



# Das Berufsprofil des Physiotherapeuten



Königliche niederländische Genossenschaft für Physiotherapie



# Das Berufsprofil des Physiotherapeuten

**Besucheradresse:**

Stadsring 159b, Amersfoort

**Postanschrift:**

Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

E-Mail [hoofdkantoor@kngf.nl](mailto:hoofdkantoor@kngf.nl)

Internet [www.kngf.nl](http://www.kngf.nl)

**Formgebung und Drucksache:**

Drukkerij De Gans, Amersfoort

© 2006 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Alle Rechte vorbehalten.

# Vorwort

Vor Ihnen liegt das Berufsprofil des Physiotherapeuten anno 2005. In diesem Berufsprofil ist der heutige Stand des Fachgebiets beschrieben sowie die benötigten Kompetenzen des Physiotherapeuten herausgearbeitet, so dass die Ausbildungsinstitute Studenten auf das heutige Arbeitsfeld vorbereiten können. Das Berufsprofil anno 2005 ersetzt damit die erste Version des Berufsprofils aus 1998.

Das Fachgebiet Physiotherapie unterliegt einer enormen Entwicklung. Als Bewegungsspezialist hat sich der Physiotherapeut zunehmend professionalisiert. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen nun unverkennbar die positive Wirkung der Physiotherapie. Die Nachfrage nach physiotherapeutischer Expertise nimmt zu und der Physiotherapeut spielt eine zunehmend wichtige Rolle in der sich verändernden Gesundheitsfürsorge. Das Experiment mit freien Tarifen, die Einführung der Diagnose Behandlungskombination (DBC = Diagnose Behandelt Combinatie) und die direkte Zugänglichkeit der Physiotherapie (DTF = Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) seit 1. Januar 2006 sind diesbezüglich explizite Belege. Auch andere mondiale Entwicklungen, wie das Kompetenzmanagement, fordern ihren Platz. Um innerhalb aller schnellen Veränderungen den Zusammenhang des Fachgebiets zu erhalten, ist es wichtig, dass die Beschreibung dem Fachbereich der Physiotherapie adäquat ist, so dass wir einen gemeinsamen Ausgangspunkt haben, um die Physiotherapie innerhalb des Gesundheitswesens zu positionieren. Das Berufsprofil bildet die Basis für viele Ausarbeitungen. Es positioniert die Physiotherapie innerhalb des Gesundheitswesens und bildet den Schlüssel für die Verbindung zwischen Ausbildung und Arbeitsfeld. Für die KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie = Königliche Niederländische Gesellschaft für Physiotherapie) ist das Berufsprofil wichtig, um innerhalb der Berufsgruppe einen Konsens über den Kern des Fachgebiets zu besitzen und um die niederländische Situation mit internationalen Entwicklungen vergleichen zu können. Für die Ausbildungsinstitute ist das Berufsprofil nicht nur wichtig, um die Ausbildung zum Physiotherapeuten zu gestalten, sondern auch für die Gestaltung von Nachschulungen und Fortbildungen der Physiotherapeuten. Für die berufsinhaltlichen Verbände innerhalb des KNGF bildet das Berufsprofil die Basis, um ihre Spezialisierungen in Berufskompetenzprofilen zu entwickeln und zu beschreiben. Sowohl für den Berufsausübenden selbst als auch für den Leitungsgebenden bietet das Berufsprofil Unterstützung für das Aufstellen eines persönlichen Entwicklungsplans, für die Gestaltung der Schulungsbedürfnisse und für die Personalführung. Das Berufsprofil wird der Breite des Arbeitsfeldes gerecht und bietet Raum für Entwicklungen. Auch für externe Parteien ist das Berufsprofil relevant, um die Position des Physiotherapeuten im Gesundheitswesen festlegen zu können.

## Arbeitsweise

Wie auch schon die erste Version ist das aktuelle Berufsprofil, nach welchem sich die Physiotherapieausbildungen ausrichten, in Zusammenarbeit zwischen dem KNGF und dem SROF (Studie Richtings Overleg Fysiotherapie = Studienrichtungsberatung Physiotherapie) entwickelt worden. Für die Entwicklung dieses Berufsprofils wurden zwei Arbeitsgruppen zusammengestellt. Die erste Arbeitsgruppe war für die Entwicklung des Kom-

petenzprofils zuständig. Bevor diese Arbeitsgruppe mit ihrer Aufgabe begann, gab es drei Fachhochschulen, die jeweils ihre eigenen Kompetenzprofile hatten. In der Arbeitsgruppe Kompetenzprofil saßen die drei Autoren dieser Profile. Die zweite Arbeitsgruppe hat sich mit dem Schreiben aller anderen Teile des Berufsprofils beschäftigt. Diese Arbeitsgruppe Berufsprofil war so zusammengestellt, dass ein möglichst breites Spektrum an Fachwissen aus der täglichen Praxis der Physiotherapie vertreten war. Die Arbeitsgruppen haben sich zum Ziel gestellt, ein einfach lesbares Berufsprofil zu schreiben. Ausgangspunkt hierbei war, aus der Selbstständigkeit der Berufsgruppe heraus zu schreiben und sich dabei auf das, was der Physiotherapeut tatsächlich macht zu fokussieren. Produkte und Dienstleistungen des Physiotherapeuten sind hierbei durch wissenschaftliche Fachentwicklung abgesichert. Neben dem Fakt, den inhaltlichen Entwicklungen einen Platz zu geben, wurde der Differenzierung im Kompetenzprofil durch die Beschreibung von Start- und Fortschrittsniveau Gestaltung gegeben. Gleiches gilt auch für die Differenzierung zwischen dem Bachelor- und dem Masterniveau, welche in der Zukunft noch weiter zu gestalten sind. Die Arbeitsgruppe ist sich der Tatsache bewusst, dass die Beschreibung lediglich eine Momentaufnahme der Situation anno 2005 inklusive einer Vorschau darstellt. Während des Schreibprozesses wurden das Kompetenzprofil und das Berufsprofil stets sorgfältig aufeinander abgestimmt. Letztendlich wurde eine Zusammenfassung des Kompetenzprofils in das Berufsprofil (Kapitel 4) aufgenommen. Das vollständige Kompetenzprofil wurde im Juni 2005 von der SROF festgelegt. In der Begleitkommission des Projekts saßen Vertreter der KNGF Leitung, der politischen Kommission des KNGF, der Wissenschaft, von Hochschulen Physiotherapie, des intra- und extramuralen Arbeitsfeldes und die Autoren des Berufsprofils von 1998. Während der Entwicklung sind die Konzepttexte in zwei „internen“ Validierungszusammenkünften vorgelegt und mit einem 60-köpfigen Team von Physiotherapeuten und Vertretern von diversen Instanzen rundum die Physiotherapie besprochen worden. Das Konzept ist zweimal dem Wissenschaftlichen Rat der Physiotherapie, zweimal dem Politikzyklus des KNGF und mindestens einmal jeder Politikkommission des KNGF vorgelegt worden. Schließlich ist das Konzept einer externen Validierungsrunde aus 15 Organisationen, die an Physiotherapie beteiligt sind, darunter die Inspektion des Gesundheitswesens und dem Ministerium des VWS, aber auch der Abordnung der Medizinischen Spezialisten und der Landesweiten Hausarztvereinigung, vorgelegt worden.

## Lesehinweise

Das Berufsprofil beginnt in Kapitel 1 mit einer Beschreibung der Domäne Physiotherapie, als kurze Zusammenfassung der diversen Teile des Berufsprofils.

Kapitel 2 beschreibt die Position der Physiotherapie im Gesundheitswesen.

Kapitel 3 beschreibt das Fachwissen des Physiotherapeuten und dasjenige, was ein Physiotherapeut tatsächlich tut. Kapitel 4 ist eine Zusammenfassung des Kompetenzprofils des Physiotherapeuten. Diese beschreibt die verschiedenen Rollen, die ein Physiotherapeut bei der Ausübung seines Fachs einnimmt und die Kompetenzen, die hierfür nötig sind. Kapitel 5 beschreibt die Organisation des KNGF, die Qualitätssicherung in der Physiotherapie und das Ausbildungskontinuum.

Kapitel 6 ist eine Zusammenfassung der für die Physiotherapie relevanten Gesetzgebung. Kapitel 7 wirft einen Blick auf die Geschichte der Physiotherapie und auf die Entwicklungen in der Zukunft. Kapitel 8 ist eine Wiedergabe der verwendeten Literatur. Zum Schluss gibt Kapitel 9 eine Übersicht der in das Projekt involvierten Personen, welches zu diesem aktualisierten Berufsprofil geführt hat. Für die Lesbarkeit des Textes geben

wir nur die männliche Form an, ohne damit die weiblichen Physiotherapeuten auszuschließen. Das gilt auch für die Patienten: wenn dort „er“ steht, meinen wir selbstverständlich auch die weiblichen Patienten.

Übrigens lesen Sie überall „Patient“. Damit meinen wir auch den Klienten und ggf. den gesetzlichen Vertreter. Auf diese Unterscheidung wurde zugunsten einer besseren Lesbarkeit



Königliche niederländische Genossenschaft für Physiotherapie



# Inhaltsangabe

<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>1 Die Domäne Physiotherapie</b>	<b>5</b>
1.1 Postion im Gesundheitswesen	5
1.2 Der Physiotherapeut: Spezialist für menschliche Bewegung	5
1.3 Zielstellungen physiotherapeutischer Hilfe	5
1.4 Arbeitsweise des Physiotherapeuten	5
1.5 Professionelle und wissenschaftliche Attitüde und Ethik	6
<b>2 Physiotherapie im Gesundheitswesen</b>	<b>7</b>
2.1 Gesundheit und menschliches Bewegen	7
2.2 Gesundheitsfürsorge/-wesen	7
2.3 Physiotherapeutische Hilfe	7
2.4 Abstimmung und Zusammenarbeit	8
<b>3 Entwicklung des Fachwissens</b>	<b>9</b>
3.1 Fachwissen	9
3.2 Methodische Arbeitsweisen	9
3.2.1 Phasen des methodischen Handelns	9
3.2.2 Clinical Reasoning	10
3.3 Aktivitäten	10
3.3.1 Befragung (Anamnese)	10
3.3.2 Tests, Messen und Analysieren	10
3.3.3 Begleiten und Informieren	10
3.3.4 Steuern und Üben	10
3.3.5 Physikalische Therapie im engeren Sinn	10
3.3.6 Manuelle Behandlung	11
3.4 Von der Praxis zur Theorie	11
3.4.1 Theoriebildung	11
3.4.2 Physiotherapeutische Wissenschaft	11
<b>4 Kompetenzprofile des Physiotherapeuten</b>	<b>12</b>
4.1 Das Kompetenzprofil in seinen Grundzügen	12
4.1.1 Reichweite des Profils	12
4.1.2 Berufsrollen	12
4.1.3 Professionalität	12
4.1.4 Kompetenzniveaus	13
4.2 Übersicht der Rollen und Kompetenzen	13
4.2.1 Rollen	13
Hilfeleistender	13
Manager	13
Berufsentwickler	13
4.2.2 Kompetenzen	13
4.3 Normen der Professionalität	13
4.3.1 Umgang mit Arbeit und Aufgaben	13
4.3.2 Umgang mit Anderen	21
4.3.3 Umgang mit dem eigenen Funktionieren	21
<b>5 Organisation, Qualitätssicherung und Ausbildungskontinuum</b>	<b>22</b>
5.1 KNGF	22
5.1.1 Die Struktur	22
5.1.2 Die berufsinhaltlichen Verbände	22
5.1.3 Sichtweise	22
5.2 Qualitätssicherung	22
5.3 Ausbildungen	23
5.4 Erneuerungen im Unterricht	23
5.5 BaMa-Struktur	24

<b>6</b>	<b>Gesetzlicher Rahmen</b>	<b>25</b>
6.1	BIG - Gesetz	25
6.2	BIG-Register	25
6.3	Qualitätsgesetz für Fürsorgeeinrichtungen	25
6.4	Gesetzliche Tarife im Gesundheitswesen	25
6.5	Beschwerderecht (Klachtrecht)	25
6.6	Ordnungsrecht (Tuchtrecht)	25
6.7	Gesetz der medizinischen Behandlungsvereinbarung (WGBO)	25
6.8	Gesetz zum Schutz der Personendaten (WBP)	26
6.9	Berufsethik	26
<b>7</b>	<b>Geschichte, Entwicklung und Zukunft</b>	<b>27</b>
7.1	Geschichte	27
7.2	Entwicklungen und Zukunft	27
7.2.1	Physiotherapeutische Nachfrage	27
7.2.2	Marktwirkung	27
7.2.3	Bewegung und Gesundheit	28
7.2.4	Direkte Zugänglichkeit	28
7.2.5	Arbeitsrelevante Physiotherapie	28
7.2.6	Neue Berufe und Aufgabenverschiebung	28
7.2.7	Transparenz und Benchmarking	28
	<b>Verwendete Literatur</b>	<b>29</b>
	<b>Einbezogene Aktualisierungen im Berufsprofil</b>	<b>30</b>

# Das Berufsprofil des Physiotherapeuten 2005

## 1 Die Domäne Physiotherapie

verzichtet.

### 1.1 Position im Gesundheitswesen

Physiotherapeuten sind sowohl in der extramuralen (eerstelijns = erste Linie) als auch in der intramuralen Gesundheitsfürsorge beschäftigt. In der extramuralen (eerstelijns) Fürsorge arbeiten Physiotherapeuten als Solisten, als Unternehmer oder im Angestelltenverhältnis. In der intramuralen Fürsorge arbeiten Physiotherapeuten hauptsächlich in Krankenhäusern, Rehasentren und Pflegeheimen. Darüber hinaus arbeiten Physiotherapeuten in Betrieben, im Unterricht, in der wissenschaftlichen Forschung und in der Psychiatrie. Von den rund 18.000 in den Niederlanden tätigen Physiotherapeuten arbeiten ungefähr 13.000 extramural und 5.000 intramural. Sie arbeiten multiprofessionell und zusammen in transmuralen Ketten und Netzwerken. Die physiotherapeutische Hilfeleistung wird zur kurativen somatischen Fürsorge gerechnet. Auch auf anderen Gebieten entfalten sich physiotherapeutische Aktivitäten. Die Prävention im Gesundheitssystem hat z.B. in den vergangenen Jahren im Kontext gesunden und verantwortungsvollen Bewegens einen größeren Platz eingenommen. Aktuell finden verschiedene Entwicklungen und Veränderungen im Gesundheitswesen statt. So ist der Physiotherapeut mit Beginn des 1. Januar 2006 unmittelbar zugänglich, d.h. es ist keine Überweisung mehr notwendig. Diese direkte Zugänglichkeit passt zu den Auffassungen über eine Aufgabenneuordnung und zu einer effizienten Organisation des Gesundheitswesens.

### 1.2 Der Physiotherapeut: Spezialist für menschliche Bewegung

Physiotherapie ist das Fachgebiet des menschlichen Bewegens: Der Physiotherapeut beschäftigt sich mit der Bewegung von Menschen in ihrer täglichen Umgebung und ihrer gesellschaftlichen Partizipation. Die Physiotherapeutische Fürsorge richtet sich auf die Ursachen von Gesundheitsproblemen und auf die Folgen von Krankheiten und Syndromen mit dem Ziel, die Gesundheit in Bezug auf das Bewegen in Relation zur Partizipation am Zusammenleben zu fördern. Neben der Suche nach Ursachen schenkt der Physiotherapeut der Prävention zunehmend Aufmerksamkeit. Der Physiotherapeut stellt die Bewegungs(un)möglichkeiten des Patienten fest. Er untersucht auf welche Weise die Bewegung stattfindet, um schließlich zu analysieren warum der Patient gerade auf diese Art und Weise bewegt. In der Analyse sucht der Physiotherapeut nach ursächlichen und beeinflussbaren Faktoren, auf deren Basis er in Zusammenarbeit mit dem Patienten die Ziele und den Behandlungsplan aufstellt. Das Ziel der Behandlung ist das Optimieren der Bewegung eines Patienten, ausgehend von seinem Vermögen und innerhalb der vorhandenen Möglichkeiten.

### 1.3 Zielstellungen physiotherapeutischer Hilfe

Bei der Wahl der therapeutischen Zielsetzungen stehen die Bedürfnisse des Patienten zentral. Gesundheitsprobleme und Hilfsfragen im Bezug auf die Bewegung hängen stark mit der individuellen Welt des Patienten zusammen. Der Physiotherapeut strebt danach, die physiotherapeutische Hilfestellung auf die

Hilfsfrage abzustimmen. Hieraus folgen die folgenden spezifischen Zielsetzungen der Physiotherapie:

- Schafft Möglichkeiten für das Verbessern oder das Instandhalten des Partizipationsniveaus des Patienten
- Beugt Hilfsfragen, Gesundheitsproblemen und der Wiederholung der Gesundheitsprobleme auf dem Gebiet der Bewegung vor
- Löst Gesundheitsprobleme (beschrieben in Funktionen, Aktivitäten und Partizipation), vermindert diese oder hilft diese zu kompensieren
- Bietet Begleitung und Unterstützung in der Leidensphase
- Beeinflusst Attitüde, Verhalten und Lebensstil des Hilfsfragenden insofern sie in einer Beziehung mit der Hilfsfrage und/oder dem Gesundheitsproblem stehen
- Beeinflusst die Wohn- und Arbeitsumstände insofern diese in einer Beziehung zur Hilfsfrage und/oder dem Gesundheitsproblem stehen

### 1.4 Arbeitsweise des Physiotherapeuten

Die Arbeitsweise des Physiotherapeuten kennzeichnet sich durch eine bewusste, prozessmäßige, systematische und zielgerichtete Herangehensweise. Diese Herangehensweise wird umschrieben als das methodische physiotherapeutische Handeln. Durch diese Arbeitsweise ist der Physiotherapeut imstande Maßarbeit zu liefern, welche transparent und prüfbar ist. Die Einführung der direkten Zugänglichkeit macht es möglich, den Physiotherapeuten ohne Überweisung des Arztes aufzusuchen. Dem methodischen Handeln ist deshalb der Screeningsprozess hinzugefügt. Dieser Screeningsprozess beinhaltet: das Erkennen von Symptomen, die innerhalb oder außerhalb der physiotherapeutischen Domäne liegen. Nach der Untersuchung dokumentiert der Physiotherapeut das Gesundheitsproblem in einer physiotherapeutischen Diagnose. Er bezieht sich hierbei auf gangbare und dazu angewiesene und belegte diagnostische Fähigkeiten. Mit Hilfe der ICF (= Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) wird der funktionale Gesundheitszustand des Patienten beschrieben. Der Begriff „menschliche Funktionsfähigkeit“ in der ICF verweist auf Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation. Zusätzlich enthält die ICF einen Verweis zu in- und externen Faktoren, die einen Einfluss auf das Gesundheitsproblem (WHO-FIC CC Netherlands, 2002) haben können. In der Behandlung wendet der Physiotherapeut diverse Interventionen an. Die Wahl der Intervention trifft er auf der Basis seiner klinischen Expertise und der Vorlieben, Wünsche und Erwartungen des Patienten. Daneben leitet er seine Wahl aus den am besten zur Verfügung stehenden und wissenschaftlichen belegten Nachweise (z.B. Richtlinien) ab. Innerhalb der Physiotherapie sprechen wir traditionell über Bewegungstherapie oder Übungstherapie als Kern des physiotherapeutischen Handelns, teilweise auch kombiniert mit Massagetherapie und physikalischer Therapie im engeren Sinne. Die vorläufige Klassifizierung der Interventionen (Verrichtungen Paramedischer Berufe = CVPB) beinhaltet die folgende Liste von therapeutischen Aktivitäten: Begleiten/Informieren, Steuern/Üben, physikalische Therapie im engeren Sinne und manuelle Interventionen.

