



Köln, 16.08.2006

Fragenliste des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

- 1. Mit welchen Weichenstellungen für die Professionsentwicklung reagiert Ihr Verband auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen?**

Antwort:

1.1. Akademisierung der Ausbildung

Die Anforderungen an die nicht-ärztlichen Therapieberufe sind in den letzten Jahren immer komplexer geworden, die Anforderungen an den Einzelnen deutlich gestiegen. Die stetigen Veränderungen in den kurativen und rehabilitativen Versorgungsstrukturen sowie die steigende Bedeutung von Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten bzw. gesundheitlichen Störungen fordern von den Berufsangehörigen erweiterte Qualifikationen.

Dies bedeutet folgendes:

- Die nicht-ärztlichen Therapieberufe sind aufgrund der Veränderungen im Gesundheitssystem gehalten, die Qualität ihrer Leistungen mehr denn je zu sichern, zu verbessern, aber auch zu dokumentieren.
- Es besteht die Notwendigkeit, die Effektivität und Effizienz von Maßnahmen zur Prävention, Therapie und Rehabilitation mittels kontrollierter Studien nachzuweisen.
- Auf Grund der derzeitigen Berufsausbildung verfügen die Berufsangehörigen der nicht-ärztlichen Therapieberufe jedoch nicht in ausreichendem Maß über entsprechende Kompetenzen, um dies in professioneller Weise leisten zu können.
- Eine professionelle Leistungserbringung und eine umfassende Versorgung der Bevölkerung mit effektiven und effizienten Gesundheitsdienstleistungen in Prävention, Akut- und Langzeitbetreuung und Rehabilitation kann entsprechend nachhaltig nur dann verbessert werden, wenn die Ausbildung auf Fachhochschulniveau umgestellt wird.



Aspekte, die die Notwendigkeit einer Hochschulausbildung der nicht-ärztlichen Therapieberufe deutlich machen, sind insbesondere:

- Die deutschen Ausbildungsabschlüsse unterscheiden sich formal wesentlich von den entsprechenden Abschlüssen in Europa und Übersee. Deshalb ist bei Erwerb eines Abschlusses in Deutschland eine Berufsausübung im Ausland nur mit hohen Auflagen möglich - trotz der Richtlinie 92/51/EWG zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung der Richtlinie 89/48 EWG -. Dies führt zur Benachteiligung von Berufsangehörigen mit deutschem Abschluss im Ausland und mangelnder Konkurrenzfähigkeit auf dem sich europäisierenden Arbeits- und Dienstleistungsmarkt.
- Eine optimale Versorgung der Patienten/Klienten unter qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkten setzt bereits heute Kompetenzen und fachübergreifende Schlüsselqualifikationen voraus, die oftmals nicht mehr in ausreichendem Maße im Rahmen der bestehenden Berufsausbildung auf Fachschulniveau erworben werden können.
Nur eine Erweiterung der theoretischen Kenntnisse, fundiertes Wissen über qualitätssichernde Maßnahmen und der Erwerb wissenschaftlicher Methodenkompetenz kann gewährleisten, dass die Angehörigen der nicht-ärztlichen Therapieberufe die notwendige berufliche Handlungskompetenz erwerben, um den neuen beruflichen Herausforderungen gewachsen zu sein.
- Da zurzeit kein institutioneller Rahmen für Wissenschaft und Forschung besteht, können in den Fachdisziplinen selbst keine empirischen Erkenntnisse in Deutschland entwickelt werden.
- Die nicht-ärztlichen Therapieberufe sind derzeit noch aus dem internationalen Forschungskontext ausgeschlossen. Die Beteiligung an europäischen Hochschulaustauschprogrammen im Bildungsbereich ist ihnen dadurch ebenso verwehrt wie die Teilnahme an internationalen bzw. EU-Forschungsprojekten.

