

Kernstandards der Physiotherapiepraxis

1. Hintergrund

Der Weltverband für Physiotherapie (WCPT) hat sich zum Ziel gesetzt, die Qualität der weltweiten medizinischen Versorgung durch die Förderung hoher Standards der physiotherapeutischen Ausbildung und Praxis zu verbessern. Die Verpflichtung zur Gewährleistung hoher Standards und einer hohen Servicequalität spiegelt sich in den „Declarations of Principles and Positions Statements“ (WCPT, 1995, „Grundsatzserklärungen und Positionspapiere“) wider. Die Grundsatzserklärungen sowie die Positionspapiere erläutern die ethischen Grundlagen, zu deren Einhaltung sich die Mitgliedsorganisationen kraft ihrer Mitgliedschaft im WCPT verpflichten. Die Grundlagen besagen, dass ein Physiotherapeut folgende Pflichten und Rechte hat:

- Respekt vor den Rechten und der Würde aller Menschen
- Befolgung der im Land der Berufsausübung geltenden Gesetze und Vorschriften
- Übernahme von Verantwortung für fundierte Entscheidungsfindungen
- Erbringen einer ehrlichen, kompetenten und verantwortungsvollen beruflichen Leistung
- Verpflichtung zur Erbringung von qualitativ hochstehenden Dienstleistungen gemäß der Richtlinien und Zielvorstellungen, die durch nationale Physiotherapieverbände festgelegt werden
- Anspruch auf gerechte und angemessene Entlohnung für die erbrachte Leistungen
- Bereitstellung genauer Informationen in Bezug auf das Berufsbild der Physiotherapie und das Leistungsangebot des Physiotherapeuten für Klienten, andere Organisationen und die Öffentlichkeit
- Beitrag zur Planung und Entwicklung von Leistungen, die auf den medizinischen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sind.

Der WCPT misst der Entwicklung und Dokumentation vereinbarter Standards für die Praxis der Physiotherapie größte Bedeutung zu. Diese Standards dienen als Mittel, mit denen die Umsetzung der Grundsatzserklärungen gemessen und beurteilt werden kann. Diese Standards sind erforderlich, um

- der Öffentlichkeit gegenüber zu signalisieren, dass der Physiotherapeut sich mit der Qualität der erbrachten Leistungen befasst und bereit ist, selbstregulierende Programme zu implementieren, um diese Qualität beizubehalten,
- Richtlinien für die berufliche Aus- und Weiterbildung zu formulieren,
- Richtlinien für den im Beruf stehenden Physiotherapeuten hinsichtlich der Erbringung und Evaluierung seiner Leistungen bereitzustellen,
- staatlichen Stellen, Aufsichtsbehörden und anderen Berufsgruppen Hintergrundinformationen über das Berufsbild der Physiotherapie zu liefern.

Standards sollen Werte, Bedingungen und Ziele, die für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Berufsstands erforderlich sind, widerspiegeln.

Standards müssen auf gültigen Prinzipien basieren und messbar sein.

Standards sind darauf ausgelegt, den Berufsstand bei der Erfüllung der sich ändernden Bedürfnisse der Gesellschaft zu unterstützen.

Standards sollten als Mittel der Kommunikation mit Angehörigen des Berufsstands, Arbeitgebern, anderen Berufen im Gesundheitswesen, staatlichen Stellen und der Öffentlichkeit dienen.

Wie wurden diese Standards entwickelt?

Als Reaktion auf die Richtlinien des WCPT hat die Arbeitsgruppe für berufliche Fragen des europäischen Regionalverbands des WCPT die Entwicklung eines Werkzeugs erwogen, welches eine Analyse der Interaktion zwischen den einzelnen Physiotherapeuten oder den physiotherapeutischen Einrichtungen und den Patienten ermöglicht. Dadurch können bestehende Standards evaluiert und hohe Standards gefördert werden.

Die Überprüfung von Richtlinien zur Berufsausübung in verschiedenen Ländern führte zu der Ansicht, dass die von der CSP (Chartered Society of Physiotherapy, UK) erarbeiteten Kernpraxisstandards sehr deutlich formuliert sind und sich ohne weiteres anpassen lassen, um vom europäischen Regionalverband übernommen zu werden. Die Genehmigung zur Nutzung dieser Standards wurde von der CSP erteilt.

Die Standards liefern deutliche Aussagen zur verlangten Qualität der Interaktion, die erforderlich ist, um die vom WCPT formulierten ethischen Grundlagen umzusetzen. Die Aussagen sind in Kriterien unterteilt, die beschreiben, wie die Standards erreicht werden. Die Kriterien sind messbar, sodass Patienten, Physiotherapeuten und andere die Qualität der Interaktion beurteilen können.

Wer sollte die Kernstandards anwenden?

Die Kernstandards sind ein Tool, das von Physiotherapeuten, Patienten, der Öffentlichkeit und anderen, die ein Interesse an der Bereitstellung oder Inanspruchnahme qualitativ hochwertiger physiotherapeutischer Leistungen haben, angewendet werden kann.

Der Begriff Patient wird in den Kernstandards, im Audit-Tool sowie in den weiteren Dokumenten des europäischen Regionalverbandes des WCPT als Oberbegriff verwendet und bezieht sich auf Einzelpersonen und Gruppen von Einzelpersonen, die von einer physiotherapeutischen Betreuung profitieren können. Er umfasst somit alle Personen und Gruppen, die man als Patienten und Klienten bezeichnet.

Die in diesem Dokument ausgeführten Standards können auf Studierende im Bereich der Physiotherapie und Physiotherapeuten zur Anwendung kommen. Der europäische Regionalverband des WCPT ist sich darüber im Klaren, dass die Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“ ausschließlich Personen vorbehalten ist, die Qualifikationen vorweisen können, die von den im WCPT organisierten nationalen Berufsverbänden anerkannt werden. Es sei außerdem darauf hingewiesen, dass der europäische Regionalverband in Abstimmung mit dem WCPT anerkennt, dass Physiotherapie eine Leistung bezeichnet, die einzig von einem Physiotherapeuten oder unter der Anleitung und Aufsicht stehenden Studierenden erbracht wird. Sie umfasst die Befundaufnahme, Diagnose, Planung, Intervention und Evaluierung (siehe physiotherapeutischer Prozess).

Die Kernstandards gelten für jeden einzelnen Physiotherapeuten und unterliegen seiner Verantwortung. Das Audit-Tool umfasst eine Prüfung der Patientenunterlagen, der kontinuierlichen beruflichen Weiterbildung, Richtlinien zum Prozess der Prüfung durch Kollegen, einen Fragebogen zum Patienten-Feedback und ein Prüfwerkzeug für Leistungsstandards.

Für wen gelten die Standards?

Diese Standards gelten für alle Physiotherapeuten, unabhängig davon, ob es sich um Berufsanfänger oder hoch qualifizierte Spezialisten handelt, und ob sie in direktem oder indirektem Kontakt mit den Patienten, Betreuungspersonen und anderen Kollegen ihres Berufsstands stehen.

Darüber hinaus gelten diese Standards auch für Studierende der Physiotherapie, wobei nicht alle Standards für Studierende Geltung haben. Der Umfang, in dem die einzelnen Standards für sie gelten, wird vor Ort festgelegt, beispielsweise durch das Ausmaß, in dem ihnen Aufgaben und Verantwortungsbereiche von einem ausgebildeten Physiotherapeuten zugewiesen werden.

Welchen Status haben diese Standards?

Bei diesen Standards handelt es sich nicht um Mindeststandards oder Maximalstandards, sondern um

Standards, die als erreichbar betrachtet werden. Es handelt sich um Standards, die jeder Physiotherapeut als Teil seiner beruflichen Verantwortlichkeit anstreben sollte. Eventuell erforderliche Änderungen in der praktischen Berufsausübung, die zur Erreichung der Standards notwendig sind, unterliegen der Zuständigkeit des einzelnen Physiotherapeuten.

Es können organisatorische Hindernisse bei der Durchführung dieser Standards auftreten. Dazu gehört beispielsweise ein beschränkter Zugang zu Nachweisquellen im Hinblick auf die wirksame Berufsausübung für Physiotherapeuten, die in Gegenden ohne gute Infrastruktur tätig sind. In solchen Situationen sollten die Standards verwendet werden, um darauf hinzuweisen, dass alle Physiotherapeuten und physiotherapeutischen Einrichtungen in der Lage sein sollten, alle Standards zu erreichen, und das Systeme eingeführt werden müssen, um dies zu ermöglichen.

Quellennachweis: European Core Standards of Physiotherapy Practice

2. Kernstandards

Die Patienten-Therapeuten-Beziehung

Respekt für die individuelle Persönlichkeit

Standard 1

Die Anerkennung des Patienten als individuelle Persönlichkeit ist zu jeder Zeit zentraler Bestandteil für alle Aspekte der physiotherapeutischen Beziehung und Betreuung.

Kriterien

1.1 Der Physiotherapeut reagiert auf Lebenswandel, kulturell bedingte Ansichten und Praktiken des einzelnen Patienten

Anmerkung: Dieses Kriterium reflektiert das Erfordernis, dass der Physiotherapeut jeden Patienten als Einzelperson respektiert und aktiv auf jeden Patienten als Einzelperson reagiert. Faktoren, die hier zu berücksichtigen sind, beinhalten soziale, berufliche, freizeitbezogene und wirtschaftliche Bindungen und sind unabhängig vom Hintergrund oder Glauben. Beispielsweise wird der Moslem respektiert, indem Termine am heiligen Freitag vermieden werden. Einrichtungen zur getrenntgeschlechtlichen Behandlung sollten zur Verfügung stehen und ggf. angeboten werden.

1.2 Der Physiotherapeut ist höflich und aufmerksam.

1.3 Der Patient wird mit dem Namen seiner Wahl angesprochen.

1.4 Dem Patienten wird der Name des Physiotherapeuten genannt, der für seine Behandlung zuständig sein wird.

1.5 Dem Patienten wird die Funktion der einzelnen Physiotherapeuten, die an seiner Behandlung beteiligt sind, erläutert.

Anmerkung: Es ist wichtig, dass der Patient informiert ist, wenn er von einem Studierenden behandelt wird.

1.6 Die Intimsphäre und Würde des Patienten wird respektiert.

Anmerkung: Untersuchungen, Befundaufnahme und Behandlungen setzen eine private Atmosphäre voraus. Es ist darauf zu achten, dass Gespräche nicht mitgehört werden können. Intime Untersuchungen erfordern eventuell eine größere Zurückgezogenheit.

Einwilligung zur Behandlung nach erfolgter Aufklärung

Standard 2

Der Patient erhält die relevanten Informationen über das geplante physiotherapeutische Verfahren, unter Berücksichtigung seines Alters, seines emotionalen Zustands und seiner kognitiven Fähigkeiten, um eine Einwilligung zur Behandlung nach erfolgter Aufklärung zu ermöglichen.

Anmerkung: Bei Patienten, die eventuell nicht ausreichend kompetent sind, um ihre Einwilligung nach Aufklärung zu erteilen, beispielsweise bewusstlose Patienten, bestimmte Gruppen von Kindern, Patienten mit schweren Beeinträchtigungen des Geisteszustands, verwirrte Patienten und bestimmte Patienten mit Lernschwierigkeiten wird die Einwilligung, wann immer dies möglich ist, von Eltern, Sachwaltern, Vormunden, Betreuern oder anderen Personen beschafft, die beauftragt wurden, im Namen des Patienten zu handeln. Wo schwierige Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die Umstände mit Kollegen und anderen Fachleuten im Gesundheitswesen, die an der Behandlung des Patienten mitwirken, erörtert werden, bevor eine endgültige Entscheidung getroffen wird. Die Grundsatzserklärungen des WCPT (1995) sollten in Verbindung mit diesen Standards gelesen werden. (siehe ethische Richtlinien)

Kriterien

2.1 Die Einwilligung des Patienten wird vor Beginn einer Untersuchung/ Behandlung beschafft.

2.2 Behandlungsoptionen, einschließlich signifikanter Vorteile, Risiken und Nebenwirkungen, werden mit dem Patienten erörtert.

Anmerkung: Beispiel: Ein Physiotherapeut, der den Einsatz einer Elektrotherapie in Erwägung zieht, würde mit dem Patienten die Beweise für ihre Effektivität erörtern, aber auch auf das sehr geringe Risiko von Verbrennungen hinweisen.

2.3 Der Patient erhält die Gelegenheit, Fragen zur Klärung zu stellen.

Anmerkung: Patienten benötigen eine gewisse Zeit, um Informationen zu verarbeiten, und sollten mehrmals die Gelegenheit erhalten, Fragen zu stellen.

2.4 Der Patient wird über sein Recht aufgeklärt, die Physiotherapie jederzeit abzulehnen, ohne seine zukünftige Behandlung zu gefährden.

2.5 Wenn der Patient die Physiotherapie ablehnt, wird dies in seiner Karteikarte dokumentiert, unter Angabe der Gründe, sofern sie bekannt sind.

2.6 Der Patient wird darüber informiert, dass er eventuell von einem Studierenden behandelt wird, und erhält das Recht, dies abzulehnen, um von einem qualifizierten Physiotherapeuten behandelt zu werden.

Anmerkung: Dieses Kriterium gilt nur für Stellen, die Praktika für Studierende abhalten.

2.7 Der Patient wird informiert, dass er von einem Studierenden beobachtet oder behandelt werden könnte, und erhält das Recht, dies abzulehnen.

2.8 Die Einwilligung des Patienten in den Behandlungsplan wird in den Patientenunterlagen dokumentiert.

Anmerkung: siehe Standard 8, Kriterium 8.

Schweigepflicht

Standard 3

Informationen, die der Patient dem Physiotherapeuten gibt, werden absolut vertraulich behandelt.

Kriterien

3.1 Während der Besprechung von persönlichen Details wird die Privatsphäre gewährleistet.

Anmerkung: Dies gilt für den direkten Kontakt mit dem Patienten, Betreuern oder anderen Gesundheitsberufen. Besondere Aufmerksamkeit ist angezeigt, wann immer Informationen über den Patienten erörtert werden, beispielsweise am Telefon.

3.2 Die schriftliche Einwilligung des Patienten wird eingeholt, bevor identifizierbare klinische Informationen, Fotos, Videos etc. für den Unterricht, Veröffentlichung oder andere Zwecke herangezogen werden.

3.3 Bei der Diskussion mit dem Patienten kann der Physiotherapeut Mitarbeitern des Gesundheitswesens den Zugang zu den Physiotherapieunterlagen des Patienten einräumen, wenn der Patient davon profitiert.

Anmerkung: Es sei daran erinnert, dass vertrauliche Informationen nach dem Tod einer Person weiterhin der Schweigepflicht unterliegen. In solchen Fällen müssen der Testamentsvollstrecker oder nächste Angehörige (engste Verwandte) seine Einwilligung geben.

3.4 Physiotherapeutische Informationen werden nur an andere als die unmittelbar an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen weitergegeben, wenn eine unterzeichnete Einwilligung des Patienten vorliegt.

Anmerkung: Dies ist besonders wichtig, wenn Informationen von einem Arbeitgeber angefordert werden, der Einzelheiten über einen Mitarbeiter erfahren möchte. Für rechtlich relevante Berichte muss eine schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegen, bevor Informationen weitergegeben werden.

Befund und Behandlungszyklus

Befundung

Standard 4

Um eine effektive Physiotherapiebehandlung zu gewährleisten, werden Informationen zu den Behandlungsmöglichkeiten auf der Basis der optimalen verfügbaren Nachweise identifiziert.

Anmerkung: Es wird ein breites Spektrum an Quellen für die Beschaffung dieser Informationen zur Verfügung stehen, u. a. der Patient, seine Verwandten/Betreuer, andere Fachleute im Gesundheitswesen, Bibliothekseinrichtungen, elektronische Quellen, Zeitschriften, lokale Regelungen.

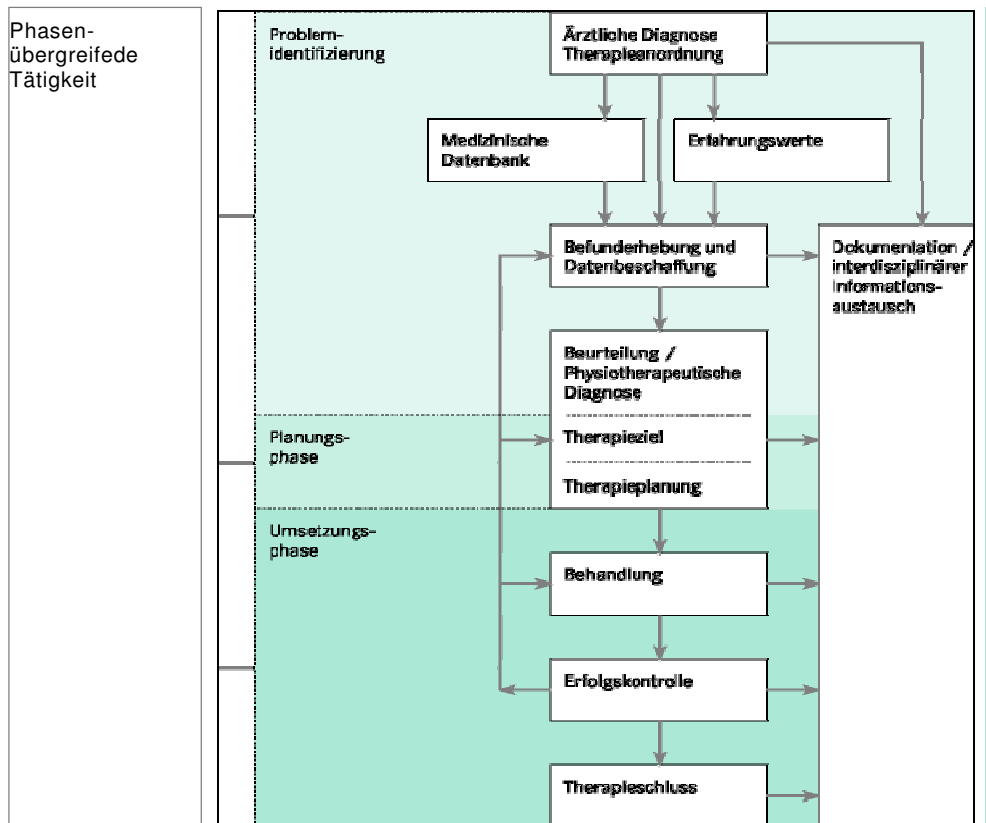


Abbildung 1: Der physiotherapeutische Prozess, Quelle: Physio Austria Fachzeitschrift „physiotherapie“, Ausgabe Nr. 1a/04, „Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeutin/ Physiotherapeuten“, S. 28)

Kriterien

4.1 Der Physiotherapeut sammelt Informationen zu effektiven Behandlungen im Hinblick auf den Zustand des Patienten und beurteilt sie kritisch.

Als Quellen kommen in Frage:

- Forschung
- klinische Richtlinien und andere Zusammenfassungen zum Nachweis der Effektivität
- spezielle Interessensgruppen
- nationale Richtlinien
- lokale Standards und Protokolle
- Informationen, die aus der Anwendung von Ergebnismessungen abgeleitet wurden
- Patientenorganisationen/-gruppen
- Gutachten

4.2 Der Physiotherapeut trägt die rechtliche Verantwortung für alle Aspekte der physiotherapeutischen Behandlung.

4.3 Der Physiotherapeut hat das Recht, eine physiotherapeutische Behandlung abzulehnen, sofern er der Meinung ist, dass eine solche Behandlung Nachteile für den Patienten hätte oder nicht im besten Interesse des Patienten wäre.

Standard 5

Informationen im Hinblick auf den Patienten und sein derzeitiges Problem werden gesammelt.

Kriterien

5.1 Es existiert ein schriftlicher Nachweis für das Sammeln von Daten, die sich wie folgt zusammensetzen:

a) Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse durch den Patienten.

Anmerkung: Dieses Kriterium hängt vom Gesundheitszustand des Patienten ab. Es hat beispielsweise bei bewusstlosen Patienten keine Relevanz.

b) Erwartungen des Patienten an die physiotherapeutische Behandlung

c) demografische Details zum Patienten

d) derzeitiger Zustand/Probleme

e) vorangegangene medizinische Anamnese

f) derzeitige Medikation/Behandlung

g) Kontraindikationen/Vorsichtsmaßnahmen/Allergien

h) soziale und familiäre Anamnese/ Lebenswandel

Anmerkung: Dieses Kriterium beinhaltet die Auswirkungen einer beeinträchtigten Aktivität und Partizipation.

i) relevante Untersuchungen

5.2 Es existiert ein schriftlicher Nachweis für eine körperliche Untersuchung, die durchgeführt wurde, um messbare Daten zu erhalten, auf deren Basis die physiotherapeutischen Erfordernisse des Patienten analysiert werden.

Dazu gehören:

a) Beobachtung

b) Verwendung spezieller Untersuchungswerkzeuge/-techniken zur Befundaufnahme

c) Palpation/Handling

5.3 Die Ergebnisse der klinischen Befundaufnahme werden dem Patienten erläutert.

5.4 Wenn benötigte Informationen fehlen oder nicht zur Verfügung stehen, werden die Gründe dokumentiert.

Standard 6

Unter Berücksichtigung der Probleme des Patienten kommt eine veröffentlichte, standardisierte, gültige, zuverlässige und leicht verständliche Ergebnismessung zum Einsatz, um die Veränderungen des Gesundheitszustandes des Patienten zu beurteilen.

Anmerkung: Die CSP-Datenbank mit Ergebnismessungen kann als Hilfsmittel dienen. (www.csp.org.uk)

Kriterien

6.1 Der Physiotherapeut wählt eine Ergebnismessung, die für die Probleme des Patienten relevant ist.

6.2 Der Physiotherapeut stellt sicher, dass die Ergebnismessung für den Patienten akzeptabel ist.

Anmerkung: Die Ergebnismessung sollte dem Patienten erläutert werden (siehe Standard 2).

Der Physiotherapeut wählt eine Ergebnismessung, für deren Anwendung, Handhabung und Interpretation seine Kenntnisse und Erfahrungen ausreichen.

6.3 Wenn der Physiotherapeut nicht über die für die Behandlung des Patienten erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, wird der Patient an einen anderen Therapeuten verwiesen. (siehe Standard 7)

Anmerkung: Wenn das Messverfahren delegiert wird, muss die Person, die es übernimmt, über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen für die Durchführung verfügen. Damit wird die Zuverlässigkeit optimiert.

6.4 Der Physiotherapeut berücksichtigt das Wohlergehen des Patienten während der Durchführung der Messung.

6.5 Schriftliche Instruktionen im Handbuch des Herstellers, im Handbuch des Testentwicklers oder Wartungsrichtlinien sind während der Durchführung und Auswertung der Messung zu befolgen.

6.6 Die Ergebnisse der Messung werden unverzüglich aufgezeichnet.

6.7 Dieselbe Messung kommt am Ende des Behandlungszeitraums erneut zur Anwendung.

Analyse

Standard 7

Nach der Sammlung und Beurteilung von Informationen (Befundaufnahme) wird eine Analyse durchgeführt, um einen Behandlungsplan formulieren zu können.

Kriterien

7.1 Es existiert ein Nachweis für einen klinischen Argumentationsprozess (clinical reasoning)

Anmerkung: Der Prozess der Prüfung durch Kollegen (siehe Dokument zu den Audit-Tools) bietet eine Gelegenheit, den klinischen Argumentationsprozess zu beurteilen.

7.2 Es existiert ein schriftlicher Nachweis für identifizierte Bedürfnisse/Probleme, der auf der Basis der gesammelten Informationen formuliert wurde (siehe Standards 4 und 5).

Anmerkung: Die Internationale Klassifizierung von Funktion, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO kann als Anhaltspunkt herangezogen werden.

7.3 Subjektive Messungen werden identifiziert.

Anmerkung: Diese Messungen können Faktoren wie Schweregrad, Art, Lage und tageszyklische Abweichung für die derzeitigen Beschwerden beinhalten.

7.4 Objektive Messungen werden identifiziert.

Anmerkung: Quantifizierbare Messungen wie Bewegungsausmaß oder Umfang der Extremitäten werden einbezogen.

Eine physiotherapeutische Diagnose wird aufgezeichnet.

Anmerkung: Eine medizinische Diagnose ist eine klinische Entscheidung, die auf eine Beurteilung der Anzeichen und Symptome des Patienten zurückzuführen ist. Sie bezeichnet im Allgemeinen den vorliegenden pathologischen Befund, beinhaltet aber keine Mutmaßungen hinsichtlich der Auswirkung des pathologischen Zustands auf die Funktion.

Die „physiotherapeutische Diagnose“ kann unabhängig von oder in Verbindung mit einer medizinischen Diagnose gestellt werden. Die physiotherapeutische Diagnose bezieht sich auf das vorliegende physiotherapeutische Problem. Sie wird im Allgemeinen im Hinblick darauf formuliert, wie ein Zustand die Funktionen eines Patienten beeinträchtigt. Wo eine Knöchelstauchung die medizinische Diagnose sein könnte, kommt als physiotherapeutische Diagnose eine Seitenbanddehnung mit Instabilität in Betracht.

Wenn der Patient und der Physiotherapeut entscheiden, dass keine Behandlung stattfinden soll, wird diese Information an den überweisenden Arzt, sofern einer beteiligt ist, weitergegeben.

7.5 Der Physiotherapeut erkennt die Grenzen seiner eigenen fachlichen Fähigkeiten und überweist den Kunden an andere Fachleute, wenn dies angebracht ist.

Behandlungsplanung

Standard 8

Ein Behandlungsplan wird partnerschaftlich mit dem Patienten formuliert.

Kriterien

8.1 Der Physiotherapeut gewährleistet, dass der Patient in jeden Entscheidungsprozess während der Planung der Behandlung uneingeschränkt einbezogen wird.

