen ... auf fehlende B-Proben zurückzuführen und somit ein Mythos“ sei (Taum, 2000, S. 13).

Wenn der Autorennamen bereits im Regiesatz genannt wird, folgen Jahreszahl und ggf. Seitenzahl direkt im Anschluss in Klammern; den Quellenbeleg am Ende des Satzes erspart man sich dadurch:

Beispiel 1:

Allerdings vertritt etwa Taum (2000, S. 13) die gegenteilige Position: „Die angebliche Signifikanz einer erhöhten Neigung zum Drogenkonsum bei kreativ-künstlerischen Menschen ist auf fehlende B-Proben zurückzuführen und somit ein Mythos“.

Beispiel 2:

Wie Dumas & Doré (1991, S. 54) berichteten, wurde dieses Problem bei den unterschiedlichsten Patientengruppen angetroffen.

Wenn nicht nur der Verfassername, sondern auch das Erscheinungsjahr einer Publikation bereits im eigenen Text genannt ist, entfällt ein zusätzlicher Hinweis auf das Erscheinungsjahr in Klammern.

Beispiel:

Bereits 1954 beschäftigte sich Müller mit diesem Phänomen.

Bezieht man sich in mehreren direkt aufeinander folgenden Aussagen auf dieselbe Quelle, so kann man sich Durch die Verwendung von „(ebd.)“ bzw. „(ebd., S. [Seitenzahl])“ die Wiederholung des kompletten Quellenbelegs ersparen.

Beispiel:

Der Fokus ist dabei auf die Gegenwart und den „body as a machine“ (Mattingly & Fleming, 1994, S. 13) gerichtet. Die erfahrene Ergotherapeutin hingegen berichtet über ihre Klienten im Sinne einer Fallgeschichte, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verbindet. Der Klient wird als Ganzes mit seinem „lively body“ (ebd.) betrachtet.

Wenn man nicht näher auf einzelne Quellen eingehen, sie aber der Vollständigkeit halber erwähnen will (um z.B. auf grundlegende oder weiterführende Literatur zu einem bestimmten Aspekt hinzuweisen), macht man einen sog. **Sammelverweis**. Dabei werden die einzelnen Angaben in einer Aufzählung aufgelistet und Durch Semikolon voneinander getrennt. Einen solchen Sammelbeleg macht man auch oft,

um inhaltliche Aussagen zu belegen, die nicht nur in einer Quelle getroffen werden, so dass ein wörtliches oder sinngemäßes Zitat nicht sinnvoll wäre. Je nachdem, ob das Thema bzw. der Gedanke im gesamten Werk oder an einer bestimmten Stelle behandelt wird, enthält dieser Sammelbeleg Seitenangaben oder nicht.

#### Beispiel:

Ausführlich behandelt findet man die hier angerissene Frage, inwieweit Ausübende von künstlerisch-kreativen Berufen zu erhöhtem Drogenkonsum neigen, in anderen Arbeiten (vgl. Junke, 1989; Gelbstich, 2000; Taum, 2000).

Alternativ kann die Literatur, auf die man pauschal verweisen möchte, auch in einem entsprechenden Satz im Haupttext oder in einer Fußnote in aller Kürze etwas differenzierter vorgestellt werden.

#### Beispiel für eine entsprechende Fußnote:

S. hierzu weiterführend insbesondere die grundlegenden Werke von xx (1999), yy (2001) sowie zz (2003).

#### Umgang mit **Sekundärzitat** („**Zitieren aus 2. Hand**“):

Grundsätzlich sollte man – wenn irgend möglich – nicht nach Sekundärquellen zitieren, sondern auf das Original zurückgreifen, da man nur so sichergehen kann, dass die zitierten Angaben tatsächlich in der angegebenen Form und dem entsprechenden Bedeutungskontext gemacht wurden. Wenn man aber tatsächlich einmal das Original nicht einsehen kann, muss man sich auf das sog. Sekundärzitat beziehen.

#### Beispiel:

**Originaltext** von Benthien: Geschmack hat also mit Stil zu tun – aber auch mit Weisheit, wie Michel Serres betont:

Es wird zu schnell vergessen, daß homo sapiens zunächst den bezeichnet, der sapor, Geschmack hat, der ihn schätzt und sucht, dem der Geschmackssinn wichtig ist, das schmeckende Tier, und erst dann den, der Durch Urteilskraft, Verstand oder Weisheit zum Menschen geworden ist, den sprechenden Menschen.

Original (d.h. von Ihnen verwendete Quelle) = Benthien (2001, S. 124)

in der verwendeten Quelle zitierter Autor = Serres (1994, S. 207)

**Text der eigenen Arbeit:** Dabei ist nicht zu übersehen, „daß homo sapiens zunächst den bezeichnet, der sapor, Geschmack hat, der ihn schätzt und sucht“ (Serres, 1994, zit. n. Benthien, 2001, S. 124).

Achtung: Ins Literaturverzeichnis der eigenen Arbeit nimmt man immer nur die Quellen auf, auf die man selbst konsultiert hat und nach denen man zitiert. Bei einem Sekundärzitat wird entsprechend die Publikation, in der das Zitat ursprünglich erschienen ist, nicht aufgeführt.

### 4.3 Quellenbeleg bei Mehrverfasserwerken

Bei Mehrverfasserwerken (vgl. Kap. 5.3.2) trifft man für den Quellenbeleg folgende Unterscheidung: Bei einem Werk, das bis zu drei Autoren besitzt, werden in jedem Quellenbeleg alle drei genannt; bei einem Werk mit mehr als drei Verfassern werden beim ersten Quellenbeleg im Text analog zur Titelaufnahme im Literaturverzeichnis der Arbeit alle Verfasser angegeben, bei allen weiteren Quellenbelegen jedoch nur noch der erste mit dem Vermerk „et al.“ (= et alii – und andere).

#### Beispiel 1:

Die historische Bedingtheit der Vorstellungen vom Umgang mit Psychisch Kranken ist dabei wesentlich: „in Britain the massive internment of the mad in what were asserted to be therapeutic institutions is essentially a nineteenth-century phenomenon (Scull, MacKenzie & Hervey, 1996, S. 3).

#### Beispiel 2:

**Erster Quellenbeleg:** (Budge, Crewe, McKay & Newton, 2001, S. 274)

**Zweiter Quellenbeleg:** (Budge et al., 2001, S. 309)

### 4.4 Quellenbeleg bei Werken ohne personalen Verfasser

Manchmal ist bei einem Werk, auf das man verweist, keine Person als Verfasser, Herausgeber, Bearbeiter o.ä. genannt. Wenn dieses Werk von einer Körperschaft (d.h. einer Behörde, einem Verein, einer

Hochschule usw.) verfasst oder herausgegeben wurde, behandelt man diese wie einen personalen Verfasser (vgl. Kap. 5.3.4).

Beispiel:

Der Wegweise sollte als „eine Art Reiseführer“ verwendet werden (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, 2004, S.7).

Wenn einem Werk weder ein personaler noch ein körperschaftlicher Verfasser zugeordnet werden kann, handelt es sich um ein sog. anonymes Werk (vgl. Kap. 5.3.5). Dieses sollte im Quellenbeleg mit so vielen Wörtern des Titels (i.d.R. reichen zwei bis drei) zitiert werden, dass die betreffende Titelaufnahme im Literaturverzeichnis eindeutig erkannt werden kann.

Beispiel:

Es gilt zu bedenken, dass diese spezielle Anwendung bereits seit Jahrzehnten propagiert wird (vgl. Gesundheitsfibel für Naturbewusste, 1956, S. 19).

#### **4.5 Quellenbeleg bei Aufsätzen aus Sammelbänden und Zeitschriften (= unselbstständig erschienene Literatur)**

Grundsätzlich funktioniert der Quellenbeleg nach der Harvard-Zitierweise für unselbstständig erschienene Literatur (etwa Zeitschriftenartikel oder Aufsätze in Sammelbänden) genauso wie für selbstständige Literatur (etwa Monographien). Unterschiedlich ist lediglich die Titelaufnahme im Literaturverzeichnis.

#### **4.6 Quellenbeleg bei Zitaten aus dem Internet**

Das Zitieren von elektronischen Quellen ist schwierig, da sowohl die Inhalte als auch deren Speicherorte sich i.d.R. häufiger verändern. Bisher gibt es in Deutschland kaum Ansätze zur Normierung von Zitierregeln für elektronische Dokumente (zur konkreten Form der Titelaufnahmen s. Kap. 5.3.9). Im Quellenbeleg werden zitierte Internetseiten mit personalem oder körperschaftlichem Verfasser behandelt wie Verfasserwerke; diejenigen ohne Verfasser wie anonyme Werke. Wenn die Internetseite eine eindeutige Information zu ihrer Erstellung oder Aktualisierung enthält, die man analog zum Erscheinungsjahr einer gedruckten Publikation in die Titelaufnahme im Literaturverzeichnis aufnimmt, wird diese auch im Quellenbeleg angegeben.

Beispiel:

„Millions of people on every continent ... participate in the computer-mediated social groups known as virtual communities“ (Rheingold, 1993).

Wenn die Website entsprechende zeitliche Informationen nicht aufweist, wird im Quellenbeleg wie bei einer gedruckten Quelle der Vermerk „o. J.“ [= ohne Jahr] verwendet.

Beispiel:

Die popularwissenschaftliche Verbreitung solcher Informationen im Internet ist aufschlussreich, wie z. B. eine entsprechende Webseite aus den USA demonstriert (Webster, o.J.).

#### **4.7 Zitieren von Gesetzestexten**

Am einfachsten ist es in der Bibliothek in einem juristischen Buch nachzusehen. Man braucht das aber dann nicht sofort zu tun, wenn die genaue Zitatform in dem Text des Gesetzes/ der Verordnung (etwa den Schlussbestimmungen, bei den Verordnungen im Vorspann und ggf. bei der Angabe der Ermächtigungsgrundlage) oder in begleitenden Angaben von Redaktoren vorgemacht wird.

Wenn Sie ein Gesetz zum ersten Mal einführen, zitieren Sie beispielsweise:

„Nach § 2 Absatz 2 des Berliner Gesetzes über die Lehranstalten für Medizinalfachberufe (vom 14. Juli 1964, berIGVBl. S. 739), [= aus der Überschrift der Verordnung] zuletzt geändert Durch Artikel xy des QWEGesetzes vom...berIGVBl. S., im Folgenden ohne Angabe der Gesetzesbezeichnung oder Im Folgenden „LehrAnstG“) besteht auch die Möglichkeit, anstelle eines Arztes eine ‚andere geeignete Person‘ mit der Leitung... zu beauftragen“.

Verordnungen werden grundsätzlich genauso zitiert. Alles dazu Notwendige findet man vielfach in den Anmerkungen zu dem VO-Text.

Der Name des Gesetzes, der Verordnung und der Verordnung zur Änderung der Verordnung wird im Fließtext nicht mit Anführungsstrichen kenntlich gemacht, wenn die Sache auch so klar ist.

### **Wann schreibt man die Abkürzungen „Abs.“ und „§“ aus?**

Die Verwendung der Abkürzung „Abs.“ anstelle der ausgeschriebenen Form „Absatz“ ist unelegant. Falls auf einen Absatz ohne unmittelbar vorangehende Paragraphenangabe hingewiesen wird, ist die abgekürzte Form in jedem Fall unzulässig.