Der Studiengang soll

- zur selbstständigen wissenschaftlich basierten Berufstätigkeit in Bezug auf Prävention, Therapie und Rehabilitation von Patienten/Klienten befähigen;
- den Erwerb von Methoden zur Qualitätssicherung in Bezug auf die durchzuführenden Maßnahmen ermöglichen, um auf der Basis evidenzbasierter Praxis diese fortlaufend auf ihre Effektivität und Angemessenheit hin überprüfen zu können und eigene Kenntnisse in lebenslangem Lernen weiterzuentwickeln;
- auf der Basis eines berufsethischen Wertesystems Grundlagen für die Fähigkeit legen, zu einer Einschätzung über den Bereich der nationalen und



internationalen Gesundheitspolitik und ihrer Entwicklung zu gelangen, um sich aktiv am Veränderungsmanagement im Interesse der Gesellschaft sowie des Berufes beteiligen zu können.

Dies insgesamt wird vom „Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten ZVK“ e.V. seit langer Zeit gegenüber der Politik gefordert, weil diese Entwicklung bereits in allen anderen EU Mitgliedsstaaten vollzogen worden ist.

In einem gestuften Studiengangssystem mit Bachelor- und Master-Abschlüssen muss der Bachelor-Studiengang zu einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss führen.

1.1.1 Ziele

Der Bachelor-Studiengang soll zur selbstständigen wissenschaftlich orientierten Berufsfähigkeit in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patienten befähigen („Reflektierter Praktiker“). Mit dem Studiengang werden somit nicht nur berufsfeldbezogene Qualifikationen und der damit verbundene Praxisbezug vermittelt, sondern auch berufsübergreifende Qualifikationen. Das bedeutet, dass neben anwendungs- auch wissenschaftsbasierte Inhalte vermittelt werden müssen, um die Berufsqualifikation für die einzelnen Berufe zu gewährleisten. Weiterhin muss die Lernfähigkeit der Studierenden so weit entwickelt werden, dass sie eine Grundlage für das lebenslange Lernen bildet, um so den Anforderungen ständiger Weiterqualifizierung zum Erhalt der Berufsfähigkeit in einer wissenschaftsbasierten Arbeitswelt und Gesellschaft Rechnung zu tragen. In einem gestuften System für den Bachelor-Studiengang muss eine Gesamtqualifikation angelegt werden, die den Zugang zu einem darauf aufbauenden Master-Studiengang ermöglicht. Dabei wird der Master-Studiengang als fachspezifische Vertiefung und Spezialisierung verstanden, der zu Abschlüssen führen soll, die für Tätigkeiten in den Bereichen Lehre, Wissenschaft/Forschung und Management qualifizieren.

1.2 Leitlinien

Medizinische Leitlinien spielen seit Mitte der neunziger Jahre eine zunehmende Rolle für das ärztliche Qualitätsmanagement und für die Steuerung des Gesundheitssystems. Der Deutsche Verband für Physiotherapie e.V. hat ein Programm zur Qualitätsförderung und Qualitätskontrolle von Leitlinien entwickelt, um einerseits nahtlos das ärztliche Qualitätsmanagement bei der Anwendung medizinischer Leitlinien durch die Implementierung physiotherapeutischer Leitlinien zu optimieren und andererseits das Evidenzniveau in der physiotherapeutischen Versorgung zu verbessern. Dazu wurden eine Steuergruppe zur Initiierung von Leitlinien und eine Clearingstelle zur Entwicklung physiotherapeutischer Leitlinien eingerichtet. Für diese Verfahren steht sowohl für die systematische Recherche, wie für die Qualitäts- und Angemessenheits-Bewertung von medizinischen und



physiotherapeutischen Leitlinien zu ausgewählten Versorgungsbereichen eine unabhängige Expertengruppe zur Verfügung. Die Steuergruppe trifft die grundsätzlichen Entscheidungen für die Arbeit der Clearingstelle und bestimmt die Arbeitsaufträge.

Das Ziel der Leitlinienentwicklung ist:

- eine Verbesserung der Qualität physiotherapeutischer Leistungen um insgesamt eine Qualitätsförderung in der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Zu diesem Zweck werden nach international anerkannten wissenschaftlichen Standards nationale und internationale Leitlinien zu definierten Themenbereichen analysiert und daraus Eckpunkte und Empfehlungen für physiotherapeutische evidenzbasierte Leitlinien formuliert.