Anmerkung: Siehe Standard 2, Kriterien 2.2, 2.3 und 2.8.

8.2 Der Physiotherapeut weist nach, dass er die Bedürfnisse des Patienten und/oder Betreuers im jeweiligen sozialen Kontext berücksichtigt hat.

Anmerkung: Der Plan basiert auf den Informationen, die während des Befundungsprozesses im Hinblick auf die soziale und familiäre Anamnese (z. B. Arbeitsplatz, Sport und Lebenswandel) gesammelt wurden und reflektiert kulturelle und religiöse Ansichten.

8.3 Der Plan berücksichtigt die Zusammensetzung der Fachkenntnisse in der Einrichtung.

8.4 Der Plan dokumentiert Folgendes:

- a) Zeitpläne für Umsetzung und/oder Überprüfung
- b) Ziele
- c) Ergebnismessungen
- d) Identifizierung der Therapeuten, die den Plan umsetzen

Anmerkung: In bestimmten Situationen muss der Physiotherapeut den Patienten eventuell an einen anderen Physiotherapeuten mit weiterführenden Kenntnissen überweisen, um den Plan effektiv umzusetzen. Die Patienten selbst, ihre Betreuer und/oder Mitarbeiter des Gesundheitswesens können ebenfalls Teile des Plans umsetzen.

Implementierung

Standard 9

Der Behandlungsplan wird in einer Weise umgesetzt, die dem Patienten Nutzen bringt.

Kriterien

9.1 Alle Behandlungen werden im Einklang mit dem Behandlungsplan durchgeführt.

Anmerkung: Wenn eine Delegation an Studierende oder andere Mitarbeiter erfolgt, bleibt die Verantwortung bei der Person, die die Aufgabe delegiert hat. (Hier kommt auch die Eigenverantwortlichkeit des jeweiligen Gesundheitsberufes zum Tragen.)

9.2 Alle Ratschläge/Informationen, die dem Patienten erteilt/übermittelt wurden, werden aufgezeichnet.

Anmerkung: Dieses Kriterium bezieht sich auf schriftliche und mündliche Informationen.

9.3 Ein Verzeichnis der Ausrüstung wird angelegt.

Anmerkung: Gegenstände/Ausrüstung, die an den Patienten entlehnt oder ausgeteilt werden, werden dokumentiert

Beurteilung/Evaluation

Standard 10

Der Behandlungsplan wird laufend beurteilt, um sicherzustellen, dass er effektiv ist und auf die sich ändernden Umstände und den Gesundheitszustand des Patienten abgestimmt werden kann.

Kriterien

10.1 Es existiert ein schriftlicher Nachweis, dass bei jeder Einzelbehandlung die folgenden Faktoren geprüft wurden:

- a) der Behandlungsplan
- b) subjektive Messungen
- c) objektive Messungen

10.2 Alle Änderungen, subjektiver und objektiver Art, werden dokumentiert.

10.3 Alle Änderungen am Behandlungsplan werden dokumentiert.

10.4 Das Ergebnis wird am Ende des Behandlungsplans gemessen, um seine Wirkung zu beurteilen.

10.5 Informationen, die aus der Anwendung der Ergebnismessung abgeleitet wurden, werden dem Patienten mitgeteilt.

Übertragung der Betreuung/Entlassung

Standard 11

Nach Abschluss des Behandlungsplans werden Vorkehrungen für die Übertragung der Betreuung/Entlassung getroffen.

Anmerkung: „Übertragung der Betreuung“ bezieht sich auf die Übertragung der Behandlung zwischen

Fachleuten, zwischen Krankenhäusern, Rehabilitationszentren und häuslichen Umgebungen sowie auf die Übertragung der Behandlung an Betreuer oder Rehabilitationsteams der Gemeinde. „Entlassung“ bezieht sich auf die Beendigung der Betreuung.

Beispiel: Eine Person mit einem Schlaganfall (C VA) kann in ein Krankenhaus aufgenommen, dann an eine Rehabilitationseinrichtung überwiesen und schließlich in die häusliche Umgebung entlassen werden.

Kriterien

11.1 Der Patient wird in die Vorkehrungen für seine Übertragung der Betreuung/Entlassung voll einbezogen.

11.2 Vorkehrungen für die Übertragung der Betreuung/Entlassung werden in den Unterlagen des Patienten erfasst.

11.3 Wenn die Behandlung des Patienten übertragen wird, werden die Informationen an diejenigen weitergeleitet, die an der weiterführenden Behandlung beteiligt sind.

Anmerkung: Dazu gehören alle angewendeten Ergebnismessungen, mit einer deutlichen Erläuterung der eingesetzten Bewertungsmaßstäbe und der Interpretation. Informationen werden innerhalb lokal vereinbarter Zeitpläne weitergegeben.

11.4 Ein zusammenfassender Abschlussbericht wird nach Abschluss der Behandlung an den Überweisenden geschickt, im Einklang mit den vereinbarten lokalen Regeln.

Anmerkung: Der Überweisende sollte außerdem zusammenfassende Berichte zu Patienten erhalten, die sich eigenmächtig entlassen oder nicht zum vereinbarten Termin erscheinen.

Kommunikation

Kommunikation mit Patienten und Betreuern

Standard 12

Der Physiotherapeut kommuniziert effektiv mit den Patienten und/ oder ihren Betreuern/Verwandten.

Kriterien

12.1 Der Physiotherapeut wendet aktive Aufmerksamkeit beim Zuhören an, um dem Patienten die Möglichkeit einzuräumen, effektiv zu kommunizieren.

Anmerkung: Besondere Aufmerksamkeit ist bei nonverbaler Kommunikation angezeigt, die die Interaktion beeinflussen kann.

12.2 Der Physiotherapeut kommuniziert offen und aufrichtig mit dem Patienten.

Anmerkung: Unter bestimmten Umständen, beispielsweise im Rahmen der palliativen Pflege, muss der Kommunikationsansatz eventuell innerhalb des Teams abgesprochen werden.

12.3 Die gesamte Kommunikation, schriftlich wie mündlich, ist deutlich, unzweideutig und für den Empfänger ohne weiteres zu verstehen.

Anmerkung: Abkürzungen und Fachjargon sind zu vermeiden. Für Personen, die eine Einschränkung des Hörvermögens haben oder die Landessprache nicht sprechen, sollten Übersetzer zur Verfügung stehen. Bei der Auswahl eines geeigneten Übersetzers muss der Physiotherapeut kulturelle Erfordernis-

se, Alter und Beziehung zum Patienten berücksichtigen.

12.4 Methoden der Kommunikation werden so modifiziert, dass sie den Erfordernissen des Patienten gerecht werden.

Anmerkung: Die Kommunikation muss Kultur und Sprache einer Person berücksichtigen. Die Verwendung alternativer Formen der Kommunikation, wie etwa Zeichensprache, Video-/Audiokassetten und Bilder ist in Erwägung zu ziehen.

12.5 Der Physiotherapeut beurteilt das Verständnis der übermittelten Informationen seitens des Empfängers.

12.6 Die Kommunikation von Inhalten sensibler Art erfolgt in einem privaten Umfeld.

12.7 Informationen zu Selbsthilfegruppen und Netzwerken werden zur Verfügung gestellt.

Anmerkung: Der Physiotherapeut sollte wissen, wie die Informationen beschafft werden, sofern sie nicht ohne weiteres verfügbar sind.

12.8 Der Patient wird um sein Einverständnis gebeten, bevor vertrauliche Einzelheiten mit Betreuern, Freunden oder Verwandten erörtert werden.

Kommunikation mit anderen Fachleuten

Standard 13

Physiotherapeuten kommunizieren effektiv mit Fachleuten im Gesundheitswesen und anderen relevanten Fachgebieten, um dem Patienten effektive und effiziente Leistungen anzubieten.

Anmerkung: Dieser Standard gilt für die Kommunikation mit anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens und sonstigen Personen, die ein Interesse an der Behandlung des Patienten haben. Dies können beispielsweise unmittelbare Mitglieder interdisziplinärer Teams, Lehrer, Sozialarbeiter oder arbeitsmedizinische Mitarbeiter sein, die innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens tätig sind. Der Abschnitt „Beziehungen zu Ärzten und anderen Fachleuten im Gesundheitswesen“ der Grundsatzerklärung des WCPT (1995; www.wcpt.org) sollte in Verbindung mit diesem Kapitel gelesen werden.

Kriterien

13.1 Der Physiotherapeut befolgt lokal vereinbarte Systeme zur Überweisung.

Anmerkung: Diese Systeme definieren Verfahren, die für die Entgegennahme von Überweisungen sowie für die Überweisung an andere Fachleute angewendet werden.

13.2 Der Physiotherapeut liefert Informationen für eine interdisziplinäre Beurteilung, geplante Überweisungen und Entlassungen.

13.3 Der Physiotherapeut vereinbart gemeinsame Ziele mit dem Patienten und dem interdisziplinären Team.

13.4 Der Physiotherapeut kennt die Rolle der anderen Mitglieder des interdisziplinären Teams.

13.5 Der Physiotherapeut trägt zur interdisziplinären Unterlagenführung und Verwaltung der Unterlagen des Patienten, wo diese zur Anwendung kommen, bei.

13.6 Der Physiotherapeut informiert andere über ihre spezielle Funktion.

13.7 Informationen, die anderen Fachleuten vorgelegt werden, sind unmittelbar relevant für die Rolle, die sie gegenüber dem Patienten spielen.

Anmerkung: Siehe auch Kernstandard 3.3 und 11.4.

13.8 Der Physiotherapeut kommuniziert mit Fachleuten im Gesundheitswesen und anderen relevanten Fachgebieten, die an der Behandlung des Patienten beteiligt sind.

Anmerkung: Über die Kommunikation mit anderen an der Behandlung beteiligten Fachleuten sollte eine schriftliche Dokumentation existieren. Die Nachweise können Briefe, Aufzeichnungen zu Telefonaten, Fallbesprechungen, interdisziplinäre Konferenzen und Überweisungen an andere beinhalten.

13.9 Der Physiotherapeut leitet relevante Informationen unverzüglich weiter.

Anmerkung: Relevante Informationen sind Informationen, die für die Kontinuität der Behandlung des Patienten erforderlich sind.

13.10 Der Physiotherapeut wählt das optimale Kommunikationsmittel.

Anmerkung: Dabei kann es sich um mündliche, schriftliche oder elektronische Kommunikation handeln. Körperliche und sensorische Kommunikationsdefizite sind dabei zu berücksichtigen.

13.11 Die benutzte Sprache muss von der Person, der etwas mitgeteilt wird, ohne weiteres verstanden werden.

Anmerkung: Die Verwendung von Fachjargon und Abkürzungen ist zu vermeiden.

Dokumentation

Standard 14

Um die Patientenverwaltung zu ermöglichen und gesetzliche Vorschriften zu erfüllen, wird für jeden Patienten, der eine physiotherapeutische Betreuung erhält, eine Patientenunterlage (= Patientenakte) angelegt, die Informationen in Zusammenhang mit jeder Behandlung enthält.

Anmerkung: Wenngleich Karteikarten in der Regel handschriftlich ausgefüllt werden, beinhalten Patientenunterlagen auch Computeraufzeichnungen, Audiobänder, E-Mails, Fax-Mitteilungen, Videobänder, Fotos und andere elektronische Medien. Das Führen einer Dokumentation/von Aufzeichnungen ist ein wesentlicher Bestandteil der Sorgfaltspflicht eines Physiotherapeuten gegenüber dem Patienten und gegenüber dem Berufsstand der Physiotherapeuten

Kriterien

14.1 Patientenunterlagen werden ab dem ersten Kontakt geführt.

14.2 Patientenunterlagen werden unmittelbar nach dem Kontakt mit dem Physiotherapeuten oder bis zum Ende des Tages, an dem dieser Kontakt erfolgte, fortgeschrieben.

14.3 Patientenunterlagen sind auf dem aktuellen Stand.

Anmerkung: Einträge werden nicht nachträglich hinzugefügt. Ursprüngliche Auslassungen werden zu dem Zeitpunkt erfasst, an dem die Auslassung festgestellt wird.

14.4 Patientenunterlagen stehen mit den folgenden Anforderungen im Einklang:

- a) präzise,
- b) leserlich,
- c) logische Reihenfolge,
- d) datiert,

Anmerkung: Unter bestimmten Umständen, die vor Ort festzustellen sind, ist es auch wichtig, die Uhrzeit der Behandlung aufzuzeichnen. Unter solchen Umständen muss die Prüfung der Standards dies berücksichtigen.

- e) unterzeichnet nach jedem Eintrag/ jeder Einzelbehandlung,

Anmerkung: Wenn Studierende eine Befundung und/oder eine Behandlung durchführen, müssen der Studierende und der Praktikumsleiter den Eintrag unterzeichnen.

- f) Name in Druckbuchstaben hinter jedem Eintrag/jeder Einzelbehandlung,

Anmerkung: Dies ist erforderlich, damit der Physiotherapeut ohne weiteres identifiziert werden kann, falls die Unterschrift unleserlich ist. Wenn Patienten grundsätzlich von ein und demselben Physiotherapeuten behandelt werden, ist es ausreichend, dass der Name in Druckbuchstaben einmal auf jeder Seite jedes Blattes der Unterlagen erscheint.

Ein äquivalentes System für die Identifizierung des Verfassers muss für elektronische Einträge gelten.

- g) Korrekturflüssigkeit ist nicht zulässig,
- h) mit wasserunlöslicher Tinte geschrieben, die beim Kopieren leserlich bleibt,
- i) Fehler werden mit einer Einzellinie gestrichen und paraphiert,
- j) jede Seite eines Blattes der Unterlagen wird nummeriert,
- k) der Name des Patienten sowie entweder sein Geburtsdatum, seine Kartei-/Archivnummer oder seine sozialversicherungsnummer, erscheinen auf jeder Seite der Unterlagen,
- l) Abkürzungen werden nur im Kontext eines eventuell lokal vereinbarten Abkürzungsglossars verwendet.

Standard 15

Patientenunterlagen werden im Einklang mit existierenden Regeln und geltenden Gesetzen aufbewahrt.

Kriterien

15.1 Patientenunterlagen werden sicher aufbewahrt.

Anmerkung: Dies bezieht sich auf die Verantwortung des Einzelnen im Hinblick auf die vertrauliche Behandlung. Es gilt für alle patientenbezogenen Informationen – schriftliche Unterlagen, Computeraufzeichnungen, Audiobänder, E-Mails, Fax-Mitteilungen, Videobänder, Fotos und andere elektronische Medien.

Im Rahmen der Betreuung außerhalb einer Physiotherapiepraxis oder eines Krankenhauses/Rehabilitationszentrums sollten Patientenunterlagen vom Physiotherapeuten mitgeführt werden und nicht in einem unbesetzten Fahrzeug zurückbleiben. Wenn die Unterlagen vom Physiotherapeuten über Nacht zu Hause aufbewahrt werden müssen, sind sie in einem geschlossenen Behälter zu verwahren.

15.2 Der Physiotherapeut erfüllt die lokalen Regeln zur Sicherheit der Informationstechnologie.

15.3 Der Physiotherapeut befolgt die lokalen/nationalen Regeln, wenn er vom Patienten um Einsicht in seine Patientenunterlagen gebeten wird.

Förderung einer sicheren Umgebung

Sicherheit des Patienten und Physiotherapeuten

Standard 16

Patienten werden in einer Umgebung behandelt, die für den Patienten, Physiotherapeuten und Betreuer sicher ist.

Anmerkung: in Verbindung mit den lokalen Regeln und nationalen Gesetzen in diesen Bereichen lesen. Kriterien

16.1 Eine Risikobeurteilung wird vor jeder Anwendung/Behandlung durchgeführt.

Anmerkung: Dazu gehört eine Risikobeurteilung der manuellen Behandlung, Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen. Außerdem kann dieses Kriterium die Kontrolle auf feuchte Böden usw., die eine Gefahr für den Patienten darstellen können, sowie die Sicherstellung, dass geeignete Kleidung und Schuhe getragen werden, beinhalten.

16.2 Auf Basis der Ergebnisse der Risikobeurteilung werden Maßnahmen ergriffen, um eventuell identifizierte Gefahren auf ein Minimum zu beschränken.

16.3 Patienten, die eine Behandlung erhalten, werden informiert, wie sie Hilfe herbeirufen können.

16.4 Der Physiotherapeut ist in der Lage, im Bedarfsfall dringende Hilfe anzufordern.

Anmerkung: Dies reicht von Systemen zur Anforderung von Kollegen, Betreuern oder Notfallteams der Krankenhäuser bis hin zum Wählen der nationalen Notrufnummer bei einem Hausbesuch oder der Privatpraxis.

16.5 Umweltschutz-, Hygiene- und Infektionskontrollverfahren werden befolgt.

Anmerkung: Beispiel: routinemäßige Reinigung des Behandlungsbereichs und routinemäßiges Händewaschen. Infektionskontrollverfahren beinhalten korrekte Entsorgung von scharfkantigen Gegenständen und klinischen Abfällen, und Sterilisationsverfahren für die Einrichtung.

16.6 Auf negative Vorfälle wird reagiert.

Physiotherapeuten, die alleine arbeiten

Standard 17

Der Physiotherapeut ergreift Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass die Gefahren des alleine Arbeitens auf ein Minimum reduziert werden.

Anmerkung: Dieser Abschnitt sollte in Verbindung mit lokalen Regeln und nationalen Gesetzen gelesen werden.

Kriterien

17.1 Regeln und Verfahren für Physiotherapeuten, die alleine arbeiten, werden jederzeit befolgt.

Anmerkung: Der Physiotherapeut sollte die Regeln und Verfahren gelesen haben und wissen, wie er bei Bedarf darauf zugreifen kann.

17.2 Kommunikationsverbindungen werden zwischen dem in der Gemeinde arbeitenden Physiotherapeuten und seiner Zentrale hergestellt.

Anmerkung: Dies kann mit Hilfe von Mobiltelefonen oder durch Zurücklassen einer schriftlichen Liste, mit Namen, Anschrift und Telefonnummer der besuchten Patienten, bei einem Kollegen erfolgen.

17.3 Eine persönliche Alarmvorrichtung wird von den Mitarbeitern mitgeführt, sofern die Risikobeurteilung dies erfordert.

Anmerkung: Die existierenden Gefahren sollten beurteilt werden, um eine Entscheidung hinsichtlich der Frage zu treffen, ob eine Alarmvorrichtung erforderlich ist. Beispiele für Situationen, in denen sich eine Alarmvorrichtung empfiehlt, sind u. a. Arbeiten in der Gemeinde, Wochenendarbeit, Rufbereitschaft und alleine in einer Ambulanz arbeitende Mitarbeiter.

17.4 Wo bekannte Gefahren existieren, werden Patienten nicht alleine zu Hause aufgesucht.

Anmerkung: Bekannte Gefahren können Gefahren für die körperliche Unversehrtheit, wie etwa durch aggressive Patienten, Tiere usw. beinhalten, jedoch auch Gefahren in Zusammenhang mit unsicheren Gebäuden oder Umgebungen. Es sollte jeder Versuch unternommen werden, um sicherzustellen, dass eine Risikobeurteilung erfolgt und Informationen von anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens zusammengetragen werden. Wo dies möglich ist sollten, im Falle von bekannten Gefahren, Besuche mit den Terminen anderer Mitarbeiter des Gesundheitswesens zusammengelegt werden.

Sicherheit der Ausrüstung (Einrichtung und Geräte)

Standard 18

Die gesamte Ausrüstung ist sicher sowie für den vorgesehenen Zweck geeignet und gewährleistet die Sicherheit des Patienten, Betreuers und Physiotherapeuten.

Kriterien

18.1 Visuelle und physische Sicherheitskontrollen der Ausrüstung erfolgen vor ihrer Verwendung oder Aushändigung an den Patienten.

Anmerkung: Dazu gehören routinemäßige Kontrollen, wie etwa Verschleiß von Elektroden und Klemmen, korrekter Saugdruck, Reifendruck an Rollstühlen usw.

18.2 Die Ausrüstung wird regelmäßig gemäß den Instruktionen des Herstellers gewartet. Alle Wartungsmaßnahmen und Reparaturen werden dokumentiert.

Anmerkung: Gewichtstragende Ausrüstung, wie etwa Rollstühle, wird beispielsweise unter Beachtung der Lastgrenzen verwendet.

18.3 Die Ausrüstung wird gemäß den Instruktionen des Herstellers und den Regeln zur Infektionskontrolle gereinigt.

Anmerkung: Dies gilt in Situationen, wo eine Reinigung vor jeder Verwendung durch einen Patienten erforderlich ist.

18.4 Alle identifizierten Ausrüstungsmängel werden aufgezeichnet.

18.5 Fehlerhafte Ausrüstung wird unverzüglich außer Betrieb genommen.

18.6 Der Physiotherapeut handelt nach aktuellen Richtlinien zur Sicherheit von Ausrüstung.

Anmerkung: Dazu gehören Informationen, die von der Regierung oder den Gesundheitsministerien veröffentlicht werden.

18.7 Die Gefahren in Zusammenhang mit der Verwendung elektrischer Geräte im häuslichen Umfeld

des Patienten werden auf ein Minimum reduziert.

Anmerkung: Trennschalter sollten zur Verfügung stehen. Batteriebetriebene Ausrüstung wird verwendet, wann immer dies möglich ist.

18.8 Der Patient erhält Instruktionen zur sicheren Verwendung von ausgehändigter Ausrüstung.

Kontinuierliche berufliche Entwicklung/lebenslanges Lernen

(continuing professional development/lifelong learning, cpd/LL)

Standard 19

Die/Der PhysiotherapeutIn schätzt seine/ihre Lernbedürfnisse ein.

Hinweis/Erklärung: Die geschieht normale Weise mit einer/m KollegIn oder einem Manager.

„Lebenslanges Lernen und berufliche Entwicklung sind das Kennzeichen einer/s *fähigen/kompetenten PhysiotherapeutIn, die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen trägt zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von qualitativ hochstehender Berufsausübung bei.*“ (WCPT Declaration of Principle, 1995)

Kriterien

19.1 Die Beurteilung zieht in Betracht:

a. Entwicklungsansprüche die Zusammenhang mit der Förderung des gegenwärtigen Aufgabenbereich der Berufsausübung stehen.

b. Feedback von Daten der Leistungserhebung

Hinweis/Erklärung: Daten der Leistungserhebung können routinemäßig zusammengetragene Statistiken, Resultate aus dem Audit oder eine Analyse der Ergebnismessparameter beinhalten.

c. Verpflichtende Anforderungen

Hinweis/Erklärung: Das könnte Feueralarmübungen oder Schulungen für cardiopulmunale Wiederbelebung beinhalten.

d. Neuerungen in der Berufsausübung

e. Anforderungen der Organisation

Hinweis/Erklärung: Der Ausdruck „Organisation“ bezieht auf die ganze Breite an physiotherapeutischem Dienstleistung von der Praxis eines einzelnen Physiotherapeuten bis zu einem großem Krankenhaus oder Rehabilitation Zentrum.

f. Karriereziele

Standard 20

Die/Der PhysiotherapeutIn plant seine/ihre CPDILL

Kriterien

20.1 Es besteht ein schriftlicher Plan basierend auf der Beurteilung der Lernbedürfnisse (Standard 19)

20.2 Der Plan zeigt Lernzielvorstellungen.

Hinweis/Erklärung: Diese Zielvorstellungen müssen spezifisch, messbar, ausführbar (erreichbar), relevant und termingebunden (SMART) sein.

20.3 Der Plan weist eine Reihe von Aktivitäten auf die zum Erreichen der Lernziele führen.
Hinweis/Erklärung: Die Aktivitäten können wie folgend aussehen:

- a. überlegte Berufsausübung
- b. Selbststudium
- c. Lesen von für den Beruf relevanten Fachzeitschriften
- d. Teilnahmen an Weiterbildungstreffen
- e. Unterstützung und Überwachung
- f. interne Weiterbildungsprogramme
- g. Fortbildungskurse
- h. Klinischer Audit
- i. Implementation von klinischen Richtlinien
- j. Prüfung durch Kollegen
- k. Mentoring
- l. Kontakt mit speziellen physiotherapeutischen Interessensgruppen, Berufs- oder Patientenorganisationen
- m. Forschung
- n. Teilen von Wissen und Fertigkeiten mit anderen
- o. klinische Supervision

Standard 21 **Der Weiterbildungsplan wird durchgeführt.**

Kriterien

21.1 Es besteht eine schriftlicher Aufzeichnung über die Weiterbildung um zu zeigen dass der Plan durchgeführt wurde.

21.2 Der Plan wird spätestens nach 6 Monaten wieder überprüft.

Hinweis/Erklärung: Das wird normaler Weise gemeinsam mit einer/m Kollegen oder Manager stattfinden.

Standard 22 **Die/Der PhysiotherapeutIn evaluiert die Nutzen ihrer/seiner Weiterbildung.**

Kriterien

22.1 Die Lernziele sind erreicht worden.

Hinweis/Erklärung: falls Lernziele nicht erreicht wurden müssen die Gründe hierfür besprochen und verstanden werden um diese in der nächsten Beurteilung der Lernbedürfnisse der einzelnen Person miteinzubeziehen.

22.2 Neue Lernziele werden entwickelt um einen zyklischen Prozess der Weiterbildung zu garantieren.

Literatur

Chartered Society of Physiotherapy (1994),
Health & Safety Handbook: Safety Representatives Information Manual, Chartered Society of Physiotherapy, London.
Chartered Society of Physiotherapy (1996),
Rules of Professional Conduct, Chartered Society of Physiotherapy, London.
Chartered Society of Physiotherapy (1998),

Personal Safety for Loneworkers: Health & Safety briefing pack no.7, Chartered Society of Physiotherapy, London.
Chartered Society of Physiotherapy (2000)

Core standards of practice, Chartered Society of Physiotherapy, London.

