

P.b.b. · Verlagspostamt 1060 Wien · 02Z031462 M · ISSN 1027-9709

Physio Austria, Bundesverband der Diplomierten  
Physiotherapeutinnen Österreichs



physioaustria

**Fachzeitschrift · Ausgabe Nr. 1a/04**

# physiotherapie

# Berufsprofil

der/des Diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten

## Editorial

Es freut mich, Ihnen nunmehr das Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten in gedruckter Form übermitteln zu können.

Das Berufsprofil wurde im Rahmen des Projektes „MTD-Qualitätssicherung“ vom damaligen Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen in Auftrag gegeben und gemeinsam vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und Physio Austria erarbeitet. Mit Ende Februar 2003 abgeschlossen, hat das Berufsprofil nichts an seiner Relevanz verloren.

Da es sich hier um ein Standardwerk für alle Diplomierten PhysiotherapeutInnen handelt, hat sich Physio Austria dazu entschlossen das Berufsprofil, neben der bereits im letzten Jahr erfolgten Veröffentlichung auf der Physio Austria Homepage, seinen Mitgliedern nun auch in gedruckter Form zur Verfügung zu stellen.

Neben der Beschreibung der Tätigkeitsfelder und Aufgabenbereiche enthält die vorliegende Studie z. B. auch eine detaillierte Beschreibung des physiotherapeutischen Prozesses, die Verordnungsmodalitäten in Bezug auf die Häufigkeit der zuordnenden Ärzte und gibt u. a. Einblick in die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Nicht zuletzt sind auch Qualitätssicherung in der Physiotherapie und Perspektiven unseres Berufes Inhalte dieses umfassenden Werkes.

Das Berufsprofil hat sowohl für die Praxis des einzelnen Therapeuten als auch für die Berufsgruppe als Ganzes eine große Bedeutung. Es kann z. B. im Rahmen von Dienstverhältnissen zur Klärung von Aufgabenbereichen und Tätigkeitsfeldern, im Falle der freiberuflichen Praxis zur Information an zuweisende Ärzte herangezogen werden und stellt für die geplante MTD-Gesetzesnovellierung eine wichtige Grundlage dar, auf deren Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann.

Wir danken dem Bundesministerium für Frauen und Gesundheit für die Freigabe der Daten zur Veröffentlichung des Berufsprofils in dieser Form.

Einen besonderen Dank möchte ich im Namen von Physio Austria den MitarbeiterInnen der Arbeitsgruppe aussprechen, die durch ihr fachlichen Wissen und großen persönlichen Einsatz das Entstehen des Berufsprofils ermöglicht haben.

Herzlichst

*Silvia Mériaux-Kratochvila*  
Präsidentin Physio Austria

## Vorwort

Die vorliegende Broschüre ist das Ergebnis des ersten Projektabschnittes zur Erarbeitung von Grundlagen für die Qualitätssicherung im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Das Projekt wurde vom damaligen Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales an das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) in Auftrag gegeben. Das Berufsprofil und der in der Folge konzipierte Leistungskatalog ist eine wesentliche Grundlage zur Definierung von Qualitätsstandards für den physiotherapeutischen Dienst. Ziel von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist es, den optimalen Einsatz der vorhandenen Mittel zur Erreichung größtmöglicher Patientenzufriedenheit zu gewährleisten. Vor dem Definieren von Soll-Zuständen gilt es daher Ist-Zustände zu erheben.

Im Jahr 1992 erhielt die Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit dem MTD-Gesetz ein eigenes Berufsgesetz. Nach rund 10 Jahren praktischer Anwendung des Gesetzes stellte sich die Frage nach der tatsächlich im Berufsalltag gelebten Praxis. Um ein möglichst der Realität entsprechendes Abbild des Aktionsfeldes im beruflichen Alltag zu zeichnen waren nur berufsausübende Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten Zielgruppe dieser empirischen Erhebung.

Vor Beginn jeder physiotherapeutischen Maßnahme steht die ärztliche Diagnose und Therapieanordnung, wobei die Beratung und Erziehung Gesunder ohne ärztliche Anordnung erfolgen kann. Dementsprechend wurde das Anordnungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten untersucht, das Grundlage für die physiotherapeutische Intervention ist. Im physiotherapeutischen Prozess wird die eigenverantwortliche Tätigkeit umschrieben. Dieser umfasst die physiotherapeutische Befunderhebung, Diagnose, Therapieplanung, Behandlung und Erfolgskontrolle, sowie die Dokumentation sämtlicher Schritte.