Das Wort „Paragraph“ oder neuerdings „Paragraf“ kommt in dieser Weise nie vor, weil es nie um die neben den Abschnitt geschriebene Zahl (Para - neben, graph - etwas mit „schreiben“), also die fortlaufende Nummer, sondern stets um den dort enthaltenen Inhalt geht. Dabei heißt „§§“, dass es sich um eine Mehrzahl von Paragraphen handelt.

## **4.8 Quellenbeleg bei direkter Kommunikation**

Da man Informationen, die man etwa in einem persönlichen Gespräch, einem Telefonat oder Durch E-Mail erhalten hat, i.d.R. keiner Quelle im Literaturverzeichnis zuordnen kann, erhalten sie im Text keinen Quellenbeleg sondern vielmehr eine Fußnote, in der die notwendigen Angaben gemacht werden (vgl. Kap. 3.6).

## **5 Gestaltung des Literaturverzeichnisses**

Das Literaturverzeichnis greift die Angaben aus dem Text auf und vervollständigt sie. In das Literaturverzeichnis werden nur die Quellen aufgenommen – und davon alle! – die auch im Text verwendet wurden. Das Literaturverzeichnis muss eine sinnvolle und konsequente Gliederung aufweisen. Mit Hilfe der Angaben im Literaturverzeichnis muss die Quelle aufzufinden sein. Eine Titelaufnahme besteht deshalb aus den dafür notwendigen bibliographischen Informationen; sie muss vollständig und korrekt sein. Damit sie verständlich ist, ist eine bestimmte Standardisierung der in ihr enthaltenen Angaben nötig (s. die folgenden Unterkapitel). Jede Titelaufnahme schließt mit einem Punkt ab. Bei Büchern gewinnt man die erforderlichen bibliographischen Angaben primär von der Haupttitelseite sowie deren Rückseite. Nach der Serienangabe (falls das Buch in einer Serie erschienen ist) muss man ggf. etwas suchen. Manchmal findet man sie nur auf dem Umschlag. Die Angaben der Haupttitelseite haben i. d. R. Vorrang vor Angaben auf dem Buchumschlag. Auf der Rückseite der Haupttitelseite befindet sich bei vielen Büchern eine sog. CIP-Aufnahme der Deutschen Bibliothek oder deren ausländische Entsprechung. Da diese Aufnahmen erstellt werden, bevor das Buch publiziert wurde, kann es sein, dass die darin gemachten Angaben nicht auf dem aktuellen Stand sind – im Zweifel also immer überprüfen, ob sich die Informationen der CIP-Aufnahme bestätigen lassen.

### **5.1 Bestandteile der Titelaufnahme (am Beispiel des Einverfasserwerks)**

#### Beispiel:

Szagon, G. (1980). Sprachentwicklung beim Kinde. 5., neubearb. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg (= Schriften zur Logopädie; 5).

#### **5.1.1 Verknüpfung mit dem Quellenbeleg im Text:**

Die Verknüpfung mit dem Quellenbeleg im Text erfolgt bei der Harvardzitierweise dadurch, dass im (alphabetisch sortierten) Literaturverzeichnis der Autorenname und das Erscheinungsjahr vor den restlichen bibliographischen Angaben genannt werden. Hierfür gibt es zwei unterschiedliche Varianten, nämlich die Nennung des/der Vornamen(s) oder die Nennung der Vornameninitialen(n). Vornamen können im Literaturverzeichnis ganz ausgeschrieben werden. Das ist etwa zu empfehlen, wenn der Leser erkennen soll, ob es sich um einen Autoren oder eine Autorin handelt, oder wenn es mehrere AutorInnen mit identischem Nachnamen und Vornameninitial gibt, die man auseinander halten möchte. Die Aufführung des vollständigen Vornamens sollte dann nach Möglichkeit einheitlich bei allen Titelaufnahmen im Literaturverzeichnis geschehen.

Beispiel 1: Showalter, Elaine (2001).

Beispiel 2: Showalter, E. (2001).

Wenn diese Regel nicht eindeutig genug ist, weil ein Autor z.B. im selben Jahr mehrere zu zitierende Werke verfasst hat, wird der Quellenbeleg um eine Buchstabenanzahl erweitert. Genaueres dazu s. in Kap. 5.2.

Beispiel 3: Showalter, Elaine (1998a).

Lässt sich das Erscheinungsjahr einer Publikation nicht ermitteln, so schreibt man o. J. (= ohne Jahr):

Beispiel 4: Showalter, Elaine (o. J.).

### 5.1.2 Besonderheiten bei Personennamen

Adelstitel (wie „Graf“) oder akademische Titel (wie „Dr.“) einer Person werden in einer Titelaufnahme weggelassen.

Die meisten Namenszusätze (wie z.B. „von“) werden in der Titelaufnahme hinter den Vornamen gestellt und entsprechend bei der alphabetischen Sortierung des Literaturverzeichnisses nicht berücksichtigt.

Beispiel: Werder, L. von (1999).

### 5.1.3 Titel und Untertitel

Ein Buch- oder Aufsatztitel wird immer vollständig und mit allen eventuell vorhandenen Untertiteln aufgeführt. Titel und Untertitel bzw. mehrere Untertitel werden durch einen Punkt voneinander getrennt. Bei fremdsprachigen Titeln aus Sprachen ohne Großschreibung von Hauptwörtern sollte man auf eine durchgehende Kleinschreibung achten (Ausnahme: in diesen Sprachen groß geschriebene Wörter wie Eigennamen).

### 5.1.4 Auflagebezeichnung

Wenn eine bestimmte (z. B. gezählte) Auflage oder Ausgabe genannt wird, ist es wichtig, diese Zusatzinformation in die Titelaufnahme zu übernehmen. Man übernimmt die Bezeichnung aus dem Buch, wobei gängige Abkürzungen wie z.B. „Aufl.“ (= Auflage), „Dr.“ (= Druck), „ed.“ (= edition), „impr.“ (= impression), „print.“ = printing) verwendet werden können.

Beispiel:

Schenk-Danziger, L. (1997). Entwicklungspsychologie. 11., neubearb. Aufl. Wien: Österreichischer Bundesverl.

### 5.1.5 Impressum

Handelt es sich um mehrere **Erscheinungsorte**, genügt es, den ersten Ort zu nennen und dann „u. a.“ hinzuzufügen. Die in der Publikation bereits vorgegebene Reihenfolge der Verlagsorte wird dabei übernommen.

Wenn kein Erscheinungsort zu ermitteln ist, schreibt man o. O. (= ohne Ort)

Beim **Verlag** gilt im Allgemeinen die folgende Regel: Besteht der Verlagsname aus einem Familiennamen (wie z.B. Thieme oder Rowohlt), dann wird ein etwaiger Zusatz wie „Verl.“ weggelassen; bei anderen Verlagsnamen wird der Zusatz (in Abkürzung) in die Titelaufnahme übernommen.

Beispiel 1: Berlin u.a.: Springer.

Beispiel 2: Cambridge u.a.: Cambridge Univ. Press.

Wenn die Publikation im Eigenverlag erschienen ist, schreibt man an Stelle des Verlagsnamens diesen Vermerk.

Beispiel: Hamburg: Eigenverl.

Wenn eine Publikation nicht in einem Verlag erschienen ist, sondern von einer Körperschaft (z. B. einem Verein) bei einer Druckerei in Auftrag gegeben wurde, wird der Sitz dieser Körperschaft als Verlagsort angegeben und die Körperschaft als Verlag.

Als **Erscheinungsjahr** wird immer das Jahr der verwendeten Ausgabe angegeben.

Normalerweise wird das Erscheinungsjahr im Impressum nicht aufgeführt, da es bereits im Quellenbeleg genannt wird. Wenn man das Erscheinungsjahr ermitteln musste (z.B. Durch Recherche in einem

Bibliothekskatalog), weil es nicht im Buch steht, kann man dies in der Titelaufnahme kenntlich machen, indem man es im Impressum ausnahmsweise aufführt, und zwar in eckigen Klammern. Wenn man das Erscheinungsjahr nicht ermitteln aber zutreffend schätzen kann, nimmt man es in eckigen Klammern mit circa-Angabe ins Impressum auf: [ca. 2003].

Beispiel: Heidelberg u. a.: C. F. Müller, [1998].

Wenn es aus irgendeinem Grund wichtig sein sollte, das Erscheinungsjahr der Erstauflage zu nennen, so kann man dies im Anschluß an das Impressum in eckigen Klammern aufführen.

Beispiel: Berlin u.a.: Springer. [1. Aufl. 1977].

### **5.1.6 Serientitel und Bandzählung**

Wenn ein Werk in einer Serie erschienen ist, folgt dem Impressum die Nennung des Serientitels. In diesem Fall wird hinter den Verlagsnamen kein Abschlusspunkt gesetzt. Es folgt in runden Klammern mit Gleichheitszeichen der Serienname und ggf. die Bandzählung. Erst nach der runden Klammer kommt der Abschlußpunkt der Titelaufnahme.

Beispiel: Lüneburg: Zu Klampen (= Cultural Studies; 8).

Achtung: Die obige Regel betrifft Bücher, die einen eigenen Titel haben und zusätzlich in einer Serie erschienen sind. In den viel seltener auftretenden Fällen, dass ein Buch Teil eines mehrbändigen Werkes (etwas eines Handbuchs oder einer Enzyklopädie) ist und keinen eigenen Titel hat, wird die Bandzahl (sowie ggf. der Bandname) direkt nach dem Titel angegeben.

Beispiel:

Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (1991). Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 3: Störungen der Semantik. Berlin: Marhold.

## **5.2 Sortierung des Literaturverzeichnisses**

In der Regel wird in einer MoDul- oder Abschlussarbeit ein Durchgehendes Literaturverzeichnis ohne weitere Untergliederung für alle Arten von verwendeten Quellen angelegt. Dieses ist immer alphabetisch nach den Nachnamen der Autoren/Herausgeber bzw. den Namen der körperschaftlichen Verfasser/Herausgeber geordnet. Vornamen können mit Initial(en) abgekürzt werden. Eine Quelle ohne Autor oder Herausgeber wird nach dem Anfangsbuchstaben des Titels der Veröffentlichung ins Alphabet des Literaturverzeichnisses eingeordnet. Dabei werden ggf. bestimmte oder unbestimmte Artikel als erstes Wort eines Titels in der Sortierung übergangen. Die Einzelpublikationen eines Autors werden vor Gemeinschaftspublikationen genannt. Innerhalb eines Verfassers werden die Publikationen in umgekehrter Chronologie nach Erscheinungsjahren geordnet (d.h. die aktuellen Werke kommen zuerst). Wenn von einem Verfasser mehr als eine Publikation in ein und demselben Jahr erschienen ist, sortiert man diese alphabetisch nach dem Titel (ein Artikel am Anfang wird dabei übergangen) und nummeriert sie dann mit Kleinbuchstaben.

Beispiel für die alphabetische Anordnung eines Literaturverzeichnisses:

Simpson, Frederick N. (1993).

Simpson, Frederick N. (1989).

Simpson, Frederick N. & Hamilton, Keira (2001).

Simpson, Frederick N. & Wills, Jacqueline (1999).

Beispiel für die Nummerierung mit Kleinbuchstaben:

Ducki, A. (1998a). Allgemeine Prozeßmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung.

Ducki, A. (1998b). Analyse des Gesundheitsmarktes.