1.3 Weiterbildung

Neben den obligatorischen Fort- und Weiterbildungsangeboten zur fachlichen Qualifizierung hat der Deutsche Verband für Physiotherapie weitere berufsbegleitende Weiterbildungen entwickelt. Diese sind vor allem auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung ausgerichtet. Darunter fallen u. a. Fort- und Weiterbildungen zu Themen wie:

1.3.1 Weiterbildung ErgoPhysConsult – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Grundlagen/Sicherheitsingenieur/PSA 28 UE

Kommunikations- und Verhaltenstraining 28 UE

Ergonomische Betrachtung von Berufen mit Sitzender Tätigkeit

- Schwerpunkt Bewegungsverhalten 19 UE

Ergonomische Betrachtung von Berufen mit stehenden Tätigkeiten

- Schwerpunkt Bewegungsverhalten 10 UE

Ergonomie der körperlichen Arbeit 4 UE

Gesetzliche Rahmenbedingungen für den Arbeitsplatz 15 UE

Biomechanik 16 UE

Test- und Messmethoden 14 UE

Ergonomische Betrachtung bei Manipulation von Lasten 10 UE

Ergonomie aus der Sicht der Arbeitssicherheit 5 UE

Wissenschaftliches Denken 19 UE

Ergonomie in Schule und Kindergarten 12 UE

Berufsgenossenschaft als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung 4 UE

Projektaufbau, Projektablauf 20 UE

Ergonomie aus der Sicht des Arbeitsmediziners - praktisch dargestellt 12 UE

Gesamtdauer: ca. 220 Unterrichtseinheiten



1.3.2 Weiterbildungen zu Präventionsangeboten basierend auf den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen

Präventionsprinzip:

Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

- Bewegungskonzept Beckenbodenschule – Gesunder Beckenboden
- Kindliche Entwicklung im 1. Lebensjahr – Leitfaden für Erziehende
- Präventions- und Gesundheitstraining - Adipositas bei Erwachsenen
- Präventive Rückenschule - Konzept der Konföderation der deutschen Rückenschulen
- Bewegungskonzept - Gesunder Kinderrücken
- Cardio-Fit, funktionelle Aerobic, Step-Aerobic
- Fit ins Alter – Fit im Alter
- Gesundes Nordic Walking
- Gesundes Walking und Jogging

Präventionsprinzip:

Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken

- Physiorelax - Stressbewältigung, -reduktion

1.3.3 Physio-Fit : Das Kompetenznetzwerk in Sachen Prävention

Die demographische Entwicklung, die damit zusammenhängende Verschiebung des Spektrums der epidemiologisch relevanten Erkrankungen hin zu den chronisch-degenerativen Gesundheitsstörungen sowie deren Konsequenzen auf Funktionalität und Lebensqualität der Betroffenen und die Situation der Kostenträger im Gesundheitswesen unterstreichen die Notwendigkeit einer erweiterten Sicht auf Rehabilitation und Prävention.

Physiotherapeutische Praxen und Einrichtungen können einen wertvollen Beitrag zur Gesund- und Funktionserhaltung der Bevölkerung leisten. Die im Berufstand der Physiotherapeuten vorhandene Kompetenz wird nicht in vollem Maße genutzt, obwohl in fachlicher und praktischer Hinsicht kaum eine andere Berufsgruppe in einem solchen Maß die Voraussetzungen für präventive Trainingsangebote auf dem Gebiet der Sekundär- und Primärprävention erfüllt wie die der Physiotherapeuten.



Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten ZVK e.V. das PhysioFit®-Konzept entwickelt.