Field MJ, Lohr KN eds (1992), Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, Washington DC: National Academy Press.

Mayo N, Cole B, Dowler J, Gowland C, and Finch E, (1993), Use of outcome measures in physiotherapy: survey of current practice, Canadian Journal of Rehabilitation, 1981-1982

World Confederation for Physical Therapy
(1995), Declarations of Principle and Position Statements

Glossar

Abkürzungsglossar

Ein Glossar, welches Definitionen aller innerhalb der Organisation verwendeten Abkürzungen enthält, so dass es zu keinen Missverständnissen kommt. So kann z. B. die englische Abkürzung PID für einen Bandscheibenvorfall oder für Nierenbecken-entzündung stehen.

Aktive Aufmerksamkeit beim Zuhören

Strukturierte Methode des Zuhörens, die folgende Schritte umfasst: 1. Ermunterung, 2. Bestätigung, 3. Reflexion, 4. Zusammenfassung.

Befundungs-/Behandlungszyklus

Hierbei handelt es sich um einen zyklischen Prozess, der den Denkprozess des Kliniklers von der Informationserfassung bis zur Analyse und Befunderhebung, Planung, Implementierung, Bewertung und Übertragung der Behandlung/Entlassung beschreibt.

Betreuer

Betreuer sind Menschen, die sich um Verwandte oder Freunde kümmern (wenngleich sie nicht immer unter einem Dach mit ihnen leben), die, aufgrund einer Behinderung, Krankheit oder der Auswirkungen des Alters zu Hause nicht ohne Hilfe leben können.

Bewertung

Die Überprüfung und Beurteilung der Qualität der Behandlung, um Möglichkeiten für Verbesserungen zu identifizieren.

Demographische Details

Bezieht sich normalerweise auf die grundlegenden Daten, die von den Mitarbeitern des Gesundheitswesens erfasst werden: Name, Anschrift, Alter, Beruf, Religion usw.

Empfänglichkeit

Sensibilität für Veränderung. Die Fähigkeit einer Messung, klinisch relevante Änderungen über die Zeit, die für den Patienten von Bedeutung sind, zu erkennen.

Ergebnismessung

Eine physiotherapeutische Ergebnismessung ist „ein von Physiotherapeuten angewendeter Test oder Maßstab, für den nachgewiesen wurde, dass er ein bestimmtes Merkmal, das für Patienten und Therapeuten von Interesse ist, genau misst und von dem erwartet wird, dass er durch eine Behandlung beeinflusst wird“ (Mayo, 1995).

Gültigkeit

Der Umfang, in dem ein Test tatsächlich misst, was er messen soll. Keine absolute Eigenschaft, sondern abhängig vom Kontext und der Population, in der er zur Anwendung kommt.

Klinisches Audit/ Klinische Prüfung

Ein zyklischer Prozess, der die Feststellung eines Themas, die Festlegung von Standards, den Vergleich der Praxis mit den Standards, die Umsetzung von Änderungen und die Überwachung der Auswirkung dieser Änderungen umfasst.

Klinische Richtlinien

„Systematisch entwickelte Aussagen, die dem Praktiker und dem Patienten bei Entscheidungen über angemessene Gesundheitsinterventionen für spezielle klinische Umstände helfen sollen“ (Field MJ, Lohr KN, 1992).

Klinische Supervision

Eingeplante Zeit für die formale Reflexion über die klinische Praxis, normalerweise gemeinsam mit einem erfahreneren Praktiker, oder bei leitenden PhysiotherapeutInnen mit einem Kollegen.

Klinisches Team

Das Team ist eine Gruppe von Menschen (Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Patienten und andere), die einen gemeinsamen Zweck verfolgen, nämlich die vereinbarten klinischen Ziele zu erreichen.

Klinische Wirksamkeit

Das Ausmaß, in welchem spezifische klinische Interventionen, wenn sie auf dem Gebiet für einen bestimmten Patienten oder ein bestimmtes Kollektiv durchgeführt werden, das erreichen, was sie sollen, z. B. die Gesundheit erhalten und verbessern und den größtmöglichen Gesundheitsgewinn mit den verfügbaren Mitteln erzielen.

Kriterien

Die messbare Komponente eines Standards.

Medizinische Diagnose

- ist eine klinische Entscheidung, die aus der Beurteilung von Anzeichen und Symptomen des Patienten hervorgeht. Sie bezeichnet im Allgemeinen den vorliegenden pathologischen Befund, beinhaltet aber keine Mutmaßungen hinsichtlich der Auswirkung des pathologischen Zustands auf die Funktion.

Mitarbeiter des Gesundheitswesens

Umfasst alle medizinischen Berufe und sonstigen Fachleute im gesamten Gesundheitswesen.

Nonverbale Kommunikation

Der Einsatz von Augen, Lächeln, Stirnrunzeln, Stimmlage, Position der Arme und Beine, körperliche Nähe zum Gegenüber und Berührung oder Abstand, mit dem nonverbale Botschaften an die Person, die behandelt wird, übermittelt werden.

Objektive Messung

Eine Messung, die nicht von der Person, die die Messung durchführt, beeinflusst wird.

Patientenunterlagen

Die Patientenunterlagen beziehen sich auf alle Unterlagen, die Patientendaten enthalten. Darunter fallen alle Medien, beispielsweise Papier, Fax-Mitteilungen, Videos, Fotos, Computeraufzeichnungen. Wird als Oberbegriff für separate physiotherapeutische Unterlagen sowie für physiotherapeutische Unterlagen, die in interdisziplinären Unterlagen oder Falldarstellungen enthalten sind, verwendet.

Physiotherapeutische Diagnose

Wird selbstständig oder in Verbindung mit einer medizinischen Diagnose gestellt. Sie bringt im Allgemeinen zum Ausdruck, auf welche Weise ein Zustand die Funktionen des Patienten beeinträchtigt.

Primäres Behandlungsteam

Ein Team aus Fachleuten im Gesundheitswesen, die an der primären Behandlung mitwirken. Setzt sich normalerweise aus dem Hausarzt, den Arzthelferinnen, den Gemeindeschwestern, den Betreuern des staatlichen Gesundheitsdienstes usw. zusammen.

Prüfung durch Kollegen

Eine Beurteilung der klinischen Leistung durch einen anderen Physiotherapeuten, der über ähnliche Erfahrung und Kenntnisse verfügt.

Reflexionspraxis

Professionelle Aktivität, bei der der Physiotherapeut seine Praxis kritisch überdenkt und eventuell sein Handeln oder seine Verhaltensweisen und/oder seinen Fortbildungsbedarf modifiziert.

Resultate

Was als Reaktion auf die Behandlung oder eine Leistung passiert (oder nicht passiert); kann erwünscht oder unerwünscht sein. Resultate sind das Endergebnis des Behandlungsprozesses, das der Behandlung zugerechnet werden kann. Sie können vom Patienten oder Physiotherapeuten definiert werden.

Risikobeurteilung

Eine formelle Methode zur Bewertung des möglichen Risikos für Patienten, Gesundheitspersonal und Mitarbeiter. Sie umfasst das klinische Risiko, das organisatorische Risiko sowie das rechtliche und finanzielle Risiko.

Risikobeurteilung der manuellen Behandlung

Siehe Risikobeurteilung.

Scharfe und spitze Gegenstände

Sämtliche klinische Materialien, die scharfe und spitze Bestandteile enthalten; Nadeln, Glas, Skalpelle.

Standard

Aussage, die den Bereich akzeptabler Behandlungen beschreibt.

Subjektive Messung

Eine Messung, die Urteilsvermögen seitens des Durchführenden erfordert.

TENS

Transkutane elektrische Nervenstimulation. TENS-Geräte arbeiten nach dem Prinzip, die Nervenenden zu stimulieren, wobei Endorphine freigesetzt werden. Anwendung normalerweise zur Schmerzlinderung.

Übertragung der Behandlung/Betreuung

Der Begriff beschreibt den Prozess der Übertragung der Verantwortung für die Behandlung von einer Einrichtung (nicht unbedingt eine ortsfeste Einrichtung) zu einer anderen. Darunter fallen auch sekundäre Überweisungen, Entlassungen.

Untersuchungen

Klinische Untersuchungen beziehen sich auf physiologische/Labor- Untersuchungen, die normalerweise zum Zwecke der Diagnose oder Überwachung durchgeführt werden. Beispiele sind: Blutuntersuchungen, Röntgenaufnahmen, Scans.

Zielsetzung

Angestrebte Endpunkte der Behandlung. Vereinbarte Einzelziele sollten durch Gespräche mit jedem Patienten und eventuellen Betreuern festgelegt werden. Diese müssen realistisch sein und Zeitpläne vorsehen, die Gegenstand einer weiteren Überprüfung, Diskussion und Modifikation werden.

Zusammenfassender Abschlussbericht

Eine Zusammenfassung der Behandlung, die normalerweise die durchgeführte Behandlung und die erforderliche Nachsorge beschreibt.

Zusammensetzung hinsichtlich der verschiedenen Fähigkeiten

Die für die Erbringung eines Dienstes erforderliche Zusammensetzung aus Mitarbeitern mit verschiedenen Fähigkeiten innerhalb eines Gesundheitsteams. Das kann sich auf die Rangzusammensetzung innerhalb eines Faches beziehen, den Anteil von Fach- und Hilfskräften und/oder die Kombination von Mitarbeitern verschiedener Disziplinen innerhalb des Teams.

Zuverlässigkeit

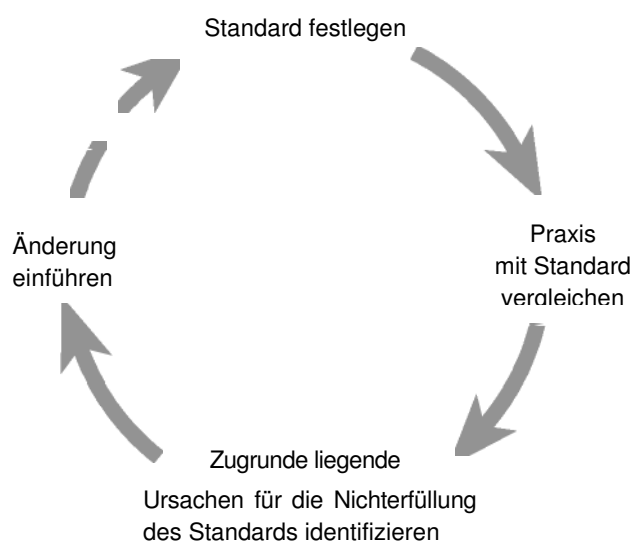
Der Umfang, in dem eine Messung Ergebnisse hervorbringt, die reproduzierbar und in sich widerspruchsfrei sind. Keine absolute Eigenschaft, sondern abhängig vom Kontext und der Population, in der sie zur Anwendung kommt.

Das Audit-Tool / Teil 1

Einleitung

Der klinische Audit ist die systematische und kritische Analyse der Qualität der klinischen Behandlung, einschließlich der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, des dazugehörigen Einsatzes von Ressourcen sowie der Ergebnisse und der Lebensqualität des Patienten. (Department of Health, UK, 1989)

Der klinische Audit ist ein zyklischer Prozess, der die Identifizierung eines Themas, die Festlegung von Standards, den Vergleich der Praxis mit den Standards, die Einführung von Änderungen und die Überwachung der Auswirkung solcher Änderungen beinhaltet. Sein Zweck liegt darin, die Qualität der klinischen Behandlung zu verbessern.



Die verschiedenen Tools sind darauf ausgelegt, Leistung auf verschiedene Weise zu messen. Sie tun dies in Abhängigkeit von der Informationsquelle, aus der hervorgeht, ob die Standards und Kriterien erfüllt wurden. In ihrer Kombination ermöglichen die Audit-Tools, dass Sie eine umfassende Prüfung der Praxiskernstandards durchführen. Selbstverständlich müssen Sie nicht alle Audit-Tools gleichzeitig anwenden. Der Audit kann stufenweise erfolgen.

Ein wichtiger Bereich ist das Patienten-Feedback, welches im Folgenden näher erläutert wird.

Prüfung des Patienten Feedbacks

Die Prüfung des Patienten Feedbacks misst jene Standards und Kriterien, deren Einhaltung der Patient am besten beurteilen kann, beispielsweise Kernstandard 2.3 „Der Patient erhält die Möglichkeit, Fragen zu stellen“. Standards und Kriterien, die entwickelt wurden, um Elemente der Praxis zu messen, wie etwa effektive Kommunikation, Höflichkeit und Respekt gegenüber der Würde des Patienten, lassen sich nicht ohne weiteres anhand von dokumentierten Nachweisen bewerten. Um diese Standards zu beurteilen, wurde ein **Fragebogen zum Patienten Feedback** entwickelt.

Methoden zur Prüfung des Patienten Feedbacks

Die Einbeziehung des Patienten in den gemeinsamen Entscheidungsprozess zu seiner Behandlung mit dem Therapeuten und die Überwachung der Qualität dieser Behandlung nimmt zu. Bei der Entwicklung der Komponente „Patienten-Feedback“ der Audit-Tools wurde davon ausgegangen, dass

einzig der Patient beurteilen kann, wie eine qualitativ hochwertige Behandlung aussieht. Eine Physiotherapie kann nur als qualitativ hochwertig betrachtet werden, wenn sie effektiv, effizient und für den Patienten akzeptabel ist. Der Patientenfeedbackbogen ist das Mittel zur Messung der Standards und Kriterien, die die anderen Audit-Tools nicht messen können und/oder die der Patient am besten beurteilen kann.

1) Eine Stichprobe identifizieren

Eine Stichprobe, die die Rückgabe von 80–100 Fragebögen von Patienten hervorbringt, sollte fundierte Informationen liefern. Die Reaktionsraten variieren – in Abhängigkeit von den Charakteristika der Patientengruppe und der Art, in der der Fragebogen vorgelegt wird – etwa zwischen 30 % und 90 %, Daher müssen Sie darauf vorbereitet sein, die Stichprobengröße entsprechend zu erhöhen.

Anmerkung: Die Anzahl der oben genannten Stichproben ergibt sich aus erprobten, standardisierten Verfahren und sollte wenn möglich übernommen werden. In vielen Fällen ist es möglich, dass die Praxis zu klein ist, um in einem sinnvollen Zeitrahmen eine Stichprobe dieser Größe zu erheben. In diesem Fall ist die Stichprobengröße entsprechend anzupassen.

2) Die Daten sammeln

Einige Vorschläge zu einer optimalen Vorgehensweise sind im Folgenden erläutert:

- Informieren Sie die entsprechenden Mitarbeiter, dass diese Befragung bevorsteht. Sie werden es begrüßen, dass Sie sich zu diesem Schritt entschieden haben und können Unterstützung, Ermunterung und Hilfe für den Prozess liefern.
- In einigen Regionen ist die Genehmigung des lokalen Ethikkomitees für Forschung erforderlich, um Fragebögen dieser Art zu versenden. Wenngleich dies nur selten zutrifft, müssen die örtlichen Vorschriften befolgt werden.
- Wenn ein Physiotherapeut sich zur Verwendung dieses Fragebogens entschließt, muss er zunächst sicherstellen, dass der Patient bereitwillig mitwirkt. Eine eingehende persönliche Erläuterung erhöht die Reaktionsrate. Wenn ein Einzelner nicht bereit ist, mitzuwirken, hat er jederzeit das Recht, seine Mitarbeit zu verweigern, ohne befürchten zu müssen, dass dies Einfluss auf seine weitere Behandlung haben könnte.
- Wenn der Fragebogen unangekündigt per Post versendet wird, achten Sie unbedingt darauf, dass der Patient noch unter derselben Adresse wohnhaft ist und den Fragebogen ausfüllen kann (die Zusendung eines Fragebogens an einen verstorbenen Patienten stellt eine große Belastung für die Verwandten und Betreuer dar). Nennen Sie stets einen Ansprechpartner sowie eine Telefonnummer für eventuelle Rückfragen.
- Ein persönliches Anschreiben und ein frankierter Rückumschlag sollten verwendet werden, um die Reaktionsrate zu erhöhen.
- Um eine aufrichtige Reaktion zu gewährleisten, sollte den Patienten zugesichert werden, dass ihre Antworten vertraulich behandelt werden.
- Wenn ein Fragebogen nicht zurückgeschickt wird, kann eine höfliche Erinnerung nützlich sein. Patienten dürfen jedoch nicht zur Teilnahme gedrängt werden.
- Eine unabhängige Person/Agentur sollte, sofern dies möglich ist, die zurückgesendeten Fragebögen entgegennehmen, damit der Patient es nicht als unangenehm empfindet, dass der Physiotherapeut seine Antworten lesen könnte. Beratung und praktische Hilfe können von der für Sie zuständigen Stelle für Verbraucherfragen angeboten werden.

3) Die Daten analysieren

Um die Schweigepflicht zu wahren, dürfen Daten, die in einen Computer eingegeben werden, keine Patientenkennungen enthalten. Wenn es erforderlich ist, Kennungen zu verwenden, um Querverweise auf Patienten einzubeziehen, empfiehlt sich ein Code oder eine Indexziffer.

Ergebnisse werden am sinnvollsten als der Anteil der Unterlagen ausgedrückt, der die Kriterien erfüllt, angegeben als Prozentsatz. Besondere Vorsicht ist bei der Verarbeitung von Datenpositionen geboten, die die Antwort „nicht zutreffend“ enthalten. In diesen Fällen sollten die Prozentsätze unter Ausschluss der Antworten „nicht zutreffend“ berechnet werden.

Beispiel:

- 100 Patientenunterlagen analysiert
- 20 waren „nicht zutreffend“
- 60 Unterlagen erfüllten die Kriterien

Nur die 80 Unterlagen, für die kein „nicht zutreffend“ vermerkt wurde, werden in der Analyse berücksichtigt. Daher berechnet sich der Prozentsatz wie folgt:

$$\frac{60}{80} \times 100 = 75 \text{ Prozent}$$

Ergebnisse werden in der Regel in ihrer Gesamtheit analysiert, damit sich der Umfang, in dem die Standards erfüllt werden, beurteilen lässt. Bisweilen ist es nützlich, wenn der Physiotherapeut seine individuellen Patientenunterlagen prüft, was in kleinen Einrichtungen von Vorteil sein oder dem Nachweis der CPD dienen kann. Wenn es für notwendig erachtet wird, Ergebnisse eines individuellen Physiotherapeuten in einer größeren Stichprobe zu identifizieren, empfiehlt es sich, Codes zur Identifizierung der Physiotherapeuten einzubeziehen. Jeder Physiotherapeut erhält seinen eigenen Code, nicht jedoch den seiner Kollegen. Diese Codierung sollte nur entschlüsselt werden, wenn alle Teilnehmer zustimmen.

4)Die Ergebnisse interpretieren

Die Interpretation hängt in hohem Maße von den Umständen vor Ort ab. Es ist wichtig, dass die Gründe für die Nichteinhaltung der Standards verstanden und Pläne von den an dem Audit beteiligten Personen vereinbart werden, bevor Änderungen eingeführt werden. Die Verwaltung der Änderung ist am effektivsten, wenn der Prozess von den Beteiligten „kontrolliert“ und ihnen nicht von oben auferlegt wird.

5)Erneut prüfen

Dies ist ein häufig vernachlässigter, aber äußerst wichtiger Teil des Audit-Prozesses. Nur der regelmäßige, systematische Ansatz der Prüfung und erneuten Prüfung ermöglicht die Messung von Verbesserungen. Es wird empfohlen, den Audit mindestens einmal pro Jahr zu wiederholen.

Randomisierung der Stichprobe.

Der wichtigste Aspekt liegt darin, potentielle systematische Fehler auszuschließen. Wenn Sie eine Stichprobe von 20 % der Unterlagen aus einem Monat benötigen, besteht eine einfache Möglichkeit darin, alle Unterlagen aus jenem Monat zu nehmen und nach dem Zufallsprinzip an einem beliebigen Punkt in der Sammlung zu beginnen, um dann jeden fünften Satz der Unterlagen auszuwählen. Eine Alternative ist der Einsatz eines Computers, eines Tischrechners oder einer Zufallszahlentabelle, um Zahlen auszuwählen, die mit den einzelnen Unterlagensätzen korrespondieren. Wenn aufeinanderfolgende Patientenunterlagen verwendet werden, ist es wichtig, sicherzustellen, dass die Unterlagen für *alle* aufeinanderfolgenden Patienten ausgewählt werden. Die Anwendung einer systematischen Methode gewährleistet, dass die Stichprobe die „normalen“ Patientenunterlagen exakt repräsentiert. Die Stichprobengröße hängt in hohem Maße von der Konfiguration der Einrichtung/Praxis ab, so dass sich kein definitiver Ratschlag formulieren lässt. Beispiele für die Festlegung der Probengröße sind im Folgenden aufgeführt:

- > 20 % der Patienten, die im vergangenen Monat behandelt wurden (in großen Einrichtungen kann dies zu sehr großen Stichproben führen).
- > 10 Patientenunterlagen pro Physiotherapeut (in kleinen Praxen kann dies zu sehr kleinen Stichproben führen).
- > 100 Unterlagen der zuletzt entlassenen Patienten (eignet sich nicht für Einrichtungen, die nur wenige Patienten entlassen).
- > Wenn eine Reihe von Spezialisten in der Abteilung tätig ist, kann es angemessen sein, einen Teil der Unterlagen aus jedem Fachgebiet heranzuziehen. Es ist wichtig, dass die Stichprobe ausreichend groß ist, um das Spektrum der in das Audit einbezogenen Praxis zu repräsentieren, aber dennoch überschaubar bleibt.

Das Audit-Tool/Teil 2

Die Prüfung durch Kollegen wird v. a. in Gemeinschaftspraxen bzw. Physiotherapie-Teams zur Anwendung kommen.

Prüfung durch Kollegen

(Peer review)

Die Prüfung durch Kollegen bietet eine Gelegenheit, die Angemessenheit der klinischen Entscheidungen zu beurteilen, die in den einzelnen Phasen der Behandlung des Patienten getroffen werden. Einige der Kernstandards lassen sich nicht durch Dokumentation oder Patienten-Feedback messen, deshalb wird empfohlen, diese einer Prüfung durch Kollegen zu unterziehen. Die Prüfung durch Kollegen bezieht sich hauptsächlich auf Bereiche, die einen klinischen Argumentationsprozess erfordern, beispielsweise im Hinblick auf die Frage, wie die klinische Diagnose abgeleitet wurde oder warum bestimmte Massnahmen gewählt wurden. Richtlinien für die Durchführung eines vorgeschlagenen Modells der Prüfung durch Kollegen sind in diesem Dokument enthalten, und ein Formular für die Prüfung durch Kollegen wurde ebenfalls entwickelt.

Methoden für die Prüfung durch Kollegen

Die Prüfung durch Kollegen bietet eine Gelegenheit, die klinische Argumentation zu beurteilen, die dem Inhalt der Dokumentation zur Behandlung des Patienten zugrunde liegt, um die Angemessenheit der klinischen Entscheidungen in den einzelnen Phasen der Patientenbehandlung zu bewerten. Der Prozess bezieht sich vor allem auf die Kernstandards 4 bis 11, den Abschnitt zum Befundungs- und Behandlungszyklus.

Diese Methode ermöglicht die Beurteilung der klinischen Argumentationsfähigkeiten des Physiotherapeuten durch einen Kollegen. Dieser Vorgang ist nicht mit anderen Formen der fachlichen Beurteilung zu verwechseln. Es handelt sich nicht um ein Mittel zur Beurteilung der Fähigkeit eines Physiotherapeuten, seine Arbeit zu verrichten, und auch nicht um eine Methode der klinischen Supervision oder Beurteilung.

Es stehen verschiedene Methoden der Prüfung durch Kollegen zur Verfügung, die in diesem Zusammenhang geeignet sind. Ein Modell, das die Beobachtung der Praxis einbezieht, wurde als zu kompliziert in der Anwendung befunden. Diese Meinung war unter Physiotherapeuten im privaten und öffentlichen Sektor in den Piloteneinrichtungen, in denen die Standards der Physiotherapiepraxis auf ihre Praxistauglichkeit geprüft wurden, gleichermaßen verbreitet. Die Beteiligten hatten den Eindruck, sich nicht vollkommen natürlich zu verhalten, wenn sie beobachtet wurden, und man würde lediglich einen „Schnappschuss“ von ihren praktischen Fähigkeiten erhalten, nicht aber von ihrer Beurteilungs- und

Argumentationskompetenz während der gesamten Patientenbehandlung. Es wurde vereinbart, das in diesem Leitfaden ausgeführte Modell zu übernehmen.

Die Prüfung durch Kollegen setzt Engagement, Integrität und Vertrauen voraus. Dann kann sie eine hervorragende Lernmöglichkeit für beide beteiligten Parteien darstellen, um die Fähigkeiten der Argumentation, der professionellen Beurteilung und der Reflexion auszubauen. Allerdings können vereinzelt auch Konflikte auftreten, wenn die unzureichende klinische Argumentation einer Einzelperson dazu führt, dass die Sicherheit des Patienten gefährdet wird. In solchen seltenen Fällen sollten Physiotherapeuten sich bei ihrem Berufsverband beraten lassen. Im positiven Fall, der für die Mehrzahl der Physiotherapeuten gilt, kann der Nachweis der Teilnahme an einer Prüfung durch Kollegen (in der Funktion als Kollege oder Physiotherapeut) als Bestandteil der kontinuierlichen beruflichen Weiterentwicklung einer Person präsentiert und in ihr CPD-Portfolio aufgenommen werden.

Die Absätze auf den folgenden Seiten enthalten Richtlinien zum Prozess der Durchführung einer Prüfung durch Kollegen.