### 1.5 Professionelle und wissenschaftliche Attitüde und Ethik

Vom Physiotherapeuten wird erwartet, dass er Gesundheitsprobleme des Patienten aus der Perspektive von Bewegung und Bewegungsproblemen betrachtet. Hierbei gibt es eine essentielle Entwicklung im Bezug auf evidence based practice. Physiotherapeutisches Wissen kennzeichnet sich durch die Anwendung von Fachkenntnis in komplexen und konkreten

Situationen. Der Physiotherapeut integriert patientenspezifische Daten, epidemiologische Information sowie eine Vielzahl von relevanten Rahmenbedingungen. Vom Physiotherapeuten wird erwartet, dass er diese heterogenen Daten als Professionalist bei der Begründung seiner klinischen Entscheidungen methodisch abwägt, ordnet und integriert. Falls verfügbar sind dabei fundamentierte, in der Form von Richtlinien niedergeschriebene Einsichten hilfreich. Darüber hinaus nutzt der Physiotherapeut seine klinische Expertise als Informationsquelle.

## 2 Physiotherapie im Gesundheitswesen

### 2.1 Gesundheit und menschliche Bewegung

Gesundheit ist ein abstrakter, mehrdeutiger Begriff, der durch Auffassungen einer historischen, sozialen und kulturellen Perspektive geprägt ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1947 Gesundheit als einen Zustand von Wohlbefinden: „...a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Diese Definition zeigt, dass Gesundheit auch als etwas Persönliches des Betroffenen gesehen wird. Hagens und Verduin (2001) beschreiben es wie folgt: „ein Mensch ist gesund, wenn er als freie und verantwortungsvolle Person ein nach seiner Sicht sinnvolles und wertvolles Leben unter den Umständen, die sein Bestehen formen, lebt ....“. Die Physiotherapie beschäftigt sich mit Gesundheitsförderung und gesundem Verhalten im Kontext der Bewegung. Gesundheit wird dann als ein Prozess der Menschwerdung aufgefasst, der durch ein harmonisches Verhältnis zwischen Mensch und seiner menschlichen Situation getragen wird (Kuiper 1975). Im Anschluss an die Formulierung von Hagens und Verduin kann das Maß von Gesundheit aus einer biologischen, psychologischen, sozialen und persönlichen Perspektive als eine Interaktion zwischen der Belastung und Belastbarkeit der Person betrachtet werden.

Probleme der Funktionsfähigkeit werden in Begriffen wie Störungen, Einschränkungen und Partizipationsprobleme ausgedrückt (WHO-FICCC Netherlands, 2002). Für die Entwicklung der physiotherapeutischen Theoriebildung und des Wissenskörpers (body of knowledge) sind zwei Gesichtspunkte der Gesundheit wichtig:

- ein biologischer Gesundheitsbegriff, wobei Gesundheit als gute Funktionsfähigkeit des Organismus in physischem Sinn eng definiert wird.
- eine breite und positive Beschreibung (die der WHO), wobei Gesundheit mit der Wertschätzung der Funktionsfähigkeit assoziiert wird, was unter anderem von den Umständen, worin sich das Individuum befindet und den Zielen, die es sich stellt, abhängig ist.

In der engen Umschreibung kann ohne medizinische Diagnose nicht von einer Krankheit oder einem Syndrom gesprochen werden. Ausschließlich wissenschaftliche Einsichten rechtfertigen den Gebrauch des Begriffs Krankheit oder Syndrom. So wird Muskelgewebe als ein Subsystem definiert, das chemische Energie in mechanische Energie zwecks Bewegung (von Teilen) des Organismus umsetzt. Wissenschaftliche Forschung liefert Einsicht in Pathophysiologie und Pathogenese. Dadurch können Krankheiten, die sich in Störungen äußern, besser aufgespürt werden. Krankheit im engeren Sinne ist unerwünscht.

Bei der breit formulierten Umschreibung ist es schwierig, Grenzen anzugeben. Jede menschliche Aktivität fällt nämlich unter den Gesundheitsbegriff. Jede Unterscheidung zwischen politischen, moralischen oder kulturellen Probleme einerseits und Gesundheitsproblemen andererseits entfällt. Gesundheit ist damit nicht für jeden dasselbe, sondern unterscheidet sich durch die Ausgangssituation und die gesteckten Ziele. Menschen bewegen sich innerhalb ihres Vermögens und ihrer Fertigkeiten mit einem Ziel und in Interaktion mit ihrer Umgebung. Die wahrgenommene Bewegung kann durch Begriffe wie Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Ausdauervermögen und Koordination beschrieben werden, wenn man Bewegung als eine Fortbewegung des Körpers oder von Körperteilen betrachtet.

Das menschliche Bewegen gibt jedoch auch der Art und Weise wie Menschen in ihrer Welt stehen, Ausdruck. Der Physiotherapeut benutzt Bewegung als Angriffspunkt, um ein (drohendes) Gesundheitsproblem zu lösen.

### 2.2 Gesundheitsfürsorge / Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen umfasst alle Organisationen, Berufsgruppen, Regeln und Mittel, die darauf ausgerichtet sind, die Volksgesundheit in positivem Sinn zu beeinflussen. Das Gesundheitswesen wird unterteilt in einige sich zum Teil überlappende Fürsorgegebiete, so wie z. B. kurative somatische Fürsorge, Pflege, geistige Gesundheitsfürsorge, Fürsorge für Behinderte, Fürsorge für alte Menschen, Kinder- und Jugendfürsorge, ambulanter Pflegedienst und präventive Fürsorge. Physiotherapeutische Hilfeleistung wird zur kurativen somatischen Fürsorge (mit einem Fokus auf Prävention) gerechnet. Kurative Fürsorge wird nach dem Ort, wo die Hilfeleistung angeboten wird benannt: Intramurale und extramurale Hilfeleistung. Die intramurale Fürsorge umfasst Patientenfürsorge in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Rehasentren. Extramurale oder Hilfeleistung der ersten Linie umfasst die Fürsorge, die sich außerhalb dieser Einrichtungen abspielt. Diese Fürsorge wird größtenteils durch Selbständige/Niedergelassene ausgeübt. Diese historisch gewachsene Einteilung wird durch die Kettenfürsorge und transmurale Fürsorge ergänzt. Die Absicht dieser Entwicklungen sind deutlich: man will einen Zusammenhang und ein Kontinuum in der Fürsorge bewerkstelligen, so dass der Patient die beste Fürsorge am richtigen Ort, zur richtigen Zeit und bei geringen Kosten bekommt. Nicht der Ort, an welchem die Fürsorge gegeben wird, sondern die Bedürfnisse und die Hilfsfrage des Patienten stehen zentral. Die Fürsorge wird auf der Basis von Absprachen über Zusammenarbeit, Abstimmung und Regie zwischen allgemeinen und spezialisierten Hilfeanbietern getätigt. Dabei ist die Rede von einem gemeinsamen Ziel und einer getragenen Verantwortung mit expliziten Teilverantwortungen.

### 2.3 Physiotherapeutische Hilfe

Der Physiotherapeut beschäftigt sich mit menschlicher Bewegung im Kontext der gesunden Funktionsfähigkeit. Die physiotherapeutische Domäne wird dabei durch die medizinischen Wissenschaften und die Verhaltenswissenschaften unterstützt und getragen. Der Hilfeleistungsprozess des Physiotherapeuten ist unter anderem auf die menschliche (abweichende) Bewegung ausgerichtet und dient dazu, die Qualität des Lebens durch die Förderung von Funktionen, Aktivitäten und Partizipation und durch die Einflussnahme von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren zu verbessern bzw. zu erhalten. Dazu arbeitet der Physiotherapeut zusammen mit dem Patienten an der Genesung und dem Lernen des Umgangs mit seiner Gesundheit in den täglichen Situationen. Die physiotherapeutische Hilfeleistung beschäftigt sich hierbei mit den funktionellen Aspekten von Gesundheit, welche durchgehend die Einbettung in die multiprofessionelle Fürsorge verlangt. Bewegungsprobleme verursacht durch Rücken, Nacken, Schulter und Knie bilden hierbei den Schwerpunkt aller Überweisungen in der ersten Linie. (NIVEL/Prismant, 2003). Jene Menschen, die vom Physiotherapeuten im stationären Bereich behandelt werden, sind vor allem durch Neurologen, Neurochirurgen, Kardiologen, Internisten, allgemeine Chirurgen und Orthopäden überwiesen worden.

In den Pflegeheimen und Rehabilitationszentren geht es vor allem um Menschen mit Folgen neurologischer Erkrankungen (Schlaganfall, Parkinson und Multiple Sklerose), Bewegungsarmut oder orthopädischer Krankheiten (vor allem an Hüfte und Knie). Physiotherapie ist ein spezifischer Beruf mit einem breiten Anwendungsspektrum. Er findet bei Menschen verschiedenen Alters, verschiedener Lebensphasen, Hilfsbedürfnissen und Pflegestufen Anwendung und berücksichtigt auch gesellschaftliche Entwicklungen wie z. B. Bewegungsarmut und Übergewicht. Physiotherapie will auf diese Weise auch dazu beitragen, dass Menschen an ihrem Arbeitsprozess weiterhin partizipieren. Physiotherapeuten behandeln auch Kinder mit Entwicklungsstörungen, so dass sie innerhalb ihrer eigenen Gruppe von Altersgenossen weiterhin „funktionieren“ können. Darüber hinaus machen Physiotherapeuten es möglich, dass (ältere) Menschen länger selbständig zu Hause wohnen bleiben und streben danach, das Leiden von Menschen mit Schmerzen zu verringern.

Die allgemeine Verbreitung von Bewegungsarmut und Übergewicht hat großen Einfluss auf das Entstehen und den Verlauf von (chronischen) Krankheiten und Syndromen. Man verzeichnet außerdem eine Zunahme von arbeitsbedingten Krankheiten und psychischen Problemen - alle mit Folgen für die Qualität der Bewegung. Die Nachfrage nach physiotherapeutischer Hilfeleistung nimmt dadurch zu. Daneben nimmt durch die gesellschaftliche Vergreisung auch eine andere Domäne im Umfang zu: Bewegungsprobleme des älteren Menschen. Abschließend begleitet und berät der Physiotherapeut Hilfsanbieter und zu

Versorgende mit dem Ziel, die Pflegeschwere zu reduzieren. Der Physiotherapeut leistet so bei vertretbaren Kosten einen wichtigen Beitrag zur Volksgesundheit und zur Lebensqualität von großen Gruppen chronisch kranker Menschen, an der Schnittstelle von intramuralen Aufenthalt zur häuslichen Situation. Physiotherapie trägt damit innerhalb und auch außerhalb des Gesundheitswesens zur Reduzierung der Kosten von Krankheitsausfällen und Arbeitsunfähigkeit bei.

#### **2.4 Abstimmung und Zusammenarbeit**

Die Arbeit des Physiotherapeuten erfordert sowohl disziplinäre als auch interdisziplinäre Zusammenarbeit. Optimale Fürsorge am Patienten impliziert, dass Hilfeleistung auch bei beschränkt scheinenden Mitteln in gemeinschaftlicher Zusammenarbeit angeboten wird. Bei spezifischen Diagnosegruppen arbeitet der Physiotherapeut zusammen in transmuralem Ketten und Netzwerken. Das formelle Arbeitsverhältnis zwischen Arzt und Physiotherapeut war jahrzehntlang durch die gesetzlich bestimmte Überweisungsbeziehung geregelt. Eine veränderte Regelung macht es seit 1. Januar 2006 möglich, dass der Physiotherapeut direkt zugänglich ist. Die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens bleibt jedoch sicher bestehen; das Bewusstsein der Wertschätzung einer guten Zusammenarbeit nimmt sogar eher zu. Innerhalb der Fürsorge haben Ärzte und Physiotherapeuten ihre eigenen Ausgangspunkte und Rollen. Unterschiede in den Ausgangspunkten implizieren, dass physiotherapeutische und medizinische Hilfe sich gegenseitig ergänzen.

### 3 Entwicklung des Fachwissens

Die Fachwissensentwicklung der Physiotherapie spielt sich auf zwei Niveaus ab: Auf dem Berufsniveau und auf dem Niveau der individuellen Profession. Auf dem Berufsniveau bezieht es sich auf einen Prozess der Berufsentwicklung mit spezifischen Merkmalen inkl. der Erschließung und Bildung eines Wissenskörpers „body of knowledge“. Daneben bezieht es sich auf die Bewusstwerdung und Erkennung der eigenen Fachwissensdomäne. Auf dem Niveau der individuellen Profession vollzieht sie sich prozessual, wobei der individuelle Physiotherapeut sein Kenntnis, Kunde und sein professionelles Urteil weiter entwickelt und neue Einsichten in sein professionelles Handeln integriert. Beide Prozesse sind unlöslich miteinander verbunden, richten sich jedoch auf verschiedene Ziele. Die Prozesse vereinigen sich im für jeden Therapeuten relevanten Berufsprofil. Fachwissen wird dabei nicht mehr als die Summe von Kenntnis, Fähigkeiten und Attitüden, sondern vielmehr als integrierte Ganzheit - heutzutage häufig mit dem Begriff „Kompetenz“ beschrieben - aufgefasst.

#### 3.1 Fachwissen

Die physiotherapeutische Hilfeleistung bezieht sich auf die Gebiete Heilung und Prävention: zentral steht eine Herangehensweise, die auf die Verringerung von Problemen bei Bewegung und den Folgen von Krankheiten und Syndromen gerichtet ist. Der Physiotherapeut beurteilt das Gesundheitsproblem des Patienten anhand von Begrifflichkeiten aus der ICF. Die ICF bietet eine Struktur aus einer breiteren Perspektive der menschlichen Funktionsfähigkeit, Daten auf sinnvolle Weise und im gegenseitigen Zusammenhang zu ordnen und zu präsentieren. So können Probleme nach Art und Reichweite (Eigenschaften, Funktionen, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben etc.) aber auch nach Faktoren (extern, persönlich), die von Einfluss auf die Funktionsfähigkeit sind, unterschieden werden.

Die menschliche Funktionsfähigkeit und eventuelle Probleme werden dann als das Ergebnis einer dynamischen Wechselwirkung zwischen den Gesundheitsproblemen (Krankheiten, Unfälle, Traumas, etc) und dem Kontext, in dem diese Probleme sich zeigen aufgefasst (WHO-FIC CC Netherlands, 2002). Der Physiotherapeut hat sich während der vergangenen Jahrzehnte das Denken in Begriffen der ICF zu Eigen gemacht. Daneben hat die Evidence based practice (EBP) an Einfluss gewonnen, was unter anderem im Gebrauch von Richtlinien, die das physiotherapeutische Handeln auf dem klinischen Niveau unterstützen, zum Ausdruck kommt. EBP ist eine Arbeitsform, die zur Integration der besten Beweise aus wissenschaftlicher Untersuchung in das klinische Fachwissen des Therapeuten und die Werte des Patienten führt. Dies erfordert eine kritisch konstruktive Haltung des Physiotherapeuten bei gleichzeitigem Streben nach der effektivsten Behandlung (Offringa et al., 2003). Es geht bei EBP um das Anwenden von wissenschaftlichen Ergebnissen unter Berücksichtigung dessen, was der professionell Handelnde aus seiner klinischen Erfahrung an bedeutungsvollen Überlegungen in Relation zu den Vorlieben, Wünschen und Erwartungen des Patienten, einbringt. Zur Abstimmung der Vorlieben, Wünsche und Erwartungen des Patienten mit der professionellen Verantwortung des Physiotherapeuten ist gute Kommunikation notwendig. Der Physiotherapeut gelangt in Kooperation mit dem Patienten zum Inhalt seines professionellen Handelns. Aus dieser Sicht nimmt der Physiotherapeut das Gesundheitsproblem

des Patienten als Ausgangspunkt; dabei realisiert er, dass sowohl das Äußern eines Gesundheitsproblems als auch das Interpretieren einer Krankheitsgeschichte in einem Zusammenspiel von biologischen (Kondition und Konstitution), psychischen und sozialen (Umgebungs)Faktoren stattfindet. Der Physiotherapeut fragt sich dabei, ob das Erleben des Patienten von Einfluss auf das Gesundheitsproblem ist. Der Physiotherapeut untersucht, welche Bedeutung der Patient dem Problem im Bezug auf die Bewegung zumisst und bei welchen Aufgaben, Fähigkeiten und Aktivitäten die Intention des Patienten ungenügend zum Ausdruck kommen kann. Das Abwägen dieser Daten liefert therapeutische Variablen. Der Physiotherapeut nutzt hierzu abgesicherte Theorien und Einsichten aus Ätiologie, Diagnostik und Therapie, gesundem Menschenverstand und allgemeinem menschlichen kommunikativen Vermögen. Der Physiotherapeut übernimmt die Verantwortung für seine Interpretationen und erläutert diese dem Patienten. Er erklärt dem Patienten fallbezogene eventuelle Risiken. Gemeinsam beschließen sie, wie das Gesundheitsproblem angepackt wird.