Die Grundidee besteht darin, ein Kompetenznetzwerk von Physiotherapiepraxen aufzubauen, das auf die gesundheitsökonomischen, demographischen und damit epidemiologischen Herausforderungen unserer Zeit reagiert und als Partner der Patienten zielgruppengerechte, intensiv betreute und hinsichtlich der Outcomes evaluierte Trainingsangebote im Bereich der Primär- und Sekundärprävention vorhält.

Das PhysioFit®-Konzept hat somit zum Ziel, durch spezielle Schulungen und kontinuierliche Fortbildungen Physiotherapeuten zu befähigen,

- für eine generelle und spezifische Zielgruppe gesundheitsfördernde individuelle Trainingsprogramme zu entwickeln,
- durch standardisierte Testverfahren, die den wissenschaftlichen Gütekriterien der Reliabilität, Validität und Responsivität gerecht werden, eine kontinuierliche Evaluation des Trainingsverlaufs durchzuführen und zu dokumentieren,
- die in der Einrichtung erbrachten Leistungen darzustellen,

und damit Funktionalität und Gesundheit in der Bevölkerung durch gesundheitsförderndes und präventives Training zu erhalten und zu verbessern.

Funktionalität ist dabei eingebettet zu sehen in die Dimensionen der Aktivitäten und der Partizipation. Das übergeordnete Ziel von Physiotherapie ist somit immer, im Verbund und in Arbeitsteilung mit anderen Berufen, Menschen hinsichtlich ihrer körperlichen Strukturen und Funktionen die maximal erreichbare Unabhängigkeit in der Gestaltung ihres täglichen Lebens zu ermöglichen.

1.3.4 Qualitätsmanagement

Wohl kaum ein Bereich in der Qualitätssicherung steht zurzeit so in der Diskussion wie das Qualitätsmanagement (QM). Die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz haben diesen Diskussionsprozess gefördert und der Deutsche Verband für Physiotherapie hat sich dieses Themas angenommen.

Der Gesetzgeber regelt im § 135 a SGB V die Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Danach sind die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität verpflichtet. Die Dienstleistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Der Deutsche Verband für Physiotherapie sieht sich deshalb seit längerem in der Verantwortung, ein Konzept zum Qualitätsmanagement in physiotherapeutischen Einrichtungen bereitzustellen.



Managementsysteme stellen sicher, dass Behandlungen geordnet und systematisch ablaufen und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse hergestellt wird, wenn es um die Überprüfung oder den Nachweis der Wirksamkeit und Effizienz geht. Dabei steht die Patientenorientierung im Mittelpunkt jeglichen Qualitätsmanagements. Deshalb ist es das Ziel, Verfahren und Methoden des Qualitätsmanagement in ambulanten physiotherapeutischen Einrichtungen transparent und nachvollziehbar darzustellen. Diese Transparenz soll auch allen anderen am Prozess Beteiligten dienlich sein, insbesondere den Ärzten, die physiotherapeutische Dienstleistungen verordnen, aber auch den Krankenkassen, die die Dienstleistungen honorieren.

Der Nutzen einer qualitätsorientierten Leistungserbringung kommt in erster Linie den Patienten zugute, leistet aber auch einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur wirtschaftlichen Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Ökonomische Aspekte sind dabei mit zu berücksichtigen. Daraus ist erkennbar, dass eine optimale therapeutische Versorgung der Versicherten kein ausschließliches Kriterium bei der Leistungsabgabe ist. Die begrenzten zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen setzen bei der Leistungsabgabe Grenzen. Das Qualitätsmanagement bei der Leistungserbringung orientiert sich folglich nicht ausschließlich an der medizinischen Indikationsstellung, sondern hat die zur Verfügung stehenden ökonomischen Ressourcen zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Weiterbildung bietet der Deutsche Verband für Physiotherapie Schulungsveranstaltungen zur Einführung eines Qualitätsmanagements an.

2. Welche Maßnahmen sollten nach Auffassung Ihres Berufsverbandes ergriffen werden, um personelle Engpässe in Ihrer Gesundheitsprofession auszugleichen?