1 Einen Kollegen auswählen

Damit der Einzelne maximal von der Prüfung durch Kollegen profitiert, ist es wichtig, dass er den Kollegen selbst auswählen kann. Dies ist einer der Faktoren, der die Prüfung durch Kollegen von der klinischen Supervision und Beurteilung unterscheidet. Die folgenden Kriterien dienen als Richtlinien für die Identifizierung eines geeigneten Kollegen:

- Der Kollege weist einen ähnlichen Abschluss oder eine vergleichbare Erfahrung oder Qualifikation oder gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten oder eine Kombination dieser Eigenschaften auf. (Bei einigen Physiotherapeuten ist eventuell ein Kollege vorzuziehen, der einen höheren Abschluss aufweist. Dies ist jedoch eine Frage der persönlichen Entscheidung.)
- Der ausgewählte Kollege weist eine ähnlich komplexe Patientenzahl oder Behandlungsmischung auf. Dabei muss es sich nicht notwendigerweise um dieselben Fachgebiete handeln.
- Der Kollege arbeitet in einer ähnlichen Praxis oder Situation.
- Es herrschen gegenseitiger Respekt und eine angenehme berufliche Beziehung.
- Der Kollege arbeitet bereitwillig mit.

2 Einen geeigneten Termin vereinbaren

Der Prüfungsprozess nimmt etwa zwei Stunden in Anspruch.

3 Patientenunterlagen auswählen

Der Prüfer wählt einen Satz Patientenunterlagen nach dem Zufallsprinzip aus. Diese sollten von den letzten zwanzig Patienten stammen, die der Physiotherapeut behandelt hat. Der Auswahlprozess hängt von den Umständen vor Ort ab, daher liegt es in der Verantwortung des Physiotherapeuten und des Kollegen, entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

4 Die Unterlagen prüfen

Die Unterlagen werden von dem Kollegen geprüft, damit dieser sich mit der Behandlung des Patienten vertraut machen kann. In diesem Stadium hat der Physiotherapeut eventuell den Wunsch, den detaillierten Inhalt der Aufzeichnungen zu rekapitulieren.

5 Den Behandlungsverlauf diskutieren

Diese Erörterung sollte sich auf die Beurteilung der klinischen Argumentationsfähigkeit der Einzelperson während der gesamten Behandlung des Patienten konzentrieren. Die folgenden sieben Fragen, die sich unmittelbar auf die Standards beziehen, wurden formuliert, um die Diskussion zu strukturieren. Dieser Prozess nimmt etwa eine Stunde in Anspruch:

Welche Informationsquellen haben Sie als Anhaltspunkte im Beurteilungsprozess berücksichtigt? (Kernstandard 4)

- Auf welche Weise sind Sie zu einer klinischen Diagnose oder Identifizierung der Hauptbeschwerden des Patienten gelangt? (Kernstandard 7)
- Wie haben Sie entschieden, welcher Messparameter für das Ergebnis zur Anwendung kommt? (Kernstandard 6)
- Wie haben Sie die Behandlungstechniken ausgewählt, um die speziellen Erfordernisse des Patienten zu berücksichtigen? (Kernstandard 8)
- In welchem Umfang konnten Sie die Erwartungen des Patienten erfüllen? (Kernstandard 10)
- Wie wurde jedes Stadium des Behandlungsverlaufs beurteilt? (Kernstandard 10)
- War es erforderlich, mit anderen Fachleuten zu kommunizieren? Wenn ja, traten dabei spezielle Probleme auf? (Kernstandard 13)

6 Fragen, die aus der Diskussion hervorgehen

Fragen, die aus der Diskussion hervorgehen und sowohl von dem Kollegen als auch vom Physiotherapeuten für wichtig erachtet werden, sollten auf dem Prüfungsformular des Kollegen dokumentiert werden. Der Kollege trägt die Verantwortung dafür, dass nur das wiedergegeben wird, was zwischen den beiden Beteiligten während der Prüfung vereinbart wurde. Das Formular für die Prüfung durch Kollegen wird im Portfolio des Physiotherapeuten als Nachweis für die Fortbildung aufbewahrt.

7 Bereiche für Fortbildung und Entwicklung identifizieren

Der Kollege ist für die Identifizierung potenzieller Bereiche für weitere Fortbildung und Entwicklung, in Absprache mit dem Physiotherapeuten, zuständig. Beide Parteien können dann einen zeitlich festgelegten Maßnahmenplan aufstellen.

8 Datum für die erneute Prüfung

Ein Datum für eine erneute Prüfung wird festgelegt. Es ist wichtig, dass der Prozess regelmäßig verfolgt wird und die Prüfung mindestens einmal pro Jahr stattfindet.

Das Audit-Tool / Teil 3

Prüfung der Kernstandards für Patientenunterlagen

Das Audit-Tool für Patientenunterlagen misst Standards und Kriterien, für deren Erfüllung die Patientenunterlagen als „Nachweis“ herangezogen werden, wenn beispielsweise aus den Unterlagen hervorgeht, dass der Behandlungsplan für den Patienten formuliert wurde (Kernstandard 8.4). Zu diesem Zweck wurde ein **Datenerfassungsformular für die Prüfung der Patientenunterlagen entwickelt**. Ein großer Teil der Physiotherapiepraxis wird in den Patientenunterlagen dokumentiert und muss eine hohe Qualität aufweisen, um Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten und gesetzliche Vorschriften zu erfüllen.

Methoden für die Prüfung der Patientenunterlagen

Prüfung der Kernstandards für Patientenunterlagen

Die in diesem Abschnitt erläuterten Schritte zur Durchführung einer Prüfung der Patientenunterlagen sind als Richtlinie vorgesehen. Einige Organisationen beschäftigen eventuell Mitarbeiter, die Ihnen beim Prüfungsprozess behilflich sein und ihre Unterstützung sowie ihren Sachverstand für diese Aufgabe zur Verfügung stellen können.

1) Eine Stichprobe auswählen und Patientenunterlagen beschaffen

Patientenunterlagen sollten nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden. Randomisierung kann auf verschiedene Weise erfolgen (siehe Anhang 1, Audit -Tool Teil 1).

2) Das Datenerfassungsformular ausfüllen

Das Formular, das diesem Abschnitt beigelegt ist, dient der Beurteilung, ob die Praxisstandards erfüllt wurden. Die Formulare können ohne weiteres fotokopiert werden und weitere vor Ort definierte Prüfungsfragen können bei Bedarf hinzugefügt werden (siehe lokal definierte Audit-Fragen am Ende des Formulars). Neben jedem Kästchen erscheint eine Zahl als Querverweis zur Nummerierung der Kriterien in den Kernstandards. Das vereinfacht die Interpretation. Kästchen, die mit „Nicht zutreffend“ (n/a) beschriftet sind, eignen sich für Situationen, in denen die Kriterien für einen bestimmten Patienten nicht zutreffen. Beispielsweise wird für Kernstandard 9.3 n/a angegeben, wenn der Patient keine Ausrüstung geliehen bekommen hat.

3) Die Daten analysieren

Um die Schweigepflicht zu wahren, dürfen Daten, die in einen Computer eingegeben werden, keine Patientenkennungen enthalten. Wenn es erforderlich ist, Kennungen zu verwenden, um Querverweise auf Patienten einzubeziehen, empfiehlt sich ein Code oder eine Indexziffer.

Ergebnisse werden am sinnvollsten als Prozentsatz der Unterlagen ausgedrückt, die die Kriterien erfüllen. Besondere Vorsicht ist bei der Verarbeitung von Datenpositionen geboten, die die Antwort „nicht zutreffend“ enthalten. In diesen Fällen sollten die Prozentsätze unter Ausschluss der Antworten „nicht zutreffend“ berechnet werden.

Beispiel:

- 100 Patientenunterlagen analysiert
- 20 waren „nicht zutreffend“
- 60 Unterlagen erfüllten die Kriterien

Nur die 80 Unterlagen, für die kein „nicht zutreffend“ vermerkt wurde, werden in der Analyse berücksichtigt. Daher berechnet sich der Prozentsatz wie folgt:

$$\frac{60}{80} \times 100 = 75\%$$

Ergebnisse werden in der Regel in ihrer Gesamtheit analysiert, damit sich der Umfang, in dem die Standards erfüllt werden, beurteilen lässt. Bisweilen ist es nützlich, wenn der Physiotherapeut seine individuellen Patientenunterlagen prüft, was in kleinen Einrichtungen von Vorteil sein oder dem Nachweis der CPD (continuing professional development) dienen kann. Wenn es für notwendig erachtet wird, Ergebnisse eines individuellen Physiotherapeuten in einer größeren Stichprobe zu identifizieren, empfiehlt es sich, Codes zur Identifizierung der Physiotherapeuten einzubeziehen. Jeder Physiotherapeut erhält seinen eigenen Code, nicht jedoch den seiner Kollegen. Diese Codierung sollte nur entschlüsselt werden, wenn alle Teilnehmer zustimmen.

4) Die Ergebnisse interpretieren

Die Interpretation hängt in hohem Maße von den Umständen vor Ort ab. Es ist wichtig, dass die Gründe für die Nichteinhaltung der Standards verstanden und Pläne, von den, an dem Audit beteiligten Personen vereinbart werden, bevor Änderungen eingeführt werden. Die Verwaltung der Änderung ist am effektivsten, wenn der Prozess von den Beteiligten „kontrolliert“ und ihnen nicht von oben auferlegt wird.

5) Erneut prüfen (Re-audit)

Dies ist ein häufig vernachlässigter, aber äußerst wichtiger Teil des Audit-Prozesses. Nur der regelmäßige, systematische Ansatz der Prüfung und erneuten Prüfung ermöglicht die Messung von Verbesserungen. Es wird empfohlen, den Audit mindestens jährlich zu wiederholen.

Patientenfeedbackbogen

Der Begriff *Patient* wird in diesem Fragebogen als Oberbegriff und synonym für Patient und Klient sowie für beide Geschlechter verwendet.

Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um die physiotherapeutischen Leistungen zu verbessern. Sie wurden ausgewählt, um an dieser wichtigen Umfrage zu der von Ihnen erhaltenen physiotherapeutischen Behandlung teilzunehmen. Sofern Sie zur Teilnahme bereit sind, wären wir dankbar für einige Minuten ihrer Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen.

Wenn Sie mit jemandem über den Fragebogen sprechen möchten oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Sie allein entscheiden über die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben. Damit helfen Sie dem Team, die angebotenen Leistungen zu verbessern. Die Angaben werden vertraulich behandelt und Ihre Identität wird gegenüber den physiotherapeutischen Mitarbeitern nicht preisgegeben. Bitte kreuzen Sie das/die entsprechende(n) Kästchen an und tragen Sie Ihre Kommentare in den dafür vorgesehenen Raum ein.

1 Wenn eine andere Person als der Patient selbst diesen Fragebogen ausfüllt, geben Sie bitte Ihre Beziehung zum Patienten an:

- Ehemann/Ehefrau/Sohn/Tochter
- Elternteil/Vormund
- anderes Familienmitglied
- Betreuer

2 Von wem wurden Sie behandelt:

- einem Studierenden
- einem Dipl. Physiotherapeuten
- anderen
- weiß ich nicht

Vor Ihrem ersten Termin

2.1 Wie lange mussten Sie auf einen Termin beim Physiotherapeuten warten?

- weniger als 24 Stunden
- 1–7 Tage
- zwischen 1 und 4 Wochen
- zwischen 1 und 2 Monate
- länger als 2 Monate

2.2 Mir wurden verschiedene Termine angeboten.

- Ja
- Nein
- N/A

Ihre einzelnen Behandlungen

Welche Aussage gibt Ihre Ansicht am genauesten wieder?

3.1 Ich wurde mit dem Namen meiner Wahl angesprochen.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

3.2 Das Personal war höflich und aufmerksam.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

3.3 Ich hatte keine Gelegenheit, zu äußern, was mir durch den Kopf ging.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

3.4 Ich fühlte mich an der Entscheidung über meinen Behandlungsplan beteiligt.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

3.5 Der Physiotherapeut hörte mir zu.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

3.6 Der Physiotherapeut erklärte mir, was erreichbar ist.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

3.7 Der Physiotherapeut hatte eine Art, bei der ich mich unwohl fühlte.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

4.1 Wir versuchen, Ihre speziellen Erwartungen zu berücksichtigen.

Hatten wir Erfolg? Ja Nein

Wenn nicht, bitte erläutern:

4.2 Wir versuchen, Ihre Ängste und Befürchtungen zu berücksichtigen.

Hatten wir Erfolg? Ja Nein

Wenn nicht, bitte erläutern:

5.1 Hat man Ihnen den Namen des Therapeuten mitgeteilt, der für Ihre Behandlung zuständig ist?

Hatten wir Erfolg? Ja Nein Weiß nicht

5.2 Hat man Ihnen mehrere Möglichkeiten der Behandlung zur Wahl gestellt?

Hatten wir Erfolg? Ja Nein Weiß nicht

5.3 Wurden Sie aufgefordert zu sagen, welche Möglichkeit sie wollten?

Hatten wir Erfolg? Ja Nein Weiß nicht

5.4 Wurden Ihnen bis zum Ende der ersten Sitzung die Ergebnisse der Befundaufnahme erläutert?

Hatten wir Erfolg? Ja Nein Weiß nicht

6.1 Ich wurde aufgefordert, Dinge zu tun, mit denen ich nicht einverstanden war.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft überwiegend zu trifft zu

6.2 Mir wurde die erforderliche Intimsphäre zugestanden.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft überwiegend zu trifft zu

6.3 Der Physiotherapeut benutzte Begriffe, die ich nicht verstanden habe.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft überwiegend zu trifft zu

6.4 Der Physiotherapeut war ziemlich grob bei der Behandlung.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft überwiegend zu trifft zu

ja nein weiß nicht n/a

7.1 Der Physiotherapeut erklärte mir die Vorteile und Risiken der Behandlung.

Ja Nein Weiß nicht

7.2 Ich erhielt die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Ja Nein Weiß nicht

7.3 Ich wurde über mein Recht aufgeklärt, die Behandlung abzulehnen.

Ja Nein Weiß nicht

7.4 Wenn Sie von einem Studierenden behandelt wurden, erhielten Sie außerdem die Möglichkeit einer Behandlung durch eine ausgebildeten Dipl. Physiotherapeuten?

Ja Nein Weiß nicht N/A

7.5 Mir wurde gesagt, wie gute Fortschritte ich mache.

Ja Nein Weiß nicht

7.6 Man fragte mich nach meinem Einverständnis, bevor mit meinen Freunden/meiner Familie gesprochen wurde.

Ja Nein Weiß nicht N/A

7.7 Wenn andere Fachleute an Ihrer Behandlung beteiligt waren, hat der Physiotherapeut mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie diesen Fachleuten Zugang zu Informationen über Ihre Physiotherapie gestatten?

Ja Nein Weiß nicht N/A

7.8 Wenn Sie zu Hause üben mussten, haben Sie eine deutliche Erklärung erhalten, was Sie tun müssen?

• Ja Nein Weiß nicht N/A

7.9 Wenn Fotos oder Videoaufnahmen von Ihrer Behandlung gemacht wurden, haben Sie eine Einwilligung unterzeichnet?

Ja Nein Weiß nicht N/A

7.10 Wenn Sie während der Sitzung allein zurückgelassen wurden, hat man Ihnen erklärt, wie Sie Hilfe herbeirufen?

Ja Nein Weiß nicht N/A

Ihre Entlassung

(wenn dieser Punkt nicht zutrifft, bitte mit Frage 9 fortfahren)

Sobald Sie Ihren Behandlungsplan absolviert haben, sollten Vorkehrungen für die Entlassung erfolgen, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.

8.1 Ich hatte das Gefühl, an der Planung meiner Entlassung beteiligt zu sein.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

8.2 Die Entlassung wurde mir ausreichend frühzeitig angekündigt.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

8.3 Ich habe den Physiotherapeuten ohne weiteres verstanden.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

8.4 Alle Pläne für meine Entlassung liefen reibungslos ab.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

9 Wenn Sie Ausrüstung zur Verwendung zu Hause erhalten haben, hat man Sie auch angeleitet?

Ja Nein N/A

Allgemeiner Eindruck

Bitte geben Sie an, welchen Eindruck Sie insgesamt von Ihrer physiotherapeutischen Betreuung hatten?

sehr schlecht schlecht gut sehr gut

10.1 Insgesamt war ich sehr zufrieden mit meiner Betreuung.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

10.2 Ich bin nicht so gut wieder hergestellt, wie ich erhofft hatte.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

10.3 Die Physiotherapie war komplette Zeitverschwendung.

Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft über wiegend zu trifft zu

10.4 Ich bin gern zur Physiotherapie gegangen.

- Trifft nicht zu trifft kaum zu unbestimmt trifft überwiegend zu trifft zu

Bitte tragen Sie hier weitere Kommentare ein, die uns helfen können, unsere Betreuung zu verbessern:

Lokal definierte Audit-Fragen

Auf dieser Seite können bei Bedarf optionale, lokal definierte Audit-Fragen hinzugefügt werden

Ja Nein Kommentar _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe beim Ausfüllen dieses Fragebogens.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

Hier falten, und in ein Fensterkuvert geben.

Ethische Richtlinien für PhysiotherapeutInnen des WCPT



Member Organisation
of WCPT

Grundsatz: Das wichtigste Anliegen jedes Physiotherapeuten sollte eine effektive Qualitätskontrolle bei gleichzeitiger Respektierung der Rechte des Patienten sein.

Physiotherapeuten dürfen keinem Patienten aufgrund seiner Nationalität, Rasse, Hautfarbe, sexueller Orientierung oder seines Glaubens, politischen Bekenntnisses, sozialen Status, seines Geschlechts oder seines Gesundheitszustandes ihre Hilfe verweigern.

Physiotherapeuten sollen sich ihrer Verantwortung, aber auch der Grenzen ihrer Ausbildung und ihres Könnens bewusst sein. Sie sollten daher nur Patienten behandeln, die ihnen von zugelassenen Ärzten auf dem Wege einer Verordnung zugewiesen werden. Diese Verordnungen müssen den ethischen Richtlinien der nationalen Berufsorganisationen entsprechen. Im Falle, dass die physiotherapeutische Behandlung rein prophylaktischer oder erzieherischer Natur ist, können Physiotherapeuten auf direktes Ersuchen des Patienten handeln.

Physiotherapeuten sollen, wenn notwendig, die Behandlung im Interesse des Patienten mit Vertretern anderer medizinischer Berufe ansprechen.

Physiotherapeuten sollen ihre Weiterbildung und den Stand der Wissenschaft im Auge behalten.

Physiotherapeuten sollen die Würde, den Glauben, die kulturellen Werte und die Rechte des Patienten sowie seiner Angehörigen respektieren.

Physiotherapeuten sollen loyal mit ihren Kollegen und verantwortungsbewusst mit den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zusammenarbeiten.

Physiotherapeuten sollen Patienteninformationen vertraulich behandeln. Relevante Informationen dürfen nur an Personen, die in die Behandlung des Patienten eingebunden sind, weitergegeben werden. Andernfalls bedarf es entweder der Zustimmung des Patienten, bzw. einer von ihm bevollmächtigten Person, oder einer gesetzlichen Anordnung.

Physiotherapeuten sollen sicherstellen, dass allfällige Werbung nicht unwahr oder vergleichend ist.

Physiotherapeuten sind befugt, für ihre Arbeit Honorare zu stellen, die fair und der geleisteten Arbeit entsprechend sein sollen. Der Patient soll davon vor der Therapie informiert werden.

Physiotherapeuten sollen sich immer ihrer beruflichen und persönlichen Ethik bewusst sein und ihren Berufsstand in Ehren halten.

Physiotherapeuten sollen zum Wohle der Bevölkerung mit den anderen Gesundheitsberufen die Verantwortung für die Gesundheitspolitik teilen.

Formular für die

Prüfung durch Kollegen

Eine Prüfung durch einen Kollegen wurde durchgeführt am

Datum

Name des Physiotherapeuten

Name des Prüfers (Kollegen)

Arbeitsplatz

Arbeitsplatz

Telefon

Telefon

Zusammenfassung der Fragen, die aus der Diskussion hervorgingen

Vereinbarte Vorschläge für weitere Fortbildung und Entwicklung

Massnahmenplan

Datum der erneuten Prüfung

Unterschrift des Physiotherapeuten

Unterschrift des Prüfers

Prüfung von Patientenunterlagen

Pro Patientenkartei muss ein Formular ausgefüllt werden. Bitte kopieren Sie die Formulare nach Bedarf. Bitte markieren Sie das Kästchen mit einem „X“, um eine zustimmende Antwort zu signalisieren.

1 Einwilligung zur Behandlung nach erfolgter Aufklärung

Ja Nein N/A

Kernstandard 2.8 Die Einwilligung des Patienten wurde dokumentiert.

2 Befundaufnahme/Befundung

Ja Nein N/A

Kernstandard 5.1 Es existiert ein schriftlicher Nachweis einer Datenerfassung, die sich wie folgt zusammensetzt:

a die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse durch den Patienten

Ja Nein

b die Erwartungen des Patienten an die physiotherapeutische Intervention

Ja Nein

c demografische Details Einzelheiten zum Patienten

Ja Nein

d derzeitiger Zustand/Probleme

Ja Nein

e vorangegangene medizinische Anamnese

Ja Nein

f derzeitige Medikation/ Behandlung

Ja Nein

g Kontra indikationen/Vorsichtsmaßnahmen/Allergien

Ja Nein

h soziale und familiäre Anamnese/Lebenswandel

Ja Nein

i relevante Untersuchungen

Ja Nein

3 Untersuchung

Ja Nein N/A

Kernstandard 5.2 Es existiert ein schriftlicher Nachweis zu einer körperlichen Untersuchung, der sich wie folgt zusammensetzt:

a Beobachtung

Ja Nein

b Verwendung spezieller Untersuchungswerkzeuge/-techniken zur Befundaufnahme

Ja Nein

c Palpation/Handling

Ja Nein

4 Ergebnismessung

Ja Nein N/A

Kernstandard 6.6 Das Resultat der Ergebnismessung wird aufgezeichnet.

Ja Nein

Kernstandard 6.7 Das Resultat der Ergebnismessung wird am Ende des Behandlungszeitraums aufgezeichnet.

Ja Nein

5 Analyse

Ja Nein N/A

Kernstandard 7 Es existiert ein schriftlicher Nachweis über folgende Aspekte:

7.2 identifizierte Bedürfnisse/ Probleme

Ja Nein

7.3 identifizierte subjektive Messungen

Ja Nein

7.4 identifizierte objektive Messungen

Ja Nein

7.5 eine physiotherapeutische Diagnose

Ja Nein

Hinweis: Hierbei handelt es sich um die Beurteilung des Problems durch den Physiotherapeuten (nicht um die medizinische Diagnose).

6 Behandlungsplan

Ja Nein N/A

Kernstandard 8.4 Der Behandlungsplan dokumentiert:

a Zeitpläne für die Durchführung/ Prüfung

Ja Nein

b Ziele

Ja Nein

c Ergebnismessungen

Ja Nein

d die Identifizierung der Therapeuten/Personen die den Plan umsetzen werden

Ja Nein

7 Implementierung

Ja Nein N/A

Kernstandard 9

9.1 Alle Behandlungen/Maßnahmen werden im Einklang mit dem Behandlungsplan durchgeführt

Ja Nein

9.2 Alle Ratschläge/Informationen, die dem Patienten erteilt/übermittelt werden, werden aufgezeichnet.

Ja Nein

9.3 Es existiert ein Verzeichnis der Ausrüstung, die an den Patienten entlehnt und ausgehändigt wurde.

Ja Nein

8 Beurteilung/Evaluation

Ja Nein N/A

Kernstandard 10.1 Es existiert ein schriftlicher Nachweis, dass bei jeder Sitzung folgende Aspekte überprüft werden:

a der Behandlungsplan

Ja Nein

b subjektive Messungen

Ja Nein

c objektive Messungen

Ja Nein

10.2 Alle Änderungen, subjektiver wie objektiver Art, werden dokumentiert.

Ja Nein

10.3 Eventuelle Änderungen am Behandlungsplan werden dokumentiert.

Ja Nein

10.4 Das Ergebnis wird am Ende des Behandlungsprogramms gemessen.

Ja Nein

9 Übertragung der Betreuung/ Entlassung

Kernstandard 11

11.2 Vorkehrungen für die Übertragung der Betreuung/Entlassung werden in den Unterlagen dokumentiert.

Ja Nein

11.3 Bei Überweisung werden die Informationen an jene Personen weitergegeben, die an der weiteren Behandlung beteiligt sind.

Ja Nein

11.4 Ein zusammenfassender Abschlussbericht wird im Einklang mit den lokal vereinbarten Regeln zugeschickt.

Ja Nein

10 Dokumentation

Kernstandard 14

14.1 Patientenunterlagen werden ab dem Zeitpunkt des ersten Kontakts geführt.

Ja Nein

14.2 Patientenunterlagen werden unmittelbar nach dem Kontakt mit dem Physiotherapeuten oder vor Ablauf des entsprechenden Tages vervollständigt.

Ja Nein

14.3 Patientenunterlagen sind aktuell.

Ja Nein

Hinweis: Nach dem Zeitpunkt der Aufzeichnung werden keine Nachträge in die Unterlagen aufgenommen. Ursprüngliche Auslassungen werden zu dem Zeitpunkt erfasst, an dem die Auslassung festgestellt wird.