#### 3.2 Methodische Arbeitsweise

Der professionelle Ansatz des Physiotherapeuten ist durch eine methodische Arbeitsweise gekennzeichnet. Durch diese Arbeitsweise ist der Physiotherapeut im Stande Maßarbeit zu liefern. Dabei bleibt der Patient stetig bzgl. der Überlegungen, Begründungen und Argumente, die den Entscheidungen des Physiotherapeuten zugrunde liegen, im Bilde.

##### 3.2.1 Phasen des methodischen Handelns

Beim physiotherapeutisch methodischen Handeln werden die folgenden Phasen unterschieden:

- 1 Anmeldung, Auffinden der Hilfsfrage, Screening und Information des Patienten
- 2 Anamnesegespräch
- 3 Physiotherapeutische Untersuchung
- 4 Formulierung der physiotherapeutischen Diagnose und Indikation
- 5 Behandlungsplan
- 6 Ausführung der Behandlung
- 7 Evaluation
- 8 Abschluss

Diese Phasen besitzen einen zyklischen Charakter. Zwischen den verschiedenen Phasen findet jeweils eine Rückkopplung statt, die sich auf Entscheidungsmomenten gründet:

Nach jeder Phase beschließt der Physiotherapeut, ob er zur nächsten Phase übergeht oder ob er zu einer vorherigen Phase zurück muss. Mit den tatsächlichen Behandlungen fängt der Physiotherapeut an, nachdem er einen Behandlungsplan aufgestellt hat. Nach Evaluation der Behandlung beschließt er anhand des erreichten Resultats, ob die Behandlungsperiode abgeschlossen werden kann. Beim methodischen Handeln spielt die Interaktion zwischen Physiotherapeut und Patient eine wichtige Rolle. Dank des methodischen Handelns kann die Hilfeleistung des Physiotherapeuten sowohl intern als auch extern geprüft werden. Auch die Rückkopplung mit dem Überweisenden ist hierbei wichtig.

##### 3.2.2 Clinical Reasoning

Das Clinical Reasoning umfasst die mentalen Prozesse des Sam-

melns, Interpretierens und Strukturierens von Informationen, wodurch der Physiotherapeut im Stande ist, aufgrund seiner biomedizinischen, verhaltenswissenschaftlichen und physiotherapeutischen Kenntnisse ein Problem zu erkennen und zu lösen. Bei der Entscheidungsfindung soll der Physiotherapeut neben vielen fachinhaltlichen Überlegungen auch gesellschaftliche und finanziell ökonomische Aspekte im Zusammenhang abwägen.

Im Rahmen dieses Denk- und Entscheidungsprozesses werden zwei Phasen unterschieden (Hagenaars et al., 2003):

- die Phase der Orientierung und Analyse, die zum Verstehen des Gesundheitsproblems des Patienten führt
- die Phase der Synthese und des Entwurfs, die in Zusammenarbeit mit dem Patienten zur Formulierung des Behandlungsplans zur Aufhebung des Gesundheitsproblems, führt.

Richtungsweisende Fragen in der Orientierung und der Analyse von Problemen sind unter anderem:

- Was sind die Art und die möglichen Folgen der Krankheit oder des Syndroms für die Bewegung des Patienten?
- Welche Faktoren waren für dessen Entstehung und die möglichen Folgen für die Bewegung des Patienten von Bedeutung?
- Welche Faktoren sind für das Gesundheitsproblem des Patienten von Bedeutung?
- Ist der Verlauf (der Folgen) der Krankheit oder des Syndroms normal oder abweichend?
- Worin besteht eine eventuelle Abweichung im Verlauf und welche Faktoren sind hierfür relevant?

Richtungsweisende Fragen in der Phase der Synthese und des Entwurfs sind unter anderem:

- Ist die Überweisung /Anfrage an den Physiotherapeuten gerechtfertigt?
- Welche physiotherapeutischen Zielsetzungen gelten für den Patienten?
- Durch welche Strategie sind diese Ziele zu erreichen?
- Welche physiotherapeutischen Interventionen werden angewendet?
- Wer wird der behandelnde Physiotherapeut?

Physiotherapeutische Hilfeleistung ist problemlösend. Dabei stützt sich der Physiotherapeut auf die Kenntnisfundamente der Physiotherapie und transformiert diese Einsichten zu klinisch anwendbarer Kenntnis. Brouwer und Kollegen (1995) betrachten diese Transformation als Basis des Clinical Reasonings. Sie definieren es wie folgt: „Clinical Reasoning kann umschrieben werden als die Anwendung von relevanter Kenntnis (Fakten, Prozeduren, Konzepte und Prinzipien oder Regeln) und Fertigkeiten um ein (berufsspezifisches) Urteil über ein Problem des Patienten geben zu können, dies zu diagnostizieren und zu behandeln.“

### 3.3 Aktivitäten

Bei der Untersuchung und während der Behandlung wendet der Physiotherapeut diverse Aktivitäten an. Seine Auswahl stützt sich auf wissenschaftlichen Einsichten, Erfahrungen und auf die in die Berufsgruppe eingeführten Richtlinien und Protokolle. Die Gesamtheit an diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten ist beschrieben in der Klassifizierung der Verrichtungen

Paramedischer Berufe (CVPB). Für die Physiotherapie geht es vor allem um:

- Befragungen (Anamnese)
- Testen, Messen und Analysieren
- Begleiten und Informieren
- Steuern und Üben
- Physikalische Therapie im engeren Sinne
- Manuelle Behandlung

Charakteristisch für den Physiotherapeuten sind vor allem folgende Aktivitäten: Begleiten und Informieren, Steuern und Üben, Physikalische Therapie und manuelle Behandlungen. Die Interventionen können auch in Kombination angewendet werden. Die Untersuchung und die Behandlung der Physiotherapie zeichnen sich häufig gerade durch die Kombination von Aktivitäten bei Patienten mit Gesundheitsproblemen innerhalb der Bewegung aus. Die Begleitung macht dabei immer einen Teil der Aktivitäten des Physiotherapeuten aus. Der Physiotherapeut kombiniert in einer Behandlungsserie ein oder mehrere Interventionen aus den verschiedenen Gruppen.

#### 3.3.1 Befragung (Anamnese)

Der Physiotherapeut schafft eine Basis für seine physiotherapeutische Diagnose und den Behandlungsplan, indem er den Patienten nach der Entstehung und dem Verlauf seiner Krankheit und den Folgen/der Bedeutung für seine Funktionsfähigkeit, befragt.

#### 3.3.2 Testen, Messen und Analysieren

Zur Bestimmung seiner physiotherapeutischen Diagnose und des Behandlungsplans sowie zur Evaluation der Behandlungsziele nutzt der Physiotherapeut möglichst gut entwickelte und validierte Messinstrumente. Diese Messinstrumente sollen zu der gefundenen Krankheit passen und sind damit geeignet um die Folgen des physiotherapeutischen Handelns zu evaluieren.

#### 3.3.3 Begleiten und Informieren

Wenn der Physiotherapeut den Patienten begleitet, dann informiert, berät und unterstützt er. Informieren und beraten definieren wir als Übertragung von tatsächlichen und relevanten Daten zum Patienten oder zu einer Person, die für den Patienten relevant ist. Dieser mehr oder minder bindende, persönliche Rat ist auf die Optimierung des Gesundheitszustands des Patienten und seiner Umgebung gerichtet. Der Rat wird an Hand von tatsächlichen und relevanten Daten gegeben. Das Anbieten der Unterstützung kann als prozessmäßiges Begleiten des Patienten und der relevanten Personen beim Anlernen, Erlangen und Anwenden von Aktivitäten, bei der Inanspruchnahme der Möglichkeiten des Gesundheitswesens und beim Akzeptieren und Verarbeiten des Gesundheitsproblems beschrieben werden. Diese Unterstützung umfasst auch die Kontrolle und Stimulanz des Patienten in seinem Lern- und Akzeptanzprozess.

#### 3.3.4 Steuern und üben

Wenn wir vom Steuern/Üben als physiotherapeutische Intervention sprechen, dann meinen wir die direkte oder indirekte Beeinflussung einer Funktion oder Fähigkeit, die der Patient zur Verbesserung dieser Funktion oder Fähigkeit ausführt.

#### 3.3.5 Physikalische Therapie im engeren Sinne

Zur Physikalischen Therapie im engeren Sinne gehört die

Anwendung von physikalischen Reizen durch Apparaturen, wie sie in der physiotherapeutischen Praxis benutzt werden. Die angewendeten Energieformen sind elektrischer, elektromagnetischer, thermischer und mechanischer (oder daraus kombinierter) Natur.

### 3.3.6 Manuelle Behandlung

Der CVPB macht innerhalb der manuellen Interventionen einen Unterschied zwischen dem Auslösen einer artikulären Bewegung und einer Massage. Eine artikuläre Bewegung ist die manuelle Veränderung der Position des Körpers oder von Körperteilen des Patienten. Das unterscheidet sie von der Massage. Massage ist laut dem CVPB das Anwenden von mechanischen Reizen am Körper des Patienten durch die Hände des Therapeuten, evt. durch Hilfsmittel unterstützt, welche die Art des Reizes nicht verändern.

### 3.4 Von der Praxis zur Theorie

Das adäquate Lösen von Gesundheitsproblemen fordert eine flexible mentale Grundhaltung des Physiotherapeuten. Er muss zwischen verschiedenen heterogenen Kenntnisdomänen und Kenntnisquellen lavieren. Einerseits muss der Physiotherapeut Krankheiten und Syndrome analysieren, andererseits muss er im Stande sein, psychologische und soziale Faktoren zu erkennen. All diese Faktoren müssen beim Aufstellen eines Behandlungsplans abgewogen werden. Um das Abwägen zu vereinfachen wurden physiotherapeutische Richtlinien entwickelt. Diese Richtlinien beschreiben die am besten verfügbare Herangehensweise bei einem spezifischen Gesundheitsproblem. Im Aufbau der Richtlinien wurden diese heterogenen Kenntnisquellen mit einbezogen. Die „Stromlinien“ (stroomlijnen) der verschiedenen Quellen sind die Essenz der EBP und zielen auf die Optimierung des Behandlungserfolgs ab. Der Physiotherapeut hat in der Praxis ein Urteilsvermögen entwickelt, womit er imstande ist, Aspekte des einzelnen Patienten anhand der Aspekte aus den Richtlinien zu überprüfen. Dieses Urteilsvermögen ist eine normative, nicht wissenschaftliche Kompetenz, die unter anderem Folgendes umfasst: Feststellen können, welche Information in einer spezifischen Situation nützlich, wertvoll, relevant, angebracht, angepasst, zuverlässig und adäquat ist. Praktisches physiotherapeutisches Handeln verlangt von den Physiotherapeuten eine Wertung der Eignung, Relevanz, Adäquatheit und Brauchbarkeit des wissenschaftlichen Kenntnisangebots; in diesem Fall ist die Rede von Wissenschaftsanwendung.

#### 3.4.1 Theoriebildung

Für die klinische Praxis war es lange Zeit richtungsgebend, therapeutische Entscheidungen ausschließlich auf biomedizinischen (pathophysiologischen und anatomischen) Einsichten

zu begründen. Die Physiotherapie hat sich im Slipstream der bestehenden medizinischen Praxis und biomedizinischen Einsichten entwickelt. Der Einsicht in pathophysiologische Mechanismen folgten therapeutischen Erwartungen über die Effekte der sogenannten physiologischen und anatomischen Endpunkte. In der physiotherapeutischen Theoriebildung wurde dann auch lange Zeit Nachdruck auf die Beeinflussung pathophysiologischer Mechanismen gelegt. Physiologische und anatomische Parameter fungierten als Indikatoren für Krankheit und Genesung. Störungen sollten sich schnell und adäquat feststellen lassen und therapeutisch zu beeinflussen sein. Therapie sollte zur Normalisierung der gestörten physiologischen/anatomischen Funktionen und zur Verminderung der Aktivität des Krankheitsprozesses führen. Inzwischen kann die Effektivität von viel benutzten diagnostischen Tests und angewendeten Interventionen nachgewiesen werden. Dabei ist deutlich geworden, dass die Genesung eines physiologisch/anatomischen Problems nicht einfach die Umkehrung der Ursache darstellt. Das Problem des Patienten muss sich auch nicht dadurch automatisch verringern. Es gibt auch durchaus andere klinisch relevante Parameter auf dem Gebiet der menschlichen Funktionsfähigkeit, der Partizipation und der Lebensqualität.

#### 3.4.2 Physiotherapeutische Wissenschaft

Die medizinische Wissenschaft beschäftigt sich primär mit der wissenschaftlichen Untersuchung von Krankheiten und Syndromen. Physiotherapeutische Wissenschaft richtet sich auf:

- Die Untersuchung von behandlungsfähigen Folgen von Krankheiten und Syndromen für das Bewegen im täglichen Leben des Patienten und seiner Rollenerfüllung innerhalb seiner Umgebung
- Die Effektivität von physiotherapeutischen Interventionen
- Die Untersuchung der Legitimation und Innovation physiotherapeutischer Hilfeleistung aus der Perspektive des Erhaltens der Bewegung und der Autonomie des Patienten
- (der wissenschaftliche Audit von) Implementierung physiotherapeutischer Fürsorgeinnovationen

Der Wissenskörper („body of knowledge“) der Physiotherapie wird aufgebaut aus Kenntnissen und Einsichten aus:

- Den Beta- und Gammawissenschaften (u. a. Life Sciences, Movement Sciences und HealthSciences) und vor allem aus den medizinisch-biologischen, verhaltenswissenschaftlichen, kenntnistheoretischen und epidemiologischen Domänen (Kommission Spreeuwenberg 2001)
- Dem sich entwickelnden „body of knowledge“ der Physiotherapie als authentische, selbständige Profession innerhalb des Gesundheitswesens (RGO 2003)
- Den Innovationswissenschaften.

## 4 Das Kompetenzprofil Physiotherapeut

### 4.1 Das Kompetenzprofil in Grundzügen

In diesem Profil werden alle Kompetenzen beschrieben, über die ein Physiotherapeut verfügt, um die Aufgaben und Arbeitsleistungen, die mit der Ausführung des Berufs verbunden sind, ausführen zu können. Kompetenzprofile haben ein zweigegliedertes Ziel: Innerhalb von Organisationen formen sie eine Basis für die Beschreibung der Funktionen mit Aufgaben und Verantwortlichkeiten; für Ausbildungen gibt ein Kompetenzprofil die Richtung der minimal zu erreichenden Endziele an. Dies betrifft sowohl den Inhalt als auch das Niveau.

Der Begriff „Kompetenz“ verweist auf das Vermögen bestimmte Aufgaben auszuführen und die dabei auftretenden Fragen und Probleme zu lösen. Der Begriff schlägt bildlich gesehen eine Brücke zwischen Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Arbeitsleistungen einerseits und der dafür benötigten Sachkenntnis (Kenntnis, Können und Attitüde) andererseits.

#### 4.1.1. Reichweite des Profils

Bei der Beschreibung des Kompetenzprofils „Physiotherapeut“ wurde primär auf den größten gemeinsamen Nenner an Aufgaben des Physiotherapeuten, anno 2005, eingegangen - unabhängig der spezifischen Umstände und der Arbeitsumgebung.

In der Realität haben die Umstände und Arbeitsumgebung großen Einfluss auf das, was Physiotherapeuten tatsächlich tun. Es ist durchaus möglich, dass sie durch Erfahrung und Fortbildungen spezifische, vielleicht auch höherwertige Kompetenzen als im Profil beschrieben erworben haben. Das Profil ist jedoch vor allem als eine gemeinsame „Basis“ zu verstehen und kann als solches nicht die große Vielfalt an Kompetenzen eines jeden Physiotherapeuten in den Niederlanden in seiner spezifischen Arbeitsumgebung abdecken.

Durch Kompetenzdomänen wird es erstmals möglich, die inhaltlichen Kompetenzaspekte zu beschreiben. Schließlich kann auf diesem Wege auch das Abschlussniveau am Ende der Ausbildung bzw. beim Einstieg in das Arbeitsumfeld dargestellt werden; dies wird im Übrigen mit dem Begriff Startkompetenz titulierte. Zum Schluss werden ergänzende Indikatoren für das fortgeschrittene Niveau beschrieben. Die Kompetenzen der Physiotherapeuten, die sich auf ein Gebiet spezialisiert haben (spezifische Zielgruppen, therapeutische Mittel, u.a.), werden oder sind schon in den Funktions- und Kompetenzprofilen der betreffenden Fortbildungen ergänzend beschrieben.

#### 4.1.2. Berufsrollen

Zur besseren Übersicht sind die verschiedenen Kompetenzen in diesem Profil den diversen Rollen, die Physiotherapeuten in ihrer Arbeit erledigen und kombinieren, folgend geordnet. Diese Rollen sind komplementär und fließen in der alltäglichen Praxis zusammen, so dass von zu unterscheidenden Rollen und Kompetenzen gesprochen werden kann. So sollte z.B. die Einsicht in Gesundheitsprobleme, beeinflussende Faktoren, den Zeitablauf, Folgen für das tägliche Funktionieren, usw. vor allem in der Startphase im Vordergrund stehen. Aber auch während der Behandlung bleibt der Physiotherapeut aufmerksam und passt sein Verhalten ggf. aktuellen Interpretationen der Situation an. Darüber hinaus ist die Grenze zwischen Informieren (z.B. über ein „gesundes Verhalten“) als Teil der Behandlung, und dem präventiven Beraten manchmal weniger scharf als auf der Basis dieses Kompetenzprofils zu erwarten wäre.