Über das aktuelle Bild der Tätigkeiten der heute im Beruf stehenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten hinausgehend, werden in der vorliegenden Broschüre auch neue Entwicklungen und zukünftige Trends dargestellt. Damit werden wertvolle Impulse für allfällige Nachjustierungen, aber auch Impulse für begriffliche Klarstellungen, die in der bevorstehenden Novelle zum MTD-Gesetz umzusetzen sind, gegeben. In der Folge bietet die Arbeit eine wertvolle Grundlage zur Definition von künftigen Ausbildungszielen.

Allen, die sich an der Fragebogenerhebung beteiligt haben, sei ebenso wie dem Koordinator/innenteam unter der Leitung von Frau Mag. Lugmayr, sowie dem Projektbeirat herzlich gedankt.

Es freut mich ganz besonders, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und anderen Interessierten das Berufsprofil in gedruckter Form zugänglich machen zu können.

Die Leiterin der Abteilung III/B/10 des BMGF  
*Dr. Barbara Wintersberger*

19. Jänner 2004

Aktualisierte, um ein Vorwort erweiterte Ausgabe, auf der Basis der Ausgabe  
Februar 2003 (Zl. 4360/02)

*Redaktionelle Betreuung:* Nicole Muzar

*Grafik:* Designpraxis Markus Hörl, [www.designpraxis.at](http://www.designpraxis.at)

*Druck:* RehaDruck, Graz, [www.rehadruck.at](http://www.rehadruck.at)

Wien, Februar 2004



Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

im Auftrag des  
Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

Projekt MTD Qualitätssicherung

# Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten

Herausgegeben von



**physioaustria**

Physio Austria  
Bundesverband der Diplomierten  
PhysiotherapeutInnen Österreichs

*Projektkoordination:* Barbara Anna Lugmayr

*Empirische Erhebung und Auswertung der Daten:* Barbara Schörner

*Inhaltliche Aufarbeitung:* Veronika Gräsel, Eva Kerschischnik, Sabine Knauder, Martina Kosik, Ilse Muck, Friederike Stipanits, Michael Wahl, Gerhard Wariszlovich

Die in diesem Bericht verwendeten personenbezogene Ausdrücke wie zum Beispiel „Patient“ oder „Arzt“ umfassen Frauen und Männer gleichermaßen. Im laufenden Text wird vereinfachend im Singular der weiblichen Berufsbezeichnung der Vorzug gegeben. In der Mehrzahl wird die Bezeichnung „Diplomierte PT“ für die weibliche als auch für die männliche Berufsbezeichnung verwendet.

# Inhalt

4	<b>1 Einleitung</b>
4	1.1 Erstellung des Berufsprofils
5	1.2 Methodik der Studie
7	1.3 Demographische Daten
9	<b>2 Geschichte des Berufes</b>
12	<b>3 Überblick über die Aufgabenbereiche</b>
15	<b>4 Ausbildung</b>
16	4.1 Ausbildungsstätten in Österreich
17	4.2 Ausbildungsdauer und Ausbildungsinhalte
18	4.3 Ausbildungssituation in anderen EU-Staaten
20	<b>5 Verantwortungsbereiche</b>
23	<b>6 Tätigkeitsfelder</b>
27	<b>7 Der physiotherapeutische Prozess</b>
31	<b>8 Aufgaben</b>
36	<b>9 Kompetenzen und Qualifikationen</b>
39	<b>10 Interdisziplinäre Zusammenarbeit</b>
41	<b>11 Lehre</b>
41	11.1 Lehrtätigkeit an der Akademie für den physiotherapeutischen Dienst
41	11.2 Lehrtätigkeit an anderen Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe
42	11.3 Lehrtätigkeit im Rahmen der Fort- und Weiterbildung
43	<b>12 Qualitätssicherung</b>
46	<b>13 Perspektiven</b>
48	Literatur
50	Begriffserklärungen
51	Abbildungsverzeichnis
51	Tabellenverzeichnis
	<b>Anhang</b>
52	A Berufspflichten
53	B „Klassische/konventionelle“ PT-Konzepte
54	C Physio Austria, Berufsverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs
55	D Ausgewählte Fragen aus dem Fragebogen der PT-Studie 2001