## **5.3 Beispiele für die unterschiedlichen Arten von Titelaufnahmen im Literaturverzeichnis**

### **5.3.1 Einverfasserwerk**

S. Kap. 5.1.

### **5.3.2 Mehrverfasserwerk**

Im Literaturverzeichnis werden bei gemeinschaftlich verfassten Werken sämtliche Autoren angeführt, ihre Namen werden durch Kommata getrennt. Vor dem letzten Namen steht „&“ ohne Komma.

Beispiel:

Brandstädter, J., Krampen, G. & Warndorf, P. K. (1985). Entwicklungsbezogene Handlungsorientierungen und Emotionen im Erwachsenenalter. Stuttgart u.a.: Thieme.

### 5.3.3 Herausgeberwerk

Die Titelaufnahme ist mit der eines Verfasserwerkes vergleichbar, doch folgt auf die Nennung des (letzten) Namens die Funktionsbezeichnung in Klammern. Dies gilt übrigens gleichermaßen für Bearbeiter („Bearb.“), Redakteure („Red.“) usw., die man in der Titelaufnahme normalerweise allerdings nur aufführt, wenn kein(e) Verfasser oder Herausgeber genannt ist/sind.

Beispiel:

Hurrelmann, K. & Ulich, D. (Hrsg.) (1991). Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim u.a.: Beltz.

### 5.3.4 Werk mit körperschaftlichem Verfasser

Körperschaftliche Verfasser (d. h. Institutionen wie Ämter, Vereine, Hochschulen, Ministerien usw.) werden im Literaturverzeichnis mit ihrem vollen Namen (und nicht mit einer Abkürzung) aufgeführt und nach diesem Wortlaut ins Alphabet eingereiht (vgl. Kap. 5.2). Dabei bleibt ein ggf. als erstes Wort des Namens auftauchender bestimmter oder unbestimmter Artikel unberücksichtigt.

Beispiel:

European Network of Occupational Therapy in Higher Education (2004). PBL Geschichten und Wegweiser zu einem an problemorientiertem Lernen orientierten Curriculum. Amsterdam: ENOTHE.

Übergeordnete Einheiten stehen vor Untergliederungen und werden durch ein Komma davon abgetrennt.

Beispiel:

Universität Hannover, Akademisches Auslandsamt (2005). Informationen zum Auslandsstudium. Hannover: Academia-Verl.

### 5.3.5 Anonymes Werk

Die Sortierung erfolgt alphabetisch nach dem Titel des Werkes.

Beispiel:

Gesundheitsfibel für Naturbewusste (1956). Garmisch-Partenkirchen: Herrschel.

### 5.3.6. Aufsatz aus einem Sammelwerk oder einer Sammlung

Ein Sammelwerk und eine Sammlung sind dadurch charakterisiert, dass sie jeweils mehrere Aufsätze enthalten. Beim Sammelwerk, das normalerweise einen oder mehrere Herausgeber hat, stammen diese Aufsätze von verschiedenen Autoren. Eine Sammlung enthält hingegen nur Texte eines einzigen Autors; Sammlungen erscheinen unter dem Namen dieses Autors und haben nicht unbedingt einen Herausgeber. Neben der Nennung von Autor(en) und Titel (sowie Untertitel) des Aufsatzes müssen in der Titelaufnahme Angaben gemacht werden, in welchem Sammelwerk bzw. in welcher Sammlung der betreffende Aufsatz erschienen ist. Das Erscheinungsjahr des Buches, in dem der Aufsatz veröffentlicht wurde, ist das im Quellenbeleg anzugebende Erscheinungsjahr des Aufsatzes. Neben den notwendigen bibliographischen Angaben (Titel, Herausgeber, Auflage, Impressum, Serie) zum Buch ist es wichtig, die Seitenzahlen des verwendeten Aufsatzes aufzuführen. Sie folgen dem Aufsatztitel (bzw. ggf. -untertitel) direkt in runden Klammern. Erst danach kommt der Abschlusspunkt.

Beispiel 1 (Aufsatz in einem Sammelwerk):

Borg, I. (1984). Das additive Konstantenproblem der multidimensionalen Skalierung. In: E. Oster (Hrsg.), Probleme der Skalierung (S. 15-22). Berlin: Springer.

Beispiel 2 (Aufsatz in einer Sammlung):

Hislop, H. (1988). The Art of Physical Therapy. In: H. Hislop, Collected Writings (S. 112-120). New York: Schuster.

Wenn mehr als zwei Aufsätze aus demselben Sammelwerk/derselben Sammlung in der Arbeit zitiert werden, empfiehlt es sich, aus Gründen der Platzersparnis im Literaturverzeichnis eine eigene Titelaufnahme für das Sammelwerk/die Sammlung zu machen um dann bei den Titelaufnahmen der einzelnen Beiträge daraus in verkürzter Form darauf verweisen zu können.

Beispiel:

a) **Quellenbeleg im Text**

„In Bezug auf die Rolle von Lernprozessen bei der Sozialisation besteht heute eine paradoxe Situation in der Psychologie“ (Ulich, 1991, S. 58).

b) **Titelaufnahme des Aufsatzes im Literaturverzeichnis**

Ulich, D. (1991). Zur Relevanz verhaltenstheoretischer Lern-Konzepte für die Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann & Ulich (S. 57-75).

c) **Titelaufnahme des Sammelwerks im Literaturverzeichnis**

Hurrelmann, K. & Ulich, D. (Hrsg.) (1991). Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim u.a.: Beltz.

### 5.3.7. Zeitschriftenartikel und Zeitungsartikel

Bei Zeitschriften (und Zeitungen) werden **kein Ort** und **kein Verlag** angegeben. Etwaige Untertitel der Zeitschrift (oder Zeitung) werden i. d. R. ebenfalls weggelassen. Bezeichnungen wie „Bd.“ (= Band) oder „vol.“ (= volume) werden weggelassen. Die Heftnummer kann in runden Klammern auf die Bandnummer folgen; wenn ein Zeitschriftenjahrgang in den einzelnen Heften eine Durchgehende Seitenzählung hat, kann man diese auch weglassen.

Die Seitenzahl des Artikels wird am Ende der Titelaufnahme, d.h. nach der Nennung der Band- bzw. Heftzählung angegeben – diesmal nicht in runden Klammern.

Beispiel Zeitschriftenartikel:

Borg, I. (1984). Das additive Konstantenproblem der multidimensionalen Skalierung. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 15, S. 248-253.

ODER

Borg, I. (1984). Das additive Konstantenproblem der multidimensionalen Skalierung. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 15 (3), S.15-22.

Bei Zeitungsartikeln besteht die Besonderheit, daß man nicht nur die Heftnummer aufführt, sofern es eine gibt, sondern auch das komplette Erscheinungsdatum.

Beispiel Zeitungsartikel:

Barthold, H.-M. Neue Perspektiven in den Medizinalfachberufen. Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 189 vom 22.6.2002, S. 24.

Zeitschriften- und Zeitungstitel müssen im Literaturverzeichnis nicht mit dem vollständigen Titel aufgeführt werden, sondern es können die allgemein gebräuchlichen Abkürzungen verwendet werden. Bitte in einer seriösen Quelle (z. B. PubMed) recherchieren, welche Abkürzung für eine Zeitschrift tatsächlich gebräuchlich ist und nicht selber etwas erfinden. Als Service für die Leser können diese Abkürzungen ins Abkürzungsverzeichnis der Arbeit aufgenommen werden bzw. kann ein Abkürzungsverzeichnis angelegt werden.

### 5.3.8. Unveröffentlichte Publikation

Bei unveröffentlichten Hochschulschriften wird an Stelle eines normalen Impressums der Hinweis auf die Art der Arbeit (z.B. „unveröffentl. Diss.“) gegeben, dem Name und Ort der Hochschule folgen.

Beispiel:

Holzknicht, J. (2004). Ethik in der Physiotherapie. Eine Analyse bestehender internationaler und nationaler physiotherapeutischer ethischer Prinzipien. Unveröffentl. Bachelorarbeit, HAWK Hildesheim/Holzminde/n/Göttingen.

Bei anderen unveröffentlichten Materialien versucht man diese möglichst knapp und eindeutig zu beschreiben.

Beispiel:

Möller, F. (2003). Marketing in den Pflegeberufen. Unveröffentl. Materialien zu dem Seminar „Marketing im Gesundheitswesen“ der Hubertus-Stiftung München im Juli 2003.

### 5.3.9. Website

Bitte beachte grundsätzlich, dass viele Websites (besonders die ohne Autorennennung) nicht wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und deshalb nicht zitierfähig sind. Ins Literaturverzeichnis sollen solche Quellen nicht aufgenommen werden, sondern man bedenkt sie stattdessen mit einer Fußnote im Text, wenn es tatsächlich unumgänglich ist, solche Literatur heranzuziehen.

Nach Möglichkeit versucht man, Websites im Literaturverzeichnis wie „normale“ Publikationen zu behandeln: Wenn ein Autor angegeben ist, wird dieser als Verfasser angesetzt; wenn nicht, dann ggf. die Institution, die die Website unterhält, als körperschaftlicher Verfasser. Wenn auch dies bei einer zitierfähigen Website ebenfalls nicht möglich ist, dann wird sie wie ein anonymes Werk unter ihrem Titel angesetzt.

Sofern auf der Website angegeben ist, wann der Text erstellt bzw. veröffentlicht wurde, wird diese Jahreszahl für den Quellenbeleg verwendet. Wenn sich keine entsprechende Angabe finden lässt, muss man die Formulierung o. J. (= ohne Jahr; vgl. Kap. 5.1.1) wählen.

In Anschluss an Verfasser und Titel folgen ggf. Angaben zu Revisionsdatum und Version. Danach werden das Zugriffsdatum, d. h. das Datum, an dem Sie selbst auf die Seite zugegriffen haben, sowie die jeweilige URL (Uniform Resource Locator) des Onlinedokuments (vollständig!) genannt. Eine lange URL können Sie ggf. nach einem Schrägstrich oder vor einem Punkt aufbrechen. Setzen Sie in diesem Fall keinen Bindestrich und keine Leerstelle (bzw. achten Sie darauf, dass Ihr Textverarbeitungsprogramm dies nicht automatisch tut).

Beispiel 1:

Rheingold, Howard (1993). The Virtual Community. Homesteading on the Electronic Frontier. Revision am 14.7.1999. Zugriff am 29.7.2005 auf: <http://www.rheingold.com/vc/book/>.

Wenn kein Autor angegeben ist, beginnt die Titelaufnahme mit dem Titel des Dokuments:

Beispiel 2:

ACL: The Anterior Cruciate Ligament (o. J.). Zugriff am 16.7.2005 auf: <http://www.jointhealing.com/pages/knee/acl1.html>.

Wenn ein Dokument Teil einer großen und komplexen Website (z. B. einer Universität oder einer Behörde) ist, muss man die Organisation, die die Website unterhält sowie die relevante Abteilung nennen, bevor man die URL des Dokuments angibt:

Beispiel 3:

Chou, L., McClintock, R., Moretti, F. & Nix, D. H. (1993). Technology and eDucation: New wine in new bottles: Choosing pasts and imagining eDucational futures. Zugriff am 24.8.2003 auf die Website der Columbia University, Institute for Learning Technologies: <http://www.ilt.columbia.edu/publications/papers/newwine1.htm>.