Im Allgemeinen sind für Physiotherapeuten die drei zu unterscheidenden Rollen (Hilfeleistender, Manager, Berufsentwickler) und alle daran gekoppelten Kompetenzen integrale Komponenten der Berufsausübung. Auf dem individuellen Niveau sollte das Maß, in welchem Physiotherapeuten jede dieser Rollen ausfüllen sowie die dazugehörigen Kompetenzen umsetzen, je nach Arbeitssituation unterschieden werden.

Innerhalb jeder Rolle werden letztlich Kompetenzen differenziert, die vor allem Orientierungs-, Analyse-, Entscheidungs- und Planungscharakter haben. Hierbei steht die Ausführung und Evaluation in jedem Fall im Vordergrund. Die Kombination von Rollen und Kategorien liefern dann die folgende Zuordnung:

- der Physiotherapeut als Hilfeleistender:
  - screenen/ diagnostizieren/ planen
  - therapeutisches Handeln
  - präventives Handeln
- der Physiotherapeut als Manager
  - organisieren
  - managen
- der Physiotherapeut als Berufsentwickler
  - untersuchen
  - Innovationen vorantreiben



*Anmerkung: die Rolle des „Hilfeleistenden“ bezieht sich auf den primären Prozess; die Rollen „Manager“ und „Berufsentwickler“ schaffen den zugeordneten Rahmen, d.h. machen eine qualitativ hochwertigen Hilfs-/ Dienstleistung erst möglich.*

Obwohl präventives und therapeutisches Handeln einen vergleichbaren Stellenwert haben, werden sie in diesem Profil unterschieden, um die Unterschiede beider Aufgaben, Arbeitsleistungen und Kontexte deutlich zu machen. Handelt es sich im Einzelfall um Verletzungen, Pathologien und/oder deren Folgen (Patient), dann sind die Kompetenzen in der Domäne „therapeutisches Handeln“ angesiedelt. Wenn von Kompetenzen auf dem Gebiet von (z.B. arbeitsbezogene) Dienstleistung, Konsultation, Beratung, usw. die Sprache ist, mit dem Ziel der Vorbeugung von Beschwerden und Verletzungen (Klient), dann sind sie der Domäne „präventives Handeln“ zugeordnet.

#### 4.1.3. Professionalität

Professionalität beim Handeln des Physiotherapeuten ist nicht nur mit dem verankert was er tut, sondern auch wie er es tut. So wird eine professionelle Ausführung z.B. durch die Zielstre-

bigkeit des Handelns, den Zeitraum in dem Aufgaben erledigt werden, die regelmäßige Abstimmung mit dem Patienten, die Zuverlässigkeit bei Absprachen oder Zusagen, usw. gekennzeichnet. In diesem Kompetenzprofil werden die Aspekte, die Professionalität im beruflichen Handeln charakterisieren, als „allgemeine Normen von Professionalität“ beschrieben. Sie haben Bezug zu jeder Kompetenz, werden aber wegen der Deutlichkeit des Profils nicht bei jeder vereinzelt Kompetenz wieder neu erwähnt. Nur wo spezifische Merkmale eine zusätzliche Beachtung verdienen, werden sie in dem Profil – als Norm für kompetente Ausführung – erwähnt.

#### 4.1.4. Niveaus

Bei den in diesem Profil beschriebenen Kompetenzen wird zwischen dem Niveau des beginnenden Physiotherapeuten und einem fortgeschrittenem Niveau unterschieden. Dabei ist der konkrete Niveaubezug im fortgeschrittenen Stadium nicht differenziert. Manche erreichen vor allem auf der Basis der Praxiserfahrung (und Fort- und Weiterbildungen) ein fortgeschritteneres Niveau, andere bekommen das in erster Linie durch eine zielgerichtete, längerfristige Weiterbildung (z.B. in Form des Masterstudiums). Unabhängig der Entwicklungsrichtung des einzelnen Physiotherapeuten, setzt kompetentes Handeln auf fortgeschrittenem Niveau durchgängig eine Kombination aus Erfahrung und Formen spezieller Schulungen voraus. Obwohl für die beginnende Ausbildung vor allem die Kompetenzen des Startniveaus relevant sind, so ist auch eine langfristige Perspektive immanent (fortgeschrittenes Niveau). Eine adäquate Vorbereitung auf die Berufsausübung ist übrigens nicht strikt begrenzt auf das Erreichen des Startniveaus, sondern erstreckt sich bis zur Kultivierung des Vermögens, um innerhalb des Berufes auf lange Sicht funktionstüchtig zu bleiben und Kompetenzen weiter zu entwickeln.

#### 4.2. Übersicht Berufsrollen

Die gesamte Arbeitsleistung, die Physiotherapeuten in der Berufsausübung innerhalb ihres spezifischen Kontexts erledigen, ist in drei Rollen aufzuteilen: Hilfeleistender, Manager und Berufsentwickler. Für jede Rolle sind die Kompetenzen spezifizierbar, die für eine adäquate Rollenerledigung nötig sind. In der Praxis sind diese Rollen und Kompetenzen keine isolierte Einheiten, sondern eng miteinander verknüpft. Zusammengekommen ergeben die verschiedenen Rollen und Kompetenzen ein Indiz für die Breite des Berufes; die benötigte Tiefe kommt in den Niveau-Indikatoren der einzelnen Rollen/Kompetenzdomänen zum Ausdruck. Kompetenzen werden also durch eine Kombination von Inhalt und Niveau abgewogen.

##### 4.2.1. Rollen Hilfeleistender

In der Rolle des Hilfeleistenden bietet der Physiotherapeut, wenn dafür eine Indikation besteht, professionelle Hilfe in Form von Behandlung und Begleitung bzw. leistet er Dienste in der Form von Empfehlungen, Aufklärung, Training, Begleitung, u.ä.

Vorher bildet er sich ein fachgerechtes Urteil über die Situation im weiteren Sinne. Die (Un)Möglichkeiten physiotherapeutischer Hilfe werden mit dem Patienten (und evtl. andere direkt Betroffene) besprochen und abgewogen. Charakteristisch für die Hilfeleistung sind u.a.:

- eine methodische Arbeitsweise
- das Handeln in Übereinstimmung mit den Prinzipien von „evidence based practice“
- Orientierung an der Verbesserung bzw. dem Erhalt der Selbsthilfefähigkeit des Patienten

##### Manager

Die Rolle des Managers beruht auf der Organisation der eigenen Arbeitsleistungen, die Zusammenarbeit mit Patienten und anderen professionellen Hilfeleistenden, den eigenen Beitrag für das interne Funktionieren der Organisation und die Interaktion der Organisation mit ihrer Umgebung. Eckpunkte hierbei sind u.a.:

- die Effektivität und Zielstrebigkeit der Organisationen und Arbeitsprozesse
- Kontinuität der Sorge und Koordination/ Abstimmung mit Dritten (Kollegen, andere Hilfeleistende, usw.)
- Abstimmung der Bedürfnisse und Angebote, und die Positionierung der eigenen Organisation
- verantwortungsbewusste Unternehmensführung im Hinblick auf qualitativ hochwertige Hilfe- und Dienstleistungen

##### Berufsentwickler

Die Rolle des Berufsentwicklers betrifft die Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Erhaltung bzw. der Verbesserung und die Sicherung der Qualität der eigenen Hilfe- und Dienstleistung, und das Liefern von Beiträgen zur weiteren Entwicklung des Berufs. Charakteristisch hierbei sind u.a.:

- das Einbeziehen der Praxis in die Forschung und der Forschung in die Praxis
- systematische Registrierung der eigenen Arbeit und Transparenz
- Hinwendung zur Qualitätssicherung und -verbesserung
- Entwicklung neuer Einsichten mit Hilfe von Forschung, Unterricht und Aufklärung

#### 4.2.2. Übersicht Kompetenzen

Kompetenzen sind im hohen Maße Inhalts- und kontextspezifisch, d.h. ob jemand in einer speziellen Situation kompetent ist, hängt sowohl von seiner Fachkenntnis und Erfahrung, die für dieses betreffende Problem relevant sind als auch von dem Kontext ab, in dem das Problem auftritt bzw. gelöst werden muss.

Neben einer kurzen, kompakten Formulierung der Kompetenzen, umfasst die Beschreibung dann auch eine Erläuterung mit u.a. typischen/ kritischen Berufssituationen und Resultaten. Diese Berufssituationen dienen vor allem als illustrative Beispiele; die Gesamtheit von Problemen und Kontexten variiert jedoch dermaßen stark, dass eine Beschreibung, für alle in der Praxis vorkommenden Situationen, nicht realisierbar ist.

<p><b>Berufsrolle</b></p>	<p><b>1. Der Physiotherapeut als Hilfeleistender – a) Screenen, Diagnostizieren, Planen</b></p>
<p><b>Kompetenzen</b></p>	<p><i>Der Physiotherapeut zeigt auf der Grundlage einer Hilfsfrage, auf methodische Weise, die (drohenden) Gesundheitsprobleme auf und verknüpft diese mit Bewegung und Partizipation. Abhängig von den Ergebnissen des ersten Screenings und den Befunden der physiotherapeutischen Untersuchung trifft der Physiotherapeut zusammen mit dem Patienten Entscheidungen über die Behandlung, Beratung bzw. Überweisung.</i></p>
<p><b>Erläuterung</b></p>	<p>„Screenen, Diagnostizieren und Planen“ umfasst eine Orientierung der Hilfsfrage, eine physiotherapeutische Untersuchung und die Beurteilung von (drohenden) Gesundheitsproblemen in Relation zur Bewegung, das Festlegen der physiotherapeutischen Diagnose und das Aufstellen eines Behandlungs- bzw. Präventionsplans in Absprache mit dem Patienten, und dies in methodischer Art und Weise (zielgerichtet, systematisch, prozessmäßig und bewusst). Wenn nötig recherchiert bzw. benutzt der Physiotherapeut ergänzende Informationen von anderen Spezialisten, die bei der Hilfeleistung involviert sind.</p> <p>Im Falle der direkten Zugänglichkeit bestimmt der Physiotherapeut in einem ersten Screening ob eine physiotherapeutische Analyse sinnvoll ist. Abhängig von diesen Ergebnissen wird anschließend eine diagnostische physiotherapeutische Untersuchung durchgeführt bzw. der Patient weiter verwiesen.</p> <p>Der Behandlungs- bzw. Präventionsplan sollte zumindest beinhalten: Anleitung, Diagnose, Ziele, Strategie, die abgeleiteten physiotherapeutischen Interventionen und die Zeitplanung. Leitend dabei sind: die Hilfsfrage, die Möglichkeiten physiotherapeutischer Hilfe, Erwartungen hinsichtlich der Ergebnisse (evidence based) und vorhandene Richtlinien hinsichtlich der zu folgenden Vorgehensweise.</p> <p><b>Kritische/ typische Berufssituationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten, die ohne Überweisung, direkt den Physiotherapeuten aufsuchen (direkte Zugänglichkeit). Es ist dann vorab nicht ausgeschlossen, dass es sich um abweichende Erkrankungen (als angegeben) handelt. In diesem Fall muss der Physiotherapeut erst screenen, in wiefern es eine Indikation für eine physiotherapeutische Untersuchung/Intervention gibt;</li> <li>• Patienten, bei denen von einem komplexen Gesundheitsproblem (multiple Pathologien, rezidive oder persistierende Beschwerden) und langfristigen Genesungsphasen auszugehen ist;</li> <li>• In Bezug auf Arbeit oder Sport kann der Physiotherapeut neben der Beurteilung der Situation auch eine tiefer gehende Analyse der Arbeitsumstände, (physischen) Umgebung und/ oder sportspezifische Aktivitäten durchführen und damit die Erwartungen des Patienten in Bezug auf das Bewegen verdeutlichen.</li> </ul> <p><b>Ergebnisse:</b> Physiotherapeutische Diagnose, Empfehlungen, Beratung, Überweisung, Behandlungsplan, Registrierung, Informationsaustausch mit Dritten.</p>
<p><b>Niveau-indikatoren</b></p>	<p><b>Startniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beherrscht alle Aspekte der Rolle des Hilfeleistenden</li> <li>• Bei variierenden Patienten (alle häufig vorkommenden Probleme)</li> <li>• Führt Aufgaben fließend in einem angepassten Arbeitstempo aus</li> <li>• Kann getroffene Entscheidungen vertreten/begründen</li> </ul> <p><b>Fortgeschrittenes Niveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übt die Rolle des Hilfeleistenden auf charakteristische Weise aus</li> <li>• Führt bei Patienten mit komplexen und/oder selten vorkommenden Problemen die Aufgaben fließend aus</li> <li>• Ist gut bis sehr gut in einem Berufskontext eingegliedert und in mehreren Berufskontexten erfahren</li> <li>• Funktioniert als „Nachschlagewerk“ (Informationsquelle) für Kollegen und andere</li> </ul>

<p><b>Berufsrollen</b></p>	<p><b>1. Der Physiotherapeut als Hilfeleistender – b) therapeutisches Handeln</b></p>
<p><b>Kompetenzen</b></p>	<p><i>Der Physiotherapeut führt, auf methodische Weise in Zusammenarbeit mit dem Patienten, den Behandlungsplan aus. Er evaluiert regelmäßig die Effekte der Interventionen auf die Bewegung und den Gesundheitszustand des Patienten und passt ggf. den Plan an, um optimale Resultate zu erzielen.</i></p>
<p><b>Erläuterung</b></p>	<p>Das „therapeutische Handeln“ umfasst: die Ausführung der physiotherapeutischen Interventionen, die Begleitung/ Unterstützung des Patienten, (zwischenzeitliche) Evaluation, Informieren des Patienten und Dokumentation (an dritte). Das geschieht in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten und auf methodische Weise (zielgerichtet, systematisch, prozessmäßig und bewusst). Therapeutisches Handeln ist vielfach individuell, kann aber auch in Gruppen stattfinden.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit dem Patienten zielt darauf, ihn hinsichtlich seines Gesundheitsproblems zu begleiten, zu coachen bzw. zu aktivieren. Der Physiotherapeut stimmt regelmäßig ab, prüft wie er das Problem und die Behandlung erfährt, und steuert auf dieser Basis sein eigenes Handeln. Sind mehrere Spezialisten bei der Behandlung mit einbezogen, arbeitet der Physiotherapeut mit ihnen zusammen, stimmt die Behandlung auf übereinstimmende Ziele ab bzw. informiert über Vorgehensweise, Verlauf und Resultate.</p> <p>Die Effektivität und Effizienz des Behandlungsplans wird durch Evaluation beurteilt: Sind die Ziele und Qualität optimal realisiert und im Hinblick auf akzeptablen Einsatz, (materielle und immaterielle) Kosten und Zeitspanne abgewogen? Optimale Resultate können variieren von einer vollständigen Genesung der Beschwerden bis hin zur Anpassung an einen adäquaten Umgang mit bleibendem Verlust der Funktion(en), bei gleichzeitiger Akzeptanz und Zufriedenheit des Patienten. Die ausgewählte Vorgehensweise ist auf die therapeutischen Ziele abgestimmt, entweder kurativ, oder auch zugunsten der sekundären und tertiären Prävention.</p> <p><b>Kritische/ typische Berufssituationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsätze in einer frühen Phase können einen überdurchschnittlichen Einsatz verlangen, um die Variationen der vorkommenden Hilfsfragen zu ergründen;</li> <li>• Klinische Versorgung, wobei Patienten innerhalb einer begrenzten Zeitspanne, anhand von Behandlungsprotokollen intramural behandelt werden;</li> <li>• Situationen, in denen von langfristigen und multiprofessionellen Behandlungsprozessen die Rede ist, welche Abstimmung untereinander erfordern oder wobei andere einbezogene Spezialisten (z.B. Transfers, Mobilität, alltägliche Handlungen) gesteuert werden müssen.</li> </ul> <p><b>Ergebnisse:</b> Ausgeführter Behandlungsplan, erreichte Behandlungsziele, Aufklärung, Empfehlungen, Berichterstattung, verantwortliche Dokumentation an Dritte</p>
<p><b>Niveau-indikatoren</b></p>	<p><b>Startniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beherrscht alle Aspekte der Rolle des Hilfeleistenden</li> <li>• Bei variierenden Patienten (alle häufig vorkommenden Probleme)</li> <li>• Führt Aufgaben fließend in einem angepassten Arbeitstempo aus</li> <li>• Kann getroffene Entscheidungen vertreten/begründen</li> </ul> <p><b>Fortgeschrittenes Niveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übt die Rolle des Hilfeleistenden auf charakteristische Weise aus</li> <li>• Führt bei Patienten mit komplexen und/oder selten vorkommenden Problemen die Aufgaben fließend aus</li> <li>• Ist gut bis sehr gut in einem Berufskontext eingegliedert und in mehreren Berufskontexten erfahren</li> <li>• Funktioniert als „Nachschlagewerk“ (Informationsquelle) für Kollegen und andere</li> </ul>