14.4 Patientenunterlagen müssen die folgenden Anforderungen erfüllen:

a präzise

Ja Nein

b leserlich

Ja Nein

c logische Reihenfolge

Ja Nein

d datiert

Ja Nein

e unterzeichnet nach jedem Eintrag/jeder Behandlung

Ja Nein

f Name in Druckbuchstaben nach jedem Eintrag/jeder Behandlung

Ja Nein

Hinweis: Wenn Patienten grundsätzlich von demselben Physiotherapeuten behandelt werden, reicht es aus, wenn der Name in Druckbuchstaben einmal auf beiden Seiten eines Blattes erscheint.

g Korrekturflüssigkeit ist nicht zulässig

Ja Nein

h es wird wasserunlösliche Tinte verwendet, die beim Kopieren leserlich bleibt

Ja Nein

i Fehler werden mit einer einzelnen Linie gestrichen und paraphiert

Ja Nein

j jede Seite eines Blattes wird nummeriert

Ja Nein

k der Name des Patienten sowie sein Geburtsdatum, die Kartei-/Archivnummer

Ja Nein

oder die Sozialversicherungsnummer erscheinen auf jeder Seite der Unterlagen

Ja Nein

l Abkürzungen werden nur in Zusammenhang mit einem lokal vereinbarten Abkürzungsglossar verwendet

Ja Nein

Kernstandard 15

15.1 Es existiert ein Nachweis, dass die Patientenunterlagen sicher aufbewahrt werden: schriftliche Unterlagen

Ja Nein

Computeraufzeichnungen

Ja Nein

Audiobänder

Ja Nein

E-Mails

Ja Nein

Fax-Mitteilungen

Ja Nein

Videobänder

Ja Nein

Fotos

Ja Nein

Sicherheit des Patienten und Physiotherapeuten

Ja Nein N/A

*Kernstandard 16***16.1 Es existiert ein schriftlicher Nachweis einer Risikobeurteilung.**

Ja Nein

16.2 Es existiert ein schriftlicher Nachweis, dass Massnahmen als Folge der Risikobeurteilung ergriffen wurden.

Ja Nein

Lokal definierte Audit-Fragen

Auf dieser Seite können bei Bedarf optionale lokal definierte Audit-Fragen hinzugefügt werden.

Ja Nein N/A

Kommentar _____

Ja Nein N/A

Kommentar _____

Ja Nein N/A

Kommentar _____

Ja Nein N/A

Kommentar _____

Ja Nein N/A

Kommentar _____

Ja Nein N/A

Kommentar _____



DAS EUROPÄISCHE

BENCHMARK-STATEMENT

FÜR PHYSIOTHERAPIE

**Bei der außerordentlichen Generalversammlung
am 4. Juni 2003 in Barcelona, Spanien,
ANGENOMMENE ENDVERSION**

INHALTSVERZEICHNIS

Präsentation des Dokuments	3
Einleitung zum Europäischen Benchmark-Statement für Physiotherapie	6
• Hintergrundinformationen	6
• Wie das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie entwickelt wurde	7
• Das Ziel des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie	8
• Die Zielgruppe des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie	8
• Der Stand des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie	9
Wesen und Umfang der Physiotherapie	11
• Der Physiotherapeut als diplomierter Angehöriger der Gesundheitsberufe: Erwartungen seitens Berufsgruppe, der Arbeitgeber und der Öffentlichkeit	13
• Physiotherapeutische Kompetenzen und ihre Anwendung in der Praxis	14
• Physiotherapie: Fachkenntnisse, Fachverständnis und damit verbundene Kompetenzen	16
Lehren, Lernen und Beurteilung	20
Standards für Lehre und Praxis	23
Der gemeinsame Rahmen der Physiotherapie und anderer Berufe im Gesundheitswesen	25
• Erwartungen an die Angehörigen eines Gesundheitsberufs bei der Leistungserbringung für Patienten/Klienten	25
• Die Anwendung von Fertigkeiten zum Schutz, zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens	27
• Kenntnisse, Verständnis und Kompetenzen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe	29
<u>Anhänge</u>	
1. Liste der offiziellen Begriffe zur Bezeichnung des Berufs in den einzelnen Ländern der Mitgliedsorganisationen der Europäischen Region des WCPT	31
2. Beschreibung der Physiotherapie	33
3. Begriffsbestimmungen	41
4. Mitglieder der Arbeitsgruppe Bildung der Europäischen Region des WCPT 2000-2003	46
5. Mitgliedsorganisationen der Europäischen Region des Weltverbandes für Physiotherapie	47

Das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie beschreibt Wesen und Standards der Studienprogramme in Physiotherapie, die zu Abschlüssen an Hochschuleinrichtungen in Europa und der Europäischen Union (EU) auf dem Gebiet der Physiotherapie¹ führen.

Das ursprünglich von der Quality Assurance Agency (QAA) in Zusammenarbeit mit Vertretern einer Reihe anderer Berufe im Gesundheitsbereich im Vereinigten Königreich² (UK) entwickelte Benchmark-Statement diente der Europäischen Region des WCPT und der Pädagogischen Arbeitsgruppe als Basis für die Entwicklung des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie. Die Berufsorganisationen für Physiotherapie leisteten beim Ausbildungsworkshop in Zypern im Jahre 2001 einen wesentlichen Beitrag zu dieser Arbeit. Das Benchmark-Statement beschreibt berufsspezifische Statements über die Physiotherapie und veranschaulicht den gemeinsamen Kontext, auf dem die Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe beruht.

Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass die in diesem Dokument veröffentlichten Statements keineswegs einen definitiven Charakter aufweisen und im Lichte der Erfahrungen und weiterer Entwicklungen auf dem Gesundheitssektor in ganz Europa überdacht werden müssen. In diesem Dokument sind die Statements in die folgenden Abschnitte gegliedert.

Wesen und Umfang der Physiotherapie

Neben einer Beschreibung des Wesens und Umfangs der Programme, die zu Abschlüssen auf dem Gebiet der Physiotherapie führen, enthält dieser Abschnitt Beschreibungen der berufsspezifischen Erwartungen und Anforderungen unter den folgenden Überschriften:

- Der Physiotherapeut als diplomierter Angehöriger der Gesundheitsberufe
- Physiotherapeutische Kompetenzen und ihre Anwendung in der Praxis
- Physiotherapie: Fachkenntnisse, Fachverständnis und verwandte Kompetenzen

¹ Die Begriffe „Physiotherapie“ und „physikalische Therapie“ sind gleichbedeutende Begriffe zur Bezeichnung des Berufs.

Die zur Beschreibung der praktischen Ausübung des Berufs verwendeten Berufsbezeichnungen und -titulierungen unterscheiden sich weitgehend und erklären sich vor allem aus den historischen Wurzeln des Berufs in den einzelnen Ländern.

In Europa sind die am häufigsten gebrauchten Bezeichnungen und Titulierungen „Physiotherapeut“ und „Physiotherapie“. Daher werden in diesem Dokument „Physiotherapeut“ und „Physiotherapie“ verwendet, können jedoch von den Mitgliedsorganisationen des WCPT durch jene Begriffe ersetzt werden, die von ihnen und ihren Mitgliedern im jeweiligen Land offiziell verwendet werden, ohne dass sich dadurch irgendeine Veränderung der Bedeutung dieses Dokuments ergeben würde.

Weitere Einzelheiten dazu finden Sie in Anhang 1: Liste der offiziellen Begriffe zur Bezeichnung des Berufs in den einzelnen Ländern der Mitgliedsorganisationen der Europäischen Region des WCPT.

² *Ernährungslehre, Hausbesuche, Geburtshilfe, Krankenpflege, Ergotherapie, Orthoptik, Physiotherapie, Podologie (Chiropodie), Prothetik und Orthotik, Radiographie sowie Logopädie.*

Lehren, Lernen und Beurteilung

Der Abschnitt über Lehren, Lernen und Beurteilung lenkt die Aufmerksamkeit auf die zentrale Rolle der Praxis bei der Konzeption der Lernmöglichkeiten für Lernende. Gleichmaßen wird die Wichtigkeit einer adäquaten Beurteilung und Anerkennung der durch die Praxis entwickelten beruflichen Kompetenz hervorgehoben. Dabei ist es wesentlich, dass die Integration von Theorie und Praxis in die Gesamtstruktur des Lehrens und Lernens ein geplanter Vorgang ist.

Standards für Theorie und Praxis

Der Abschnitt über Standards für Theorie und Praxis hebt das Zusammenspiel zwischen Theorie und Praxis hervor und definiert einen „Threshold Level“ als Minimumstandard für einen Studenten, der mit einem Titel in Physiotherapie abschließt³. Die Standards legen die Erwartungen an die Physiotherapeuten fest, die unmittelbar nach Erlangung ihrer Qualifikation ihre erste Stelle antreten.

Das Benchmark-Statement anerkennt das Erfordernis, den Klienten/Patienten in den Mittelpunkt der Lernerfahrung des Studenten zu stellen und auch im Rahmen dieser Erfahrung die Bedeutung von Teamarbeit und berufsübergreifender Zusammenarbeit und Kommunikation zu fördern. Das Statement impliziert die für gemeinsames Lernen über berufliche Grenzen hinweg bestehenden Möglichkeiten, insbesondere in den späteren Phasen der Ausbildung, wo interprofessionelle Fragen am produktivsten behandelt werden können. Es ist von wesentlicher Bedeutung, dass die in der Praxis für das gemeinsame Lernen bestehenden Möglichkeiten optimiert werden und dass aus ähnlich gelagerten Möglichkeiten, die natürlicherweise in klassenzimmerbasierten Aktivitäten vorherrschen, der größte Nutzen gezogen wird.

Der gemeinsame Rahmen der Physiotherapie und anderer Berufe im Gesundheitswesen

Der letzte Abschnitt des Benchmark-Statements legt einen gemeinsamen Rahmen für die Physiotherapie und andere Gesundheitsberufe unter den folgenden drei Überschriften fest:

- Die Erwartungen an den Angehörigen eines Gesundheitsberufs bei der Leistungserbringung für Klienten/Patienten
- Die Anwendung von Fertigkeiten zum Schutz, zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens
- Kenntnisse, Verständnis und Kompetenzen zur Untermauerung der Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe

Aus diesem Grund wird das Benchmark-Statement den Hochschuleinrichtungen Informationen liefern, die es ihnen ermöglichen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit

³ Die Quality Assurance Agency (QAA) definierte in Zusammenarbeit mit einer Reihe anderer Berufsorganisationen im Gesundheitswesen des Vereinigten Königreichs den „Threshold Level“ als den Minimumstandard für einen Studenten, der mit einem „Honours degree“ in Physiotherapie abschließt.

den Leistungserbringern eine Curriculum-Auswahl zu treffen, um so gemeinsame Lernerfahrungen einzubinden. In diesem Zusammenhang wird das gemeinsame Lernen als eine Möglichkeit unter vielen zur Förderung einer verbesserten Zusammenarbeit und als Reaktion auf eine weite Palette von Problemfeldern angesehen, die von beruflicher Verantwortung bis hin zu beruflichen Beziehungen reichen.

Das Hauptmerkmal des Benchmark-Statements ist die Festlegung von Schwellenstandards („Threshold Standards“), die theorie- und praxisbezogene Elemente einschließen, auf deren Basis die Hochschulinstitutionen die Mindestvoraussetzung für ihre Standards für Abschlüsse vergleichen können.

Das Benchmark-Statement stimmt mit dem entsprechenden Niveaudeskriptor für Abschlüsse innerhalb des von der Quality Assurance Agency for Higher Education (UK) veröffentlichten Qualifikationsrahmens überein, und es kann, wo erforderlich, ein Nachtrag hinzugefügt werden, um klarzustellen, wie das Benchmark-Statement sich in die Qualifikationsrahmen der verschiedenen Länder einfügt.

Abschließend wird festgehalten, dass das Benchmark-Statement kein nationales oder europäisches Curriculum für Programme festsetzt, die zu Abschlüssen im Bereich der Physiotherapie führen. Es anerkennt, dass die Anforderungen der beruflichen und gesetzlichen Kontrollbehörden in die Konzeption der Programme integriert werden müssen. Es stellt einen Versuch dar, Hochschulinstitutionen und Leistungserbringer dazu zu ermutigen, gemeinsam an der Konzeption und Umsetzung ihrer Curricula zu arbeiten.

Hintergrundinformationen

Auf europäischer Ebene wurden von den Regierungen und anderen Institutionen allgemeine Ziele vereinbart, um eine bessere Harmonisierung der Gesetze und Vorschriften der Mitgliedstaaten zu erreichen und um so eine Konvergenz des europäischen Hochschulsystems zu ermöglichen sowie um die Mobilität und Beschäftigungsfähigkeit im gesamten öffentlichen Gesundheitssektor zu fördern. Die Europäische Region des WCPT hat eine aktive Rolle in diesem Prozess übernommen, indem sie politische Statements im Zusammenhang mit der Rolle der Physiotherapie im Gesundheitswesen („Health Policy Statement“, Mai 2000) und über die Qualität der von Physiotherapeuten erbrachten Leistungen („European Core Standards of Physiotherapy Practice“, Mai 2002) lieferte. Ferner wurde ein politisches Dokument über Migration von der Generalversammlung der Europäischen Region angenommen („Migration Policy for Physiotherapists in Europe“, Mai 2002).

Die Physiotherapie ist ein etablierter und gesetzlich geregelter Beruf mit einer Reihe berufsspezifischer Aspekte klinischer Praxis und Ausbildung, was auf vielfältige gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Zusammenhänge hinweist. Jedoch handelt es sich dabei eindeutig um einen eigenen Berufsstand, und die erste in einem Land erlangte berufliche Qualifikation stellt den Abschluss eines Curriculums dar, der den Physiotherapeuten dazu berechtigt, diese Berufsbezeichnung zu tragen und selbstständig diesen Beruf auszuüben.

Die Europäische Region hat eine Reihe von Berichten veröffentlicht und Zusammenkünfte und Konferenzen gefördert, um den Stand der physiotherapeutischen Ausbildung in Europa zu erheben und Strategien zu diskutieren, um Hindernisse bei der freien Berufsausübung von Physiotherapeuten, Ausbildnern und Studenten zu überwinden. Der sogenannte „Bologna-Prozess“, der sich in den letzten 10 Jahren entwickelt hat, hat die Annahme eines gemeinsamen Ausbildungssystems auf Grundlage von zwei Hauptzyklen – Bakkalaureats- und Magisterstudien (Undergraduate und Graduate) – angeregt. Der Diplomzusatz („Diploma Supplement“) und das europäische System zur Anrechnung von Studienleistungen haben sich als ein transparenteres Mittel zur Evaluierung von Qualifikationen und zur Verbesserung der Qualitätssicherung erwiesen. In diesem Prozess ist eine aktive Bewegung in Richtung Konvergenz sowie die Entwicklung eines gegenseitigen Vertrauens von wesentlicher Bedeutung und erfordert das Engagement aller europäischen Partner.

Die Europäische Region des WCPT betrachtet es als wesentlich, die Physiotherapieausbildung im Hinblick auf gemeinsame Ergebnisse und den vollen Umfang der für die Praxis erforderlichen Fähigkeiten zu sehen und nicht als einen Satz begrenzter Curriculum-Gegenstände. Auf dieser Grundlage wurde beschlossen, die Arbeitsgruppe Bildung damit zu betrauen, den Entwicklungsprozess eines derartigen Referenzrahmens voranzutreiben, der für die Ausbilder, Arbeitgeber, politischen Entscheidungsträger, Verbraucher und den Beruf nützlich sein könnte.

Bei der Suche nach Gemeinsamkeiten in der Ausbildung wurde die Europäische Region des WCPT auf die Arbeiten aufmerksam gemacht, die die QAA im UK auf dem

Gebiet des Benchmarking von Standards für Lehre und Praxis Standards in der Physiotherapie durchgeführt hatte. Daraufhin wurde mit der QAA Kontakt aufgenommen und der Europäischen Region die Genehmigung erteilt, die Anwendbarkeit dieser Statements zu diskutieren, die als Orientierungshilfe für die Konzeption und Entwicklung von Ausbildungsprogrammen auf dem Gebiet der Physiotherapie in Europa dienen sollen. Die Europäische Region anerkennt die Bedeutung von leicht verständlichen und vergleichbaren Ausbildungsprogrammen auf dem Gebiet der Physiotherapie.

Wie das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie entwickelt wurde

Das Benchmark-Statement für Physiotherapie wurde im UK von einer Gruppe von geeigneten Experten entwickelt, die sich aus Vertretern der Hochschuleinrichtungen, Leistungsanbieter und den beruflichen und gesetzlichen Kontrollbehörden zusammensetzte. Die Statements stellen den Versuch dar, erstmals die allgemeinen Ausbildungscharakteristika und Standards für Physiotherapiediplome im UK schriftlich festzuhalten. Diese Arbeit wurde unter der Leitung des QAA durchgeführt und im Juli 2001 veröffentlicht.

Mit dem Ziel, diesen Prozess innerhalb Europas voranzutreiben, organisierte die Europäische Region des WCPT durch ihre Pädagogische Arbeitsgruppe im November 2001 einen zweitägigen Workshop in Zypern, bei dem diverse nationale Physiotherapieorganisationen aus ganz Europa vertreten waren. Das Ziel dieses Workshops lag darin, festzustellen, inwiefern die Festlegung eines Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie auf der Grundlage des QAA-Dokuments aus dem Jahre 2001 wünschenswert und durchführbar wäre. Als Ergebnis dieses Workshops kam man zu dem Schluss, dass das Benchmark-Statement für Physiotherapie wie von der QAA erstellt die Entwicklung von Ausbildungsprogrammen auf dem Gebiet der Physiotherapie in Europa erleichtern könnte, insbesondere um Programme zu fördern, die ihren Schwerpunkt mehr auf Ergebnisse als auf ein Curriculum begrenzter Studienfächer setzen. Dies ist im Einklang mit dem aktuellen Standpunkt der Europäischen Union zur Konvergenz und freien Migration. Um einen weiteren Schritt in diese Richtung zu unternehmen, sollten einige Punkte zur Klärung und Abstimmung an alle Mitgliedsorganisationen der Europäischen Region des WCPT weitergeleitet werden.

Es wurden einige Änderungen zum ursprünglichen Dokument vorgenommen, unter anderem wird in der Einleitung versucht, das Benchmark-Statement in einen europäischen Zusammenhang zu stellen. Im gesamten Dokument weist das WCPT-Logo auf von der Europäischen Region hinzugefügte Kommentare hin, um so die Verwendung des Dokuments durch die nationalen Physiotherapieorganisationen und alle mit der Ausbildung im Bereich der Physiotherapie in Europa befassten Stellen zu erleichtern. Abgesehen davon, dass die spezifischen Bezüge auf das UK entfernt wurden, wurde es nicht für notwendig erachtet, irgendeinen der Punkte innerhalb der spezifischen Abschnitte des Benchmark-Statements abzuändern, wodurch die Aussagekraft der ursprünglichen Arbeit erhalten blieb.

Das Ziel des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie

Benchmark-Statements werden für eine Reihe von Zielen eingesetzt. Sie ermöglichen eine Beschreibung des Wesens und der Charakteristika der Studien-, Weiterbildungs- und Gesundheitsprogramme in der Physiotherapie. Sie stellen allgemeine Erwartungen über Standards für die Verleihung von Diplomen auf einem gegebenen Niveau dar und spezifizieren, welche Eigenschaften und Fähigkeiten jene Personen aufweisen sollten, die über derartige Diplome verfügen. Sie stellen eine bedeutende externe Bezugsquelle für die Konzeption und die Entwicklung neuer Ausbildungsprogramme auf dem Gebiet der Physiotherapie dar. Sie bieten eine allgemeine Orientierung für die Darstellung der mit dem jeweiligen Programm assoziierten verbundenen Lernergebnisse, allerdings legen sie keinesfalls ein detailliertes Curriculum fest. Benchmark-Statements bieten Raum für Vielfalt und Flexibilität bei der Konzeption der Programme und fördern Innovationen innerhalb eines vereinbarten konzeptionellen Gesamtrahmens. Ferner bietet das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie auch Unterstützung bei der Umsetzung einer internen Qualitätssicherung. Dadurch werden jene Lernergebnisse ermöglicht, die für ein bestimmtes Programm festgelegt wurden, das in Gegenüberstellung zu vereinbarten allgemeinen Erwartungen an die Standards überprüft und evaluiert werden soll.

Schließlich stellt das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie eine unter einer Reihe externer Informationsquellen dar, auf die Bezug genommen werden kann, um eine wissenschaftliche Überprüfung durchzuführen und um Urteile über die Erzielung von „Threshold Standards“ zu fällen. Das Benchmark-Statement sollte von den Überprüfenden zusammen mit den entsprechenden Programmvorgaben verwendet werden, wobei alle Dokumentationen der entsprechenden beruflichen und gesetzlichen Kontrollbehörden sowie das Evaluierungsdokument der jeweiligen Einrichtung selbst berücksichtigt werden sollten. Dadurch kommt es zu einer breiten Basis an Erkenntnissen, die abgerundete Urteile der Überprüfenden erlauben und nicht nur zu einer groben Checkliste führen.

Die Zielgruppe des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie

Das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie kann von den nationalen Organisationen, Regierungen, Gesundheits- und Ausbildungsbehörden, Ausbilder auf dem Gebiet der Physiotherapie und anderen eingesetzt werden, die daran interessiert sind, Ausbildungsprogramme anzubieten, Curricula zu planen bzw. zu entwickeln, sowie für die interne und externe Qualitätssicherung und die Sicherung der Standards angewendet werden.

Das Benchmark-Statement dient auch als Informationsquelle für Physiotherapeuten, deren Vorgesetzte, Leistungsanbieter und andere Erbringer von Gesundheitsleistungen, da es Informationen über das Niveau der Eigenschaften und Fähigkeiten der Physiotherapeuten bei ihrem Eintritt in den Beruf bietet. Durch die Annahme des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie wird anerkannt, dass einige Statements von den nationalen Physiotherapieorganisationen expliziter dargelegt werden müssen; darauf wird auch innerhalb dieses Dokuments aufmerksam gemacht. Zusätzlich dazu hat die Europäische Region an einigen Stellen dieses Doku-

ments Kommentare angebracht, um gegebenenfalls auf spezifisch europäische und nationale Richtlinien, politische Leitlinien und Standards hinzuweisen.

Der Stand des Europäischen Benchmark-Statements für Physiotherapie

Ziel des Statements ist es nicht, ein europäisches oder nationales Curriculum für Programme, die zu Qualifikationen auf dem Gebiet der Physiotherapie führen, festzulegen. Es anerkennt, dass die Anforderungen der beruflichen und gesetzlichen Kontrollbehörden in die Konzeption der Programme integriert werden müssen. Es zielt darauf ab, Hochschuleinrichtungen und Leistungsanbieter zu ermutigen, gemeinsam an der Konzeption und Umsetzung ihrer Curricula zu arbeiten. Das Hauptmerkmal ist die Festlegung von Schwellenstandards („Threshold Standards“), die theorie- und praxisbezogene Elemente einschließen, auf deren Basis die Hochschulinstitutionen die Mindestvoraussetzung für ihre Standards für die Abschlüsse vergleichen sollten. Hierbei muss unterstrichen werden, dass zu gegebener Zeit das Benchmark-Statement revidiert werden wird, um so Entwicklungen auf dem Gebiet der Physiotherapie und die Erfahrungen der Einrichtungen, eine wissenschaftliche Überprüfung, der Leistungsanbieter und anderer damit befasster Stellen in Europa widerzuspiegeln.

Die Europäische Region des WCPT möchte hiermit der Quality Assurance Agency for Higher Education Dank dafür aussprechen, dass sie ihr schriftliches Einverständnis zur Annahme des UK-Benchmark-Statements für Physiotherapie als das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie durch die Europäische Region des WCPT gab. Wir möchten hiermit darauf hinweisen, dass ein Großteil des Textes, der in die Einleitung integriert wurde, dem ursprünglichen QAA-Dokument entnommen und adaptiert wurde. Ferner bedanken wir uns an dieser Stelle auch bei all jenen Mitgliedern der Pädagogischen Arbeitsgruppe der Europäischen Region, die diese Arbeit im Namen des physiotherapeutischen Berufsstandes in Europa entwickelt haben.

Dieses Statement ist © der Quality Assurance Agency for Higher Education 2001.

Es darf von Einrichtungen im Bildungssektor ohne Genehmigung nur für bildungsrelevante Zwecke vervielfältigt werden. Ausschnitte daraus dürfen ohne Genehmigung nur für Zwecke der Forschung, des privaten Studiums und der Überprüfung vervielfältigt werden, vorausgesetzt, die Benchmarking-Fachgruppe wird als Autorin dieses Gesamtdokuments und die Quality Assurance Agency for Higher Education als Inhaberin des Copyrights genannt.

Kein Teil dieses Statements darf ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Quality Assurance Agency for Higher Education auf elektronischem Weg gespeichert, adaptiert oder übersetzt werden.

Erstveröffentlichung durch:
Quality Assurance Agency for Higher Education Southgate House
Southgate Street
Gloucester GL1 1UB

Tel.: 01452 557000
Fax: 01452 557070
Web: www.qaa.ac.uk

Die Quality Assurance Agency for Higher Education ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Wesen und Umfang der Physiotherapie

Die Physiotherapeuten arbeiten als selbstständige Praktiker sowie als Mitglieder von Teams im Gesundheitswesen und unterliegen den ethischen Prinzipien des Weltverbandes für Physiotherapie. Sie sind befähigt, als erste Anlaufstelle zu agieren, und Patienten dürfen bei ihnen direkt ohne Überweisung durch einen anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe Behandlung suchen. Die berufliche Ausbildung bereitet die Physiotherapeuten auf ihre Rolle als autonome Praktiker vor. Die klinische Diagnose in der Physiotherapie ist das Ergebnis eines klinischen Analyseprozesses, der zur Feststellung bestehender oder potenzieller Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen und Fähigkeiten/Behinderungen führt, nach welchen sich die physiotherapeutischen Interventionen richten. Die endgültigen Regeln für die Praxis werden durch die Gesetzgebung jedes einzelnen europäischen Landes bestimmt, und der Behörde/dem Versicherungsunternehmen, die bzw. das die physiotherapeutische Leistung finanziert, ist es gestattet, spezifische Vorgangsweisen für die Überweisung zu verlangen.