### **Zeitschriftenartikel – elektronische Version einer im Druck erscheinenden Zeitschrift:**

Aktuell handelt es sich bei den meisten Artikel aus Online-Publikationen um exakte Kopien der Druckversionen. In diesem Fall ist die Aufnahme mit der eines Artikels in einer gedruckten Zeitschrift identisch (vgl. Kap. 5.3.7). Wenn man den Artikel nur in elektronischer Form konsultiert hat, sollte dies in eckigen Klammern hinter dem Titel des Artikels angegeben werden. Wenn Dir der Artikel in beiden Publikationsformen zur Verfügung stand, wird die nichtelektronische Version ins Literaturverzeichnis aufgenommen.

Beispiel 4:

VandenBos, G., Knapp, S., & Doe, J. (2001). Role of reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates [Elektronische Version]. Journal of Bibliographic Research, 5, S. 117-123.

Wenn Du den Eindruck hast, dass der Online-Artikel gegenüber der Druckversion verändert ist, musst Du zusätzlich die URL und das Zitationsdatum angeben:

Beispiel 5:

VandenBos, G., Knapp, S., & Doe, J. (2001). Role of reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates. *Journal of Bibliographic Research*, 5, S. 117-123. Zugriff am 14.10.2004 auf: <http://jbr.org/articles.html>.

**Zeitschriftenartikel aus einem E-Journal:**

Bei einer elektronischen Zeitschrift (E-Journal) sind Jahrgang und Heftnummer häufig nicht relevant. Wenn sie nicht angegeben sind, kann nur der Zeitschriftentitel als Referenz angegeben werden. Der Artikel hat keine Seitenzahlen. Nach Möglichkeit sollte die URL direkt auf den Artikel zugreifen:

Beispiel 6:

Fredrickson, B. L. (2000, March 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3, Artikel 0001a. Zugriff am 28.5.2004 auf: <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html>.

**Artikel in einem Newsletter:**

Beispiel 7:

Glueckauf, R. L., Whitton, J., Baxter, J., Kain, J., Vogelgesang, S. & Hudson, M. (1998). Videocounseling for families of rural teens with epilepsy – Project update. *Telehealth News*, 2 (2). Zugriff am 3.1.2002 auf: <http://www.telehealth.net/subscribe/newsletr4a.html1>.

**Artikel in einer Tages- oder Wochenzeitung:**

Mittlerweile stellen die meisten Tages- und Wochenzeitungen ihre jeweils aktuelle Ausgabe ins Netz. Bei Erscheinen der neuen Nummer werden dann die alten Beiträge in ein elektronisches Archiv verschoben, wobei sie in der Regel eine andere URL erhalten und nicht mehr unter der alten Adresse auffindbar sind. Diese Archive sind oft nur gegen Gebühren einsehbar. Es ist deshalb sinnvoll, im Falle eines Zitats aus einer Tageszeitung o. ä. neben dem Namen der Zeitung nur die URL der Zeitungshomepage anzugeben:

Beispiel 8:

Schmundt, H. Die Bio-Info-Broker. Die Zeit im Internet. Zugriff am 2.12.2004 auf: [www.zeit.de](http://www.zeit.de).

**Beiträge in Diskussionslisten, Mailinglisten, News etc.:**

Nicht archivierte Beiträge:

Sender (Senddatum). Titel. In: Diskussionslistenname. Diskussionslistenadresse.

Beispiel 9:

Tindel, Maxie (18.7.2005). Working as a PT in the Netherlands. In: *FysioIntern*. <http://www.fysio.tv>.

Archivierte Beiträge:

Sender (Sende-/Publikationsdatum). Titel. URL. In: Diskussionslistenname. Diskussionslistenadresse. Nr. der Ausgabe.

Beispiel 10:

Kaspar, Helmut (29.7.2005). Einwohner/Praxen. <http://www.physio.de/forum/read.php?f=1&i=91790&t=91773>. In: Physiotherapie Forum. <http://www.physio.de/forum/list.php?f=1>.

**Weiterführende Informationen zum Zitieren von Webseiten:**

APA Style Guide <http://www.apastyle.org/electsource.html>

ULB Düsseldorf: Zitiervorschriften und wissenschaftliches Arbeiten <http://www.ub.uni-Duesseldorf.de/fachinfo/dvb/zit/index.html>

Style Guide "Das Zitat im Internet" <http://www.mediensprache.net/de/publishing/pubs/1/short-guide/zitieren.asp>

## 6 Formatierung der wissenschaftlichen Arbeit

### Schriftbild, Seitenränder

- Times New Roman, Arial oder eine andere unspektakuläre Schriftart
- Schriftgröße 12, Zeilenabstand 1,3 oder 1,5
- links ca. 3cm, rechts ca. 5cm (für die Anmerkung der Gutachter), oben und unten ca. 3cm
- Blockzitate werden stärker eingerückt als der normale Text und einzeilig gedruckt

### Absatzlänge

- am Ende eines Absatzes erfolgt eine Leerzeile, Absätze werden nicht eingerückt

### Tabellen und Abbildungen, Abkürzungen

- Tabellen und Abbildungen werden getrennt voneinander Durchnummeriert
- Tabellen erhalten eine Überschrift, Abbildungen (Grafiken, Schaubilder) eine Unterschrift, Verzeichnis von Abbildungen und Tabellen
- erläutert werden müssen nur solche Abkürzungen, die nicht zum allgemeinen Sprachgebrauch zählen (also nicht z.B., etc., Min, ...)

### Sonstiges

- Blocksatz, Trennfunktion eingestellt
- Seitenzahlen und Inhaltsverzeichnis, Fußnoten am Seitenende
- Schreiben in ganzen Sätzen, neue Rechtschreibregeln
- Formatierung von Fußnoten: einzeilig in kleinerer Schriftgröße
- Die Formatierung des Literaturverzeichnisses kann von der Formatierung des Textteils abweichend einzeilig sein; die einzelnen Titelaufnahmen können zur besseren Übersichtlichkeit z.B. um 0,3 eingerückt werden

### Hftung

- Bei Hausarbeiten einfacher Schnellhefter, pro Arbeit nur eine Farbe, auch wenn mehrere Exemplare abzugeben sind.

Die Bachelor-Arbeit muss gebunden sein, es sind zwei Exemplare abzugeben. Die Arbeit wird zusätzlich in elektronischer Form (PDF) bei der Leiter(in) der DVMT-OMT® Ausbildungskommission abgegeben.

## 7 Literatur zu wissenschaftlichen Arbeitstechniken

- Bänsch, A. (1999). Wissenschaftliches Arbeiten. Seminar- und Diplomarbeiten. München, Wien, Oldenbourg.
- Bünting, K.-D.; Bitterlich, A.; Pospiech, U. (1996). Schreiben im Studium. Ein Trainingsprogramm. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (1997). Richtlinien zur Manuskriptgestaltung (2. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Eco, U. (1993). Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt (6. überarbeitete Auflage). Heidelberg: C. F. Müller (UTB).
- Franck, N. (2001). Fit fürs Studium. Erfolgreich reden, lesen, schreiben München: dtv.
- Hall, G.M. (Hrsg.). (1998). Publish or Perish. Wie man einen wissenschaftlichen Beitrag schreibt, ohne die Leser zu langweilen oder die Daten zu verfälschen. Bern: Hans Huber Verlag.
- Peterßen, W. H. (1999). Wissenschaftliche(s) Arbeiten. Eine Einführung für Schüler und Teilnehmer. München: Oldenbourg.

- Rossig, W. E.; Prätsch, J. Wissenschaftliche Arbeiten. Leitfaden für Haus- und Seminararbeiten, Bachelor- und Masterthesis, Diplom- und Magisterarbeiten, Dissertationen. 5., erw. Aufl. Weyhe: Print-Tec Druck u. Verl., 2005.
- Rost, F. (1997). Lern- und Arbeitstechniken für pädagogische Studiengänge. Opladen: Leske + Budrich.
- Rückriem, G. & Sary, J. & Franck, N. (1992). Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens (7. aktualisierte Auflage). Paderborn: Schöningh-Verlag.
- Theisen, M.R. (2000). Wissenschaftliches Arbeiten (10.Auflage). München: Verlag Vahlen.

## Anlage (9)

### LISTE VON BASISTECHNIKEN FÜR DIE PRAKTISCHE PRÜFUNG

1. Neurale Differenzierung
2. Artikuläre Differenzierung
3. Screeningtest, Wirbelsäule
4. Screeningtest, peripher
5. Rx Wirbelsäule
6. Rx Technik, peripher
7. Grade der Bewegung (Zusatzbew WS) \*
8. PPIVM's \*

\*: am Prüfer auszuführen

Beurteilung.  
 Maximum 10 Punkte pro Technik, wie folgt zu vergeben:  
 Position Patient: 1 Punkt  
 Position PT: 2 Punkte  
 Griff: 3 Punkte  
 Ausführung: Bewegungsrichtung, Grad, Rhythmus, R1, Fragen nach P usw.: 4 Punkte  
 Die Evaluation ist bestanden bei einer Gesamtpunktzahl von minimal 56 Punkten.

Neurale Diff	Artikuläre Diff	Screeningtest, Wirbelsäule	Screeningtest, peripher	Rx Technik, Wirbelsäule	Rx Technik, peripher	Zusatzbew. Wirbelsäule Grade I, II, III, IV	PPIVM's
N medianus, UL1, UL2a, P proximal	C1/2 vs. C2/3 mit unilat PA	Ob Cx Q	Sch Q	Lx ROT, allg (I, II, III, IV)	Hü F/Ad	unilat P/A ob Cx	Occ/C1 F/E
N medianus UL1, UL2a, P distal	Lx-Hü mit ROT	Unt Cx Q	Sch Lock Pos	Lx ROT, lokalisiert	Hü E Zusatzbew	unilat P/A unt Cx	Occ/C1 LF
N radialis, UL2b, P distal	Hü/ISG/Lx mit F oder E	Lx Q	Ell E/Ab	Cx ROT, allg	T/F E/Ab, E/Ad (II, III)	unilat P/A ob Tx	C1/2 ROT
N ulnaris, UL3, P distal	Fuß mit DE, PF, Ev oder Inv	Tx Komb	Ell E/Ad	Cx ROT, lokalisiert	P/F Zusatz (e.g. Shelling) in x° F	unilat P/A unt Lx	C2/3 LF
N femoralis	Ell :R/H vs. R/U vs. R/A mit PRO/SUP	Lx F-Komb	Hü F/Ad/...	Cx LF	Sch Q	Zentrale P/A Tx oder Lx	C6/7 LF
N tibialis P distal, post-med	Hand mit PRO/SUP	Cx F-Komb	Hü F/Ab/AR	Cx Seitengleiten generell	Sch Zusatz in HaR	Unilat A/P C1/2, C2 oder C3	C7/T1 F-E
N suralis, P distal, post-lat	Hand mit PRO/SUP		Hü E/Ab/IR	Cx Seitengleiten lokalisiert	Ell E/Ab	Unilat A/P C5, C6, oder C7	C7/T1 ROT
N peroneus P distal, ant-lat	Hand mit DE/PF		Kn E/Ab, E/Ad	Manip Cx transv bzw. LF/ROT	Ell E/Ad	Transv Cx	ob Tx LF
P im Gesäß (Plexus L/S)	Sch G/H vs. A/H		Kn F/Ab, F/Ad	Manip Cx longit	Hand: Zusatz in funkt ASTE	Transv C1	ob Tx ROT
N cut fem lat			Fuß Inv	Manip Tx P/A	S/I Kreuzgr	Transv ob Tx	mittl Tx LF
N obturatorius			Fuß Ev	Manip Lx ROT	Rx Aufbau		L4/5 Instab
Slump			TMG Depression	Manip 1. Ri	Sch Instab		L5/S1 LF
Symp Slump			TMG Protr	Rx Aufbau Lx Stabilität			L5/S1 ROT
Zerv Slump			TMG Lat	Rx Aufbau Cx Stabilität			