- a) *Sollte sich die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen verändern, um z. B. einer personellen Unterversorgung zu begegnen und/oder eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen (z.B. durch Delegation ärztlicher Tätigkeit an Pflegekräfte oder Arzthelfer, Übergabe von Service-Aufgaben im Bereich der Pflege an andere Berufsgruppen)?*

Antwort:

Eine personelle Unterversorgung existiert im Beruf des Physiotherapeuten nicht.



- b) *Welche Bedeutung kommen Ihrer Meinung nach multiprofessionellen Teams zu und in welchen Bereichen werden bzw. sollten diese eingesetzt werden? Welche Rolle sehen Sie darin für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?*

Antwort:

Multiprofessionelle Teams haben sowohl in der Prävention als auch in der kurativen Versorgung und der Rehabilitation einschließlich vorhandener Nachsorgekonzepte ihre besondere Bedeutung.

- **Prävention**

Die Zielgruppe sind Menschen, die entweder bereits gesundheitliche Störungen aufweisen oder akute Episoden überwunden haben (Sekundärprävention) oder aber von ihnen bedroht (Primärprävention) sind, insbesondere im muskuloskeletalen und kardio-vaskulären Bereich,

z.B.

**Präventions- und Gesundheitstraining –
Adipositas bei Erwachsenen**

<u>Arzt:</u>	Ärztliche Betreuung und Aufklärung
<u>Physiotherapeut:</u>	Aktivierungsprogramme zur Gewichts-reduzierung und Verbesserung der Kraft, Ausdauer und Koordination
<u>Ernährungsberatung:</u>	Schulungsprogramm
<u>Psychologe:</u>	Verhaltensänderung

**Präventive Rückenschule –
Konzept der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR)**

<u>Arzt:</u>	Aufklärung
<u>Physiotherapeut:</u>	Aktivierungs- und Schulungsprogramm
<u>Psychologe:</u>	Verhaltensänderung

Cardio-Fit, funktionelle Aerobic, Step-Aerobic

<u>Arzt:</u>	Ärztliche Betreuung und Aufklärung
<u>Physiotherapeut:</u>	Aktivierungsprogramme zur Verbesserung der Kraft, Ausdauer und Koordination
<u>Ernährungsberatung:</u>	Schulungsprogramm
<u>Psychologe:</u>	Verhaltensänderung



Fit ins Alter – Fit im Alter

<u>Arzt:</u>	Ärztliche Betreuung und Aufklärung
<u>Physiotherapeut:</u>	Aktivierungsprogramme zur Verbesserung der Kraft, Ausdauer und Koordination
<u>Ernährungsberatung:</u>	Schulungsprogramm

- **Kurative Versorgung**

Im Rahmen der DMP-Programme und Integrierten Versorgungsmodelle ist der Deutsche Verband für Physiotherapie der Auffassung, dass die Integration physiotherapeutischer Versorgungselemente in DMP-Programme und integrierte Versorgungsstrukturen zu einer besseren Versorgungsqualität führen wird.

Der Beruf des Physiotherapeuten bietet aufgrund der dreijährigen Ausbildung mit einem Minimum von insgesamt 4500 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts die erforderliche Grundlage, um ärztlich veranlasste Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen und Integrierter Versorgung ausführen zu können.

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme, die systematisch in die Versorgung chronisch Kranker integriert werden. Sie sollen interdisziplinär und patientenzentriert organisiert werden. Speziell für den physiotherapeutischen Versorgungsbereich fehlt es bisher in den DMP-Programmen an der notwendigen Interdisziplinarität.

Eine Versorgung von chronisch Kranken mit strukturierten Behandlungsprogrammen sollte evidenzbasierte physiotherapeutische Behandlungsansätze als integralen interdisziplinären Baustein einbeziehen. Sie lediglich als veranlasste Maßnahmen auf der Grundlage des Heilmittelkataloges zu erbringen, ist nicht sinnvoll. Hier fehlen entscheidende Kriterien der DMP-Programme wie die standardisierte Dokumentation und Evaluation. Die Physiotherapie kann in Deutschland in Kooperation mit anderen Leistungsanbietern einen sektorübergreifenden und flächendeckenden Beitrag leisten.