# 1

## Einleitung

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) beauftragt, in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) Grundlagen für die Qualitätssicherung im Bereich der MTD zu entwickeln. Das sind gemäß § 1 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992) folgende Berufssparten:

- > Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst
- > Ergotherapeutischer Dienst
- > Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst
- > Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst
- > Orthoptischer Dienst
- > Physiotherapeutischer Dienst
- > Radiologisch-technischer Dienst

Zu den Aufgabenstellungen des Projektes zählt die Entwicklung von Berufsprofilen für alle Sparten der MTD mit Ausnahme des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes. Der Berufsverband der Diplomierten Logopädinnen und Logopäden hat bereits in Eigenregie ein Qualitätshandbuch entwickelt, das in knapper Form ein Berufsprofil enthält.

Ein weiterer Projektschwerpunkt ist die Erstellung von diagnosebezogenen Leistungskatalogen für die Sparten Diätendienst, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptischer Dienst und Physiotherapie. Darüber hinaus sollen fachliche Schnittstellen innerhalb der MTD und zu anderen – im Gesundheitswesen tätigen – Berufen identifiziert werden.

Die Projektdauer erstreckt sich vom 15. Mai 2000 bis zum 31. Juli 2003.

Parallel zu diesem Projekt läuft am ÖBIG das Arbeitsprogramm „MTD-Curricula“, welches ebenfalls von BMSG in Auftrag gegeben wurde und auf die bundesweite Vereinheitlichung und Aktualisierung der Ausbildung in den einzelnen Sparten der MTD abzielt.

Im Zuge der Entwicklung dieser Curricula für die einzelnen Sparten der MTD musste festgestellt werden, dass die zur Definition von Ausbildungszielen erforderlichen Grundlagen, wie etwa aktuelle Berufsprofile, weitgehend fehlen.

Das gegenständliche Projekt dient also auch dazu, diesen Mangel durch die Erstellung aussagekräftiger Berufsprofile zu beseitigen, aus denen entsprechende Qualitätserfordernisse für die Ausbildung abgeleitet werden können. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse dieses Projektes auch einen Beitrag zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen leisten.

### 1.1 Erstellung des Berufsprofiles

Zur Erstellung des vorliegenden Berufsprofiles für Diplomierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Diplomierte PT) war es im Sinne eines aktionsforscherischen Ansatzes notwendig, eine spartenspezifische Arbeitsgruppe zusammenzustellen. Für die Zusammensetzung dieser Gruppe wurde auf unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte der Projektmitarbeiterinnen genauso geachtet wie auf ihre bundesländerspezifische Herkunft, den Versorgungsbereich (intramural oder extramural<sup>1)</sup>, in dem sie tätig sind, auf eine unterschiedliche Altersstruktur sowie insbesondere auf unterschiedliches Spezialwissen, um ein möglichst breites Spektrum des Aktionsfeldes von Diplomierten PT erfassen zu können.



Die Darstellung der einzelnen Berufsprofile der MTD erfolgte anhand einer spartenübergreifenden Struktur. Um die Authentizität der einzelnen Sparte nicht zu gefährden beziehungsweise um identitätsbegründende Inhalte herauszustellen, wurde bewusst die eine oder andere Abweichung von der vorgegebenen Struktur zugelassen.

Bei der Erstellung des vorliegenden Berufsprofils der Diplomierten PT konnte auf ein von Physio Austria, dem Berufsverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs, formuliertes Berufsbild aufgebaut werden. Neben der Analyse des Status quo, die differenziert nach Aufgaben, Tätigkeitsfeldern, Verantwortungsbereichen, Kooperationsformen und anderen berufsprofilrelevanten Aspekten erfolgt, wurde auch darauf Wert gelegt, zukünftige, das Berufsprofil betreffende Entwicklungen aufzuzeigen und daraus ausbildungsrelevante Qualifikationen abzuleiten.

Zur Stützung der Aussagen im Berufsprofil gab Physio Austria in Abstimmung mit dem ÖBIG eine empirische Erhebung zum Arbeitsbereich der Diplomierten PT an Frau Dr. Barbara Schörner in Auftrag.