## Anlage (10)

### Curriculum Vitae des Lehrerteams

1. Personal details		
Full Name including titles	Fiona Morrison MCSP, Member APA/MPA	
Work Address	PSZ, Schulstr. 2 63538 Großkrotzenburg, Deutschland	
Email Address	<a href="mailto:Fiona.Morrison@t-online.de">Fiona.Morrison@t-online.de</a>	
Telephone	06186 - 8886	
2. Academic qualifications		
2001	M.Hlth.Sc. (Manipulative Therapy)(Hons)	The University of Sydney
1994	B. Appl. Sc. (Physiotherapy)	The University of Sydney
3. Professional qualifications		
1996	State registration as Physiotherapist in Germany	Regierung von Unterfranken
1995	Membership	Chartered Society of Physiotherapy, GB
1994	Membership	Australian Physiotherapy Association
1991-1994	Physiotherapist	The University of Sydney
4. OMT Qualification		
2001	Musculoskeletal Physiotherapy Australia (MPA)/DVMT	
5. Work experience		
Since May 2009	Physiotherapist	PSZ, Großkrotzenburg
2005-2009	Physiotherapist	Pro Reha Seligenstadt
2003-2004	Physiotherapist	Therapiezentrum Obertshausen
1997-2003	Physiotherapist	Ambulantes Sport und Reha Zentrum Bauer
1995-1996	Physiotherapist	Praxis Stolz
6. Teaching experience and qualifications		
Since 2005	Examiner DVMT	
Since 2005	Board Member Education Committee DVMT	
7. Membership of IFOMPT recognised professional society.		
1996	DVMT	
2001	MPA Australia	
8. Membership of other relevant professional societies		
Since 1994	Australian Physiotherapy Association (APA)	
Since 1995	Chartered Society of Physiotherapy (CSP)	
Since 1996	DVMT /DFAMT	
Since 2001	Musculoskeletal Physiotherapy Australia (MPA)	
9. Publications and research activities		
Morrison, F 2004 Editorial Manuelle Therapie 8 (3) 93-94		
Jörger, L.; Langendoen- Sertel, J.; Morrison, F. 2007 Editorial Manuelle Therapie 11 (3): 98-99		
Gattermeier, A.; Herrewijn, H.; Langendoen, J.; Morrison, F. 2008 Kongressbericht Manuelle Therapie 12 (4): 158-160		
Morrison, F. 2008 A different mein-set MPA In Touch 3: 19-20		
10. Areas of special interest (professional)		
Musculoskeletal disorders; Bringing EBM into the practice		

<b>1. Personal details</b>		
Full Name including titles	Kerstin Luedtke, MSc	
Work Address	Rueckenzentrum Am Michel, Ludwig-Ehard-Str 18, 20459 Hamburg Institut für Systemische Neurowissenschaften, Universitätsklinikum Eppendorf, Martinistr.52, 20246 Hamburg	
Email Address	<a href="mailto:kerstin_luedtke@hotmail.com">kerstin_luedtke@hotmail.com</a>	
Telephone	0170 5539641	
<b>2. Academic qualifications</b>		
2002	Master of Science in Manipulative Physiotherapy	Sheffield Hallam University
<b>3. Professional qualifications</b>		
1990-1992	Undergraduate physiotherapy training	Berufsfachschule für Krankengymnastik, AK Ochsenzoll, Hamburg Städtisches Krankenhaus Lüneburg
1993	Practical year	
<b>4. OMT Qualification</b>		
2002	Master of Science recognized by	DVMT
<b>5. Work experience</b>		
Since September 2008	Research assistant	Institut f.syst. Neurowiss., UKE
Since 2001	Physiotherapist	Rueckenzentrum Am Michel, Hamburg
2000	Physiotherapist	Praxis f. Krankengymnastik Andrea Vierle, Hamburg
1997-1999	Physiotherapist	Rotherham Physiotherapy and Sports Injury Clinic, UK
1996-1997	Physiotherapist	various Agencies in London and Newport, UK
1993-1995	Physiotherapist	Various private practices in Hamburg
<b>6. Teaching experience and qualifications</b>		
1997-2005 and since 2008	Teacher assistant	IMTA
1999	Teacher for Physiotherapy	Physiotherapieschule UKE, Hamburg
2006-2007	Lecturer for PT Bachelor Students (very limited number of hours)	FH Hildesheim
Since 2005	Board Member DVMT	
<b>7. Membership of IFOMPT recognised professional society.</b>		
2000	DVMT	
Since 2007	DFAMT Board member	
<b>8. Membership of other relevant professional societies.</b>		
1996-2002	CSP UK	
<b>9. Publications and research activities.</b>		
2002-2005	Research assistant „Developing a test battery for the functional capacity of patients with back pain“ Project funded by the Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF);Cooperation of the Rücken zentrums Am Michel (Dr.G.Müller) and the Universitätsklinikum Göttingen (Prof.Hildebrandt und PD M.Pfingsten). Multicentre study.	
	Lüdtke, K. Einfluss der Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Patienten auf deren Krankheitsmodelle bei Rückenschmerzen, Manuelle Therapie; 03, 2004.	
	Lüdtke, K. Exploring the physiotherapist-patient communication for influences on the belief systems of back pain patients. PPA News.2003;15:30-34.	
	Lüdtke, K. Physiotherapeuten als Erstkontakt in Deutschland?! Editorial. Physioscience; 04, 2006.	
	Lüder, S.; Pfingsten, M.; Lüdtke, K.; Müller, G.; Strube, J.; Hildebrandt, J. Kann die Aktivitätskapazität von Patienten mit Rückenschmerzen objektiv und reliabel gemessen werden? Physioscience; 04, 2006.	
	Lüdtke, K.; Pfingsten, M.; Lüder,S.; Strube, J.; Müller, G.; Hildebrandt,J. Test Properties of Activity Capacity Tests for Low Back Pain. Manual Therapy (in Revision)	
<b>10. Other relevant activities, achievements and qualifications.</b>		
Since 2006	Editorial Board Member Physioscience Thiema Verlag	
<b>11. Areas of special interest (professional)</b>		
Musculoskeletal disorders; Screening for referral, Chronic Pain, Research		

<b>1. Personal details</b>		
Full Name including titles	Lucia Grauel	
Work Address	Rückenzentrum am Michel, Ludwig-Erhardtstrasse 18, 20459Hamburg	
Email Address	luciagrauel@hotmail.com	
Telephone	49/1797068868	
<b>2. Academic qualifications</b>		
2001	Master of Physiotherapy (Manipulative Physiotherapy)	University of South Australia, Adelaide
<b>3. Professional qualifications</b>		
1996	Physiotherapist	Hamburg
<b>4. OMT Qualification</b>		
2002	Deutschen Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
<b>5. Work experience</b>		
1995-1998	Private Praxis with orthopadic Patients	Various Employers
1998-2000	Pyschosomatic Patients	Hospital Rissen
2002-	Chronic Pian Patients	Rücken Zentrum am Michel
<b>6. Teaching experience and qualifications</b>		
Since 2002	Lecturer for the Rückenzentrum am Michel	
<b>7. Membership of IFOMPT recognised professional society.</b>		
Since 1997	DVMT	
<b>8. Other relevant activities, achievements and qualifications</b>		
Member of the DVMT EDucational Committee since 2007		
<b>9. Areas of special interest (professional)</b>		
Chronic Pain/ Psychosomatic- Disorders Neuromuskuloskeletal Physiotherapy Pelvic-floor Rehabilitation		

<b>1. Personal details</b>		
Full Name including titles	Nina Gaertner-Tschacher MPhysio (ManipPhysio), DVMT-OMT®	
Work Address	Kaiserstrasse 57/1 72764 Reutlingen Germany	
Email Address	info@ninagaertner.de	
Telephone	07121 44299	
<b>2. Academic qualifications</b>		
2002	Master of Physiotherapy (Manipulative Physiotherapy)	University of South Australia, Adelaide, Australia
<b>3. Professional qualifications</b>		
1994-1997	Physiotherapist	School of Physiotherapy at the Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tuebingen
<b>4. OMT Qualification</b>		
2002	Deutscher Verband für Manuelle Therapie (DVMT), Member of DFAMT	
<b>5. Work experience</b>		
Since 2000 with breaks in between caused by studying in Australia and maternity leaves	Physiotherapist	Praxis für Physiotherapie Ernst Weymann
1999-2000	Physiotherapist (orthopedic area)	Fachkliniken Hohenurach
1997-1999	Physiotherapist (chronic pain area)	Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
<b>6. Teaching experience and qualifications</b>		
2003	Lecture at the School of Physiotherapy, Tuebingen	
<b>7. Membership of IFOMPT recognised professional society</b>		
2003	Deutscher Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) DVMT	
<b>8. Membership of other relevant professional societies (Add lines to the table as necessary)</b>		
2002	International Association for the Study of Pain (IASP)	
<b>9. Publications and research activities (Please list all publications and activities within the past 10 years. Please use the Havard reference system)</b>		
Gärtner-Tschacher, N., 2007. Erreichen Physiotherapeuten mit umfangreicher Weiterbildung in Manueller Therapie bessere klinische Ergebnisse? <i>Manuelle Therapie</i> , 11, pp. 244-247.		
Gärtner-Tschacher, N., 2005. Die Effektivität der Kombination aktiver Physiotherapie mit kognitiven, behavioralen oder behavioralen Behandlungsansätzen bei Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen - ein kritischer Überblick über die <i>Manuelle Therapie</i> , 9, pp.11-34.		
Gärtner, N., 2003. Deutscher Schmerzkongress vom 8. - 12. 10.2003 in Münster. <i>Manuelle Therapie</i> , 4, pp. 209.		
Gärtner, N., 2003. Psychosoziale Faktoren bei der Entstehung chronischer unterer Rückenschmerzen. <i>Krankengymnast Zeitschrift für Physiotherapeuten</i> , 10, pp. 1724-1731.		
<b>10. Other relevant activities, achievements and qualifications</b>		
Board member of the DVMT		
<b>11. Areas of special interest (professional)</b>		
Motor control, Pain, Pelvic floor		