Die zu planenden physiotherapeutischen Behandlungskonzepte für einzelne Indikationsbereiche sollten folgenden Zielvereinbarungen entsprechen:

- Die physiotherapeutischen Maßnahmen sind integraler Bestandteil des DMP-Programms und der Integrierten Versorgung.
- Krankheitsbegleitende Aktivierungsprogramme, die zeitlich begrenzt sind, sollten in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten bzw. fachlichen Schwerpunktzentren stattfinden.



- Maßstäbe hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität müssen entwickelt werden, um die Anforderungen an spezielle physiotherapeutische Leistungen innerhalb der Programme und Versorgungsmodellen zu definieren, ebenso die sachliche Ausstattung sowie die fachlichen und personellen Voraussetzungen.
- Eine verbindliche Auswahl der Therapieinhalte, -ziele und -dokumentation muss vorgenommen werden.
- Die Qualitätsplanung und -lenkung sollte unter Einbeziehung der jeweiligen Patientenzielgruppe (Bedürfnisformulierung und Complianceförderung durch Selbsthilfegruppen) erfolgen.
- Eine zukünftige Anbindung zum interdisziplinären/vernetzten Datenaustausch halten wir für notwendig.

Standardisierte Dokumentation:

Die Dokumentation über die Durchführung der physiotherapeutischen Maßnahmen sollte aus einer Eingangs- und Abschlussbefundung sowie therapiebegleitenden Kontrolltests bestehen. Die nötigen Assessment-Instrumente müssen gesichtet, ausgewählt und in Abstimmung mit den Vertragspartnern der Disease-Management-Programme und integrierten Versorgungsmodelle festgelegt werden, so dass eine standardisierte Evaluation der Maßnahmen ermöglicht wird.

Die Assessmentverfahren sollten nach den Vorgaben der WHO (International Classification of Functioning & Disability (ICF)) multifunktional ausgerichtet sein und relevante Merkmale zu den Bereichen Körperfunktionen, Körperstrukturen und Aktivitäten messen sowie die personengebundene Partizipation und die Umwelt der Patienten in die Beurteilung mit einbeziehen.

Um die Qualitätsanforderungen zu erfüllen, erfolgt eine Schulung der Anbieter in der Anwendung der standardisierten Dokumentation und Evaluation.

- **Rehabilitation und Nachsorge**

Chronische Erkrankungen sind eine gesundheitspolitische Herausforderung, die - vor allem vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung - rehabilitative Versorgungs- und Nachsorgekonzepte erforderlich machen.

In der Rehabilitation fehlt es häufig an interdisziplinär angebotenen Nachsorgekonzepten. Der Rehabilitationssport und das Funktionstraining sind häufig nicht ausreichend indikationsspezifisch. Beispielhaft dafür stehen die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und hier insbesondere der chronische Rückenschmerz, der eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, steigende Leistungsausgaben und individuelle Beeinträchtigung ist.



In systematischen Übersichtsarbeiten sind Studien zusammengefasst und bewertet worden, die sich mit der Wirksamkeit unterschiedlicher Behandlungsformen in der Therapie und Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen befassen.

- Guzman et al. (2006) analysierten die Effektivität multidisziplinärer biopsychosozialer Rehabilitation anhand von 10 Studien mit 1964 Patienten, die unter chronischen Rückenbeschwerden litten. Im Vergleich zu einem ambulanten oder stationären nicht-multidisziplinären Rehabilitationsprogramm ermittelten sie starke Evidenz für die Wirksamkeit intensiver multidisziplinärer biopsychosozialer Rehabilitation mit einem „Functional-Restoration“-Ansatz im Hinblick auf die Verbesserung der Funktion. Das wesentliche Ziel des „Functional-Restoration“-Ansatz ist die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit. Die Hauptbestandteile des multimodalen Ansatzes sind bewegungstherapeutische, psychologische, arbeitsplatzbezogene und edukative Therapiebausteine unter ärztlicher Leitung. Zur erfolgreichen Umsetzung des Ansatzes ist ein interdisziplinäres Team erforderlich, welches einheitlich zusammenarbeitet und die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt. Ein wesentlicher Bestandteil eines „Functional-Restoration“-Ansatzes ist das „Work-Hardening“, welches ein individuelles körperliches Trainingsprogramm mit spezifischer Ausrichtung auf die jeweilige Arbeitstätigkeit beinhaltet. „Work Hardening“ richtet sich auf die Wiederherstellung der körperlichen, verhaltensbezogenen und beruflichen Funktionsfähigkeit mit dem Ziel einer schnellen Rückkehr an den Arbeitsplatz (Mayer& Gatchel, 1988).