Auf Basis der vom ÖBIG entwickelten Struktur zum Berufsprofil wurden die Ergebnisse der Erhebung den einzelnen Kapiteln zugeordnet. Darüber hinaus wurden weitere Quellen wie z. B. Diplomarbeiten sowie Expertisen von Mitgliedern der Arbeitsgruppe in diesem Berufsprofil aufgearbeitet.

### 1.2 Methodik der Studie

Im Rahmen einer quantitativen Befragung wurden die Berufs- und Tätigkeitsfelder von Diplomierten PT untersucht. Empirisches Material liegt hierfür bislang nicht vor; der Schwerpunkt lag daher auf der Entwicklung eines standardisierten Fragebogens, welcher im Folgenden gemeinsam mit der Auswahl der Befragten und der Durchführung der Befragung vorgestellt wird.

#### Entwicklung des Fragebogens

Entsprechend der Zielsetzung der Studie wurden die Untersuchungsdimensionen, welche im Fragebogen enthalten sein mussten, folgendermaßen vom ÖBIG vorgegeben:

- > Allgemeines
- > Bereiche
- > Aufgaben
- > Ziele
- > Auftrag
- > Zusammenarbeit
- > Fort- und Weiterbildung
- > Perspektiven

Die Fragebogenkonstruktion erfolgte in der spartenspezifischen Arbeitsgruppe am ÖBIG. Als Orientierungshilfe für die Formulierung der Fragen dienten gesetzliche Grundlagen (BGBl. Nr. 460/1992, BGBl. Nr. 327/1996), Studien und empirische Erhebungen zu anderen Berufsprofilen wie z. B. von Politikwissenschaftlern (Wolfgruber 1998) und Sozialpädagogen (ÖIBF 1995), allgemeine statistische Erhebungen, wie sie z. B. für den Bereich „Fortbildungen“ auf der Basis von Mikrozensusdaten existieren (ÖSTAT), die Studie über das Berufsfeld „Physiotherapie“ (Gruber 2001) als auch in Rohfassung vorliegende Fragebögen zum Berufsprofil von MTA und RTA im Rahmen des Projekts „Qualitätssicherung im MTD-Bereich“<sup>2</sup>.

Während der Fragenblock „Allgemeines“ biographische Daten erfasst, ermittelt der Fragenblock „Bereiche“ schwerpunktmäßig die Tätigkeitsbereiche der Befragten. Der Fragenblock „Aufgaben“ evaluiert die Arbeit am Patienten bzw. Klienten anhand des physiotherapeutischen Prozesses. Ebenso wird nach darüber hinausreichenden Aufgaben sowie Qualifikationsvoraussetzungen gefragt. Der Fragenblock „Ziele“ gibt den Befragten die Möglichkeit, offen zu legen, welche Zielsetzungen sie mit ihrer beruflichen Tätigkeit verbinden. Die Erfassung des Verantwortungsbereiches und der Auftraggeber bilden den Schwerpunkt des Fragenblocks „Auftrag“. Der Fragenblock „Zusammenarbeit“ beschäftigt sich mit Teamarbeit und anderen Kooperationsformen. Ausmaß und Art von Fort- und Sonderausbildungen bilden die relevanten Aspekte der Einheit „Fort- und Weiterbildung“. Abschließend werden Ideen zur Neugestaltung der Ausbildung, Trends und Entwicklungen der Physiotherapie sowie individuelle Definitionen der Kernkompetenzen der Physiotherapie im Kapitel „Perspektiven“ erfragt. Insgesamt enthält der Fragebogen 48 Fragen, acht davon sind offen gestellt, bei den übrigen Fragen wurden Antwortmöglichkeiten zur Auswahl vorgegeben.

Der Fragebogen wurde vor der Verteilung einem Pre-Test (Probefragung) unterzogen. Dieser wurde mit 20 Diplomierten PT aus dem Projektumfeld durchgeführt, um den Fragebogen auf Verständlichkeit, Vollständigkeit und Vermeidung von Mehrdeutigkeit zu überprüfen. Entsprechend der erhaltenen Rückmeldungen und Anregungen wurde der Fragebogen modifiziert.