<p><b>Berufsrolle</b></p>	<p><b>1. Der Physiotherapeut als Hilfeleistender – c) präventives Handeln</b></p>
<p><b>Kompetenzen</b></p>	<p><i>Der Physiotherapeut klärt auf und gibt Empfehlungen über ein gesundheitsförderndes Verhalten und Maßnahmen zur Verhinderung von Gesundheitsproblemen. Er übernimmt Trainingsformen, individuell und in der Gruppe, die auf ein gesundheitsförderndes Verhalten im alltäglichen Leben, Arbeit und Freizeit abzielen.</i></p>
<p><b>Erläuterung</b></p>	<p>Das „präventive Handeln“ umfasst verschiedenste Aktivitäten, sowohl für individuelle Patienten als auch für Gruppen: Informieren, Beraten bzw. Konsultieren, das Ausführen von Trainingsprogrammen und Kursen, Begleitung oder Coachen der Patienten, Erläuterungen und Präsentationen. Wenn gewünscht, arbeitet der Physiotherapeut zusammen mit anderen Spezialisten.</p> <p>Präventive Verrichtungen haben vor allem Bezug auf primäre und sekundäre Prävention mit dem Blickpunkt auf: Gesundheitsschutz (Verringern der Risikofaktoren), Gesundheitsförderung (Gesundes Verhalten und Lebensstil), frühzeitige Signalzeichen und Behandlung (von drohenden Gesundheitsproblemen), jeweils im Verhältnis zu Bewegung und Schmerz. Dabei kann der Akzent der physiotherapeutischen Hilfeleistung liegen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten helfen einsichtig zu werden in Bezug auf ihre Gesundheit und den Faktoren, die zu Beschwerden führen;</li> <li>• Bewusstmachung ihrer eigenen Möglichkeiten zum Verhindern, Auflösen oder Stabilisieren der Beschwerden sowie der Stimulation zu einer aktiven Grundhaltung dabei;</li> <li>• Anregung und Unterstützung beim Anlernen und Trainieren von gesundheitsfördernden Aktivitäten und Verhalten;</li> <li>• Empfehlungen über Maßnahmen und Anpassungen zur Risikominderung, z.B. einseitige Belastungsformen.</li> </ul> <p><b>Kritische/typische Berufssituationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einfache Berichterstattung zu einem Patienten, der ein „Expertenurteil“ bzw. eine „zweite Meinung“ über bestimmte Aktivitäten oder Risiken einholen möchte;</li> <li>• Das Entwickeln und Ausführen von Bewegungsprogrammen für (spezifische Ziel-) Gruppen;</li> <li>• Das Planen und Ausführen individuellen Coachings;</li> <li>• Das Zugänglichmachen von zuverlässigen Informationen über bestimmte Beschwerden/ Krankheiten und die Möglichkeiten bzw. Einschränkungen der diesbezüglichen physiotherapeutischen Hilfe z.B. mit Hilfe von einer informativen und interaktiven Webseite.</li> </ul> <p><b>Ergebnisse:</b> Beratung, Konsultation, Präventionsplan, Trainingsdurchführung, Präsentationen, erreichte Ziele, Berichterstattung, verantwortliche Dokumentation an Dritte.</p>
<p><b>Niveau-indikatoren</b></p>	<p><b>Startniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beherrscht alle Aspekte der Rolle des Hilfeleistenden</li> <li>• Bei variierenden Patienten (alle häufig vorkommenden Probleme)</li> <li>• Führt Aufgaben fließend in einem angepassten Arbeitstempo aus</li> <li>• Kann getroffene Entscheidungen vertreten/begründen</li> </ul> <p><b>Fortgeschrittenes Niveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übt die Rolle des Hilfeleistenden auf charakteristische Weise aus</li> <li>• Führt bei Patienten mit komplexen und/oder selten vorkommenden Problemen die Aufgaben fließend aus</li> <li>• Ist gut bis sehr gut in einem Berufskontext eingegliedert und in mehreren Berufskontexten erfahren</li> <li>• Funktioniert als „Nachschlagewerk“ (Informationsquelle) für Kollegen und andere</li> </ul>

<p><b>Berufsrolle</b></p>	<p><b>II. Der Physiotherapeut als Manager – a. Organisieren</b></p>
<p><b>Kompetenzen</b></p>	<p><i>Der Physiotherapeut organisiert die eigene Arbeit effektiv und zielgerichtet und arbeitet zusammen mit Kollegen und anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen. Er trägt bei zur Betriebsführung und Optimierung von Arbeitsprozessen im Hinblick auf Handhabung und Verbesserung des Funktionierens der Organisation.</i></p>
<p><b>Erläuterung</b></p>	<p>Das „Organisieren“ umfasst: Planen und Organisieren der eigenen Tätigkeit, Abstimmen der eigenen Arbeit mit der der Kollegen und anderen direkt bei der Gesundheitsversorgung betroffene Personen, das Führen einer Systematischen Klienten- und Finanzverwaltung, Informationsweitergabe an betroffene Dritte, konstruktive Mitarbeit an der Einrichtung, Realisierung und Verbesserung von Arbeitsprozessen und –klima, dem effektiven Gebrauch und die Verwaltung von benötigten Geräten und Mitteln und bei periodisch evaluativen Absprachen über die Realisierung der Ziele der Organisation / Praxis.</p> <p>Zur ordnungsgemäßen Klienten- und Finanzverwaltung sammelt, verarbeitet und verwaltet er alle relevanten Daten. Dabei berücksichtigt er die geltende Berufsethik, die Gesetzgebung, die Bedürfnisse der Klientenpopulation und die Voraussetzungen der Krankenversicherungen.</p> <p><b>Kritische / kennzeichnende Berufssituationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innerhalb der eigenen Organisation: Vereinbarungen zur Arbeitsverteilung und Abstimmung der Tätigkeiten</li> <li>• In Einrichtungen wie z.B. Krankenhaus oder Rehabilitationszentrum: multiprofessionelle/interdisziplinäre Überlegungen über die Abstimmung von Fürsorgeaufgaben und Verantwortlichkeiten</li> <li>• Initiieren, Organisieren von oder Teilnahme an Beschlussfassungen über praxisbezogene Maßnahmen</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <p>Systematische Klienten- und Finanzverwaltung, angenehmes und konstruktives Arbeits- und Behandlungsklima, effiziente Arbeitsweisen und eine adäquat organisierte Kettenversorgung.</p>
<p><b>Niveau-indikatoren</b></p>	<p><b>Startniveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisiert eigene Tätigkeiten und führt diese gemäß Absprachen und Planung selbständig aus</li> <li>• Pflegt selbständig die Klienten- / Praxisverwaltung</li> <li>• Kommt für Arbeitsverteilung und –abstimmung in Betracht</li> <li>• Trägt zur guten Ausführung von Programm- und Aktivitätenplanung bei</li> </ul> <p><b>Fortgeschrittenes Niveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist auf Grund von Kenntnissen und Erfahrungen richtungsgebend für Mitarbeiter / Kollegen des Startniveaus</li> <li>• Kann Verantwortung für Teile der Praxisführung übertragen bekommen</li> <li>• Entwickelt Programm- und Aktivitätenplanung (in Bereichen der Dienstleistung, Ausrüstung, HRM (Human Resource Management = Personalmanagement) und Finanzierung)</li> </ul>

<p><b>Berufsrolle</b></p>	<p><b>II. Der Physiotherapeut als Manager – b. Unternehmen</b></p>
<p><b>Kompetenz/en</b></p>	<p>Der Physiotherapeut trägt auf der Grundlage einer SWOT-Analyse zur Entwicklung und Ausführung von Entscheidungen auf strategischem Niveau im Hinblick auf Angebot und Nachfrage an physiotherapeutischer Hilfe- und Dienstleistung bei; dies geschieht mit dem Ziel die Position der eigenen Organisation in der Umgebung bzw. die Qualität des Angebots zu verbessern.</p>
<p><b>Erläuterung</b></p>	<p>Das „Unternehmen“ umfasst: Orientierung in der Umgebung (im Besonderen die Bedürfnisse/der Markt für physiotherapeutische Hilfe- / Dienstleistung) und deren Entwicklung, Zusammenstellen der Stärken/Schwächen und Chancen /Bedrohungen der eigenen Organisation, Beurteilen von Möglichkeiten für neue Initiativen / Innovation und deren Umsetzung durch Entwicklungspläne, Programme und Aktivitäten.</p> <p>Wichtige Fragen dabei sind u.a.: Wie ist die Zusammenarbeit/Abstimmung mit anderen relevanten Organisationen/Einrichtungen? Wie reagieren wir auf Veränderungen in der Umgebung / im Zusammenleben / in der Gesetzgebung? Wie bekannt ist unsere Organisation bei potenziellen Klienten? Wie können wir die vorhandene Expertise besser nutzen? Wann sind neue Aktivitäten rentabel? ...usw. Die Antworten auf diese und ähnliche Fragen werden übersetzt in eine "SWOT- Analyse".</p> <p><b>Kritische / kennzeichnende Berufssituationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Signalisieren von Veränderungen in der "Umgebung" der Praxis und die Einschätzung der Bedeutung für den potenziellen Bedarf (Art und Umfang) physiotherapeutischer Hilfe- / Dienstleistung;</li> <li>• Das Pflegen von Netzwerken und relevanten Kontakten und das Initiieren von Überlegungen über "neue" Dienste und Geräte mit Kollegen und anderen Parteien und schließlich passend zu den Bedürfnissen der Zielgruppe(en) ein abgeleitetes Handeln;</li> <li>• Absprachen mit Kollegen in anderen Gesundheitseinrichtungen über die Übertragung und Kontinuität in der Gesundheitsfürsorge bezüglich der Kettenversorgung.</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <p>SWOT's, Organisationspolitik (finanziell, personell, materiell), Unternehmens- und Entwicklungspläne, Kommunikations- und Informationsmaterialien.</p>
<p><b>Niveau-indikatoren</b></p>	<p><b>Startniveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Führt Tätigkeiten aus; leitet diese aus der formulierten Organisationspolitik oder den Aktivitätenplänen ab</li> <li>• Trägt zum Zustandekommen von SWOT-Analysen, der Organisationspolitik oder den Aktivitätenplänen bei</li> <li>• Handelt in Übereinstimmung mit den Zielen und im Interesse der eigenen Organisation</li> </ul> <p><b>Fortgeschrittenes Niveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist richtungsgebend für die Organisationsentwicklung und neue Aktivitäten</li> <li>• Ist imstande SWOT-Analysen und die daraus entstehende Planentwicklung (Unternehmen, Organisation, Politik) zu erstellen bzw. zu organisieren</li> <li>• Signalisiert Chancen und Möglichkeiten, entwickelt Lösungen und ist kreativ beim Überwinden von Hindernissen</li> <li>• Pflegt ein Netzwerk mit Kontakten zu relevanten Personen und Organisationen</li> <li>• Vertritt die eigene Organisation als guter „Botschafter“.</li> </ul>

<p><b>Berufsrolle</b></p>	<p><b>III. Der Physiotherapeut als Berufsentwickler – a. untersuchen</b></p>
<p><b>Kompetenz/en</b></p>	<p><i>Der Physiotherapeut registriert systematisch Klienten- und Behandlungsdaten zur Qualitätssicherung und Forschung. Er nimmt an wissenschaftlichen Untersuchungen zur weiteren Entwicklung der Berufspraxis und dessen wissenschaftlicher Fundamentierung teil.</i></p>
<p><b>Erläuterung</b></p>	<p>Das "Forschen" umfasst eine Vielzahl an Aktivitäten: Das Registrieren von Klienten- und Behandlungsdaten, das Formulieren von Praxiserfahrungen und –problemen zu Forschungsfragen, Literatur- / Quellenuntersuchung, das Aufstellen eines Forschungsplans, das Sammeln, Analysieren und Interpretieren von relevanten Untersuchungsdaten, die Präsentation und Publikation von Ergebnissen.</p> <p>Das systematische Registrieren und Verwenden der Qualitätssicherung und eventuelle Untersuchungsziele findet innerhalb der Gesetzgebung des privaten Lebensbereichs sowie der Registrierung und der Normen, welche sowohl methodisch als auch ethisch verantwortbar sind, statt.</p> <p>Aufgrund von Praxiserfahrungen und Einsichten in die Grundsätze wissenschaftlicher Forschung, kann der Physiotherapeut an Untersuchungen teilnehmen (partizipieren) und in jeder Phase einen kritisch konstruktiven Beitrag leisten. Dabei erläutert er einleuchtend und genau den "Wissenskörper" (body of knowledge) der Berufsgruppe, unabhängig von Parteien und Bedürfnissen. Er ist im Stande einen mündlichen und schriftlichen Bericht zur Fragestellung, Methode und zu Befunden zu geben und kann inhaltlich eine Debatte mit Kollegen und Vertretern anderer Disziplinen darüber führen.</p> <p><b>Kritische / kennzeichnende Berufssituationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodische Analyse von Klienten- und Praxisdaten zur Qualitätssicherung und -verbesserung</li> <li>• Eine Voruntersuchung zu einer sich wiederholenden Fragestellung aus der Praxis machen, aus den Ergebnissen eine Fragestellung für eine weitergehende Untersuchungen formulieren</li> <li>• Das Beurteilen der Relevanz eines Untersuchungsplans oder der Ergebnisse für die eigene Praxis;</li> <li>• Das Mitwirken an patientenbezogenen Forschungsprojekten oder größeren RCTs (randomized controlled trial) durch Generieren und Liefern von relevanten Untersuchungsdaten</li> <li>• Das Aufsetzen und Ausführen einer single case study und das Publizieren der Ergebnisse in einer Fachzeitschrift.</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <p>selbständige oder anteilige Publikationen, Lieferung von empirischen Daten, Berichte über Literaturstudien, Dossieranalysen</p>
<p><b>Niveau-indikatoren</b></p>	<p><b>Startniveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennt die üblicher Weise benutzten Methoden und Techniken angewandter wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet des Gesundheitssektors</li> <li>• Hat eigene Erfahrung mit der Ausführung einer Teilstudie unter Begleitung eines Senior-Kollegen/Untersuchers</li> <li>• Hat mitgewirkt am Aufsetzen eines Untersuchungsplans, -designs bzw. an der Organisation einer Untersuchung unter Leitung eines Senior-Kollegen/Untersuchers</li> <li>• Ist (Teil-)Autor einer fachlichen Publikation</li> </ul> <p><b>Fortgeschrittenes Niveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist gut eingeführt in die häufig benutzten Methoden und Techniken angewandter wissenschaftlicher Forschung</li> <li>• Kennt relevante Methoden und Techniken einer fundamental wissenschaftlichen Untersuchung</li> <li>• Hat eigene Erfahrung mit dem Aufsetzen eines Untersuchungsplans, –designs und übernimmt die Verantwortung über die Organisation und die Ausführung der Untersuchung</li> <li>• Hat eine umfassende Übersicht über die Konsequenzen neuer Einsichten für physiotherapeutisches Handeln</li> </ul>

<p><b>Berufsrolle</b></p> <p><b>Kompetenz/en</b></p> <p><b>Erläuterung</b></p>	<p><b>III. Der Physiotherapeut als Berufsentwickler – b. Innovation</b></p> <p><i>Der Physiotherapeut trägt zur inhaltlichen Entwicklung, Profilierung und gesellschaftlichen Legitimierung des Berufes durch Implementierung von Qualitätsverbesserungen und die Sicherung von Innovationsprozessen bei.</i></p> <p>Berufsinnovation findet auf 3 Ebenen statt: das eigene berufliche Handeln, Arbeitsweisen und das berufliche Handeln innerhalb der eigenen Organisation und physiotherapeutische Hilfeleistung innerhalb der gesamten Berufsgruppe.</p> <p>Der Physiotherapeut stellt durch systematische Registrierung, Evaluation, kritische Selbstreflektion und Intervention fest, in wieweit sein berufliches Handeln dem geltenden Standard der Berufsausübung entspricht. Er nutzt hierzu aktuelle wissenschaftliche Einsichten und Richtlinien für die Praxis und berücksichtigt nationale und internationale Entwicklungen. Dabei hält er sich über Erneuerungen in Theorie und Praxis der Berufsausübung auf dem Laufenden, überträgt die neuen Einsichten und implementiert diese in sein eigenes berufliches Handeln als Physiotherapeut.</p> <p>Er strebt, in Zusammenarbeit mit Kollegen, nach Verbesserung und Sicherung der Qualität innerhalb der eigenen Einrichtung. Er partizipiert an bzw. initiiert inhaltlich Absprachen über Arbeitsweisen, Qualität von Hilfs- / Dienstleistung und innovative Aktivitäten. Er begleitet / coacht Praktikanten in ihrer professionellen Entwicklung.</p> <p>Außerdem leistet er einen Beitrag zur weiteren Entwicklung und Profilierung der eigenen Disziplin u.a. durch Teilnahme an interkollegialen Versammlungen der Physiotherapie (IOF= intercollegiaal overleg fysiotherapie), (inter)nationaler Berufsverbände und Kenntnisnetzwerke innerhalb des eigenen Fachbereichs sowie multidisziplinärer Netze.</p> <p><b>Kritische / kennzeichnende Berufssituationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Initiieren von kollegialen Versammlungen oder Interventionen, mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung und des Stimulierens der professionellen bzw. persönlichen Entwicklung der Teilnehmer;</li> <li>• Einen aktiven Kongress-Beitrag in Form einer (Poster-) Präsentation, eines Workshops usw. leisten.</li> <li>• Aktive Teilnahme an Aktivitäten (Arbeitsgruppen/Kommissionen) von Berufsverbänden oder Fachnetzwerken;</li> <li>• Mitwirken an der Entwicklung von Richtlinien auf Grundlage von Praxiserfahrungen und Forschung.</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <p>Qualitätssicherungsdaten, Innovationspläne, persönliche Entwicklungspläne (PEP), explizite Einstellung zur Qualität der Dienstleistung, des Berufs und der Berufsgruppe, Beherrigen der Bedürfnisse der Berufsgruppe, Vorträge, Beiträge an Schulungsprogrammen, Referate, Publikationen.</p>
<p><b>Niveau-indikatoren</b></p>	<p><b>Startniveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennt bestehende Richtlinien und die Art und Weise wie diese zustande kommen</li> <li>• Bezieht neue Richtlinien in das eigene Handeln mit ein</li> <li>• Partizipiert auf konstruktive Weise bei interkollegialen Versammlungen bzw. Interventionen</li> <li>• Pflegt und vergrößert sein eigenes Fachwissen/Kompetenz durch Fortbildungen, Einbeziehen von Fachliteratur etc.</li> </ul> <p><b>Fortgeschrittenes Niveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist imstande an der Entwicklung von neuen Richtlinien bzw. an der Aktualisierung von bestehenden Richtlinien und Standards der Berufsausübung mitzuarbeiten</li> <li>• Initiiert bzw. ist richtungsgebend bei Aktivitäten, die auf die Innovation und Sicherung qualitativ hochwertiger Dienstleistung abzielen.</li> <li>• Begleitet Praktikanten und coacht Kollegen in ihrer professionellen Entwicklung</li> <li>• Partizipiert an (inter)nationalen Fachnetzwerken innerhalb des eigenen Fachgebiets sowie multidisziplinär</li> <li>• Vertritt die Physiotherapie als guter "Botschafter".</li> </ul>

#### 4.3. Allgemeine Normen der Professionalität

In den Kompetenzbeschreibungen kommt vor allem zum Ausdruck, was der Physiotherapeut kann und macht, und nur im geringen Maße auf welcher Weise er dies tut. Ausgehend von der Berufsgruppe und dem Zusammenleben werden nichtsdestotrotz mehrere Forderungen (Normen der Professionalität) an die Art und Weise, wie Physiotherapeuten ihre Arbeit verrichten, gestellt. Ausgangspunkt für das, was hier unter Professionalität und professionellem Handeln verstanden wird, ist die Definition aus dem Artikel „Professioneel gedrag; Onderwijs, toetsing, begeleiding en regelgeving“ (DMW, 2002): „Unter professionellem Verhalten wird ein beobachtbares Verhalten verstanden, bei dem die Normen und Werte der Berufsausübung zu erkennen sind. Professionelles Verhalten kommt in Wort, Verhalten und Äußerlichem zum Ausdruck und ist für das Grundvertrauen von großer Wichtigkeit, das ein Patient in einen Physiotherapeut setzen können muss. Innerhalb professionellen Verhaltens sind drei Dimensionen zu unterscheiden: Umgang mit Aufgaben/Arbeit, Umgang mit anderen und Umgang mit sich selbst“. Diese drei Dimensionen akzentuieren das Verhalten in Bezug zur Hinwendung zu qualitativ hochwertigen Hilfeleistungen, zu einer konstruktiven Zusammenarbeit (mit dem Patient und anderen bei der Hilfeleistung betroffenen Spezialisten) und zur langfristigen Entwicklung („lifelong learning“).