<b>1. Personal details</b>		
Full Name including titles	Ralf Schesser, PT, MPhty(ManipPhys), DVMT-OMT®	
Work Address	Fachklinik Enzensberg, Höhenstr. 56, 87629 Hopfen a.S.	
Email Address	<a href="mailto:ralfschesser@hotmail.com">ralfschesser@hotmail.com</a>	
Telephone	+49 16096226532	
<b>2. Academic qualifications</b>		
2000	Master of Physiotherapy (Manipulative Physiotherapy) University of South Australia, Adelaide	
<b>3. Professional qualifications</b>		
1998	Physiotherapist	Sebastian-Kneipp-Schule Bad Wörishofen Berufsfachschule für Physiotherapie
<b>4. OMT Qualification</b>		
2001	Deutscher Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
<b>5. Work experience</b>		
Since 2008	Head of Department Trauma and Sport	Fachklinik Enzensberg, Hopfen
Since 2006	Head of Department Orthopaedic	Fachklinik Enzensberg, Hopfen
Since 2002	Head of Department Pain Clinic, Assistant Head of Department Orthopaedic	Fachklinik Enzensberg, Hopfen
1998-2001	Physiotherapist in private praxis	Fetzer & Pfund, Kempten
<b>6. Teaching experience and qualifications</b>		
Since 2008	Member of Education Committee for Pain, ASTIB	
Since 2008	Assistant in Manual Therapy Certificate Courses, DVMT	
Since 2007	Member of the DVMT Educational Committee	
Since 2004	Teaching Pain Management in OMT Training	
Since 2004	Clinical Supervision of Physiotherapy Students and Employed Physiotherapist, Fachklinik Enzensberg	
Since 2004	Permanent in-house teaching in Department Pain and Orthopaedics	
<b>7. Membership of IFOMPT recognised professional society</b>		
Since 2001	Deutscher Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
<b>8. Membership of other relevant professional societies</b>		
Since 2008	ASTIB, Arbeitsgemeinschaft für Schmerztherapie in Bayern	
<b>9. Publications and research activities</b>		
2009 Riedl et al, Schmerz, in Mehrhoff/Schian, Zurück in den Beruf, in press		
Since 2002 Outcome Research of Interdisciplinary Pain Management in Fachklinik Enzensberg		
2000 Schesser R, What is the Evidence of Conservative Management of Cervical Radiculopathy, University of South Australia, Adelaide		
<b>10. Other relevant activities, achievements and qualifications</b>		
Since 2008 Development of a curriculum for Physiotherapists in a Interdisciplinary Pain Clinic		
Since 2002 Several Presentations on conferences and workshops in Pain Management in Phsiotherapy		
Since 2002 Development of several clinical pathways in Fachklinik Enzensberg		
<b>11. Areas of special interest (professional)</b>		
Clinical Reasoning in Physiotherapy Pain, Neurophysiology and Management		

<b>1. Personal details</b>		
Full Name including titles	Thomas Schöttker-Königer, MPTSc, OMT-DVMT,	
Work Address	Feuerhausstr. 3 ; 82256 Fürstenfeldbruck, Germany	
Email Address	Thomas.Schoettker@t-online.de	
Telephone	08141 / 42689	
Fax	08141 / 41753	
<b>2. Academic qualifications</b>		
2005	Master in Physical Therapy sciences	University of applied science "Timm van der Laan" Switzerland / Netherlands (in cooperation with the University of Brüssel and Lisboa)
1994	graduate certificate in OMT	Curtin University Perth, Australia
<b>3. Professional qualifications</b>		
1996	Instruktor Mulligan Konzept	Mulligan group (MCTA)
1990	Instruktor Functional Kinetics Klein Vogelbach	International group FK-KV
1979	State registration as a physiotherapist in Germany	University Göttingen, School of Physiotherapy, Regierung von Niedersachsen
<b>4. OMT Qualification</b>		
1994	Deutschen Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
<b>. Work experience</b>		
since 1989	Physiotherapist	own private practise in Fürstenfeldbruck
1985-1989	GTZ Expert and Chief Physiotherapist	GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) and King Khaled Hospital, Tabuk, Kingdom of Saudi Arabia
1984-1985	Chief Physiotherapist	Orthopädisches Rehabilitationszentrum, Griesbach
1982-1984	1. Teacher in Physiotherapy and 2. Chief Physiotherapist	1. "Staatl. Berufsfachschule für Krankengymnastik" des Landkreises Deggendorf and 2. Neurologisches Rehabilitationszentrum „Mainkofen“
1980-1982	Physiotherapist	Schule für geistig und körperlich behinderte Kinder der Caritas Passau
1979	PT-Praktikant	1. Neurologisches Rehabilitationszentrum Hessisch Lichtenau 2. Städt. Krankenhaus Pasau
<b>6. Teaching experience and qualifications</b>		
since 2007	Teacher and Examiner: Master program (MSC in PT) at the university of applied science HAWK , Hildesheim, Holzminden, Göttingen, Germany	
since 1996	Teacher and examiner: OMT program DVMT	
1994-2000	clinical supervisor OMT program DVMT	
Since 1996	Instructor "Mulligan-Konzept" (MCTA)	
1982-1990	International working group Teacher Functional Kinetics (Klein-Vogelbach) Training Programme with successful final examination in 1990	
1982-1984	Teacher at the School of PT , Deggendorf	
<b>7. Membership of IFOMPT recognised professional society</b>		
1989	DVMT	
<b>8. Membership of other relevant professional societies</b>		
Since 1989	Deutsche Verband für Manuellen Therapie (DVMT)	
Since 1979	Zentralverband der Physiotherapeuten (ZVK)	
<b>9. Publications and research activities</b>		
<p>1. Schoettker-Koeniger, T, Schwaller, A, Baeyens, JP, Cabri, J, Taeymans, J. Scapular kinematics in atraumatic shoulder instability [German]. Manuelle Therapie 2007; 11(4): 168-176.</p> <p>2. Schoettker-Koeniger, T. Bewegungssystem: Stabilisation. In: F van den Berg (Ed), Angewandte Physiologie; Therapie, Training, Tests, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2001; pp. 47-62.</p> <p>3. Schöttker-Königer T; Mobilisation with movements. Krankengymnastik, 1997; 49 (3): 386, 388, 390</p> <p>4. Überarbeitung der deutschen Übersetzung von: Klinische Anatomie von Lendenwirbelsäule und Sakrum, Reihe: <a href="#">Rehabilitation und Prävention</a>, Band 57 BogDuk, Nikolai Englische Originalausgabe erschienen bei Longman Group UK Limited, 1987</p> <p>oral presentations:</p>		

- |   |
|---|
| - Physiokongress Aachen 2006 und 2007<br>- Schulterkongress München 2007  |
| <b>10. Other relevant activities, achievements and qualifications</b>   |
| Peer reviewer "Pysiopraxis" (Thieme Verlag)   |
| <b>11. Areas of special interest (professional)</b>   |
| Neuromuskuloskeletal Physiotherapy<br>Clinical Biomechanics focus on disorders of the upper extremities<br>Statistics |

<b>Personal details</b>		
Name	Dr. Hansjörg Knorr	
Work Address	Geroldseckstr. 4, 81375 München	
Email Address	hansjoerg.knorr@t-online.de	
Telephone	089-83964242	
Fax	089-83964243	
<b>Academic qualifications</b>		
1993	Doctor of Medicine	University of Munich
<b>Professional qualifications</b>		
1995	Manual Medicine	Bavarian Medical Association
1995	Sports Medicine	Bavarian Medical Association
1995	Naturopathic Medicine	Bavarian Medical Association
1995	Balneology and Medical Climatology	Bavarian Medical Association
1994	Specialist in Rehabilitation Medicine	Bavarian Medical Association
1994	Physical Therapy	Bavarian Medical Association
<b>Employment history</b>		
Since 1999	Medical Officer	Stiftung Pfennigparade München
Since 1988	Part Time Emergency Physician	<a href="#">Bavarian Association of Statutory Health Insurance Physicians</a>
1996 - 1998	Medical Director of an Orthopaedic Rehabilitation Centre	Charite Wittelsbacher Park Augsburg
1996	Rehabilitation Specialist in own practice	
1986 - 1994	Resident and Senior Resident Physician	Department of Physical Medicine and Rehabilitation University Hospital Munich
1984 -1986	Resident Physician	Department of Internal Medicine Krankenanstalt Kreuth
<b>Teaching experience and qualifications</b>		
Since 1999	Registered Teacher and Examiner in Manual Therapy/Medical Tutor with the German Medical Insurance Companies	
Since 1996	DVMT-OMT Teacher and Examiner	
<b>Membership of other relevant professional societies</b>		
Since 1987	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation	
Since 1996	Berufsverband der Rehabilitationsärzte	

<b>Personal details</b>		
Name	Patricia Davies-Knorr MCSP, DVMT-OMT	
Work Address	Department of Physical Medicine and Rehabilitation University Hospital Munich Ziemssenstrasse 1 80336 Munich Germany	
Email Address	Trisha.Davies-Knorr@imta.ch	
Telephone	+49 89 8396 4242	
Fax	+49 89 8396 4243	
<b>Academic Qualifications</b>		
Since 2008	Cand MSc	Cardiff University; School of Postgraduate Medical and Dental Education, UK
<b>Professional qualifications</b>		
Since 1986	State registration as a physiotherapist in Germany	Regierung von Oberbayern
Since 1980	Membership	Chartered Society of Physiotherapy. GB
1977-1980	Chartered Physiotherapist	Physiotherapy School, Robert Jones and Agnes Hunt Orthopaedic Hospital, Oswestry, Shropshire, GB.
<b>OMT Qualification</b>		
1996	Deutschen Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
<b>Employment</b>		
Since 1987	Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University Hospital Munich	
1987 - 1989	Physiotherapist in General Medicine with special interest in intensive care.	
1989 - 1993	Superintendent Physiotherapist with special interest in musculoskeletal rehabilitation and continuing clinical case load.	
Since 1999	Co-leader of the departmental „Teaching und Outcomes Management“ group with continued musculoskeletal clinical caseload	
1983 - 1985	Senior Physiotherapist in Respiratory care	Staffordshire General Infirmary Foregate Street, Stafford, Staffordshire, GB
1980 - 1983	Junior Physiotherapist	Clatterbridge Hospital, Wirral Health Authority, GB
<b>Teaching experience and qualifications</b>		
Since 2008	Currently studying Medical Education (MSc) at Cardiff University, UK	
Since 2007	Part time teaching of Manipulative Physiotherapy in the MSc in Rehabilitation Sciences at the Institute of Higher Education (Fachhochschule) in Hildesheim, Germany.	
Since 2001	Teacher and examiner DVMT Zertifikats Kurse	
Since 1999	Teacher postgraduate courses in manipulative physiotherapy based on the Maitland concept. The courses are recognised by the medical insurance companies in Germany and the DFAMT	
Since 1999	Co-leader of the departmental „Teaching und Outcomes Management“-group. See above.	
Since 1998	DVMT-OMT Teacher and Examiner	
Since 1995	Teaching medical students at the university of Munich in manual therapy.	
1995 - 2008	Annual in-vitro-anatomy seminar for physiotherapists in cooperation with Professor Reinhard Putz, Director of the Anatomical Institute of the University of Munich	
1994 - 2002	Organisation of and teaching on postgraduate courses for physiotherapists and sports teachers leading to qualification in rehabilitation sport for patients with osteoporosis and fibromyalgia. The courses are recognised by the medical insurance companies in Bavaria.	