Die Physiotherapeuten üben für die Öffentlichkeit und viele Patienten- und Klientengruppen eine wesentliche Lehr- und Beratungsrolle aus. Der qualifizierte Physiotherapeut bietet auch Betreuung für Studenten und Kollegen und muss daher über eine Reihe kommunikativer und pädagogischer Kompetenzen verfügen.

Eine besondere Herausforderung der Physiotherapie liegt in der großen Vielfalt der praktischen Aspekte betreffend Patienten- und Klientengruppen, Umfeldern für die Erbringung von Gesundheitsleistungen, und Interventionen bei Problemen hinsichtlich physischer Funktionen und Strukturen, Aktivität und Teilnahme. Der Weltverband für Physiotherapie anerkennt die unterschiedlichen gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Umfelder, in welchen die Physiotherapie auf internationaler Ebene ausgeübt wird. Die Europäische Region des WCPT hat die „Europäischen Kernstandards für die physiotherapeutische Praxis“ („European Core Standards of Physiotherapy Practice“) angenommen, doch spiegeln die spezifischen nationalen Standards für die physiotherapeutische Praxis die Situation in jedem einzelnen Land wider.

Der Physiotherapeut nimmt in seiner Praxis direkten Bezug auf publizierte Forschungserkenntnisse sowie Indikatoren wirksamer Intervention in Form professioneller und klinischer Standards sowie klinischer Richtlinien. Der Physiotherapeut bezieht seine Informationen für die Praxis aus der physiotherapieorientierten Forschung sowie allgemeiner wissenschaftlicher Literatur und nimmt derart an erkenntnisbasierter Praxis teil.

Die Bandbreite sowie der Zweck der physiotherapeutischen Praxis umfasst Folgendes:

- Die gesamte Zeitspanne menschlicher Entwicklung vom Neugeborenen bis ins hohe Alter
- Die Arbeit mit Individuen, die komplexe und herausfordernde Probleme als Ergebnis multipathologischer Erkrankungen aufweisen

- Gesundheitsförderung und Verletzungsprävention sowie die Beurteilung, Leitung und Evaluierung der Interventionen
- Das therapeutische Management sowie die Behandlung von Individuen im **Stadium der Rehabilitation** z. B. nach Kopfverletzungen, Schlaganfall oder Verletzungen des Bewegungsapparates
- Die Behandlung von Individuen, bei welchen eine **Verschlechterung der Symptomatik** zu beobachten ist, beispielsweise auf dem Gebiet der Palliativpflege
- Das Management von Individuen mit **stabiler Symptomatik** wie einer Amputation der unteren Extremitäten als Folge eines Traumas oder einer Wirbelsäulenverletzung
- Eine breite Palette von Umfeldern einschließlich dem Heim des Patienten, akuten und primären Pflegeumfeldern, dem privaten Sektor, Schulen und Betrieben
- Ein Verständnis der Problemfelder im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit der Vielfalt der Kulturen innerhalb der Gesellschaft

Die Physiotherapie unterliegt ständigen Veränderungen und ihre Vertreter sind innerhalb eines sich ständig wandelnden und weiterentwickelnden Umfeldes tätig. Der Berufszweig der Physiotherapie hat Pionierarbeit bei der Erstellung schriftlicher Praxisstandards und klinischer Richtlinien für eine weite Palette von Spezialisierungen geleistet. Diese Standards, die in direktem Bezug zu Erkenntnissen auf verschiedenen Ebenen stehen, sind in die Praxis und Curricula der Bakkalaureatsstudien eingebettet.

Die Aufnahmekriterien und -strategien bei physiotherapeutischen Studienprogrammen sollten die Prinzipien einer breiteren Teilnahme und auch die entsprechenden Bedürfnisse und die ethnische Vielfalt der einzelnen Gemeinschaften berücksichtigen.


In Europa findet die Ausbildung der Physiotherapeuten an Universitäten und anderen Hochschuleinrichtungen statt, und es können Studien auf Undergraduate und auf Graduate Level belegt werden. Möglichkeiten zur physiotherapeutischen Ausbildung werden in mehr als 500 Einrichtungen in ganz Europa angeboten.

Eine detaillierte Beschreibung der Aufgaben der Physiotherapeuten wurde vom WCPT (1999) veröffentlicht und sind auf www.wcpt.org abrufbar. Vgl. Anhang 2: Beschreibung der physikalischen Therapie.

A Der Physiotherapeut als diplomierter Angehöriger der Gesundheitsberufe: Erwartungen seitens der Berufsgruppe, der Arbeitgeber und der Öffentlichkeit

A1 Berufliche Autonomie und Verantwortung des Physiotherapeuten

Der Diplominhaber sollte über die folgenden Kompetenzen verfügen:

- Verständnis der rechtlichen Verantwortungsbereiche und ethischen Erwägungen der beruflichen Praxis
-  Einhaltung der „Berufs- und Standesregeln“ („Rules of Professional Conduct“), wie sie vom Weltverband für Physiotherapie bzw. nationalen physiotherapeutischen Organisationen/Kontrollbehörden veröffentlicht wurden
- Anerkennung der Bedeutung der beruflichen Eigenkontrolle
- Anerkennung der Grenzen der beruflichen Kompetenzen in einem sich wandelnden Umfeld des Gesundheitswesens
- Bereitschaft für berufliche Fortbildung mit dem Ziel, Kompetenzen zu steigern und den eingetragenen Berufsstatus zu erhalten
- Teilnahme an der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Berufs
- Anerkennung der Bedeutung der klinischen Wirksamkeit bei der physiotherapeutischen Leistungserbringung

A2 Berufliche Beziehungen


Der Diplominhaber sollte über die folgenden Kompetenzen verfügen:

- Effektive Teilnahme an interprofessionellen Ansätzen zur Erbringung von Gesundheitsleistungen
- Unterstützung anderer Angehöriger von Gesundheitsberufen in ihrer beruflichen Praxis
- Anerkennung der berufsübergreifenden Grenzen und Anwendung angemessener Vorgangsweisen bei der Überweisung
- Einleitung und Pflege effektiver Interaktionen mit relevanten externen Stellen einschließlich anderer Angehöriger von Gesundheitsberufen
- Effektiver und effizienter Einsatz und Führung von Hilfspersonal

A3 Persönliche und berufliche Kompetenzen

Der Diplominhaber sollte über die folgenden Kompetenzen verfügen:

- Vertrauen auf das eigene berufliche Urteilsvermögen
- Reflexion über die berufliche Praxis und angemessene Teilnahme an selbstgesteuertem Lernen
- Vorweisen eines hohen Maßes an kommunikativen Fähigkeiten
- Wahrung der Würde der Patienten
- Flexible Einleitung von und Reaktion auf Veränderungen
- Ausübung des Berufs mit einem geeigneten Ausmaß an Selbstschutz

-  Den nationalen physiotherapeutischen Organisationen/Kontrollbehörden steht es frei, ein Statement über die Aufzeichnung von Lern- und Ausbildungsaktivitäten beizufügen

A4 Beruf und Arbeitgeberkontext

Der Diplominhaber sollte über die folgenden Kompetenzen verfügen:

- Ausübung der physiotherapeutischen Praxis im Kontext der patientenzentrierten Betreuung
- Verständnis für die Ursprünge der Gesundheitspflege im eigenen Land und für die aktuellen Entwicklungen im Bereich Gesundheit und soziale Dienste
- Verständnis des Umfangs der Physiotherapie unter verschiedenen gesundheitsbezogenen Rahmenbedingungen
- Anerkennung der Bedeutung der nicht diskriminierenden Praxis
- Kenntnis der aktuellen Gesetzgebung zu Gesundheit und Sicherheit und deren Anwendung in der physiotherapeutischen Praxis
- Übernahme einer aktiven Rolle in Gesundheitserziehungs- und -förderungsprogrammen
- Anerkennung des umfassenden Stellenwerts der Forschung und wissenschaftlichen Arbeit im Gesundheits- und Berufskontext

B. Physiotherapeutische Kompetenzen und Ihre Anwendung in der Praxis

Die physiotherapeutische Praxis und die Anwendung der beruflichen Kompetenzen werden durch Kenntnisse und Verständnis gefördert. Der qualifizierte Physiotherapeut verfügt über eine breite Palette von Kernkompetenzen, die von berufsspezifischen bis zu allgemeinen fördernden Kompetenzen reichen. Wenngleich die folgenden Abschnitte nicht genau mit dem Rahmen für Gesundheitsberufe übereinstimmen, wird Abschnitt B durch sie doch genauer spezifiziert und in einen Kontext gestellt.

B1 Berufsspezifische Kompetenzen

Der Diplominhaber weist Kompetenzen auf folgenden Gebieten auf:

Therapeutische Übungen

- Treffen von Entscheidungen, Setzen von Zielen und Erstellen spezifischer Übungsprogramme mit positiver therapeutischer oder gesundheitsfördernder Wirkung
- Planung, Durchführung und Auswertung von Übungsprogrammen für Individuen und Gruppen

Manuelle Therapie

- Anwendung von Mobilisierungstechniken, Atemphysiotherapie, neurotherapeutischen Maßnahmen und Massagetechniken. Diverse Konzepte und Ansätze ge-

ben Informationen über die Entwicklung dieser physiotherapeutischen Interventionen.

- Verbesserung und Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit und Funktionen

Elektrotherapeutische Maßnahmen

- Anwendung einer Reihe von Maßnahmen auf der Grundlage des Einsatzes von elektrischer, thermischer und magnetischer Energie sowie von Licht und Schall zur Herbeiführung physiologischer und therapeutischer Wirkungen, um die Symptome des Patienten zu lindern und eine optimale Funktionstüchtigkeit wiederherzustellen



Diese Beschreibung und dieser Umfang spezifischer physiotherapeutischer Kompetenzen hat möglicherweise unterschiedliche Gewichtung in Europa. Den nationalen Organisationen für Physiotherapie steht es frei, eine detailliertere Orientierungshilfe bezüglich der nationalen physiotherapeutischen Ausbildung und Praxis zu geben.

Diese Kompetenzen sollten in Kombination mit weiteren, in Abschnitt C beschriebenen Kompetenzen betrachtet werden.

B2 Allgemeine fördernde Kompetenzen

Der Diplominhaber weist Kompetenzen auf folgenden Gebieten auf:

Kommunikation und Informationstechnologien (IT)

- Zwischenmenschliche Kommunikation unter Verwendung der schriftlichen, mündlichen und nonverbalen Kommunikation
- Unterricht und Präsentation für Einzelpersonen und Gruppen
- Einsatz der Informationstechnologien zur Identifikation von und zum Zugriff auf Informationen; Erfassung und Verwaltung von Patientendaten; Weiterverarbeitung und Analyse von Forschungsergebnissen
- Umgang mit Informationen unter gebührender Rücksichtnahme auf rechtliche und ethische Anforderungen.

Beurteilung

- Identifikation und Anerkennung der physischen, psychologischen und kulturellen Bedürfnisse von Individuen und Gemeinschaften
- Sammeln und Erfassen von Informationen aus einer breiten Palette unterschiedlicher Quellen und mittels einer Vielzahl von Methoden
- Erstellung einer Diagnose auf der Grundlage einer physiotherapeutischen Befunderhebung.
- Analyse und Synthese von Informationen aus Daten der Befunderhebung und klinischen Problemlösungsprozessen

Behandlungsplanung

- Der Patient steht im Mittelpunkt der Pflegeleistungen.

- Treffen von Entscheidungen, Setzen von Zielen und Erstellen spezifischer Pläne, um diese Ziele zu erreichen, wobei relevante kontextuelle Faktoren berücksichtigt werden
- Anwendung von Problemlösungstechniken und klinischen Analyseprozessen, um eine angemessene physiotherapeutische Behandlung zu planen, diesbezügliche Prioritäten zu setzen und sie zu implementieren

Evaluation und Forschung

- Anwendung klinischer Analyseprozesse bei der Wahl, Begründung und Überprüfung angemessener Behandlungen
- Entwicklung und Anwendung von Ergebnismessparametern zur Evaluation der Physiotherapie
- Wohlüberlegte Anwendung der besten verfügbaren Informationen und Erkenntnisse
- Formulierung einer Forschungsfrage, Entwicklung eines Forschungskonzepts und Implementierung des Forschungsprozesses

Persönliche und berufliche Entwicklung

- Umgang mit Unsicherheit, Veränderungen und Stress
- Zeitmanagement und Arbeitsplanung
- Identifikation der individuellen Lernbedürfnisse
- Erstellen und Umsetzung eines persönlichen Entwicklungsplans
- Reflexion über und Änderung des Verhaltens im Lichte der Erfahrungen und Empfehlungen
- Fähigkeit zur Zusammenarbeit, Verhandlungsführung, Schlichtung sowie zur Entwicklung von Partnerschaften
- Setzen realistischer Ziele im Zusammenhang mit persönlicher Weiterentwicklung
- Anerkennen der Bedeutung der ständigen beruflichen Weiterentwicklung
- Teamfähigkeit und Führungskompetenzen
- Erstellung klinischer Urteile auf der Grundlage der Qualität der verfügbaren Erkenntnisse

C. Physiotherapie: Fachkenntnisse, Fachverständnis und verwandte Kompetenzen

Bildungsprogramme im Bereich der Physiotherapie nehmen auf eine weite Palette wissenschaftlicher Fachgebiete Bezug, die in den untenstehenden Abschnitten detailliert angeführt werden. Wenngleich die folgenden Abschnitte nicht genau mit dem Rahmen für Gesundheitsberufe übereinstimmen, wird Abschnitt C durch sie doch genauer spezifiziert und in einen Kontext gestellt.

C1 Die wissenschaftliche Grundlage der Physiotherapie

Biologische Wissenschaften

Der Diplominhaber weist Kenntnisse und Verständnis auf folgenden Gebieten auf:

- Menschliche Anatomie und Physiologie, unter besonderer Berücksichtigung der dynamischen Wechselwirkungen der menschlichen Strukturen und Funktionen mit Schwerpunkt auf das muskuloskeletale, Herz-Lungen- und Nervensystem
- Physiologische und strukturelle Veränderungen durch die Anwendung der Physiotherapie
- Menschliches Wachstum und Entwicklung im Laufe des Lebens
- Einflussfaktoren auf individuelle Spielformen der menschlichen Fähigkeiten

Naturwissenschaften

Der Diplominhaber weist Kenntnisse und Verständnis auf folgenden Gebieten auf:

- Spezifische Prinzipien und Theorien aus der Physik, Biomechanik, den angewandten Trainingswissenschaften und der Ergonomie, die auf die Physiotherapie angewandt werden können
- Methoden, durch welche die Naturwissenschaften zum Verständnis und zur Analyse der Bewegung und Funktion beitragen können
- Prinzipien und Anwendung von Messtechniken auf der Grundlage der Biomechanik bzw. der Elektrophysiologie
- Anwendung von anthropometrischen und ergonomischen Prinzipien

Verhaltensforschung

Der Diplominhaber weist Kenntnisse und Verständnis auf folgenden Gebieten auf:

- Psychologische und soziale Faktoren, die einen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit des Individuums haben können
- Beitrag der Psychologie und Soziologie zum Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Gesundheitspflege im Zusammenhang mit der Physiotherapie und Implementierung dieser Kenntnisse in die physiotherapeutische Praxis
- Kommunikationstheorien: Auf dem Gebiet der Physiotherapie sind Kommunikation und interpersonale Kompetenzen von wesentlicher Bedeutung für eine kompetente und effektive Praxis, da sie zu einer effektiven Interaktion mit Patienten, Kollegen und Vorgesetzten, Betreuungspersonen und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe beitragen.
- Lerntheorien: Der Lernprozess ist sowohl für den Patienten als auch für den Praktiker von Bedeutung. Diese Theorien fördern die ständige berufliche Weiterentwicklung, da sie den Physiotherapeuten zum effektiven lebenslangen Lernen befähigen. Diese Kenntnisse befähigen den Physiotherapeuten auch, eine effektive Lehrperson in den verschiedensten Bereichen zu sein, z.B. in der Gesundheitserziehung und Ausbildung von Studenten.
- Teamarbeit und Leadership

Klinische Wissenschaften

Der Diplominhaber weist Kenntnisse und Verständnis auf folgenden Gebieten auf:

- Pathologische Veränderungen und damit in Zusammenhang stehende klinische Merkmale von Symptomen, mit welchen die Physiotherapeuten häufig zu tun haben
- Die sich aus der Physiotherapie ergebenden Veränderungen, einschließlich Veränderungen in Bezug auf Physiologie, Struktur, Verhalten und Funktionsweise
- Theoretische Grundlagen der Beurteilung und Behandlung und die wissenschaftliche Auswertung der Effektivität
- Prinzipien der Evaluierung und Forschungsmethodologien, die die Integration der theoretischen Perspektiven und Forschungserkenntnisse in die Konzeption und die Implementierung der effektiven Physiotherapie ermöglichen
- Theorien zur Unterstützung von Problemlösungs- und klinischen Analyseprozessen

C2 Kontext der Leistungserbringung und der beruflichen Praxis

Leistungserbringung/Organisatorisches

Der Diplominhaber weist Kenntnisse und Verständnis auf folgenden Gebieten auf:

- Der sich wandelnde und unterschiedliche Kontext, innerhalb dessen die Physiotherapie ausgeübt wird
- Anerkennung der Implikationen der unterschiedlichen organisatorischen Umfelder und der Unterschiede bei der Arbeitsorganisation
- Qualitätssicherungsrahmen, die beispielsweise klinische Governance, klinische Richtlinien und berufliche Standards umfassen
- Fragen des Ressourcenmanagements, der Kostenwirksamkeit, des Marketings und der Förderung des Berufsstandes
- Leistungsindikatoren und Ergebnismessparameter, die sich aus einer Reihe wissenschaftlicher Ansätze und Messansätze ergeben
- Einflussfaktoren auf das Selbst- und Fremdmanagement
- Praktiken der Arbeitsplatzsicherheit einschließlich der Risikoabschätzung
- Planung der Leistungserbringung und des damit zusammenhängenden Personals

Soziale und politische Dimension

Der Diplominhaber weist Kenntnisse und Verständnis auf folgenden Gebieten auf:

- Einfluss der Gesundheits- und Sozialpflegepolitik auf die berufliche Praxis
- Faktoren, die einen Einfluss auf soziale Unterschiede, die Problematik der Ungleichheiten sowie die Bedürfnisse der verschiedenen sozialen Gruppen haben

Ethische und moralische Dimension

Der Diplominhaber weist Kenntnisse und Verständnis auf folgenden Gebieten auf:

- Die ethischen, rechtlichen und beruflichen Problemfelder, die einen Einfluss auf die physiotherapeutische Praxis haben
- Berufliche, gesetzlich vorgeschriebene und ordnungspolitische Verhaltenskodizes
- Berufliche Verhaltens-, Werte- und Glaubensregeln

Entscheidungen über Lehr-, Lern- und Beurteilungsstrategien und -methoden müssen von den Einrichtungen selbst getroffen werden, sie sollten allerdings die Lernergebnisse, die man von Programmen für Gesundheitsberufe erwartet, ergänzen. Es ist nicht die Aufgabe des Benchmark-Statements, einen Ansatz oder eine Kombination mehrerer Ansätze mehr als andere zu verbreiten. Im Gegenteil: Dieses Benchmark-Statement fördert einen integrativen Ansatz zur Anwendung von Theorie und Praxis. Es unterstreicht die der Konzeption von Lernchancen zum Erwerb beruflicher Kompetenzen zugemessenen Bedeutung sowie die Relevanz von Beurteilungssystemen, die sicherstellen, dass diese Kompetenzen einem angemessenen Standard entsprechend vermittelt und anerkannt werden. Von fundamentaler Bedeutung für die Grundlage, auf der Studenten auf ihre berufliche Laufbahn vorbereitet werden, ist das Angebot an Programmen wissenschaftlicher Studien und praxisbezogenem Lernen, die einen Grundstock für die berufliche Entwicklung und das lebenslange Lernen während des gesamten Berufslebens legen, um auf diese Weise eine vorbildliche berufliche Praxis und die Wahrung beruflicher Standards zu fördern.

Lehren und Lernen auf dem Gebiet der Physiotherapie

Lehr- und Lernstrategien sollten für das Gebiet der Physiotherapie charakteristisch und derart gestaltet sein, dass universitäres und klinisches Lernen am Arbeitsplatz integriert sind. Der Lehr- und Lernprozess sollte entwicklungsbezogen sein und den Fortschritt anzeigen, wobei theoretisches Verständnis und klinische Anwendung während des gesamten Programms miteinander verknüpft sind. Die Studenten sollten eine Reihe von Praktika absolvieren, die jene Schlüsselbereiche abdecken, die die aktuelle Praxis widerspiegeln.

Das vielfältige Wesen der Physiotherapie verlangt eine Palette komplexer Kompetenzen, die progressiv während des gesamten Programms entwickelt werden sollten. Typischerweise sollte auf eine Einführung in diese Kompetenzen deren Entwicklung durch praktische Arbeit mit Kollegen folgen, wonach sie in einem klinischen Kontext angewendet werden. Von zentraler Bedeutung für den Erwerb physiotherapeutischer Kompetenzen ist die Vorgabe für die Studenten, dass sie an spezialisierten Laboratorien einer Universität/Hochschuleinrichtung ihre Beobachtungsgabe, Palpation und Analyse der menschlichen Leistung schulen.

Die aktuelle erkenntnisbasierte Praxis sowie Entwicklungen der Lerntheorie sollten in die Lehre und das Lernen integriert sein, um die Problemlösungs-, Diagnose-, Interventions- und Reflexionskompetenzen zu entwickeln. Das studentenzentrierte Lernen sollte die Studenten dazu ermutigen, vermehrt Verantwortung für die Feststellung ihrer eigenen Lernbedürfnisse zu übernehmen. Die Absolventen sollten autonome Lernende sein, Kompetenzen für das lebenslange Lernen entwickelt haben und die Fähigkeit aufweisen, sich der ständigen beruflichen Weiterentwicklung widmen zu können.

Die Aufschlüsselung auf die folgenden vier miteinander verknüpften Themenbereiche verdeutlicht die Lernprozesse in der Physiotherapie auf Graduate Level.

Kognitiv und konzeptionell

Die Programme sollten die kognitiven Kompetenzen der Studenten entwickeln, z.B. die Kompetenz, ihr Wissen zu adaptieren und in diversen Situationen anzuwenden. Derartige Kompetenzen sollten mittels einer Vielzahl von Lehr- und Lernmethoden entwickelt werden, in deren Rahmen die Studenten dazu ermutigt werden, aktiv und praxisbezogen in den Prozess involviert zu werden.

Klinisch und fachspezifisch

Die physiotherapeutischen Kompetenzen sollten sowohl an der Universität/ Hochschuleinrichtung als auch im klinischen Umfeld entwickelt werden. Dort sollten die Studenten Supervision, Betreuung und entwicklungsbezogene Lernerfahrungen vorfinden, um so laufende und Gesamtbeurteilungen und Rückmeldungen über ihre Leistungen zu erhalten.

Sozialer und persönlicher Kontext

Das Programm sollte die Studenten dazu befähigen, ein Bewusstsein über die Werte der kulturellen Diversität, der Weltanschauungen und der sozialen Faktoren zu erlangen, die den Kontext der Physiotherapie beeinflussen. Dieses Ziel sollte sowohl aus der theoretischen als auch aus der praktischen Perspektive erreicht werden und dadurch, dass die Studenten der klinischen Praxis in einer weiten Palette von Umfeldern arbeiten.

Allgemeine fördernde Kompetenzen

Die Programme sollten derart konzipiert sein, dass sie den Erwerb effektiver kommunikativer Kompetenzen, Teamarbeit, Problemlösungskompetenzen, die Anwendung von IT, Forschungsmethodologie und kritischen Analyseprozess ermöglichen. Die allgemeine Natur dieser Kompetenzen sollte sie befähigen, durch interprofessionelle Ausbildung zu erreichen, wobei ihr Erwerb durch aktivitätsbasierte Erfahrungen durchgeführt werden sollte.

Beurteilung

Die Methoden sollten der Lehr- und Lernstrategie entsprechen, Lernergebnisse erzielen und eine große Bandbreite von Tools umfassen. Die akademische Beurteilung sollte derart konzipiert sein, dass kognitive Kompetenzen entwickelt und geprüft werden, die auf den Praxiskontext Bezug nehmen und die angewendeten Lern- und Lehrmethoden widerspiegeln. Im Normalfall sollten die Methoden Präsentationen und Analysen von Fallbeispielen sowie praxisbezogene Aufgaben, Essays, Projektberichte, klinische Beurteilungen und Prüfungen schriftlicher oder praktischer Natur umfassen. Die Anforderungen eines Studiengangs in Physiotherapie auf Graduate Level sollten im Regelfall eine erweiterte schriftliche Arbeit umfassen, die im Normalfall im letzten Jahr absolviert wird. Sie sollte mit der physiotherapeutischen Praxis im Zusammenhang stehen und systematische Forschung, Analyse und Evaluation umfassen.

Die Beurteilung der Kompetenz zur Ausübung des Berufes sollte in einer Zusammenarbeit von physiotherapeutischen Lektoren und klinischen Ausbilder/Supervisoren bestimmt werden. Die berufliche Eintragung hängt von der Erfüllung der Anforderungen der Universität/Hochschuleinrichtung ab, wozu auch der positive Abschluss einer klinischen Praxis, deren Dauer von den beruflichen und gesetzlichen Körperschaften festgelegt wird, zählt.