##### 4.3.1. Umgang mit Arbeit und Aufgaben/ qualitätsorientiert

- **Patientenorientiert:** Stellt die individuelle Problemerkennung des Patienten und das, was er für die Behandlung als Priorität sieht, zentral;
- **Selbstständig:** Verrichtet die eigenen Aufgaben/ Arbeitsleistungen, so wie es sich gehört, ohne Korrektur durch andere; fragt - wenn nötig - nach Hilfe/ Ratschlägen anderer;
- **Zielgerichtet:** Handelt lösungsorientiert, weicht keinen (unangenehmen) Entscheidungen aus, passt sich - wo es nötig ist - an die Umstände an und improvisiert, wenn es die Situation erfordert;
- **Methodisch:** Arbeitet strukturiert, planmäßig, bewusst, zielgerichtet und effizient, und weiß seine eigene Leistung innerhalb der gestellten Qualitätsnormen und Zeit realistisch einzuschätzen;
- **Persönlich zuständig:** Zeigt Eigeninitiative und Einsatz und verrichtet seine Arbeitsleistungen mit Sorgfalt und Andacht, Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit;

- **Unabhängig:** ist sich seiner eigenen Funktion, Position und Rolle bewusst, bildet sich ein unparteiisches Urteil und nimmt Entscheidungen unter Einbeziehen der Perspektiven und Prioritäten aller betroffenen Parteien an;
- **Verantwortlich:** legitimiert Entscheidungen, tatsächliches Handeln und dessen Konsequenz, und handelt in Übereinstimmung mit inhaltlichen, ethischen und juristischen Werten.

##### 4.3.2. Umgang mit anderen/ teamorientiert

- **Zuverlässig:** Hält sich an Absprachen, arbeitet akkurat und punktgenau, behandelt erhaltene Informationen vertraulich und enthält sich Zusagen, die nicht eingehalten werden können;
- **Kooperativ:** Arbeitet auf konstruktive Weise im Team, stimmt seine eigene Arbeitsleistung auf die anderer ab, ist hilfsbereit und kollegial, gibt und fordert Feedback;
- **Kommunikativ:** Argumentiert sein eigenes Handeln, seine Entscheidungen und Betrachtungen, kommuniziert konkret und deutlich, in Wort und Schrift, stimmt die Kommunikation auf den anderen ab und meidet schwierige, konfrontierende Gespräche nicht;
- **Offen:** Ist offen für Fragen, Feedback und andere Meinungen, gibt (Wert)Urteile ab;
- **Respektvoll:** Zeigt Interesse und Respekt, berücksichtigt Emotionen anderer, kann helfen ihre Werte zu verdeutlichen, zu festigen oder zu transformieren und verwendet korrekte Umgangsformen.

##### 4.3.3. Umgang mit dem eigenen Funktionieren/ entwicklungsorientiert

- **Selbstbewusst:** Kann eigene Gedanken, Gefühle und Verhalten benennen und miteinander in Übereinstimmung bringen, ist sich seiner der eigenen Kapazitäten und Einschränkungen bewusst, handelt konsequent und standhaft;
- **Kritisch reflektorisch:** ist im Stande sein eigenes Funktionieren und Verhalten von außen zu betrachten, ist sich der Grenzen seiner eigenen Fachkunde und der eigenen Vorurteile bewusst, sucht Feedback und akzeptiert Kritik;
- **Entwicklungsorientiert:** zeigt Bereitschaft die eigene Fachkenntnis auf dem neuesten Stand zu halten bzw. zu bringen, sucht aktiv nach Möglichkeiten für Verbesserungen, stellt sich selbst Ziele und nutzt Probleme, Dilemmas und Rückschläge zur weiteren professionellen Entwicklung.

## 5 Organisation, Qualitätssicherung und Ausbildungskontinuum

### 5.1 KNGF

Die Königliche Niederländische Gesellschaft für Physiotherapie (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) ist eine übergreifende Vereinigung aller Physiotherapeuten in den Niederlanden und vertritt die Bedürfnisse von fast 20.000 Mitgliedern auf berufsinhaltlichem, sozial-gesellschaftlichem und ökonomischem Gebiet. Die KNGF wurde 1889 als „Gesellschaft zur Ausübung der Heilgymnastik in den Niederlanden“ gegründet. Die Gründe zur Errichtung waren seinerzeit unter anderem: Einen Behandlungsstandard zu entwickeln und eine zielführende Verständigung zwischen Medizinern und Heilgymnasten zu stimulieren. 1989 bekam die Niederländische Gesellschaft der Physiotherapie das Königliche Prädikat. Die KNGF hat sich zum Ziel gesetzt, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass physiotherapeutische Fürsorge hohe Qualität hat, für die gesamte niederländische Bevölkerung zugänglich ist und das professionellen Fachwissen des Physiotherapeuten anerkannt wird.

#### 5.1.1 Die Struktur

Die Vereinsstruktur der KNGF gründet einerseits auf eine geographische Einteilung in zwölf Regionale Gesellschaften für Physiotherapie (RGF = Regionale Genootschap voor Fysiotherapie) und andererseits auf Spezialisierungen in Teilgebiete innerhalb von neun berufsinhaltlichen Teilverbänden. Die Unterschiede innerhalb der Berufsorganisation erfordern permanenten Austausch und Abstimmung; Einheit in Verschiedenheit ist für die KNGF ein wichtiger Grundsatz. Jedes (arbeitende) Mitglied der KNGF ist auch Mitglied der RGF und kann auch Mitglied einer oder mehrerer berufsinhaltlichen Verbände sein. Das höchste Organ der KNGF ist die Allgemeine Versammlung (AV = Algemene Vergadering). Die Regionalen Gesellschaften haben zusammen 100% der Stimmen in der Allgemeinen Versammlung. Die KNGF arbeitet also demnach mit einer gestuften Vereinsdemokratie. Die berufsinhaltlichen Verbände haben in der AV wohl ein Rederecht, jedoch kein Stimmrecht. Ihre beratende Stimme auf dem berufsinhaltlichen Gebiet ist von großer Bedeutung für den Allgemeinen Vorstand (AB = Algemeen Bestuur) und die AV. Die berufsinhaltlichen Verbände wiederum sind vereint in dem Kolleg Berufs Inhaltliche Verbände (CBI = College Beroepsinhoudelijke Verenigen). Der CBI ist ein formelles Beratungsorgan des Allgemeinen Vorstands.

#### 5.1.2 Die berufsinhaltlichen Verbände

Einen wichtigen Pfeiler in der KNGF stellen die neun berufsinhaltlichen Verbände dar, die sich jeweils auf ein bestimmtes Teilgebiet der Physiotherapie konzentrieren. Es handelt sich dabei um die folgenden Verbände:

- Niederländischer Verband für Manuelle Therapie (Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT))
- Niederländischer Verband für Physiotherapie in der Sportgesundheitsfürsorge (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS))
- Niederländischer Verband für Physiotherapie in der Geriatrie (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG))
- Niederländischer Verband für Physiotherapie bei Beckenproblematiken sowie Prä- und Postpartumgesundheitsfürsorge (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pré- en postpartumgezondheidszorg (NVFB))

- Niederländischer Verband für Physiotherapie in der Kinder- und Jugendgesundheitsfürsorge (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en jeugdgezondheidszorg (NVFK))
- Niederländischer Verband für Physiotherapie in der Zahnheilkunde (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Tandheelkunde (NVFT))
- Niederländischer Verband für Physiotherapie bei Herz- und Kreislauferkrankungen (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Hart- en vaatziekten (NVFH))
- Niederländischer Verband für Physiotherapie in der Psychosomatik (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP))
- Niederländischer Verband für Physiotherapie in der Lymphologie (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie (NVFL))

#### 5.1.3 Sichtweise

2002 hat die KNGF ihre langfristige Ausrichtung bis 2006 in den folgenden Grundzügen festgelegt:

- Die Domäne des Physiotherapeuten ist das tägliche Bewegen. Das tägliche Bewegen wird als das Funktionieren der Menschen in ihrer täglichen Umgebung (Sport, Hobby oder Arbeit) definiert, und dies in Relation zu relativ neuen Märkten für den Physiotherapeuten auf den Gebieten der Prävention, arbeitsbezogenen Problematiken und der Bekämpfung von Bewegungsarmut. Die Domäne ist deutlich umschrieben und es gibt gute Absprachen über die Aufteilung des Fachgebiets. Die Teilgebiete werden durch wissenschaftliche Verbände (die ehemaligen berufsinhaltlichen Verbände) repräsentiert.
- Die Physiotherapie besitzt eine eigene wissenschaftliche Tradition. Wissenschaftliche Forschung auf dem Terrain der Physiotherapie findet kontinuierlich statt. Die wissenschaftliche Untermauerung des Faches ist ein fortwährender Prozess.
- Der Physiotherapeut hat innerhalb der BaMa-Struktur die Möglichkeit sich über Masterausbildungen weiter (wissenschaftlich) zu entwickeln.
- Der Physiotherapeut ist direkt zugänglich (first contact).
- Der Physiotherapeut antizipiert den Markt durch Zusammenarbeit und Erweiterung (schaalvergroting).

2005 schien es, als ob viele Teile der Agenda bis 2006 realisiert sein können. Der am meisten ins Auge stechende Teil ist die direkte Zugänglichkeit, die am 1. Januar 2006 eintrat. 2005 wurde die langfristige Agenda bis 2010 entwickelt.

## 5.2 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung und -verbesserung haben seit den 90iger Jahren einen wichtigen Platz im Gesundheitswesen eingenommen. Seitdem hat das Qualitätsbewusstsein deutlich zugenommen. Auch auf dieser Grundlage ist das Qualitätsprogramm der KNGF 1995 entstanden. Hierbei waren verschiedenen Perspektiven relevant:

- Das Bedürfnis an weiterer Professionalisierung und Positionierung des Fachgebietes
- Inkrafttreten der Gesetzgebung zur Qualität im Gesundheitswesen
- Zunehmende Emanzipierung der Patienten/ streben nach

- Autonomie
- Kostendruck
- Öffentliche Zweifel am Nutzen und an der Notwendigkeit der Physiotherapie

Das Qualitätsprogramm der KNGF ruht auf 4 Pfeilern:

- Fortbildung und Nachschulung
- Entwicklung und Gebrauch von evidence based Richtlinien
- Nutzung von Qualitätsteilsystemen
- Qualitätssicherung

Die Interkollegiale Beratung der Physiotherapeuten (Intercollegiaal Overleg Fysiotherapeuten (IOF)) besetzt als Qualitätsteilsystem von Beginn an einen zentralen Platz im Qualitätsprogramm.

Ein IOF besteht aus einer Gruppe Physiotherapeuten, die zusammen an einer Qualitätsverbesserung arbeiten. In den Niederlanden sind rund tausend IOF's aktiv. Die Qualitätssicherung findet durch das Zentrale Qualitätsregister (Centraal Kwaliteitsregister) statt. Ein Physiotherapeut, der die Voraussetzungen des Qualitätssystems erfüllt, ist als allgemeiner Physiotherapeut, spezieller Physiotherapeut (Sportphysiotherapeut, Geriatriephysiotherapeut, Beckenphysiotherapeut, Manualtherapeut, Kinderphysiotherapeut) oder als Physiotherapeut mit Vermerk (Ödemphysiotherapeut) registriert. Das geführte Qualitätsprogramm hat sich als effektiv herausgestellt. 2005 zählte das Qualitätsregister Physiotherapie mehr als 14.000 Physiotherapeuten (Mitglieder und Nicht-Mitglieder). Es sind 13 evidence based KNGF Richtlinien publiziert und es sind 5 Richtlinien in Entwicklung. Hiermit wird die Hälfte der 10 häufigsten Überweisungen des Hausarztes abgedeckt. Die Effektivität der Physiotherapie wird in dem Bericht „Übungstherapie“ des Gesundheitsrates (2003) explizit bestätigt. Der Rat der Gesundheitsuntersuchung (Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)) konstatierte 2003 eine starke Professionalisierung der Berufsgruppe Physiotherapie, was unter anderem an der starken Zunahme an wissenschaftlicher Forschung seit dem Beginn der 90iger Jahre geschuldet ist. Der RGO äußerte sich auch positiv über das Richtlinienprogramm der KNGF und befürwortet die Kontinuität mit einem guten Planungs- und Kontrollsystem mit dem Ziel der Erhaltung der Richtlinien. Das NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 2003) schlussfolgert, dass das Qualitätssystem der KNGF gut entwickelt ist und alle essentiellen Instrumente verfügbar sind. Auffallend ist jedoch der relativ geringe Gebrauch eines Teils der Instrumente.

Politisch werden innerhalb der KNGF Vorbereitungen getroffen, um ab 2006 die Umsetzung von Qualitätsteilsystemen nicht mehr (verpflichtend) auf den IOF zu beschränken, sondern Raum zu schaffen für andere Qualitätsteilsysteme. Obwohl der IOF einen wichtigen Platz im gesamten Qualitätsprogramm behalten wird, ist die Teilnahme ab 2006 nicht mehr verpflichtend.

### 5.3 Ausbildungen

Die Basisausbildung zum Physiotherapeuten ist ein 4jähriges Studium auf Fachhochschulniveau (HBO) und führt zum Bachelor. Kennzeichnend für die Ausbildung ist, dass sie unter die Führung von zwei verschiedenen Ministerien fällt, nämlich dem VWS und dem Unterrichtsministerium. Die Bedingungen, die an die Ausbildung gestellt werden, sind im Gesetz für Hochschulunterricht und wissenschaftliche Forschung (Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek = WHW), im

Beschluss über die Ausbildungsvoraussetzungen und das Fachwissensgebiet Physiotherapie von 1997 (Besluit Opleidingsisen en Deskundigheidsgebied Fysiotherapeut), einer Allgemeinen Regelung des Vorstands (Algemene Maatregel van Bestuur = AMvB) und nach Anleitung des BIG Gesetzes beschrieben.

Wichtige Aspekte aus diesem AMvB sind:

- Die berufsvorbereitende Periode wird in die zweite Hälfte der Hauptphase (letzte Phase der Ausbildung) gesetzt und umfasst minimal 1200 Stunden. Der Student verfügt über ein nahezu vollständiges Fachwissen um auf verantwortungsvolle Weise Patienten in den berufsvorbereitenden Praktika untersuchen und behandeln zu können. Die berufsvorbereitende Periode beschränkt sich nicht auf eine Einrichtung oder Praxis.
- Die Ausbildung legt im Unterrichtsprogramm den Schwerpunkt auf das zentrale Fachgebiet und die berufsvorbereitende Periode. Das zentrale Fachgebiet ist primär auf das Untersuchen und Behandeln des Patienten fokussiert.
- Präventive Arbeitsweisen können auf eigene Initiative des Physiotherapeuten verrichtet werden. Hierzu sind die Studenten durch ihre Ausbildung befähigt.

Momentan wird zusammen mit der Evaluation und Anpassung des BIG Gesetzes auch das AMvB angepasst. Diese Phase wird in naher Zukunft abgeschlossen sein. Eine wichtige Veränderung ist, dass ein Rahmen beschrieben wird, in dem von Qualitäten der Studierten (erreichte Kompetenzen und Niveaus) anstatt von Quantitäten (wie z. B. verpflichtete Anzahl an Praktikumsstunden) ausgegangen wird. Dabei wird die direkte Zugänglichkeit der Physiotherapie eine der wichtigsten Veränderungen des Gesetzes darstellen; die Artikel bzgl. der ärztlichen Überweisung werden im AMvB wegfallen. In den Niederlanden gibt es elf staatliche und eine private Hochschulausbildung in der Physiotherapie. Der Studentenzugang betrug 2002 fast 18.000 Studenten pro Jahr, davon 68% weibliche Studenten. Die Anzahl der fertig studierten Physiotherapeuten betrug 2001 ca. eintausend, davon 64% Frauen (NIVEL 2003). Die Studiengänge haben die Verantwortung Studenten so auszubilden, dass sie für das Arbeitsfeld der physiotherapeutischen Berufsausübung startfähig sind. Die Ausbildungen haben dabei einen breit ausgebildeten Bachelor Physiotherapeuten vor Augen, kompetent sowohl im Hinblick auf Prävention und Heilung als auch imstande als Berufsanfänger in allen Arbeitsbereichen tätig zu sein. Der Bachelorabsolvent ist ein hilfe anbietender Physiotherapeut mit der richtigen Einstellung zum Fürsorgesystem. Um die Abstimmung zwischen Berufspraxis und dem Inhalt der Ausbildungen so gut wie möglich zu sichern, halten die Ausbildungen strukturell aber auch im Einzelfall Kontakte zu externen Organisationen und Einrichtungen. Diese Kontakte werden unter anderem in der Abstimmung des Führungs- und Ausführungsniveaus der Studienrichtungsberatung Physiotherapie (Studie Richtings Overleg Fysiotherapie = SROF) mit der KNGF sichtbar. Die Physiotherapie Basisausbildungen wurden bisher alle fünf bis sechs Jahre vom Staat akkreditiert. Die Qualität der Ausbildungen wird nun fortwährend auch in der Interaktion mit dem Arbeitsfeld beschrieben. Auf diese Weise steigt der Einfluss des Arbeitsfeldes auf die Ausbildung. Diese Anliegen werden strukturell mit Hilfe von Umfragen inventarisiert, Studiengänge lassen Unterrichtsstunden von Gastdozenten gestalten und setzen eine bewusste Strategie im Hinblick auf Teilzeitdozenten um. Externe Personen werden außerdem bei der Unterrichtsentwicklung in Form von

Kommissionen des Berufsfelds, Beratungsräten und externen Examinatoren mit einbezogen.