- In der Analyse der Literatur zeigt sich, dass insbesondere bei der Behandlung des chronischen Rückenschmerzes das multidisziplinäre Vorgehen mit intensiver Aktivierung im Sinne des „Functional-Restoration“-Ansatzes eine höhere Wirksamkeit erzielt als eine ausschließliche ärztliche Behandlung oder Maßnahmen wie Schonung und der Einsatz passiver Maßnahmen, wie z.B. Wärme, Massage, Elektrotherapie etc.

Guzman et al. (2006) s.o. analysierten auch die Effektivität multidisziplinärer biopsychosozialer Rehabilitation und ermittelten starke Evidenz für die Wirksamkeit intensiver multidisziplinärer biopsychosozialer Rehabilitation mit einem „Functional-Restoration“-Ansatz von über 100 Therapiestunden im Hinblick auf die Verbesserung der Funktion. Dieser Ansatz ist bei einem 3-wöchigen stationär/ambulanten Rehabilitationsaufenthalt nicht zu erreichen, weshalb es zumindest für diesen Indikationsbereich erforderlich ist, andere Nachsorgekonzepte zu entwickeln.

Bei der Entwicklung und Durchführung o.g. Angebote sollte stets die Mobilisierung der Betroffenen im Sinne der Partizipation im Zentrum der Bemühungen des multiprofessionellen Teams stehen.



- **Frühförderung**

In § 26 SGB IX hat der Gesetzgeber die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geregelt. Zu diesen Leistungen gehört auch die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Die Durchführung dieser Leistung erfordert nach § 30 Abs. 2 die Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten, Psychologen, Heil –und Sonderpädagogen, die auch die Beratung der Erziehungsberechtigten zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das interdisziplinäre Team mit einschließt. Dies ist ein exemplarisches Beispiel, wie in einem interdisziplinären Team gezielte Förder –und Behandlungsmaßnahmen eingesetzt werden, um eine Behinderung auszugleichen oder zu mildern.

c) *Welche neuen Rollen sehen Sie dabei für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?*

Antwort:

Der Physiotherapeut als „Experte“ für den Bereich Bewegung leistet Überzeugungsarbeit, er motiviert und qualifiziert zu einem selbstständigen Umgang mit der eigenen Gesundheit durch Bewegung. Entsprechende Therapie- bzw. Trainingspläne werden nach dem jeweiligen Stand der Forschung aufgebaut, die Verläufe und Ergebnisse werden nach standardisierten Methoden dokumentiert und ausgewertet.

d) *Welche Rahmenbedingungen (auch rechtliche) sind notwendig, um diese Zusammenarbeit zu erleichtern?*

Antwort:

Das Heilpraktikergesetz, das rund 70 Jahre alt ist, definiert die Zusammenarbeit der ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufe nach dem Ausbildungs- und Wissensstand seiner Zeit, d.h. der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts. Verbesserte Formen der Zusammenarbeit aller medizinischen Fachberufe mit den Ärzten sind wünschenswert und vor allem auch ökonomisch sinnvoll, erfordern aber eine Novellierung des Heilpraktikergesetzes. Wird den nicht-ärztlichen Therapieberufen ein Mehr an Verantwortung übertragen, so setzt dies auch eine Ergänzung der Ausbildungsgänge voraus. Im Grundsatz wird nur die (im gesamten Ausland durchgängig vollzogene) Verlagerung der Ausbildungsgänge an die Fachhochschule **und** die Verkammerung dieser Berufe die Gewähr dafür bieten, dass sich diese Berufsangehörigen mit ihrem therapeutischen Wissen jederzeit auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft befinden **und** eine entsprechende Kontrolle der Berufsausübung erfolgt.