Auf die mit dem „Threshold Level“ im Zusammenhang stehenden Standards wird nachstehend genauer eingegangen. Wenngleich nur der „Threshold Level“ spezifiziert wurde, wird anerkannt, dass die Mehrheit der Studenten der Physiotherapie ein Niveau weit über diesem Minimumstandard erreicht. Im Wesentlichen wird die physiotherapeutische Praxis angewendet, und als Folge dessen stehen die spezifizierten Standards in Bezug sowohl zu den theoriebezogenen als auch zu den praktischen Kompetenzen. Auf dem „Threshold Level“ beziehen sich die erforderlichen Standards auf praxisspezifisches Wissen, Verständnis und praktische Fertigkeiten sowie auch auf die Anerkennung der im Konzept der Eigenschaften, die von Absolventen erwartet werden, enthaltenen Schlüsselkompetenzen. Es wird von den Studenten erwartet, jeden einzelnen dieser Standards zu erfüllen. Die Aufnahme von Theorie und Praxis in ein Studium auf Graduate Level stellt sicher, dass die Studenten die gesetzlichen Anforderungen erfüllen.

Definition des Niveaus

Threshold Level: Der Minimumstandard für einen Studenten, der mit einer Qualifikation in Physiotherapie abschließt.

Berufsspezifische Kompetenzen

1. Die Fähigkeit, angemessene physiotherapeutische Beurteilungstechniken anzuwenden
2. Der sichere und wirksame Einsatz therapeutischer Übungen einschließlich Entscheidungsfindung, Zielsetzung und Konzeption der Übungsprogramme
3. Der sichere und wirksame Einsatz der manuellen Therapie bei der Anwendung der Mobilisierung, Manipulation, Massage und Therapietechniken mit Atem
4. Der sichere und wirksame Einsatz der elektrotherapeutischen Maßnahmen bei der Wahl und Anwendung einer Reihe von Maßnahmen auf der Grundlage des therapeutischen Einsatzes von elektrischer und thermischer Energie, von Licht und Schall sowie von Magnetfeldern
5. Ein grundlegendes Verständnis der wissenschaftlichen Vorgangsweise und deren Auswirkungen auf die physiotherapeutische Praxis
6. Ein Verständnis der Rolle der Physiotherapie bei der Prävention von Krankheiten und Verletzungen sowie in der Gesundheitsförderung



Einige dieser Kompetenzen sind nicht in allen europäischen Ländern gesetzlich anerkannt. Die nationalen Organisationen müssen diese separat hervorheben, damit sie in einen Anhang aufgenommen werden können.

Das Benchmark-Statement wurde in allgemeiner Form formuliert, um so Unterstützung bei der Erstellung eines Rahmencurriculums für Programme in der Physiotherapie zu bieten. Dies lässt den Einrichtungen und nationalen Behörden einen Spielraum bei der spezifischen Anwendung.

Allgemeine fördernde Kompetenzen

1. Ein ausreichendes Maß an kommunikativen Kompetenzen, um als Berufsangehöriger sicher und wirksam mit Patienten, Betreuungspersonen und Kollegen zu kommunizieren
2. Durchführung eines Beurteilungsprozesses, der ausreichende Informationen liefert, um Patienten unter Berücksichtigung physischer, psychologischer und kultureller Erfordernisse sicher und wirksam beurteilen zu können
3. Die Fähigkeit, aus dem Beurteilungsprozess ausreichend Informationen zu gewinnen, um unter Anwendung von Problemlösungs- und klinischen Analysekompetenzen einen gezielten sowie sicheren und wirksamen Behandlungsplan mit dem Patienten zu erstellen
4. Durchführung von ausreichenden Evaluierungs- und Forschungsprozessen, um Erkenntnisse zu gewinnen und verfügbare Erkenntnisse anzuwenden, mit dem Ziel, Behandlungsinterventionen sicher und wirksam auszuwählen und zu evaluieren
5. Reflexion und Lernprozess zur Ermittlung persönlicher und beruflicher Ziele für die ständige berufliche Weiterentwicklung und das lebenslange Lernen
6. Die Fähigkeit, Zahlenverständnis und IT-Kompetenzen ausreichend anzuwenden, um Daten in angemessener Weise zu präsentieren, zu verwalten und zu analysieren
7. Ausreichende Kenntnisse über die Anwendung von IT- und Informationsmanagementsystemen für das Führen von Patientenaufzeichnungen
8. Ein ausreichendes Verständnis der Arbeitspraktiken als Einzelperson und im Team, um im Bedarfsfall in beiden Umfeldern arbeiten zu können.

Die wissenschaftliche Grundlage der Physiotherapie

1. Ein Verständnis der Biologie, Physik und Verhaltensforschung in dem Maße, wie sie für die Physiotherapie relevant sind
2. Die Fähigkeit der angemessenen Anwendung dieser Kenntnisse und dieses Verständnisses in einer Reihe von Praxiskontexten
3. Die Fähigkeit der Umsetzung von klinischer Praxis auf der Grundlage von Forschungserkenntnissen

Kontexte der Leistungserbringung

1. Eine Anerkennung der Vielschichtigkeit der Gesundheitssysteme, innerhalb derer die Physiotherapie erbracht wird
2. Ein integriertes Verständnis der ethischen, moralischen und rechtlichen Belange im Zusammenhang mit der physiotherapeutischen Praxis
3. Ein Verständnis des Leistungsrahmens und der Qualitätssicherungsmechanismen innerhalb der physiotherapeutischen Praxis
4. Ein Verständnis der Rolle der anderen Berufe
5. Die Fähigkeit, als Mitglied eines Pflorgeteams zu arbeiten
6. Ein Verständnis der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Faktoren, die eine Auswirkung auf die Gesundheit und die Erbringung von Pflegeleistungen haben

Der gemeinsame Rahmen der Physiotherapie und anderer Berufe im Gesundheitswesen

Die fachspezifischen Statements über die Physiotherapie wurden innerhalb des sich entwickelnden Rahmens für Gesundheitsberufe wie unten ausgeführt gestellt. Wie im Vorwort angedeutet, wurde dieser Rahmen als Ergebnis der von elf verschiedenen Gruppen von Angehörigen des Gesundheitswesens gemeinsam unternommenen Benchmarking-Aktivitäten entwickelt. Es wird erwartet, dass dieser Rahmen während einer zweiten Projektphase weiter entwickelt wird, in welcher ihre Kohärenz mit einer Reihe anderer Benchmark-Statements für Berufe im Bereich Gesundheit und soziale Dienste angesprochen werden wird.

A. Erwartungen an den Angehörigen eines Gesundheitsberufs bei der Leistungserbringung für Patienten/Klienten

In diesem Abschnitt werden die Erwartungen eines eingetragenen Berufsangehörigen im Bereich Gesundheit und soziale Dienste spezifiziert. Er enthält eine Beschreibung, was als minimale Erwartungen an einen Berufsangehörigen angesehen wird, der eine sichere und kompetente Pflegepraxis für Patienten/Klienten in diversen Kontexten des Bereichs Gesundheit und soziale Dienste erbringt.

A1 Berufliche Autonomie und Verantwortung

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Wahrung der Standards und Einhaltung der Anforderungen der beruflichen und gesetzlichen Kontrollbehörden
- Einhaltung der relevanten Verhaltenskodizes
- Verständnis für die rechtlichen und ethischen Verantwortlichkeiten der beruflichen Praxis
- Einhaltung der Prinzipien und Praxis der Patienten-/Klientenvertraulichkeit
- Ausübung des Berufes im Einklang mit der gültigen, auf Angehörige der Gesundheitsberufe anwendbaren Gesetzgebung
- Beachtung der beruflichen Sorgfaltspflicht gegenüber Patienten/Klienten/Betreuungspersonen
- Anerkennung der Verpflichtung, sich beruflich auf dem letzten Stand zu halten, sowie der Notwendigkeit der ständigen beruflichen Weiterentwicklung
- Leistung eines Beitrags zur Entwicklung und Verbreitung von erkenntnisbasierter Praxis innerhalb beruflicher Kontexte
- Eintreten für die Prinzipien und die Praxis der klinischen Governance

A2 Berufliche Beziehungen

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Gegebenenfalls effektive Teilnahme an interprofessionellen und multiinstitutionellen Ansätzen zu Gesundheit und sozialen Diensten

- Anerkennung des beruflichen Tätigkeitsbereichs und gegebenenfalls Durchführung von Überweisungen
- Gegebenenfalls Zusammenarbeit mit anderen Berufsangehörigen im Bereich Gesundheit und soziale Dienste und dem Hilfspersonal sowie mit Patienten/Klienten/Betreuungspersonen zur Maximierung der gesundheitlichen Ergebnisse
- Pflegen von kulturell sensitivierten und die Rechte und besonderen Bedürfnisse respektierenden Beziehungen mit Patienten/Klienten/Betreuungspersonen

A3 Persönliche und berufliche Kompetenzen

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Erbringung einer hochqualitativen patienten-/klientenzentrierten Betreuung
- Ausübung des Berufes auf nicht diskriminierende und nicht unterdrückende Weise
- Anwendung der entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten, um professionelle Urteile unter Anerkennung der Grenzen seiner Praxis zu fällen
- Effiziente Kommunikation mit Patienten/Klienten/Betreuungspersonen und anderen Beteiligten bei der Erbringung der Betreuung
- Unterstützung anderer Angehöriger von Gesundheitsberufen, Hilfspersonal und Patienten/Klienten/Betreuungspersonen bei der Maximierung der gesundheitlichen Ergebnisse
- Prioritätensetzung bei der Arbeit und effizientes Zeitmanagement
- Teilnahme an selbstgesteuertem, die berufliche Entwicklung förderndem Lernen
- Ausübung des Berufes mit einem angemessenen Maß an Selbstschutz
- Leistung eines Beitrags zum Wohlbefinden und zur Sicherheit aller Personen am Arbeitsplatz

A4 Beruf und Arbeitgeberkontext

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Verständnis seiner Rolle bei der Erbringung von Leistungen auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste
- Verständnis für die Regierungspolitiken bezüglich der Leistungserbringung auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste
- Übernahme von Verantwortung für seine eigene berufliche Entwicklung
- Anerkennung des Wertes der Forschung und anderer wissenschaftlicher Aktivitäten in Bezug auf die Entwicklung des Berufs und der Patienten-/Klientenpflege



Die Europäische Region des WCPT ist sich der Bedeutung der guten Verteilung von Berufsangehörigen im Einklang mit den wahren Bedürfnissen jedes einzelnen Mitgliedstaates bewusst, um eine adäquate Versorgung mit Physiotherapeuten auf nationaler Ebene sicherzustellen. In jedem einzelnen Mitgliedstaat sollten Personalplanungsstrategien für Physiotherapeuten festgelegt werden.

B. Die Anwendung von Fertigkeiten zum Schutz, zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens

Alle Angehörigen der Gesundheitsberufe nutzen das mit ihrem speziellen Berufszweig assoziierte Wissen und Verständnis. Dieses wird in Theorie und Praxis erworben. Es bildet die Grundlage für die berufliche Entscheidungsfindung und für Urteile über den Einsatz einer Reihe entsprechender Kompetenzen und Verhaltensweisen in der Praxis mit dem Ziel, die Bedürfnisse sowohl von Einzelkunden/-patienten als auch von Gruppen, Gemeinden und der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Landes zu decken. Diese Entscheidungen und Urteile werden vor dem Hintergrund beträchtlicher Unterschiede hinsichtlich Sachlage, Umfeld und Charakteristika der Bedürfnisse von Klienten/Patienten auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste getroffen. Dabei müssen oft Unsicherheiten und Veränderungen der Strukturen und Mechanismen der Leistungserbringung auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste Berücksichtigung finden.

Die seriöse berufliche Praxis ist im Wesentlichen ein Problemlösungsprozess und ist durch vier Hauptphasen gekennzeichnet:

- Identifikation und analytische Beurteilung der Bedürfnisse auf dem Gebiet Gesundheit und soziale Dienste
- Formulierung von Plänen und Strategien zur Deckung von Bedürfnissen auf dem Gebiet Gesundheit und soziale Dienste
- Durchführung angemessener Aktivitäten hinsichtlich Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung/Pflege/Diagnose/Therapie und Setzen entsprechender Prioritäten
- Kritische Evaluierung der Auswirkungen von bzw. der Reaktion auf diese Aktivitäten

B1 Identifikation und Beurteilung der Bedürfnisse auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Sammlung relevanter Informationen aus vielerlei Quellen einschließlich elektronischer Daten
- Annahme systematischer Ansätze zur Analyse und Evaluation der gesammelten Informationen
- Effiziente Kommunikation mit Klienten/Patienten (samt Verwandten/Betreuungspersonen), Gruppen/Gemeinden/der Bevölkerung über ihre Bedürfnisse auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste
- Anwendung einer Reihe von der Situation entsprechenden Beurteilungsmethoden sowie die vorläufige Identifikation der relevanten Determinanten für Gesundheit sowie physische, psychologische, soziale und kulturelle Bedürfnisse/Probleme
- Anerkennung des Stellenwerts und Beitrags seiner Beurteilung innerhalb des gesamten Gesundheitspflegeprofils/-pakets durch effiziente Kommunikation mit anderen Mitgliedern des Teams für Gesundheit und soziale Dienste

B2 Formulierung von Plänen und Strategien zur Deckung von Bedürfnissen auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Arbeit mit Klienten/Patienten (und ihren Verwandten/Betreuungspersonen), Gruppen/Gemeinschaften/der Bevölkerung mit dem Ziel, die Reihe von fachgerechten/durchführbaren/annehmbaren Aktivitäten zu analysieren, einschließlich der Überweisung an andere Mitglieder des Teams und der Stellen für Gesundheit und soziale Dienste
- Pflegeplanung innerhalb des Kontextes des holistischen Gesundheitsmanagements und der Beiträge anderer
- Nutzung der Analyse- und Problemlösungskompetenz, um Urteile/Entscheidungen bei der Priorisierung von Handlungen zu treffen
- Formulierung spezifischer Managementpläne zur Erfüllung der Bedürfnisse bzw. Lösung von Problemen, wobei dafür Zeitrahmen aufgestellt und begrenzte Ressourcen berücksichtigt werden
- Aufzeichnung der getroffenen beruflichen Urteile und Entscheidungen
- Schaffung einer Synthese von Theorie und Praxis

B3 Praxis

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Fachkundige Durchführung angemessener Aktivitäten im Einklang mit vorbildlicher/erkenntnisbasierter Praxis (best/evidence-based practice)
- Leistung eines Beitrags zur Förderung der sozialen Eingliederung
- Kontrolle und Überprüfung der laufenden Effektivität der geplanten Aktivität
- Fachgerechte Involvierung von Klienten/Patienten/Mitgliedern von Gruppen/Gemeinschaften/der Bevölkerung in die laufende Effektivität der Pläne
- Fachgerechtes Führen von Aufzeichnungen
- Vermittlung von Fähigkeiten an andere Berufsangehörige mit dem Ziel, Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Individuen und Gruppen zu nehmen
- Motivierung von Einzelpersonen und Gruppen mit dem Ziel, das Bewusstsein, Lernen und Verhalten im Hinblick auf ein gesundes Leben zu verbessern
- Erkennung der Möglichkeiten zur Beeinflussung der Gesundheits- und Sozialpolitiken und -praktiken

B4 Evaluierung

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Kritische Messung und Evaluierung der Ergebnisse der beruflichen Aktivitäten
- Reflexion über die Praxis und deren Überprüfung
- Teilnahme an Audits und anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Leistung von Beiträgen zu Risikomanagementaktivitäten

C. Kenntnisse, Verständnis und Kompetenzen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe

Die Aus- und Weiterbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen basiert auf einer Reihe fundierter wissenschaftlicher Disziplinen, die unterstützendes Wissen und Verständnis beitragen. Jeder Gesundheitsberuf nutzt diese Disziplinen auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Ausmaß, um so die Anforderungen der jeweiligen Spezialisierung zu erfüllen. Die Kontextualisierung der Kenntnisse, des Verständnisses und der Kompetenzen ist charakteristisch für das Lernen in den spezifischen gesundheitspflegerischen Programmen. Folglich werden im einleitenden Abschnitt die vom Studenten erwarteten Eigenschaften und Fertigkeiten auf verallgemeinerte Weise ausgedrückt.

C1 Kenntnisse und Verständnis

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- Ein Verständnis der Schlüsselkonzepte der Disziplinen, die die Aus- und Weiterbildung aller Angehörigen von Gesundheitsberufen fördern, sowie detaillierte Kenntnisse einiger davon. Letztere umfassen ein breites Verständnis der folgenden Aspekte:
 - der Struktur und Funktionsweise des menschlichen Körpers einschließlich Kenntnis der Funktionsstörungen und Pathologie;
 - des die Gesundheit und soziale Dienste betreffenden Weltbilds und der entsprechenden Politik sowie deren Umsetzung in eine ethische und erkenntnisbasierte Praxis;
 - der Bedeutung der Sozialwissenschaften und Psychologie für Gesundheit und Gesundheitspflege;
 - der Rolle der Praktiker im Gesundheitswesen bei der Förderung von Gesundheit und Gesundheitserziehung;
 - der Gesetzgebung sowie der beruflichen und gesetzlichen Verhaltenskodizes mit einem Einfluss auf die Berufsausübung auf dem Gebiet Gesundheit und soziale Dienste.

C2 Kompetenzen

Sammlung von Informationen

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- die Fähigkeit, Erkenntnisse und Informationen aus mannigfachen Quellen zu sammeln und evaluieren;
- die Fähigkeit, Forschungsmethoden zur Sammlung und Interpretation von Daten anzuwenden mit dem Ziel, Informationen zu erhalten, die für die Berufsausübung Erkenntnisse oder sonstige Nutzen bringen.

Problemlösung

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- logisches und systematisches Denken;
- die Fähigkeit, logische Schlüsse zu ziehen und nachhaltige Urteile zu fällen.

Kommunikation

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- effektive Kompetenzen bei der Weitergabe von Informationen, Ratschläge und Anweisungen sowie von berufsbezogenen Meinungen an Kollegen, Patienten, Klienten, deren Verwandte und Betreuungspersonen, sowie gegebenenfalls an Kollegen- oder Klientengruppen.



Die Europäische Region des WCPT hat immer schon die Tatsache anerkannt, dass es für eine effektive Ausübung der Physiotherapie und für die Kommunikation mit den Patienten/Klienten wesentlich ist, über Sprachkenntnisse zu verfügen. Diese Ansicht stützt sich auch auf Vorschläge der Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, KOM(2002) 119 endg., wonach von Personen, deren Berufsqualifikation anerkannt wird, erwartet wird, dass sie über die Sprachkenntnisse verfügen, die für die Ausübung ihrer Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedstaat erforderlich sind.

Zahlenverständnis

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- die Fähigkeit, numerische Daten zu verstehen, zu nutzen, zu interpretieren und zu präsentieren.

Informationstechnologie

Der Diplominhaber sollte folgende Fähigkeiten aufweisen:

- die Fähigkeit des Einsatzes von Technologie, insbesondere die effektive und effiziente Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie.



Liste der offiziellen Begriffe zur Bezeichnung des Berufs in den einzelnen Ländern der Mitgliedsorganisationen der Europäischen Region des WCPT

Bei der Berufsbezeichnung und -titulierung Beschreibung der Berufspraxis bestehen Unterschiede; sie stehen vor allem in Abhängigkeit zu den historischen Wurzeln des Berufs in jedem einzelnen Land.

In Europa sind die am häufigsten verwendeten Bezeichnungen und Titulierungen „Physiotherapeut“ und „Physiotherapie“. Aus diesem Grund werden in diesem Dokument „Physiotherapeut“ und „Physiotherapie“ verwendet, können jedoch von den Mitgliedsorganisationen des WCPT durch jene Termini ersetzt werden, die von ihnen und ihren Mitgliedern im jeweiligen Land offiziell verwendet werden, ohne dass sich dadurch irgendeine Bedeutungsänderung des Dokuments ergäbe.

LAND	BERUFSTITULIERUNG	BERUFSBEZEICHNUNG
BELGIEN	Kinesitherapeute	Kinesitherapeute
BULGARIEN	<i>Кинезитерапия</i> (Physiotherapie)	<i>Кинезитерапевт и Рехабилитатор</i> (Physiotherapeut – mit abgeschlossenem 4-jährigem Universitätsstudium; oder Rehabilitator – mit abgeschlossenem 3-jährigem Universitätsstudium)
DÄNEMARK	<i>Fysioterapi</i>	<i>Fysioterapeut</i>
DEUTSCHLAND	<i>Physiotherapeutin oder Physiotherapeut</i>	A. kein akademischer Grad B. „Bachelor of Sciences“ in Physiotherapie „Bachelor of Arts“ in Physiotherapie „Master of Science“ (Physiotherapy) Diplom-Physiotherapeut
ESTLAND	<i>FÜSIOTERAAPIE</i>	<i>FÜSIOTERAPEUT</i>
FINNLAND	<i>Fysioterapia</i>	<i>Fysioterapeutti</i>
GRIECHENLAND	Physiotherapie	Physiotherapeut
IRLAND	Physiotherapie	Physiotherapeut
ISLAND	<i>Sjúkrabjálfari</i> (Physiotherapie)	<i>Sjúkrabjálfari</i> (Physiotherapeut)
ITALIEN	<i>Fisioterapista</i>	<i>Laureato in Fisioterapia</i>
KROATIEN	<i>Fizikalna terapija</i> oder <i>Fizioterapija</i> (Physikalische Therapie oder	<i>Fizioterapeutski tehničar</i> (mit abgeschlossener Sekundarschule)

	Physiotherapie)	und <i>Viši fizioterapeut</i> (mit abgeschlossenem Hochschulstudium)
LETTLAND	<i>Fysioterapeits</i>	n.v.
LIBANON	Physiotherapie	Physiotherapeut
LIECHTENSTEIN	Physiotherapeut/ Physiotherapeutin	Physiotherapie
LUXEMBURG	<i>Kinésithérapeute</i>	<i>Masseur-kinésithérapeute dipl.</i>
NIEDERLANDE	<i>Fysiotherapeut</i>	<i>Fysiotherapeut</i>
NORWEGEN	<i>Fysiotherapeut</i>	<i>Fysiotherapeut</i>
ÖSTERREICH	<i>Physiotherapie</i>	<i>Diplomierter Physiotherapeut / Diplomierte [Physiotherapeutin]</i>
POLEN	<i>Fizjoterapie</i>	<i>Fizjoterapeuta</i>
PORTUGAL	<i>Fisioterapia</i>	<i>Fisioterapeuta</i>
RUMÄNIEN	<i>Kinetoterapie</i>	<i>Kinetoterapeut</i>
SCHWEDEN	<i>Sjukgymnastik</i>	<i>Sjukgymnast</i>
SCHWEIZ	Diplomierte/r Physiotherapeut/in	Diplomierte/r Physiotherapeut/in
SERBIEN- MONTENEGRO	<i>Fizikalna Terapija</i>	<i>Fizioterapeut</i>
SPANIEN	<i>Fisioterapia</i>	<i>Diplomado Universitario en Fisioterapia – Fisioterapeuta</i>
TSCHECHISCHE REPUBLIK	<i>Fyzioterapie</i>	<i>Fyzioterapeut</i>
TÜRKEI	<i>Fizyoterapi</i>	<i>Fizyoterapist</i>
UNGARN	Physiotherapie	Physiotherapeut
VEREINIGTES KÖNIGREICH	<i>Physiotherapy</i>	<i>Physiotherapist</i>
ZYPERN	Physiotherapie	Physiotherapeut

Verwendete Abkürzung:

n.v. = nicht verfügbar



Beschreibung der Physiotherapie 1999

Zweck der Beschreibung

Die Existenz des WCPT zeigt die internationale Dimension der Ausübung der Physiotherapie. Die Unterschiedlichkeit ihrer Mitgliedsorganisationen veranschaulicht die Vielfalt der Bedürfnisse und Zusammenhänge der Erbringung von Gesundheitsleistungen im gesamten Verband.

Als Reaktion auf einen Antrag der 13. Generalversammlung zur Entwicklung einer Beschreibung der Physiotherapie leitete der WCPT eine Konsultationsphase mit der Absicht ein, eine Grundlage zu liefern, auf der die Mitgliedsorganisationen in den unterschiedlichsten Teilen der Erde eine an ihre Bedürfnisse angepasste Beschreibung der Physiotherapie aufbauen konnten.

Das Ziel des WCPT liegt darin, die Mitgliedsorganisationen zu unterstützen, und nicht darin, sie zu stereotypisieren. In diesem Geist wurde die Beschreibung der Physiotherapie als Reaktion auf die durch die Mitglieder ausgedrückten Bedürfnisse erstellt. Sie ist eher als Positionserklärung denn als Prinzipienerklärung gedacht; aus diesem Grunde ist sie offen gestaltet und kann voll oder teilweise angenommen oder auch weiterentwickelt werden, um die sich wandelnden beruflichen Erfordernisse zu berücksichtigen. Die neuesten Forschungsarbeiten liefern weitere Erkenntnisse, auf deren Grundlage die zukünftige Praxis aufbauen kann. Dies wird nirgendwo offensichtlicher als in unserem Verständnis der menschlichen Bewegung, die im Mittelpunkt der Fähigkeiten und Kenntnisse des Physiotherapeuten steht. Fest steht, dass der einzigartige Beitrag, den die Physiotherapie zur Gesundheitspflege im nächsten Millennium leisten kann, noch umfassend definiert werden muss. Dieses Statement wird als Grundlage präsentiert, auf der aufbauend in weiterer Folge Überarbeitungen der Beschreibung als Reaktion auf die Entwicklung der Kenntnisse auf dem Gebiet der Physiotherapie sowie als Reaktion des Berufes auf die sich verändernden Gesundheitsbedürfnisse der Gesellschaft durchgeführt werden können.

Inhaltsverzeichnis

1. Inhalt der Physiotherapie

1.1 Das Wesen der Physiotherapie

1.2 Das Wesen des physiotherapeutischen Prozesses

2 Orte der Ausübung der Physiotherapie

- 2.1 Der Umfang der physiotherapeutischen Leistungen
- 2.2 Umfeld, innerhalb welcher die Physiotherapie ausgeübt wird

3. Merkmale der Physiotherapie

- 3.1 Der Kenntnis und Praxis der Physiotherapie zugrundeliegende Annahmen

4. Standortbestimmungen

- 4.1 Prinzipien zur Unterstützung der Beschreibung der Physiotherapie

Anmerkung:

Bei der Berufsbezeichnung und -titulierung zur Beschreibung der Berufspraxis bestehen Unterschiede; sie stehen vor allem in Abhängigkeit zu den historischen Wurzeln des Berufs in jedem einzelnen Land mit einer WCPT-Mitgliedsorganisation.