#### 5.4 Erneuerungen im Unterricht

In der Erklärung von Bologna (1999), die von 26 Europäischen Bildungsministern unterzeichnet wurde, ist das Bestreben den Hochschulunterricht in einem Zweizyklusmodell zu strukturieren aufgenommen worden: Bachelor (undergraduate) und Master (graduate). Nicht die Dauer der Ausbildung, sondern das Endniveau gilt dabei als Kriterium für die internationale Vergleichbarkeit der Ausbildungen. Die Bologna-Erklärung war der Ausgangspunkt für die Einführung des Bachelor-Mastersystems (BaMa) in den Niederlanden. Gleichzeitig mit der Einführung des BaMa-Systems ist innerhalb der Fachhochschulen mit dem Einstellen von Lektoren und dem Einführen von Kenntniskreisen begonnen worden. Lektoren sind hoch qualifizierte professionelle Personen mit Unterrichts- und Forschungserfahrung im Fachgebiet, welche durch ihre bisherigen Leistungen als Experten eingestuft werden. Die Lektoren bilden den Mittelpunkt der zu bildenden Kenntniskreise. An den Kenntniskreisen nehmen neben den Lektoren auch andere Dozenten teil, so dass die inhaltliche Expertise in einem bestimmten Fachgebiet kontinuierlich weiter entwickelt wird (Convenant 2001).

Auf diese Weise wird ein Beitrag für die Qualität der Dozenten im höheren Berufsunterricht geleistet und die Forschung kann durch Schwerpunkte besser strukturiert werden. Ein dritter Erneuerungsimpuls geht von den veränderten Auffassungen über Lernen und Unterricht aus. Lernen wird gegenwärtig als ein Prozess gesehen, in dem der Lernende Kenntnis nicht passiv in sich aufnimmt sondern selbst aktiv aufbaut. (Bransford, Brown, Cocking 1999). Fachwissen wird dann auch nicht einfach "übertragen"; Kenntnis und Fähigkeiten zu haben bedeutet vielmehr,

dass diese auch tatsächlich in der Praxis angewendet werden können. Neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten bekommen oft erst dann Bedeutung, wenn diese an die Erfahrungen, Fragen und Probleme, mit denen der Berufsausübende in der täglichen Arbeit konfrontiert wird, anschließen. Diese Sicht des Lernens hat Folgen für die Art und Weise des Lernens in der Physiotherapieausbildung. Die Überzeugung, dass eine Basisberufsausbildung für das ganze Arbeitsleben ausreichend sein muss, wird kaum mehr unterstützt. Außerdem ist das Tempo, in dem sich Entwicklungen vollziehen so, dass der arbeitende Physiotherapeut auch während seiner Laufbahn neue oder aktualisierte Kenntnisse bzw. Fähigkeiten benötigt. Die Beschreibung des lernenden Physiotherapeuten spielt im Kompetenzprofil für den Physiotherapeuten eine bedeutende Rolle.

#### 5.5 BaMa-Struktur

Die Einführung der BaMa-Struktur und des nationalen Akkreditierungssystems beabsichtigt das Realisieren eines transparenten Hochschulunterrichts in Europa, welcher auf internationalem Niveau mit den gleichen Qualitätsvoraussetzungen verglichen werden kann. In der BaMa-Struktur werden drei vertikale Niveaus unterschieden: Bachelor, Master und Doktor der Philosophie. Auf Bachelorniveau geht es um einen Typ Ausbildung, auf Masterniveau werden (horizontal) eine professionelle und eine akademische Variante unterschieden. Diese Struktur muss ein logisch zusammenhängendes Ausbildungssystem formen, in dem Unterrichtsprogramme inhaltlich und pädagogisch aufeinander abgestimmt sind. Damit sind auch die Möglichkeiten geschaffen, um von der Bachelor- zur Masterausbildung innerhalb der Fachhochschule zu einem professionellen Master oder zu einem Master im wissenschaftlichen Unterricht (akademischer Master) weiter zu studieren.

## 6 Gesetzlicher Rahmen

In diesem Kapitel wird eine Zusammenfassung der Gesetze gegeben, die für die Arbeit von Physiotherapeuten von Bedeutung sind und Einfluss auf seine tägliche Arbeitspraxis haben.

### 6.1 Das BIG Gesetz

Der Beruf des Physiotherapeuten ist in dem Gesetz der Berufe der Individuellen Gesundheitsfürsorge, dem BIG Gesetz (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geregelt. Das BIG Gesetz stellt ein Rahmengesetz dar, in welchem die relevanten Grundsätze geregelt sind. Das Gesetz enthält Regeln für die Hilfeleistung durch Berufsausübende und zielt auf die Förderung der Qualität der Berufsausübung und den Schutz des Klienten (Ministerie van WVC, 1994/1995) ab. Das BIG Gesetz ist am 1. Dezember 1997 in Kraft getreten. Das Gesetz gewährt dem medizinischen Handeln prinzipielle Freiheit. Es werden jedoch sehr wohl Handlungen beschrieben, die nur durch hierzu befähigte Berufsausübende verrichtet werden dürfen. So wird vorgebeugt, dass durch unqualifiziertes Handeln nicht tragbare Gesundheitsrisiken für den Patienten entstehen. In diesem Gesetz sind auch die strafrechtlichen Aspekte des freien medizinischen Handelns benannt: es ist strafbar, wenn man jemandem Schaden zufügt oder die Gesundheit von jemandem in Gefahr bringt. Laut Artikel 29 bezieht sich das Fachwissen des Physiotherapeuten auf zwei Bereiche: Der Therapie durch die Überweisung eines Arztes und die Prävention. Die Einführung der direkten Zugänglichkeit führt aller Wahrscheinlichkeit nach dazu, dass das Gesetz diesbezüglich angepasst wird.

### 6.2 BIG-Register

Der Beruf Physiotherapie ist in Artikel 3 des BIG Gesetzes geregelt. Alle registrierten Personen dürfen den Berufstitel führen und nur sie fallen unter das Ordnungsrecht. Das Fachwissen der registrierten Berufsausübenden ist hiermit für jeden erkennbar. Ein Physiotherapeut, der die gesetzlichen Ausbildungsvoraussetzungen erfüllt, kann sich in das Register einschreiben lassen. Die Ausbildungsvoraussetzungen sind in einer gesonderten Regelung, die bei den Allgemeinen Regelungen des Vorstands (Algemene Maatregel van Bestuur = AmvB) festgelegt sind, formuliert. Die Voraussetzungen für die Wiederregistrierung haben Bezug zu den Arbeitsvoraussetzungen oder Schulungsvoraussetzungen, womit gezeigt werden kann, dass der Physiotherapeut noch immer bzw. wieder fähig ist, sein Fach auszuüben. Diese Voraussetzungen müssen in Artikel 8 des BIG Gesetzes geregelt werden, sind aber noch nicht formell festgelegt.

### 6.3 Qualitätsgesetz für Fürsorgeeinrichtungen

Das Qualitätsgesetz für Fürsorgeeinrichtungen beschäftigt sich nicht mit der Qualität des individuellen Berufsausübenden sondern mit der Qualität der Einrichtung, in der der Berufsausübende arbeitet. Das Qualitätsgesetz fordert, dass verantwortungsvolle Fürsorge zielgerichtet und patientengerichtet mit gutem Niveau erbracht werden muss. Auch die Praxisorganisation muss auf den Patienten abgestimmt sein. Die Beherrschung und die Verbesserung der Qualität muss auf systematische Weise überwacht werden.

### 6.4 Gesetzliche Tarife im Gesundheitswesen

Die Physiotherapeuten der ersten Linie werden als Organe des Gesundheitswesens gesehen und fallen unter das Tarifgesetz des

Gesundheitswesens (Wet Tarieven Gezondheidszorg = WTG). Das Ziel dieses Gesetzes ist die Förderung eines ausgeglichenen Tarif- und Kostenkontrollsystems. In dem Gesetz sind die Tarife von fast allen niederländischen Fürsorgeanbietern festgelegt. Das Gesetz wird ausgeführt durch das Kolleg Tarife im Gesundheitswesen Fürsorgeautorität in Gründung (College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit in oprichting = CTG-Zaio). Zum 1. Februar 2005 wurde das WTG geändert, um mehr Marktwirkung in der Fürsorge zu veranlassen. So kam es zu einem Experiment mit freien Tarifen für Physiotherapeuten, die in einer freien Praxis in der ersten Linie tätig sind. Das bedeutet, dass das CTG-Zaio nicht mehr - wie früher - einen Maximaltarif festlegt. Für eine Leistung kann nur dann ein Tarif in Rechnung gestellt werden, wenn eine Leistungsbeschreibung festgelegt ist. Leistungsbeschreibungen werden als Führungsregeln vom CTG-Zaio aufgenommen und müssen schließlich ministeriell akzeptiert werden. Nach Schätzungen soll das WTG am 1. Januar 2006 wegfallen, wobei für die Physiotherapie dann das Gesetz der Marktordnung im Gesundheitswesen gilt. Durch die Einführung der regulierten Marktwirkung in der Fürsorge wird das Kolleg Tarife im Gesundheitswesen ersetzt durch die Fürsorgeautorität. Die Fürsorgeautorität beschäftigt sich nicht nur mit Tarifen und Leistungsbeschreibungen sondern muss auch für positive Marktbedingungen sorgen.

### 6.5 Beschwerderecht

Das Gesetz zum Beschwerderecht der Fürsorgeeinrichtungen gibt den Patienten die Möglichkeit der Beschwerde über die Handlung des Physiotherapeuten bei einer Beschwerdekommision. Der Physiotherapeut (oder sein Arbeitgeber) sind verpflichtet eine Regelung zu treffen und die eventuellen Empfehlungen der Beschwerdekommision ernst zu nehmen. Wenn die Beschwerdekommision zuständig ist, kann sie die Beschwerde bearbeiten und eine Aussage darüber machen, ob die Beschwerde begründet war. Die Prozedur der Beschwerdekommision ist keine gerichtliche Prozedur. In der Stellungnahme können Empfehlungen für den Physiotherapeuten aufgenommen werden. Es handelt sich hierbei aber um Empfehlungen, die keine Sanktionen nach sich ziehen.

### 6.6 Ordnungsrecht

Alle Berufsausübenden, die im BIG-Register registriert sind, fallen unter das Ordnungsrecht. Mit dem Ordnungsrecht kann die Qualität der Berufsausübung in der individuellen Gesundheitsfürsorge geprüft werden. Von einem diesbezüglichen Entschluss kann auch eine aufklärende und lehrende Wirkung für andere Berufsausübende ausgehen. Ist ein Hilfsanbieter nicht sorgfältig bei der Arbeit, kann das zu einer Eintragung im BIG-Register oder sogar zur Streichung der Einschreibung führen. Nur Aussagen, die Folgen für die Berufsausübung haben, werden im BIG Register vermerkt.

### 6.7 Gesetz der Medizinischen Behandlungsvereinbarung

Das Gesetz der Medizinischen Behandlungsvereinbarung (WGBO = Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) bestimmt die Rechte, Pflichten und Umgangsformen, die sich aus der Behandlungsbeziehung zwischen Physiotherapeut und Patient ergeben. Das WGBO ist zwingendes Recht: Fürsorgeanbieter (oder fürsorge anbietende Instanzen) und Patienten

können untereinander keine Absprachen treffen, die mit dem WGBO unvereinbar sind. Im WGBO sind Spielregeln festgelegt, die früher in einzelnen Gesetzen und in richterlichen Anordnungen zu finden waren. Die Rechte des Patienten (und somit die Pflichten des Physiotherapeuten) sind:

- Information
- Der Physiotherapeut ist verpflichtet, den Patienten auf deutlich und wenn gewünscht schriftlich über Untersuchung, Behandlung und Gesundheitszustand zu informieren.
- Zustimmung
- Der Patient muss für jede Verrichtung seine Zustimmung geben. Um diese Zustimmung geben zu können, muss der Patient aufgrund der erhaltenen Informationen abwägen können. Information und Zustimmung hängen also eng zusammen.
- Einsicht(nahme)
- Der Patient hat ein Recht auf Einsicht und Abschrift seiner Akten. Der Physiotherapeut hat die Pflicht eine Patientenakte zu führen und diese mindestens 10 Jahre bzw. so lange aufzuheben, wie es sich begründeterweise aus der Fürsorge eines guten Hilfsanbieters ableitet.
- Schutz der persönlichen Lebensatmosphäre (Privatsphäre)
- Der Physiotherapeut darf nur mit Zustimmung des Patienten Informationen über den Patienten oder Einsichten in seine Akte gewähren. Wenn es um einen Mitbehandler geht, ist es erlaubt Informationen weiterzugeben, insofern diese für die Behandlung notwendig sind.
- Bezahlung

Der Patient hat die Pflicht die Behandlung zu bezahlen (außer wenn die Bezahlung auf andere Weise geregelt ist).

Daneben sind noch einige Pflichten des Physiotherapeuten in

Bezug auf Vertretung, Verantwortung, Absagen des Termins und Informationsweitergabe an Dritte im Rahmen von Volksgesundheitsuntersuchungen, aufgelistet. Kinder zwischen 16 und 17 Jahren sind (in Abweichung zur allgemeinen Regel der Geschäftsfähigkeit) befugt, selbständig eine Behandlungsvereinbarung zu schließen. Kinder, die 12 Jahre und älter sind, haben persönliche Rechte in Bezug auf die oben genannten Themen. Für Kinder, die jünger als 12 Jahre sind, ist der Physiotherapeut gegenüber den Eltern verpflichtet, der Vereinbarung nachzukommen.

#### **6.8 Gesetz zum Schutz der Personendaten**

Das Gesetz zum Schutz der Personendaten (Wet Bescherming Persoonsgegevens = WBP) ist seit 2001 in Kraft. Der Ausgangspunkt dieses Gesetzes ist, dass die Verarbeitung der Personendaten üblicherweise dem Komitee des Schutzes der Personendaten gemeldet werden muss. Für Physiotherapeuten gilt jedoch, dass sie ihre Patientenverwaltung prinzipiell nicht beim Komitee melden müssen, vorausgesetzt, dass sie gewisse Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen sind in der Regel in der physiotherapeutischen Praxis erfüllt.

Einer der Kernaspekte hierbei ist, dass der Patient nachvollziehen können muss, auf welche Art und Weise seine persönlichen Daten behandelt werden.

#### **6.9 Berufsethik**

Die KNGF hat die Berufsethik und Verhaltensregeln für den Physiotherapeuten in einem Dokument formuliert und festgelegt. Jeder Physiotherapeut, der Mitglied im KNGF ist, unterwirft sich diesen Regeln.

## 7 Geschichte, Entwicklung und Zukunft

### 7.1 Geschichte

Die ersten Angaben zur sogenannten medizinischen Gymnastik als Berufsaktivität treffen wir um 1840 an. Aus dieser medizinischen Gymnastik hat sich der Beruf des Physiotherapeuten entwickelt. Unter Gymnastiklehrern und Medizinern wuchs zunehmend das Bewusstsein, dass eine Kombination von Kenntnis und Kunde aus beiden Fachgebieten für eine verantwortungsvolle Anwendung der Heilgymnastik notwendig war. Es scheint, als ob sich die Heilgymnastik damals zu einem gesonderten Teil des Arbeitsfeldes mit Überlappungen zur körperlichen Erziehung und Medizin entwickelt hat. 1889 ergriffen die Gymnastiklehrer-Heilgymnasten J.H. Reijs und E. Minkman die Initiative zur Errichtung eines Interessenvereins der Heilgymnasten: Die Gesellschaft zur Ausübung der Heilgymnastik in den Niederlanden (Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek in Nederland). Obwohl Heilgymnastik den Kern der Berufsaktivitäten ausmachte, beschäftigten sich Heilgymnasten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts jedoch häufiger mit anderen Formen physikalischer Therapie. Dies führte dazu, dass die Gesellschaft 1947 erstmals Examen in der ‚Physiotechnik‘ abnahm. Die erste gesetzliche Anerkennung fand 1942 in einer Regelung für die Heilgymnasten statt. Diese wurde 1963 durch das Gesetz der Paramedizinischen Berufe und durch den Physiotherapeutenbeschluss, welche als AMvB 1965 in Kraft traten, ersetzt. Mit diesem Beschluss wurde praktisch das ganze Gebiet der physikalischen Therapie zur Berufsdomäne des Physiotherapeuten erklärt. Physiotherapie ist seit den 60iger Jahren praktisch in allen Gebieten des Gesundheitswesens vertreten und es wurden stetig steigende Zahlen von Menschen durch einen Physiotherapeuten behandelt. Die Domäne Physiotherapie wuchs so nachhaltig, dass der Staat Ende der 70er Jahre einen Stop in Bezug auf die sehr schnell steigenden Kosten im Gesundheitswesen durchzusetzen versuchte. Dies geschah zu Beginn der 80er Jahre durch die Einschränkung der Anzahl an physiotechnischen Applikationen, welche die Krankenkassen noch vergüten sollten. Darüber hinaus wurde die Berufsgruppe auch mit der Forderung nach inhaltlicher Nachweisführung konfrontiert. Es wurde das Fehlen einer Berufsbeschreibung, einer strukturierten Theoriebildung, der Wirksamkeitsmessung, eines uniformen Registrierungssystems einer interkollegialen Prüfung und relevanten Ordnungsrechts bemängelt. Im Zusammenhang mit einer weiteren Kostenreduktion (max. neun Behandlungen wurden noch von der Krankenkasse bezahlt) entwickelte die KNGF eine aussagekräftige Qualitätspolitik. Diese Politik hat in den vergangenen Jahren zu einer starken Professionalisierung der Physiotherapeuten geführt. Daneben hat auch die wissenschaftliche Forschung einen enormen Entwicklungsschub erfahren, mit der Folge der wissenschaftlichen Anerkennung des Fachgebiets. Auffallend dabei ist, dass die Anwendung von physikalischer Therapie auf Grund des Fehlens wissenschaftlicher Nachweise drastisch gesunken ist. 2004 wurde die Physiotherapie mit einer dritten Einsparungswelle konfrontiert: der Staat gliederte einen großen Teil der Physiotherapie aus dem Basisversicherungspaket aus. 2005 bilden die Physiotherapeuten die erste Berufsgruppe, die im Rahmen der zunehmend freier Marktgestaltung mit freien Tarifen experimentiert.