### **Auswahl der Befragten**

Zentrale Zielgruppe dieser empirischen Erhebung zum Berufsprofil waren Diplomierte PT, die zum Zeitpunkt der Befragung in Österreich berufstätig waren. Die fehlende Registrierungspflicht für Diplomierte PT und das Fehlen einer vollständigen Liste aller Einrichtungen, in denen Diplomierte PT tätig sein können,<sup>3</sup> stellt für die Auswahl der Untersuchungspopulation ein großes Problem dar, insofern als die Bedingungen für eine repräsentative Zufallsauswahl nicht gegeben sind. Aus diesem Grund wurde der Berufsverband ersucht, die Absolventenzahlen seit Beginn der Ausbildung in Österreich zuzüglich der erfolgten Nostrifikation zu erheben. Weiters wurde um Bekanntgabe der Mitgliederzahlen gebeten. Über Physio Austria sind 3.750 Diplomierte PT organisiert (Stand Dezember 2000). Diese Anzahl an Personen entspricht 66 Prozent aller Diplomierten PT in Österreich, wenn als Schätzwert die Summe aller Absolventen seit 1962 zu Grunde gelegt wird.<sup>4</sup> De facto sind somit rund sieben von zehn Diplomierten PT statistisch erfassbar, das verbleibende Drittel ist nur schwer zugänglich. Trotzdem wurden Plausibilitätsversuche unternommen, um die Aussagekraft und Repräsentativität der Ergebnisse für die nicht organisierten Diplomierten PT festzustellen. Zu diesem Zweck wurden Kontrollbefragungen mit 22 verbandsunabhängigen Diplomierten PT, die über persönliche Kontakte rekrutiert wurden, durchgeführt. Es ergaben sich keine signifikanten Merkmalsunterschiede,<sup>5</sup> sodass von einer großen Übereinstimmung zwischen Ziel- und Auswahlpopulation gesprochen werden kann.<sup>6</sup> Ausgehend davon, dass es sich bei der Gruppe der Diplomierten PT – unabhängig von ihrer Mitgliedschaft – um eine eher heterogene Zielgruppe handelt, wurde eine Vollerhebung<sup>7</sup> unter den Physio Austria-Mitgliedern angestrebt.

### **Durchführung der Befragung**

Die Befragung wurde auf postalischem Weg durchgeführt, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten. Um die Kooperationsbereitschaft der Befragten und damit die Rücklaufquote zu erhöhen,<sup>8</sup> wurde auf der Titelseite des Info-Blattes<sup>9</sup> 10/2000 des Verbandes das Projekt, die untersuchende Institution und die Projektgruppe vorgestellt sowie ein erster Hinweis auf den Fragebogen gegeben. Ein zweites Ankündigungsschreiben im Infoblatt 11/2000 enthielt erneut einen Hinweis auf den Fragebogen sowie die Bitte um Mitarbeit an der Befragungsaktion. Der Fragebogen sowie das Begleitschreiben<sup>10</sup> waren in der Mitte des Info-Blattes 12/2000 eingeklebt.<sup>11</sup> Für eine gebührenfreie Rücksendung wurde gesorgt. Diese Maßnahmen sollten dazu dienen, eine repräsentative Rücklaufquote zu sichern.

### **Rücklaufquote**

Die Rücklaufquote betrug 28,1 Prozent (1.053 Fragebögen). Ein Vergleich zwischen Sofortantwortern und Spätantwortern ergab keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten, sodass von verzerrungsfreien Ergebnissen ausgegangen werden kann (vgl. Bortz/Döring 1995).

### **Auswertung der Fragebögen**

Entsprechend dem Codeplan wurden die 1.053 Fragebögen erfasst und mittels SPSS 10.0 für Windows (Statistical Programme for Social Science) ausgewertet.

### **Auswahl der Fragen im Berufsprofil**

Im Rahmen dieses Berufsprofils wurden im Sinne einer Sekundäranalyse, jene Ergebnisse aus der oben erwähnten Befragung in das Berufsmaterial aufgenommen, welche die Aussagen zum Aktionsfeld von Diplomierten PT quantitativ belegen können. Die ausgewählten Fragen sind dem Anhang D zu entnehmen.