3. In verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zeichnen sich Probleme im Zusammenhang mit einer weder effektiven noch effizienten Verteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen ab. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband im Zusammenhang mit Neuzuschnitten von Tätigkeitsfeldern bestimmter Heilberufe (z.B. Pflegepraxen, Gemeindeschwestern, Anästhesieassistenten). Ist ein Neuzuschnitt aus Ihrer Sicht notwendig und erstrebenswert und wie begründen Sie dies?

Aus Sicht des Deutschen Verbandes für Physiotherapie ist ein Neuzuschnitt bei den Versorgungsstrukturen sinnvoll. Auf der Grundlage des Heilpraktikergesetzes kann der Physiotherapeut bisher in Therapie und Rehabilitation nur auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung tätig werden. Ein direkter Zugang zum Physiotherapeuten ist damit für den Patienten ausgeschlossen. Dies führt häufig zu einer unnötigen zeitlichen Verzögerung bis zur Aufnahme der Behandlung beim Physiotherapeuten, vor allem wenn der betreuende Hausarzt die Facharztschiene zur weiteren Abklärung - oder zur Verschiebung der Budgetbelastung - einschaltet. Das Wirtschaftsmagazin WISO hat in seiner Sendung am 14. August 2006 aufgrund von Stichproben festgestellt, dass Patienten durchschnittlich 9,4 Tage auf einen Termin beim Facharzt warten.

Holdsworth und Webster (Physiotherapy 90 (2004) 64-72) haben in einer schottischen Pilotstudie 2004 den Genesungsgang bei zwei Patientengruppen untersucht, von denen die eine (77 Patienten, Gruppe 1) den Physiotherapeuten direkt aufsuchte, die andere (263 Patienten, Gruppe 2) aufgrund ärztlicher Verordnung. Dabei ergaben sich folgende Erkenntnisse:

- Nur 34% der Patienten der Gruppe 1 hatten bereits länger als 3 Monate Beschwerden; bei der Gruppe 2 waren es 91%.
- Nur bei 7% der Patienten der Gruppe 1 führte die Erkrankung zu einer Arbeitsunfähigkeit; bei der Gruppe 2 waren es 42%.
- Die mittlere Anzahl der Abwesenheitstage durch Arbeitsunfähigkeit betrug in der Gruppe 1 7,9 Tage; in der Gruppe 2 waren es 22,5 Tage.
- Zusammenfassend ergab die Studie u.a., dass sich Patienten, die nicht erst einen Arzt aufsuchen müssen, schneller eigenständig um eine physiotherapeutische Behandlung bemühen und schneller wieder beschwerdefrei bzw. erwerbstätig waren. Auffallend ist auch, dass ein größerer Anteil dieser Patienten regelmäßig zur physiotherapeutischen Behandlung erschien und weniger Behandlungstermine zur Genesung benötigte als die Vergleichsgruppe.



Der Deutsche Verband für Physiotherapie spricht sich deshalb grundsätzlich für den direkten Zugang vom Patienten zum Physiotherapeuten aus. Zum Schutz der Patienten ist es allerdings erforderlich, dass die Ausbildungsinhalte in der Physiotherapie entsprechend erweitert werden. Physiotherapeuten, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben und für den Direktzugang von Patienten zur Verfügung stehen wollen, müssen zuvor eine entsprechende Zulassung beantragen, die an eine Qualifikationsmaßnahme mit staatlicher Abschlussprüfung gebunden ist, in der die Anwendung indikationsspezifischer Screening-Verfahren geschult wird; ein solches Screening ist zwingend vor der Aufnahme der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführen, um Kontraindikationen auszuschließen.