Die am häufigsten verwendeten Bezeichnungen und Titulierungen sind „Physiotherapeut“ bzw. „physikalischer Therapeut“ und „Physiotherapie“ bzw. „physikalische Therapie“. In diesem Dokument werden „Physiotherapeut“ und „Physiotherapie“ verwendet, können jedoch von den Mitgliedsorganisationen des WCPT durch jene Termini ersetzt werden, die von ihnen und ihren Mitgliedern im jeweiligen Land offiziell verwendet werden, ohne dass sich dadurch irgendeine Bedeutungsänderung des Dokuments ergäbe.

1 Inhalt der Physiotherapie

1.1 Das Wesen der Physiotherapie

Die Physiotherapie erbringt Leistungen für Einzelpersonen und die Bevölkerung insgesamt mit dem Ziel, ein Maximum an Bewegungsfähigkeit und funktionalen Fähigkeiten in allen Lebensabschnitten zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Bei der Physiotherapie werden Leistungen auch in Situationen erbracht, wo die Bewegungs- und körperliche Leistungsfähigkeit durch den Alterungsprozess oder durch Verletzungen oder Erkrankungen bedroht sind. Die volle und funktionale Bewegungsfähigkeit sind der Kern dessen, was es bedeutet, gesund zu sein.

Die Physiotherapie beschäftigt sich mit der Identifikation und Maximierung von Bewegungspotenzialen im Bereich der Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation. Bei der Physiotherapie kommt es im Rahmen eines Beurteilungsprozesses von Bewegungspotenzial sowie der Festlegung von vereinbarten Zielen unter Anwendung der den Physiotherapeuten eigenen Fähigkeiten und Kenntnissen zu einer Interaktion zwischen dem Physiotherapeuten, Patienten oder Klienten, Familienangehörigen und Betreuungspersonen.

Die für die Physiotherapeuten typische Sicht des Körpers und seiner Bewegungsbedürfnisse sowie seines Bewegungspotenzials ist für die Erstellung einer Diagnose

und Bestimmung einer Interventionsstrategie von zentraler Bedeutung und ist einheitlich und unabhängig vom Umfeld, in dem der Beruf ausgeübt wird. Diese Umfelder variieren je nachdem, ob die Physiotherapie auf Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung oder Rehabilitation abzielt.

1.2 Das Wesen des physiotherapeutischen Prozesses

Die Physiotherapie ist eine Leistung, die nur von einem – bzw. unter der Leitung und Aufsicht eines – Physiotherapeuten erbracht werden kann, und beinhaltet die Befundung, Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation.

Die Befundung umfasst sowohl die Untersuchung von Einzelpersonen oder Gruppen mit tatsächlichen oder potenziellen Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen, Behinderungen oder anderen Symptomen durch Aufnahme der Anamnese, Screening, die Anwendung spezifischer Tests und Maßnahmen als auch die Evaluierung der Untersuchungsergebnisse durch Analyse und Synthese innerhalb eines klinischen Analyseprozesses.

Die Diagnose ergibt sich aus der Untersuchung und Evaluierung und stellt das Ergebnis des Analyseprozesses dar. Sie kann in bezug auf die Bewegungsdysfunktion ausgedrückt werden bzw. Klassen von Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen, Fähigkeiten/Behinderungen oder Syndrome umfassen.

Die Planung beginnt mit der Bestimmung der Notwendigkeit einer Intervention und führt im Regelfall zur Entwicklung eines Interventionsplans, einschließlich messbarer Ergebnisziele, die im Zusammenwirken mit dem Patienten/Klienten, Familienangehörigen oder der Betreuungsperson ausgehandelt werden. Alternativ dazu kann sie auch in Fällen, für welche die physikalische Therapie nicht angemessen ist, zu einer Überweisung zu einer anderen Stelle führen.

Die Intervention wird durchgeführt bzw. modifiziert, um die vereinbarten Ziele zu erreichen, und kann Folgendes einschließen: manuelle Therapie, Verbesserung der Bewegungsabläufe, physikalische, elektrotherapeutische und mechanische Mittel, funktionelles Training, Bereitstellung von Behelfen, patientenspezifische Anweisungen und Beratung, Dokumentation und Koordination, sowie Kommunikation. Die Intervention kann auch auf die Prävention von Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Verletzungen abzielen, einschließlich der Förderung und der Erhaltung der Gesundheit, Lebensqualität und Fitness für alle Alters- und Bevölkerungsgruppen.

Die Evaluierung erfordert eine Nachuntersuchung, um so die Ergebnisse auswerten zu können.

2 Orte der Ausübung der Physiotherapie

2.1 Der Umfang der physiotherapeutischen Leistungen

Die Physiotherapie stellt einen wesentlichen Bestandteil des Leistungssystems im Gesundheitswesen dar. Die Physiotherapeuten praktizieren unabhängig von anderen Anbietern von Gesundheitsdiensten sowie auch innerhalb interdisziplinärer Rehabilitations-/Habitationsprogrammen zur Wiederherstellung der optimalen Funktion und Leistungsfähigkeit von Individuen mit Bewegungsverlust und -störungen. Die Physiotherapeuten halten sich an ihren berufsspezifischen Kodex ethischer Prinzipien. Demzufolge können sie mit einem der folgenden Aufgaben betraut sein:

- Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Individuen und der breiten Öffentlichkeit/Gesellschaft
- Prävention von Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen und Behinderungen von Individuen, die aufgrund von gesundheitsspezifischen oder medizinischen Faktoren, sozioökonomischen Stressoren und den mit der Lebensweise zusammenhängenden Faktoren gefährdet sind, unter verändertem Bewegungsverhalten zu leiden
- Durchführung von Interventionen zur Wiederherstellung der Integrität der für die Bewegung wesentlichen Körpersysteme, zur Maximierung der Funktionen und Rekonvaleszenz, Minimierung der Arbeitsunfähigkeit und Erhöhung der Lebensqualität von Individuen und Gruppen von Individuen mit verändertem Bewegungsverhalten als Folge von Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen und Behinderungen

2.2 Umfeld, innerhalb welcher die Physiotherapie ausgeübt wird

Die Physiotherapie wird in einer Vielzahl von Umfeldern ausgeübt, die es ihr alle ermöglichen, ihre Aufgabe zu erfüllen.

Behandlung und **Rehabilitation** finden im Normalfall in Gemeinschafts- und Akutpflegeumfeldern statt. Dazu gehören u.a.:

Hospize

Spitäler

Pflegeheime

Rehabilitationszentren/Wohnheime

Eigene Praxis des Physiotherapeuten/Praxis/Privatklinik

Ambulanzen

Gemeinschaftsumfelder: Gesundheitszentren: Einzelwohnungen: Umfeld vor Ort
Ausbildungs- und Forschungszentren

Prävention und **Gesundheitsförderung** finden eher in den folgenden Umfeldern statt, wenngleich sie auch oft einen integralen Bestandteil der innerhalb anderer Pflegeumfelder angebotenen Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen bilden.

Fitnesszentren/Gesundheitszentren/Kurorte

Arbeitsmedizinische Zentren
Schulen
Seniorenwohnheime
Sportzentren
Arbeitsplatz/Betriebe
Öffentliche Umfelder (z.B. Einkaufszentren) zum Zwecke der Gesundheitsförderung

3 Merkmale der Physiotherapie

3.1 Der Kenntnis und Praxis der Physiotherapie zugrundeliegende Annahmen

Die folgenden Annahmen sind in diese Beschreibung integriert und spiegeln die zentralen Aufgabenbereiche der Physiotherapie wider.

Bewegung

Die Bewegungsfähigkeit stellt ein wesentliches Element der Gesundheit und des Wohlbefindens dar. Sie steht in Abhängigkeit zur integrierten und koordinierten Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers auf mehreren unterschiedlichen Ebenen. Bewegung ist zielgerichtet und wird durch innere und äußere Faktoren beeinflusst. Die Physiotherapie orientiert sich an den Bewegungsbedürfnissen und am Bewegungspotenzial des Individuums.

Menschen

Menschen haben die Fähigkeit der Veränderung als Ergebnis ihrer Reaktionen auf physische, psychologische, soziale und umweltbedingte Faktoren. Körper, Seele und Geist tragen zur Selbstsicht der Individuen bei und befähigen sie, ein Bewusstsein ihrer eigenen Bewegungsbedürfnisse und -ziele zu entwickeln. Ethische Prinzipien verlangen vom Physiotherapeuten die Anerkennung der Autonomie des Patienten oder seines Erziehungsberechtigten, der ihn aufsucht, um seine Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Interaktion

Die Interaktion zielt darauf ab, ein gegenseitiges Verständnis zwischen dem Physiotherapeuten und Patienten/Klienten/Familie oder Betreuungsperson aufzubauen. Sie stellt einen integralen Bestandteil der Physiotherapie dar.

Die Interaktion ist eine Voraussetzung für eine positive Veränderung des Körperbewusstseins und des Bewegungsverhaltens, die zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens beitragen könnte.

Im Zuge der Interaktion kommt es bei der Feststellung der Bedürfnisse und Formulierung der Ziele für eine physiotherapeutische Intervention häufig zu einer Zusammenarbeit zwischen interdisziplinären Teams, und es wird anerkannt, dass die Patienten/Klienten/Familienmitglieder und Betreuungspersonen aktive Teilnehmer an diesem Prozess sind.

Berufliche Autonomie

Im Rahmen ihrer Berufsausbildung werden Physiotherapeuten auf Autonomie in ihrer Berufspraxis vorbereitet. Für die einzelnen Physiotherapeuten ist die berufliche Autonomie möglich, wenn sie ihre Praxis mit Patienten/Klienten/Familienmitgliedern und Betreuungspersonen mit dem Ziel ausüben, eine Diagnose zu erzielen, die in Folge als Orientierung für ihre physiotherapeutischen Interventionen dient.

Diagnose

Auf dem Gebiet der Physiotherapie ist die Diagnose das Ergebnis eines klinischen Analyseprozesses, der zur Feststellung bestehender oder potenzieller Beeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen und Fähigkeiten/Behinderungen führt.

Der Zweck der Diagnose liegt darin, die Physiotherapeuten bei der Erstellung einer Prognose, der Ermittlung der geeignetsten Interventionsstrategien für die Patienten/Klienten und dem Austausch von Informationen zu leiten.

Bei der Durchführung des Diagnoseprozesses müssen die Physiotherapeuten in manchen Fällen zusätzliche Informationen von anderen Spezialisten einholen.

Wenn im Rahmen des Diagnoseprozesses Erkenntnisse erzielt werden, die nicht in den Bereich der Kenntnisse, Erfahrungen oder des Know-how des Physiotherapeuten fallen, überweist er den Patienten/Klienten zu einem anderen geeigneten Praktiker.

4 Standortbestimmung

4.1 Prinzipien zur Unterstützung der Beschreibung der Physiotherapie

Um die zugrundeliegenden Werte, auf welchen diese internationale Beschreibung der Physiotherapie aufbaut, explizit zu machen, ist im Folgenden eine Liste der Prinzipien angeführt, welche der WCPT als wichtig anerkennt.

Der WCPT vertritt die Auffassung, dass eine Beschreibung

- die Geschichte und Wurzeln des Berufs respektieren und anerkennen muss,
- auf der Realität der aktuellen Praxis und den ständig zunehmenden Forschungsergebnissen aufbauen muss,
- Unterschiede aufgrund von Kulturen, Werten und Glaubensrichtungen, Gesundheitsbedürfnissen der Individuen und Gesellschaften sowie Strukturen der Gesundheitssysteme weltweit berücksichtigen muss,
- eine weithin verstandene und adäquat definierte Terminologie anwenden muss,
- international gültige Modelle und Definitionen (wie die Definition von Gesundheit der World Health Organisation) anerkennen muss,

- die laufende Entwicklung und den weiteren Aufbau des Berufes sowie die Feststellung des einzigartigen von der Physiotherapie geleisteten Beitrags unterstützen muss,
- die Bedeutung der Bewegungswissenschaften im Rahmen der physiotherapeutischen Curricula auf allen Niveaus anerkennen muss,
- die Notwendigkeit berücksichtigen muss, dass die Praxis möglichst erkenntnisbasiert sein muss,
- die Wechselwirkung von Praxis, Forschung und Ausbildung innerhalb des Berufs anerkennen muss,
- die Notwendigkeit anerkennen muss, dass die Beschreibung ständig in dem Maße zu überprüfen ist, wie sich der Beruf als Reaktion auf die sich wandelnden Gesundheitsbedürfnisse der Gesellschaft und auf die Entwicklung des Wissensstandes in der Physiotherapie verändert,
- antizipieren muss, dass sich durch die Nutzung dieses Dokuments zur Unterstützung der Curricula-Entwicklung und der Ermittlung von neuen Forschungsgebieten Arbeit ergeben wird.

BIBLIOGRAPHIE:

American Physical Therapy Association: Guide to Physical Therapist Practice, *Physical Therapy*. 77, November 1997

Cott CA, Finch E, Gasner D, Yoshida K, Thomas SG, Verrier MC(1995): The Movement Continuum of Physical Therapy, *Physiotherapy Canada* 47:87-95

Higgs J, Jones M (Hsg.)(1995): *Clinical Reasoning in the Health Professions*, Butterworth-Heinemann, Oxford

Standing Liaison Committee of Physiotherapists in the European Union: *The Practice of Physiotherapy in the European Union*, 1996

Tornebohm H(1991): What is worth knowing in Occupational therapy? *American Journal of Occupational Therapy*, Vol.45 No.5 S. 451-454

World Health Organisation (WHO): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap*, 1980

Begriffsbestimmungen

Allgemeine fördernde Kompetenzen

Kompetenzen zur Verbesserung der Gesundheit, die allen Berufen gemeinsam sind.

Benchmark-Statement

Eine unter der Schirmherrschaft der QAA unternommene Initiative zur Beschreibung des Wesens und der Charakteristika von Hochschulprogrammen auf einem Fachgebiet, im Rahmen derer die allgemeinen Erwartungen betreffend Standards für eine Verleihung von Diplomen auf einer bestimmten Stufe festgehalten und die Merkmale und Fähigkeiten spezifiziert werden, welche die Inhaber derartiger Diplome aufweisen sollten. Auf dem Gebiet der Physiotherapie wurde ein Benchmark-Statement entwickelt, das Querverweise zu einem gemeinsamen Rahmen für die Gesundheitsberufe enthält (QAA, 2001a).

Berufliche Autonomie

Die Befähigung, Entscheidungen über das Management von Patienten/Klienten auf der Grundlage der eigenen berufsspezifischen Kenntnisse und Erfahrungen zu treffen.

Berufsübergreifende Grenzen

Rollenteilung von zwei oder mehreren Berufen im Gesundheitswesen.

Betreuung für Studenten und Kollegen

Struktur/System von Personen mit einem reichen Erfahrungsschatz, an die man sich wenden kann, um Beratung und Orientierung zu erhalten.

Befundung

Die zur Erstellung einer klinischen Diagnose und eines Managementplans notwendige Sammlung von Informationen über den Zustand des Patienten unter Berücksichtigung der vollen Bandbreite der relevanten kontextuellen Faktoren (*Strokes*, 1998).

Erkenntnisbasierte Praxis (evidence-based practice)

Eine Verpflichtung, die besten verfügbaren Erkenntnisse zu nutzen, um zur Entscheidungsfindung über die Pflege von Individuen beizutragen, wobei berufsspezifische Urteile einzelner Berufsangehöriger mit durch systematische Forschung erzielten Erkenntnisse verknüpft werden.

Erstkontakt („First-contact practitioner“)

Berufsangehöriger, den der Patient/Klient direkt als erste Anlaufstelle kontaktieren kann.

Evaluierung

Überprüfung und Beurteilung der Pflegequalität zur Ermittlung von verbesserungswürdigen Bereichen.

Gesetzliche Anforderungen

Rechtlich festgelegte Kernkompetenzen, die als Grundlage für weiterführende Kenntnisse und Module dienen.

Holistisches Gesundheitsmanagement

Das Management des Patienten/Klienten unter Berücksichtigung der biologischen, sozialen und psychologischen Bedürfnisse der Person im Kontext der Erbringung von Gesundheitsleistungen z.B. in der Wohnung, im Spital, in der Ambulanz usw.

Interprofessionell

Zwei oder mehr Berufsangehörige arbeiten in integrierter Form zusammen, was zu neuen Arbeitsmethoden führt.

IT

Informationstechnologie.

Kernkompetenzen

Die grundlegenden vom Physiotherapeuten verlangten Kompetenzen.

Klinischer Analyseprozess

Das mit dem klinischen Entscheidungsfindungsprozess verknüpfte kritische und analytische Denken.

Klinischer Ausbilder

Ein qualifizierter Praktiker, der den Lernprozess der Studenten im Rahmen des praxisbasierten Lernens direkt unterstützt.

Klinische Governance

Eine im Jahr 1998 gestartete Regierungsinitiative zur Erstellung eines Rahmens, durch den die Organisationen des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS, Natio-

nal Health Service) für die ständige Verbesserung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verantwortlich sind.

Klinische Richtlinien

Durch systemische Prozesse entwickelte Statements zur Unterstützung von Praktikern und Individuen bei der Entscheidungsfindung über angemessene Formen der Gesundheitsdienste in besonderen klinischen Bereichen unter Berücksichtigung der individuellen Umstände und Bedürfnisse.

Klinischer Supervisor

Der für die Supervision und Evaluierung der klinischen Fähigkeiten der Studenten, die ein physiotherapeutisches Praktikum absolvieren, ernannte Physiotherapeut, welcher der Hochschuleinrichtung untersteht.

Klinische Wissenschaften

Dazu gehören die physiotherapeutischen Wissenschaften, die medizinischen Wissenschaften sowie andere in der physiotherapeutischen Praxis angewendete Wissenschaften.

Kognitive Kompetenzen

Der Prozess der Problemlösung mithilfe des Denkens und der Analyse.

Lebenslanges Lernen

Der Prozess des ständigen Lernens und der kontinuierlichen Entwicklung, der die ständige berufliche Weiterentwicklung mit einschließt und dem sich in einer Zeit rapider Veränderungen alle Individuen widmen müssen.

Lerntheorien

Etablierte Konzepte über die Förderung des Lernens.

Multidisziplinär

Zusammenarbeit einer oder mehrerer Disziplinen.

Nicht diskriminierende Praxis

Berufspraxis, bei welcher die Individuen, Teams und Organisationen aktiv Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass niemand (einschließlich Patienten, Betreuungspersonen, Kollegen und Studenten) mittelbar oder unmittelbar gegenüber anderen aufgrund ihres Alters, ihrer Hautfarbe, ihrer Weltanschauung, Haft- oder Vorstrafen, ihrer Kultur, einer Behinderung, ihrer ethnischen oder nationalen Herkunft, ihres Geschlechts, ihres Familienstands, ihres körperlichen oder geistigen Gesundheitszustands, ihrer Nationalität, ihrer physischen Erscheinung, ihrer politischen Überzeugung, ihrer Rasse, Religion, Verantwortung für Angehörige,

ihrer sexuellen Identität oder Orientierung oder ihrer gesellschaftlichen Schicht diskriminiert wird noch diskriminiert würde, wäre sie oder er in den selben oder ähnlichen Umständen.

Physiotherapie/Physikalische Therapie

Synonyme Begriffe zur Bezeichnung des Berufs.

Bei der Berufsbezeichnung und -titulierung zur Beschreibung der Berufspraxis bestehen Unterschiede; sie stehen vor allem in Abhängigkeit zu den historischen Wurzeln des Berufs in jedem einzelnen Land.

In Europa sind die am häufigsten verwendeten Bezeichnungen und Titulierungen „Physiotherapeut“ und „Physiotherapie“. Aus diesem Grund werden in diesem Dokument „Physiotherapeut“ und „Physiotherapie“ verwendet, können jedoch von den Mitgliedsorganisationen des WCPT durch jene Termini ersetzt werden, die von ihnen und ihren Mitgliedern im jeweiligen Land offiziell verwendet werden, ohne dass sich dadurch irgendeine Bedeutungsänderung des Dokuments ergäbe.

Problemlösung

Übungen und Prozesse, die es den Studenten ermöglichen, ihre vorhandenen Kenntnisse zu hinterfragen und ihre Lernfähigkeit zu entwickeln, um eine Antwort auf eine Frage oder eine Lösung zu einem dargestellten Problem zu formulieren, wodurch das Lernen des Studenten vertieft werden sollte und auch ihre konzeptionellen und methodologischen Kompetenzen entwickelt werden, was zu einer Verbesserung ihrer Gesamteinstellung zur Berufspraxis führt.

Qualitätssicherung

System anerkannter Verfahren zur Festlegung von Standards einschließlich Verfahren zur Erzielung von Standards.

Rahmen für Gesundheitsberufe

Unter diesem Abschnitt werden die minimalen Erwartungen beschrieben, die für die Erbringung einer sicheren und kompetenten Berufsausübung mit Patienten/Klienten erforderlich und allen eingetragenen Berufsangehörigen im Bereich Gesundheit und soziale Dienste in den unterschiedlichsten Umfeldern gemeinsam sind.

Selbstgesteuertes Lernen

Selbstständiges Lernen, das vom Studenten selbst initiiert wird.

Selbstständige Praktiker

Jene Praktiker, die berufliche Leistungen für Patienten/Klienten direkt und außerhalb des staatlichen Bereichs erbringen.

Ständige berufliche Weiterentwicklung

Ständige berufliche Weiterentwicklung

„Threshold Level“

Der Minimumstandard für einen Studenten, der einen Abschluss in Physiotherapie erlangt.

Verhaltenskodizes

Diese können vom Berufszweig der Physiotherapie selbst aufgestellt werden oder in die nationalen Regelwerke und Gesetze eingebunden sein. Dazu gehören jene ethischen Vorschriften und Prinzipien, die einen obligatorischen Teil der Berufspraxis bilden.

Vorgangsweisen für die Überweisung

Diese sind in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich und werden durch die nationale Gesetzgebung, die nationalen Behörden und die Berufsorganisationen bestimmt.

WCPT

World Confederation for Physical Therapy (Weltverband für Physiotherapie).

**Mitglieder der Arbeitsgruppe Bildung der Europäischen Region des WCPT
2000-2003**

- Antonio Lopes (Portugal) – Vorsitzender
- Marie Donaghy (UK)
- Nina Holten (Dänemark)
- Regina Jetzinger (Österreich)
- Virgilia Anton (Spanien)
- Ildiko Balogh (Ungarn)
- Birgitta Bergman (Schweden)

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Bildung waren für die Entwicklung eines Europäischen Benchmark-Statements verantwortlich.



Mitgliedsorganisationen der Europäischen Region des Weltverbandes für Physiotherapie

BELGIEN

Association des Kinésithérapeutes de Belgique (A.K.B.)

BULGARIEN

Bulgarischer Verband der Heilgymnasten & Rehabilitatoren (B.A.K.R.)

DÄNEMARK

Danske Fysioterapeuter (D.K.)

DEUTSCHLAND

Deutscher Verband für Physiotherapie-Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (Z.V.K.) e.V.

ESTLAND

Estnischer Physiotherapeutenverband (E.K.A.)

FINNLAND

Finnischer Verband der Physiotherapeuten (F.A.P.)

FRANKREICH

Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (F.F.M.K.R.)

GRIECHENLAND

Panhellenischer Physiotherapeutenverband (T.A.)

IRLAND

Irischer Verband der konzessionierten Physiotherapeuten (I.S.C.P.)

ISLAND

Félag Islenskra Sjúkrathjálfara (F.I.S.)

ISRAEL

Israelische Organisation der Physiotherapeuten (I.O.P.)

ITALIEN

Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.F.I.)

KROATIEN

Kroatischer Verband der Physiotherapeuten

LETTLAND

Lettischer Physiotherapeutenverband

LIBANON

Verband der Physiotherapeuten im Libanon (O.P.T.L.)

LIECHTENSTEIN

Physiotherapeuten Verband Fürstentum Liechtenstein (P.V.F.L.)

LITAUEN

Litauischer Physiotherapeutenverband

LUXEMBURG

Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes (A.L.K.)

MALTA

Maltesischer Verband der Physiotherapeuten (M.A.P.)

NIEDERLANDE

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (K.N.G.F.)

NORWEGEN

Norske Fysioterapeuters Forbund (N.F.F.)

ÖSTERREICH

Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

POLEN

Polnischer Verband der Physiotherapie – SP Zoz Zakkad Rehabilitacji

PORTUGAL

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (A.P.F.)

RUMÄNIEN

Rumänischer Verband für Physikalische Therapie (RFPT)

SCHWEDEN

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (L.S.R.)

SCHWEIZ

Fédération Suisse des Physiotherapeutes (F.S.P.)

SERBIEN UND MONTENEGRO

Verband der Physiotherapeuten in Serbien und Montenegro (APTS&Mn)

SLOWENIEN

Slowenischer Verband der Physiotherapeuten (S.A.P.)

SPANIEN

Asociación Española de Fisioterapeutas (A.E.F.)

TSCHECHISCHE REPUBLIK

Union der Physiotherapeuten der Tschechischen Republik

TÜRKEI

Türkische Organisation für Physikalische Therapie (T.P.T.O.)

UNGARN

Verband der ungarischen Physiotherapeuten (A.H.P.)

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Staatlich konzessionierter Verband für Physiotherapie (C.S.P.)

ZYPERN

Zypriotischer Verband der Physiotherapeuten

Weitere Informationen finden Sie auf der Website www.physio-europe.org.