### 7.2 Entwicklungen und Zukunft

#### 7.2.1 Physiotherapeutische Nachfrage

Pro Jahr haben rund 2,5 Mill. Niederländer Kontakt mit Physiotherapeuten der ersten Linie. Von 1985 – 2001 ist der diesbezügliche Anteil der Bevölkerung von 10% auf 15% gestiegen. Für die Gruppe der über 45-jährigen scheint dieser Anteil in derselben Periode von ungefähr 15% auf 22% gestiegen zu sein. (NIVEL 2003). Die zukünftige Nachfrage nach Physiotherapie ist von vielen Faktoren abhängig. Einerseits haben demografische und epidemiologische Entwicklungen Einfluss auf den Bedarf nach Physiotherapie, andererseits spielen politische Entwicklungen in der Finanzierung und Organisation der Fürsorge eine Rolle. Vorhersagen müssen daher sehr vorsichtig interpretiert werden. Auf Basis der demografischen Entwicklung schätzt NIVEL (2003), dass im extramuralen Sektor die Anzahl der Patienten bis 2015 um 11,4% wachsen wird. Für den intramuralen Sektor wird eine Zunahme von 18,4% geschätzt. Die Frage, ob dann genügend Menschen ausgebildet sind, um dieser Nachfrage gerecht zu werden bleibt offen. Auf Basis der Ergebnisse des Berichts ‚Bedarfsrahmen der Physiotherapeuten 2002-2015‘ von NIVEL/ Prisma kann gesagt werden, dass der heutige Zustrom vermeintlich ausreichend ist, um die demografischen Entwicklungen auffangen zu können. Als Problem könnte sich vielmehr herausstellen, dass politische Entwicklungen zu enormen Verschiebungen führen können. Darüber hinaus scheint es auch bei anderen Berufsgruppen so, dass von Angebot und Nachfrage eine selbstregulierende Wirkung ausgeht, die den Zustrom zu den Ausbildungen als autonomen Prozess beeinflusst.

#### 7.2.2 Marktwirkung

Der Staat setzt auf eine nachfragegesteuerte Fürsorge und bremst die Finanzierung aus allgemeinen Mitteln. Neben einer Systemänderung 2006 ist seine Zielrichtung für die kommenden Jahre die Stimulierung der Marktregulation. Dabei wird mehr an die Eigenverantwortung der Bürger, Krankenversicherer und Fürsorgeanbieter appelliert. Ein eigenes Risikobewusstsein und eine eigene Kostenbeteiligung sollen den Bürgern die Gesundheitskosten bewusster machen. Physiotherapie befindet sich in einem dynamischen Kräftefeld, welches bestimmt wird durch:

- eine Verschiebung eines großen Teils der Krankenkassenleistungen hin zu Zusatzversicherungen
- die Einführung von freien Tarifen
- direkte Zugänglichkeit zum Physiotherapeuten ohne Überweisung vom Arzt
- eine Systemänderung

Physiotherapeuten bilden die erste Berufsgruppe, die innerhalb der regulären Fürsorge mit der Einführung von freien Tarifen startet. Das in 2005 gestartete Experiment dient als Prüfung für die weitere Einführung der Marktregulation im gesamten Gesundheitswesen. Diese Marktposition stellt veränderte Anforderungen an das Unternehmen des Physiotherapeuten. Transparenz dessen, was die Physiotherapie zu bieten hat, ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Neben Richtlinien müssen klare Produkte und Dienstleistungen für die notwendige Transparenz

sorgen. Gesellschaftliche Problemgebiete wie Bewegungsarmut, Übergewicht und arbeitsbedingte Krankheiten des Bewegungsapparats sind Gebiete, die weiter untersucht und ausgebaut werden müssen. Dabei kann Physiotherapie eine bedeutende Rolle erfüllen. Durch die mehr integrale und multiprofessionale Herangehensweise an Gesundheitsprobleme werden die Potentiale zur Zusammenarbeit für Physiotherapeuten zur wichtigen und täglich angesprochenen Kompetenz.

### 7.2.3 **Bewegen und Gesundheit**

Ungesundes Verhalten steht mehr denn je im Zentrum öffentlichen Interesses. Speziell Übergewicht wird in zunehmendem Maße ein großes Problem in den Niederlanden. Die Konsequenzen werden erst langfristig sichtbar. Die Kosten für die Behandlung werden zunehmen. Rund die Hälfte der Niederländer bewegt sich zu wenig und zeigt auch anderes ungesundes Verhalten (VWS 2003). Der Staat versucht seinen Bürgern ein größeres Bewusstsein für die gesundheitliche Eigenverantwortung zu vermitteln und unterstellt dabei den Hilfsanbietern hierin eine Rolle zu spielen. In ‚Länger gesund leben‘ vom Ministerium des VWS werden Hilfsanbieter sowohl im präventiven als auch im kurativen Sektor dazu angeregt, frühzeitig Gesundheitsrisiken zu erkennen, die die Folgen von ungesundem Lebensstil sind. Sie sollen die Betroffenen auch explizit darauf ansprechen. Versicherungen sollen vermehrt darauf achten, dass die Kettenversorgung inkl. Prävention und das Anwenden von bestehenden Standards und Protokollen in der Fürsorge funktioniert. Auch hierfür ist es von enormer Bedeutung, dass der Physiotherapeut mehr mit anderen Disziplinen in der Fürsorge zusammenarbeitet.

### 7.2.4 **Direkte Zugänglichkeit**

Der Minister des VWS hat Ende 2004 in einem Brief an die Zweite Kammer angekündigt, dass eine gesetzliche Möglichkeit geschaffen wird, um Physiotherapie direkt zugänglich zu machen. Die Einführung fand zum 1. Januar 2006 statt. Die direkte Zugänglichkeit passt zu den Auffassungen über Aufgabenneuerung und das effizientere und effektivere Organisieren des Zugangs in der Fürsorge der ersten Linie. Der Physiotherapeut kann eine Anzahl Funktionen des Hausarztes ohne Verlust der Qualität übernehmen. Einerseits ist dies eine Anerkennung der professionellen Verantwortung des Physiotherapeuten, andererseits erweitert es die Möglichkeiten im Sinne des freien Wahlverhaltens für den Patienten.

### 7.2.5 **Arbeitsrelevante Physiotherapie**

Durch die Einführung des Gesetzes zur Verbesserung der „Torwachter“ (Wet Verbetering Poortwachter) ist die Beglei-

tung von kranken Arbeitnehmern im ersten Krankheitsjahr strenger organisiert. Steht der Arbeitsausfall durch Krankheit in Verbindung mit der menschlichen Bewegung und dem Schmerzerleben, dann kann Physiotherapie eine wichtige Rolle spielen – auch auf präventivem Gebiet. Hierdurch können Betriebsphysiotherapeuten und Programme zur Prävention von Arbeitsausfällen eine schnellere Reintegration und schließlich positive Betriebseffekte ermöglichen. Der Physiotherapeut muss in diesem Zusammenhang mehr ergonomische Kenntnisse auf dem Gebiet der Arbeitsplatzanalyse besitzen und enger mit dem Betriebsarzt zusammenarbeiten.

### 7.2.6 **Neue Berufe und Aufgabenverschiebung**

In der Dynamik des heutigen Gesundheitswesens entstehen auch neue Berufe. Es geht vor allem um assistierende und unterstützende Berufe, die Aufgaben von anderen (medizinischen) Berufen übernehmen. Beispiele: der physician assistant, der nurse practitioner und der Praxisassistent. Auch die Professionalisierung des Praxismanagements zu Managern der ersten Linie ist eine absehbare Entwicklung. Gleichzeitig organisiert sich das Gesundheitswesen gerade neu. Die Fürsorge der ersten Linie orientiert sich schon längere Zeit auf die Fürsorge der Zukunft, wobei Zusammenarbeit und Arbeitsverschiebung wichtige Aspekte sind. Es zeichnen sich darüber hinaus auch Verschiebungen zwischen der Fürsorge der ersten und zweiten Linie ab. Diese Entwicklungen muss der Physiotherapeut nachdrücklich mitgestalten, um potentielle Konkurrenz, sowie Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Entwicklung besser abschätzen zu können.

### 7.2.7 **Transparenz und Benchmarking**

Transparenz ist an Marktwirkung gekoppelt. Im Gesundheitswesen spielen Krankenversicherungen eine Schlüsselrolle: Sie müssen aufgrund der Leistungsansprüche ihrer Kunden ausreichende und qualitativ gute Leistungen finanzieren. Für die Versicherungen ist es essentiell Einsicht in die Produkte und Dienstleistungen zu haben – mitunter auch um eine adäquate Vergütung bestimmen zu können. Benchmarking ist ein wichtiges und kräftiges politisches Instrument, um mit Hilfe von Vergleichen betriebliche Daten zu prüfen und damit die nötige Transparenz zu liefern. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Registrierung der Daten eindeutig ist. Das Benchmarking in der Gesundheitsfürsorge ist momentan hauptsächlich in der Hand von Krankenversicherungen und findet vor allem aus ökonomischen Gründen statt. Die Berufsgruppe ist zur Zeit noch nicht in der Lage dieser Entwicklung einen berufsinhaltlichen Diskurs (evidence based) entgegenzusetzen. Daran muss in den kommenden Jahren gearbeitet werden.

**Literatuur Kompetenzprofil**

- Australian Physiotherapy Standards Working Party (2002). Australian Physiotherapy Competence Standards (rev. ed.), Melbourne: APA;
- DMW Projectteam Consilium Abeundi (2002). Professioneel gedrag; Onderwijs, toetsing, begeleiding en regelgeving, Utrecht; Disciplineoverlegorgaan Medische Wetenschappen (VSNU);
- Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S.E. (1986). Mind over machine: the power of human Intuition and Expertise in the Era of the Computer, Oxford, Basil Blackwell;
- Eraut, M (1994). Developing Professional Knowledge and Competence, London: Routledge Falmer;
- FSBPT (2002). Standards of Competence (ed. January 2002). Alexandria, VA: The Federation of State Boards of Physical Therapy (web: <http://www.fsbpt.org/standards/competence.asp>)
- Janssen-Noordman, A.M.B. & Merriënboer, J.J.G. van (2002). Innovatief onderwijs ontwerpen. (Hoger Onderwijs Reeks), Groningen: Wolters-Noordhoff;
- Joint Quality Initiative (2002-2004). BaMa: Dublin descriptors, (web: <http://www.jointquality.org>)
- Jonassen, D.H. (2004). Learning to Solve Problems: An Instructional Design Guide. San Francisco, CA, Pfeiffer;
- Merriënboer, J.J.G. van, Klink, M.R. van der, Hendriks, M. (2002) Competenties: van complicaties tot compromis; over schuifjes en begrenzers. Den Haag: Onderwijsraad;
- NVAO (2003). Accreditatiekader bestaande opleidingen hoger onderwijs, Den Haag: NVAO (web: <http://www.nva.nl/content.php>)
- Offringa, M, Assendelft, W.J.J. & R.J.P.M.Scholten (red.) (2003). Inleiding in evidence-based medicine, Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu van Lochem;
- The Physiotherapy Board of New Zealand (1999). Registration Requirements: competencies and learning objectives. Wellington: Physiotherapy Board;
- World Confederation for Physical Therapy, European region (2003). European Physiotherapy Benchmark Statement, Barcelona; June 2003;
- World Confederation for Physical Therapy, European region (2003). European Physiotherapy Service Standards, Barcelona; June 2003.

### **Einbezogene Aktualisierungen im Berufsprofil**

#### *Auftraggeber*

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)  
Studierichtingsoverleg Fysiotherapie (SROF)

#### *Projektleitung*

Drs. M.F.J. Pistorius, SROF  
Drs. S.P.J. Ramaekers, IVLOS / Universiteit Utrecht  
Drs. A.L.J. Verhoeven, KNGF

#### *Arbeitsgruppe Berufsprofil*

Drs. A.L.J. Verhoeven, voorzitter  
M.J. Becht  
Drs. J.K.C. Bloo  
Dr. W.A.M. Hullegie  
M.H. van Lijf  
Drs. S.P.J. Ramaekers

#### *Arbeitsgruppe Kompetenzprofil*

Drs. S.P.J. Ramaekers, voorzitter  
Drs. R. Copoolse (Leidse Hogeschool / Hogeschool van Utrecht)  
M.R. Nieweg (Hogeschool van Amsterdam)  
T. Ringlever (Hogeschool Rotterdam en omstreken)  
E. Visser (Hanzehogeschool Groningen)

#### *Begleitingskommission*

E.W.J. Schopenhouer, voorzitter  
Prof. dr. R.A. de Bie  
L.H.A. Hagenaars  
G. Jansen  
H. Krijgsman  
Dr. N.L.U. van Meeteren  
W.G. van Mourik  
R.A. Steenbruggen  
Dr. P.J.M. Verduin  
Drs. Ph.J. van der Wees

#### *Redaktion*

Drs. L.M. van Loon

## **Teil B**

### *Obligatorisch*

## **Ausbildungsspezifische Ergänzungen**

### **B.1 Einleitung**

Jede Schule, die die Ausbildung zum Physiotherapeuten anbietet, ist für den Aufbau und die Ausführung der Ausbildung selbst verantwortlich.

Im niederländischen Ausbildungssystem wird Diversifikation - auf Grund der Wahlfreiheit des Studenten - angestrebt.

Das bedeutet für die Ausbildung zum Physiotherapeuten, dass es ausbildungsspezifische Kennzeichen/Merkmale gibt, wodurch der national bestimmte Unterrichtsinhalt erweitert wird. Wenn diese ausbildungsspezifischen Kennzeichen für die Wiedererkennung im Ausland wichtig sind, werden sie hier in dem Teil B als ausbildungsspezifische Ergänzungen angeführt.

### **B.2 Ausbildungsspezifische Ergänzungen**

Inhaltliche Kennzeichen

[Richtlinie zur Ausbildung:

Benenne nur die Punkte, die für die Diplomanerkennung wichtig sind;

Beschränke diese einer Seite;

Es handelt sich um Kennzeichen für alle Studenten( ansonsten nachträglich zu benennen in Teil C);

Folgendes ist dabei zu beachten:

extra Aufmerksamkeit spezifischer Inhalt

weniger Aufmerksamkeit für spezifische

wenn in der Ausbildung für Themenfelder mehr/weniger Zeit eingeplant werden soll, ist es wichtig, auch anzugeben, worin genau mehr/weniger Zeit investiert wird.

Varianten: Vollzeit, Teilzeit, Verkürzt, etc; gib an wodurch zu erkennen ist, welche Variante der Student absolviert hat]

Akkreditierung:

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten an der Hogeschool..... ist bis zum 31.Dezember 2012 akkreditiert.

[Richtlinien zur Ausbildung:

benenne evt. Besonderheiten, nicht die gesamte Liste an Akkreditierungsergebnissen

verweise zu der Website: [nvao.nl](http://nvao.nl) --> beurteilte Ausbildungen --> Ausbildung nach Wahl ]

## **Teil C**

### *Obligatorisch*

## **Studentenprofil**

Der Teil C des nationalen Transkripts der niederländischen Physiotherapieausbildung, 2007 gehört zu dem gleichnamigen Dokument (Teile A und B). Der Teil C wird durch den betreffenden Studenten, der sein Studium abgeschlossen hat, aufgestellt und die Ausbildungseinrichtung unterzeichnet für die Korrektheit der Informationen..

### **C.1 Einleitung**

Jeder Student hat die Möglichkeit, während seiner Ausbildung verschiedene Richtungen innerhalb der Physiotherapie zu wählen. Hinzu kann der Student weitere Erfahrungen und spezielle Kenntnisse aus nicht primär ausbildungsgebundenen Aktivitäten erlangt haben. In diesem Teil C kann der Student ein Profil erstellen, welches sich aus diesen zwei Aspekten zusammen setzt.

### **C.2 Beurteilung und Noten**

Jeder Student hängt dem nationalen diploma supplement und national transcript eine Punkteliste seiner eigenen Ausbildung an, Teil C. Hier stehen dann die NAW-Daten, die erreichten Resultate des Studenten und ein Stempel/Siegel der Ausbildung.

### **C.3 Unterrichtswahlen**

*[Anweisung: Beschreibe, falls gewünscht- Kenntnisse und Erfahrungen, die für die Diplomanerkennung im Ausland von Gunsten sein könnten. Hierbei könntest du denken an:  
Absolvierter Mino;  
Spezielle Praktika;  
Thema der Abschlussarbeit oder des Abschlussprojekts;  
Spezielle Projekte im direkten Zusammenhang mit dem Arbeitsfeld;  
Richtungen der Abschlussarbeit;  
Pre-Masterphase]*

### **C.4 Andere spezielle Erfahrungen/ Kenntnisse**

*[Anweisung: Beschreibe, falls gewünscht- Kenntnisse und Erfahrungen, die für die Diplomanerkennung im Ausland von Gunsten sein könnten. Hierbei könntest du denken an:  
Sprachkenntnisse]*

*[Anweisung: nicht länger als eine Seite]*

Name:

Datum:

Stempel Ausbildung:







Königliche niederländische Genossenschaft für Physiotherapie

*Dutch Association  
for Physiotherapy Education*

*SRO* } *F*

Studierichtingsoverleg Fysiotherapie