1992 - 1999	International Maitland Teachers Associations (IMTA) Teacher Training Programme with successful final examination in March 1999
<b>Membership of IFOMPT recognised professional society.</b>	
Since 1996	DVMT-OMT
<b>Membership of other relevant professional societies</b>	
Since 1980	Chartered Society of Physiotherapy (MCSP)
Since 1999	International Maitland Teachers Association (IMTA)
Since 1993	Zentralverband der Physiotherapeuten (ZVK)
Since 1992	Deutscher Verband für Manuelle Therapie (DVMT)
Since 2007	Member of the International Society of Physiotherapy Journal Editors (ISPJE)
<b>Publications and research activities</b>	
<p>Editorials:</p> <p>Watkin P 2000 Editorial Manuelle Therapie 4:147-148</p> <p>Davies-Knorr P 2006 Editorial Manuelle Therapie 10(2):57</p> <p>Davies-Knorr P 2007 Editorial Manuelle Therapie 11(4):151-152</p> <p>Davies-Knorr P 2008 Editorial Manuelle Therapie 12(4):45-46</p>	
<b>Other relevant activities, achievements and qualifications</b>	
<p>Current positions:</p> <p>Co editor of the professional journal „manuelletherapie“ (since 1997)</p> <p>Teacher in DVMT OMT Program since 1998</p> <p>DVMT-Examiner (since 2001)</p> <p>DFAMT-Monitor (since 2008)</p> <p>Board Member of the International Maitland Teachers Association (since 1999)</p> <p>Member of IMTAs project Group “Curriculum Development” (since 2007)</p> <p>IMTA-advisory board to the DVMT (since 2000)</p> <p>Previous positions:</p> <p>Chairperson, vice Chairperson and Board Member of the IMTA</p> <p>Vice Chairperson and Board Member of the DVMT.</p> <p>Member of the DVMT Educational Committee (1998 - 2001)</p> <p>Member of the ZVK Commission „Quality control“ (2001)</p>	
<b>Areas of special interest</b>	
<p>Education</p> <p>Neuromuskuloskeletal Physiotherapy</p> <p>Outcomes Assessment</p>	

<b>Personal details</b>		
Name	Jan Herman van Minnen B.PT, OMT-svomp	
Work Address	Kirchstrasse 1 2540 Grenchen Switzerland	
Email Address	vanminnen@besonet.ch	
Telephone	+41 32 645 38 22	
Fax	+41 32 645 38 22	
<b>Academic qualifications</b>		
1978.	Bachelor in Physiotherapy	Friese Akademie voor Fysiotherapie Leeuwarden, The Netherlands
<b>Professional qualifications</b>		
1978.	Bachelor in Physiotherapy	Friese Akademie voor Fysiotherapie Leeuwarden, The Netherlands
<b>OMT Qualification</b>		
1994	Schweizerischer Verband Orthopädischer Manipulativer Physiotherapie (svomp)	
<b>Please outline your work experience with the current post first.</b>		
01.08.1987 to date	Physiotherapist	Self-employed in Grenchen Switzerland
1985-1987	Physiotherapist	Privat Practice, Grenchen, Switzerland
1981-1985	Physiotherapist	Bezirksspital, Niederbip, Switzerland
1978-1980	Physiotherapist	Bürgerspital, Solothurn, Switzerland
<b>Teaching experience and qualifications</b>		
Since 2007	Part time teaching of Manipulative Physiotherapy in the MSc in Rehabilitation Sciences at the Institute of Higher Education (Fachhochschule) in Hildesheim, Germany.	
Since 2000	Teacher OMT-svomp program in Switzerland	
Since 1994	Teacher postgraduate courses in manipulative physiotherapy based on the Maitland concept in Switzerland, Germany and Austria.	
1988-1994	International Maitland Teachers Associations (IMTA) Teacher Training Programme with successful final examination in July 1994	
<b>Membership of IFOMPT recognised professional society.</b>		
1992	Schweizerischer Verband Orthopädischer Manipulativer Physiotherapie (svomp)	
<b>Membership of other relevant professional societies</b>		
Since 2007	Member of the International Society of Physiotherapy Journal Editors (ISPJE)	
Since 1997	Schweizerischer Verband Orthopädischer Manipulativer Physiotherapie SVOMP	
Since 1994	International Maitland Teachers Association (IMTA)	
Since 1992	Deutsche Verband für Manuellen Therapie (DVMT)	
Since 1978	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF	
Since 1978	Physioswiss Schw. Physioth. Verband	
1990 -1997	Schweizerischer Verband Manueller Therapie SVMP	
<b>Publications and research activities</b>		
Van Minnen J H 2001 Tennisellbogen - Behandlungsvorschläge für die tägliche Praxis Manuelle Therapie 4:199-203		
Van Minnen J H 1997 Der Tennisellbogen Schweizer Physiotherapie Zeitschrift 4		
<b>Other relevant activities, achievements and qualifications</b>		
<p>Current positions:</p> <p>Co editor of the professional journal „Manuelle Therapie“ (since 1996)</p> <p>Moderator of a Quality-circle (since 2003)</p> <p>Assistant-coordinator in the IMTA (since 2003)</p> <p>Since 1996: Examiner OMT-svomp Qualification in Switzerland</p> <p>Since 1996: Examiner DVMT-OMT in Germany</p> <p>Since 1996: Examiner for the DVMT Manual Therapy Certificate in Germany</p> <p>Previous positions:</p> <p>Board member of Schweizerischer Verband Manueller Therapie SVMP 1992-1997</p> <p>President of Schweizerischer Verband Orthopädischer Manipulativer Physiotherapie SVOMP 1997-2000</p>		
<b>Areas of special interest</b>		
<p>EDucation</p> <p>Clinical Reasoning</p> <p>Hands on Treatment</p>		

Personal details		
Name	Thomas Horre PT, OMT-DVMT®	
Work Address	PEB Lohbrüger Landstr. 129 21031 Hambrug Germany	
Email Address	t.horre@gmx.de	
Telephone	+49 4072008050	
Professional qualifications		
1992-1995	Physiotherapist	Staatlich anerkannte Lehranstalten für Physiotherapie, Hannover, Germany
OMT Qualification		
2000-2002	Deutschen Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
Employment		
Since 15.07.2008	Freelancer	Praxis Rode / Schürmann, Osnabrück
01.01.2002 – 14.07.2008	Working in my own practise, special interest in chronic pain patients	Praxis Horre / Schürmann, Osnabrück
01.04.1996 – 30.11.2001	Physiotherapist in a Rehab Center, the last year as a Team - Leader	Therapiezentrum GMHütte, Osnabrück
01.07.1995 – 31.12.1995	Physiotherapist in Rehab Centre	Reha. Schwarzer Bär, Hannover
Teaching experience and qualifications		
Since 2007	Teacher postgraduate courses in manipulative physiotherapy based on the Maitland concept in Germany and Poland. The courses are recognised by the medical insurance companies in Germany and the DFAMT	
Since 2007	Member of the DVMT OMT Educational Committee Clinical Supervisor	
2000 - 2007	International Maitland Teachers Associations (IMTA) Teacher Training Programme with successful final examination in March 2007	
1997 -2005	Teacher at Physiotherapy schools, Osnabrück & Rheine, Germany	
Membership of IFOMPT recognised professional society.		
Since 2002	Deutschen Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
Membership of other relevant professional societies		
Since 2007	International Maitland Teachers Association (IMTA)	
Since 1996	Deutsche Verband für Manuelle Therapie (DVMT)	
Publications and research activities		
<p>Horre T 2008 Einfluss von Gelenksdysfunktion auf Muskelfunktion. Manuelle Therapie 12(2):60-71</p> <p>Horre T 2005 Fallbeispiel einer Patientin mit Kieferschmerzen. In: von Piekartz HJM. Kiefer, Gesichts- u. Zervikalregion. Neuromuskuloskeltale Untersuchung, Therapie u. Management. Stuttgart, Thieme.</p> <p>Horre T 2004 Finger-Boden-Abstand und Schober-Test – Genügen diese Tests wissenschaftlichen Kriterien? Manuelle Therapie 8(2):55-65</p> <p>Horre T 2002 Biomechanische Zusammenhänge bei Bewegungen der Lendenwirbelsäule. Krankengymnastik 54(11):1808-14</p>		

<b>Personal details</b>		
Name	Renate Wiesner, dipl. PT HF,OMT- SVOMP	
Work Address	SportheP "Werder" Auf dem Peterswerder, 28203 Bremen Germany	
Email Address	renate.wiesner@imta.ch	
Telephone	0049 421 83 98 859	
Fax	0049 421 83 98 861	
<b>Professional qualifications</b>		
1982 - 1985	Dipl. Physiotherapist	Physiotherapy School of the University Hospital Basel, Basel, Switzerland
<b>OMT Qualification</b>		
Since 1996	Schweizerischer Verband Orthopädischer Manipulativer Physiotherapie (svomp)	
<b>Employment</b>		
Since 1995	Private practice Responsible for the internal qualification of the PTs	SportheP "Werder" Bremen Germany
1992 - 1994	Private practice	Praxis alten Eichen, Dorit v. Auschnaiter, Bremen Germany
1991 - 1992	Private practice	Praxis P.Graf, Luzern, Switzerland
1990 - 1991	Stellvertretungen Kantonsspital Luzern	Kantonsspital, Luzern, Switzerland
1988 - 1990	Private practice	Centro Fisioterapico, Arzachena, Sardinia, Italy
1985 - 1988	Physiotherapist	Thermalbäder Bad Ragaz, Bad Ragaz, Switzerland
<b>Teaching experience and qualifications</b>		
Since 1996	Teacher postgraduate courses in manipulative physiotherapy based on the Maitland concept in various European countries. The courses are recognised by the medical insurance companies in Germany and the DFAMT	
1990 - 1996	International Maitland Teachers Associations (IMTA) Teacher Training Programme with successful final examination in September 1996	
<b>Membership of IFOMPT recognised professional society.</b>		
1996	Deutschen Verband für Manuelle Therapie (DVMT) Member of the DFAMT	
<b>Membership of other relevant professional societies</b>		
Since 1996	International Maitland Teachers Association (IMTA)	
Since 1992	Deutsche Verband für Manuellen Therapie (DVMT)	
<b>9. Publications and research activities</b>		
<p>Bucher-Dollenz G., Wiesner R Ed. (2008) Therapiekonzepte in der Physiotherapie: Maitland, Stuttgart Thieme Verlag</p> <p>Wiesner R (1998) Das HWS Extensionstrauma. Manuelle Therapie 2:150-158</p> <p>Wiesner R (1986) Die funktionelle Bedeutung des ISG. Der Physiotherapeut</p> <p>Wiesner R (1994) Ist es realistisch, von einem isolierten lumbalen Fazettensyndrom zu sprechen? Der Krankengymnast 46, Nr.12 S.1692-1695</p>		
<b>Other relevant activities, achievements and qualifications</b>		
<p>Current positions:</p> <p>DVMT-Examiner (since 1999)</p> <p>Vice-President of the IMTA (since 2004)</p> <p>Board Member of the IMTA (since 2002)</p> <p>Member of IMTAs project Group "development of handbook for Level 1 courses" (since 2007)</p> <p>DVMT-advisory board to the IMTA (since 2000)</p> <p>Clinical supervisor for DVMT-OMT (since 2004)</p> <p>EDucation of the DVMT-OMT Supervisors (since 2008)</p> <p>Previous positions:</p> <p>Board Member of SVOMP (1991-1992)</p> <p>Lectures:</p> <p>2007 Lecture at the OMT Conference of DFAMT, Göttingen, Germany</p> <p>2006 Lecture at Regensburg Symposium of Sports and Physiotherapy, Regensburg, Germany</p> <p>2005 Lecture at the national "physiokongress" in Aachen, Germany</p> <p>2004 Lecture at the national reunion of students of Physiotherapie in Germany, Bremen Germany</p> <p>2002 Lecture at the Symposium of Rehabilitation in Damp, Germany</p> <p>2000 Lecture at the national symposium of the Vertebral Column, Germany</p> <p>1999 Lecture at the national Congress of Physikalische Medizin, Hannover, Germany</p>		

1998 Lecture at the orthopaedic Congress of Northern Germany, Bremen, Germany

**Areas of special interest**

Self management in Physiotherapy

Overuse Syndromes in Sport, especially Golf

## Prüfungsordnung DVMT-OMT® Ausbildung

Stand Oktober 2009

Diese Prüfungsordnung hat den Zweck die Rahmenbedingungen für alle Prüfungen, die mit der DVMT-OMT® Ausbildung verbunden sind, festzulegen.

Prüfungen dienen als Lernzielüberprüfung. Die Prüfungsordnung besteht aus 3 Teilen. Teil 1 ist eine allgemeine Beschreibung der Prüfungsordnung, Teil 2 beschäftigt sich mit den MoDulprüfungen und Teil 3 beschäftigt sich mit der Abschlussprüfung.

### Teil 1 allgemeine Beschreibung der Prüfungsordnung

#### Bewertung der Prüfungsleistung und Bildung der Fachnote

(1) Die einzelne Prüfungsleistung wird von der oder dem jeweiligen Prüfenden bewertet. Schriftliche Prüfungsleistungen sind innerhalb von vier Wochen nach der jeweiligen Prüfungsleistung zu bewerten und die Ergebnisse per mail pdf bekannt zu geben.

(2) Für die Bewertung von Prüfungsleistungen bzw. MoDulen sind folgende Noten zu verwenden, die entsprechend in ECTS-äquivalent-Noten umgerechnet werden können:

Schulnote	ECTS Note	Note	Prozent (Von 100)	Beschreibung
1	A	1.0	100 - 99	<b>hervorragend (excellent)</b>
	B	1.3	96 - 98	<b>sehr gut (very good)</b>
2	C	1.7	91 - 95	<b>gut (good)</b> eine erheblich über den Durchschnittlichen Anforderungen liegende Leistung
		2.0	86 - 90	
		2.3	81 - 85	
3	D	2.7	77 - 80	<b>befriedigend (satisfactory)</b> eine Leistung, die in jeder Hinsicht Durchschnittlichen Anforderungen entspricht
		3.0	72 - 76	
		3.3	67 - 71	
4	E	3.7	50 - 66	<b>ausreichend (sufficient)</b> eine Leistung, die trotz ihrer Mängel den Mindestanforderungen entspricht
5	F	4.0	30 - 49	<b>nicht bestanden (fail),</b> Nicht bestanden - es sind Verbesserungen erforderlich, bevor die Leistungen anerkannt werden können
6	FX	5.0	0 - 29	<b>nicht bestanden (fail)</b> Nicht bestanden - es sind erhebliche Verbesserungen erforderlich

(3) Die Prüfungsleistung ist bestanden, wenn sie mit mindestens "ausreichend" bewertet wurde. Wird die Prüfungsleistung von zwei Prüferinnen und Prüfern bewertet, ist sie bestanden, wenn beide die Leistung mit mindestens "ausreichend" bewerten. Wird die Prüfungsleistung von einer Prüferin oder einem Prüfer mit mindestens „ausreichend“ und der anderen Prüferin oder dem anderen Prüfer als „nicht ausreichend“  
*Kurshandbuch OMT-DVMT® Ausbildung ab 2009 Stand Oktober 2009*

bzw. „nicht bestanden“ bewertet, kann die Prüfungskommission auf Antrag einer Prüferin oder eines Prüfers eine oder einen dritten Prüfenden mit der Bewertung der Prüfungsleistung beauftragen; in diesem Fall ist die Prüfungsleistung bestanden, wenn die Mehrheit der Prüfenden sie mit mindestens „ausreichend“ bzw. mit „bestanden“ bewertet. Die Note der bestandenen Prüfungsleistung errechnet sich aus dem Durchschnitt der von den Prüferinnen und Prüfern festgesetzten Einzelnoten. Auf Antrag der Teilnehmerin oder des Teilnehmers ist die Bewertung der schriftlichen Prüfungsleistungen zu begründen; dabei sind die tragenden Erwägungen der Bewertungsentscheidung darzulegen. Die Begründung ist mit der Prüfungsarbeit zu der Prüfungsakte zu nehmen.

(4) Bei der Bildung der Note wird bis zum Mittelwert zwischen zwei Notenstufen auf die bessere Notenstufe abgerundet, ab Überschreitung des Mittelwerts auf die schlechtere Notenstufe aufgerundet.

### **Wiederholung von Prüfungsleistungen**

(1) Jede nicht bestandene Prüfungsleistung kann einmal wiederholt werden.

(2) Wiederholungsprüfungen sind im Regelfall im Rahmen der Prüfungstermine des jeweils folgenden Lehrganges abzulegen, bzw. in Absprache mit dem Prüfenden

(3) Eine zweite Wiederholungsprüfung ist für Prüfungsleistungen nur für insgesamt drei Prüfungsleistungen zulässig.

(4) Die Teilnehmerin oder der Teilnehmer wird zur zweiten Wiederholungsprüfung geladen. In der Ladung wird die Teilnehmerin oder der Teilnehmer darauf hingewiesen, dass bei Versäumnis dieses Termins oder bei erneutem Nichtbestehen die Prüfungsleistung endgültig nicht bestanden ist.

(5) Prüfungsversuche gelten auf Antrag der Studierenden als nicht unternommen, wenn sie innerhalb der Mutterschutzfristen von 14 Wochen liegen.

### **Zeugnisse und Bescheinigungen**

(1) Über die bestandene Abschlussprüfung ist jeweils unverzüglich, möglichst innerhalb von vier Wochen, ein Zeugnis auszustellen. Als Datum des Zeugnisses ist der Tag anzugeben, an dem die Voraussetzungen für das Bestehen der Abschlussprüfung erfüllt waren. Die Form des Zeugnisses wird im besonderen Teil festgelegt.

(2) Mit dem Abschlusszeugnis wird der Absolventin/dem Absolventen ein Urkunde Supplement ausgehändigt. Das Urkunde Supplement informiert über das individuelle fachliche Profil des absolvierten Studiengangs.

(3) In das Urkunde Supplement wird die ECTS - äquivalente Abschlussnote aufgenommen.

Teilnehmer, die eine Modulprüfung nicht erfolgreich absolviert haben, erhalten entweder die Noten FX oder F. FX bedeutet „Nicht bestanden - es sind Verbesserungen erforderlich, bevor die Leistungen anerkannt werden können“. F bedeutet „Nicht bestanden - es sind erhebliche Verbesserungen erforderlich“.

(4) Ist die Abschlussprüfung nicht bestanden oder gilt sie als nicht bestanden, so erteilt die/ der Leiter der Ausbildungskommission hierüber einen schriftlichen Bescheid, der mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen ist.

(5) Beim Verlassen der Ausbildung oder beim Wechsel Anbieters wird auf Antrag eine

Bescheinigung ausgestellt, welche die erbrachten Prüfungsleistungen und deren Bewertung enthält. Sie weist auch die noch fehlenden Prüfungsleistungen aus sowie ferner, dass die Abschlussprüfung nicht bestanden oder endgültig nicht bestanden ist.

## **Teil 2 MoDulprüfungen**

Alle MoDule enden mit einer Lernzielüberprüfung.

### *1.1 Schriftlichen MoDule*

Die Lernzielüberprüfung der schriftlichen MoDule findet Durch jeweils eine schriftliche Arbeit in vorgegebener begrenzter Zeit über wissenschaftlichen Themen / Aspekte statt.

Alle schriftlichen MoDule werden benotet nach dem Schema auf Seite 72.

**Die schriftliche Arbeit jeder MoDule gilt als bestanden wenn die Beurteilung 50% (Note 4) oder mehr ist.**

Bei nicht Erreichen der Mindest Voraussetzung, muss die schriftliche Arbeit nachgeholt werden, bzw. nach den Vorgaben des Prüfers nachgebessert werden (entweder neu geschrieben werden muss oder nur erheblich nachgebessert werden muss).

*Beurteilung der schriftlichen MoDule:*

Die schriftlichen MoDule werden von den lehrenden OMT-AK Mitglied bzw. von der OMT-AK benannten Sachkundigen beurteilt und bewertet.

Die Prüfungsordnung über die schriftlichen MoDule gilt für den MoDule EBM 1 & 2, Messinstrumente & Outcomes Measures, Schmerzmanagement und Screening

### *1.2 MoDul Research Methods*

Das MoDul Research Methods endet mit einer schriftlichen Theorieprüfung der als Lernzielüberprüfung dient. Die Theorieprüfung findet im Rahmen des 4. Kurswochenendes statt. **Die Prüfung gilt als bestanden wenn die Beurteilung 50% (Note 4) oder mehr ist.**

### *1.3 MoDul Mentored Clinical Practice (Supervision)*

Alle Supervisionen werden nach einem vorgegebenen Schema beurteilt. Die selbstorganisierte MCP wird allerdings nicht mit Noten beurteilt sondern wird nur eine Empfehlung ausgesprochen.

Um zur OMT Abschlussprüfung zugelassen zu werden, muss der TN mindestens 150 Stunden Supervision absolviert haben. Zu diesen Stunden zählt auch vor- bzw. nacharbeiten der mitgegebene Arbeiten, z. B. Befund schreiben.

## **Teil 2 Abschlussprüfung**

### *2.1 Zweck der Abschlussprüfung:*

Die Abschlussprüfung dient als Abschluss der DVMT-OMT® Ausbildung. Durch diese Prüfung soll der Teilnehmer nachweisen, dass er das Ziel der Ausbildung erreicht hat.

## 2.2 Prüfungskommission

Die Prüfungskommission für die Abschlussprüfung besteht aus mindestens 2 Prüfern.

Die Prüfer für die praktische Prüfung müssen Physiotherapeuten sein, die eine IFOMPT-anerkannte Ausbildung in manipulativer Therapie basierend auf dem Maitland Konzept absolviert haben. Der Prüfer für Teil ‚Bildgebende Verfahren‘ ist einen Arzt mit der IKK Anerkennung Fachlehrer Manuelle Therapie.

Die Mehrzahl der physiotherapeutischen Prüfer muss entweder Mitglied der OMT-AK des DVMT, oder der IMTA sein.

## 2.3 Zulassung zur Prüfung

Um zu der Abschlussprüfung zugelassen werden zu können, müssen alle MoDule als bestanden gelten.

## 2.4 Inhalt der Abschlussprüfung

Die Abschlussprüfung setzt sich aus der Beurteilung der letzte MCP, eine praktische Prüfung (subjektive Befundaufnahme, funktionelle Untersuchung und Behandlung sowie einen Therapieplan für die weitere Behandlungen erstellen und einen Diskussion), Verteidigung der Abschlussarbeit (Präsentation und Diskussion), eine mündliche Prüfung über bildgebende Verfahren und Medical Sciences und eine Prüfung der Techniken zusammen.

## 2.5 Benotung der Abschlussprüfung

Die Endnote setzt aus eine Summierung folgender Noten zusammen:

- Die Note für die praktische Prüfung besteht aus:
  - 40% der Note der letzte MCP Woche
  - 60% der Note der Praktische Prüfung am Abschlussprüfungstag
- Die Note für den Abschlussarbeit besteht aus:
  - 20% der Durchschnittsnote der 3 schriftliche MoDule
  - 50% der Vornote für die Abschlussarbeit
  - 30% der Note für die Verteidigung der Thesis am Abschlussprüfungstag
- Die Note der Technikprüfung
- Die Note der bildgebende Verfahren