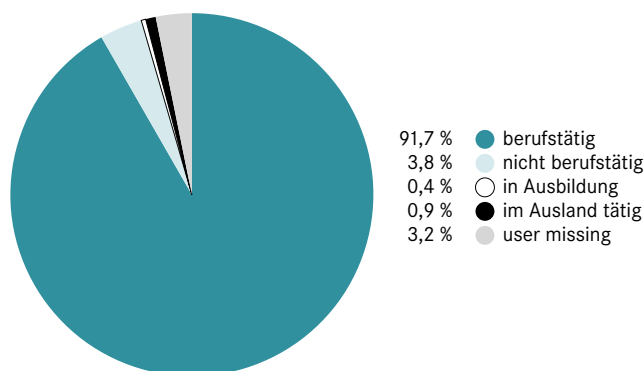
### **Andere Datenquellen**

Es wurde in diesem Berufsprofil auch auf andere Datenquellen als die Fragebogenerhebung zurückgegriffen, wie zum Beispiel auf neue Erkenntnisse aus den Diskussionen in der Projektgruppe, einzelne Expertisen von Projektgruppenmitgliedern, Ergebnisse aus den Literaturrecherchen sowie Wissenszuwächse, die in diesem Zusammenhang aus Vergleichen mit anderen Staaten der Europäischen Union resultieren.

Darüber hinaus wurde dieses Berufsprofil der relevanten Projektumwelt (Kostenträger, Interessenvertretung, Entscheidungsträger) zur Kommunikativen Validierung<sup>12</sup> übermittelt. Die Ergebnisse dieser externen Validierung wurden bei der Überarbeitung des Berufsprofils maßgeblich berücksichtigt. Es handelt sich bei dieser Studie um eine Mixed-Design-Studie, als hierbei qualitative wie quantitative wissenschaftliche Methoden zur Anwendung gelangten.

### 1.3 Demographische Daten

Von den insgesamt 1.053 Antwortenden ist der Großteil – 966 Personen (91,7 Prozent) – berufstätig. Diese 966 praktizierenden Diplomierten PT bilden die Ausgangspopulation für die weitere statistische Analyse (siehe Abbildung 1.1). Jene Diplomierten PT, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht berufstätig, in Ausbildung oder im Ausland tätig waren, wurden nicht berücksichtigt. Die Stichprobe wurde ebenfalls um Personen mit gehäuften user missings<sup>13</sup> bereinigt.



**Abbildung 1.1: Diplomierte PT/Befragung – Beschreibung der Stichprobe in Prozent (n = 1053)**  
Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

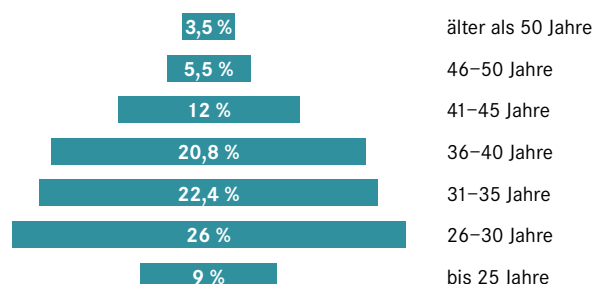
Die geschlechtsspezifische Aufteilung für das gesamte Kollektiv beträgt 90,5 Prozent Frauen zu 9,5 Prozent Männer.<sup>14</sup> Die Physiotherapie ist demnach noch immer ein von Frauen dominierter Beruf.

Das Durchschnittsalter beträgt 34,6 Jahre.<sup>15</sup> Zwecks einer besseren Vergleichbarkeit der Daten wurden für das Alter sieben Gruppen gebildet.<sup>16</sup>

Abbildung 1.2 zeigt die Verteilung der relativen Häufigkeiten der Altersgruppen.

Betrachtet man die Abbildung 1.2 näher, lässt sich der Trend ablesen, dass ältere Diplomierte PT (ab 41 Jahren) weniger Bereitschaft zeigen, den Fragebogen auszufüllen. Der gleiche Trend ist beim Vergleich mit dem Diplomierungsjahr zu erkennen. Hier zeigt sich ebenfalls, dass ältere Personen, die vor 1980 diplomiert haben, zurückhaltender im Antwortverhalten sind.

Das durchschnittliche Alter bei der Diplomierung ist 22,5 Jahre. Das heißt, dass der Großteil der Diplomierten PT ziemlich unmittelbar nach Abschluss der Reifeprüfung mit der Ausbildung begonnen hat beziehungsweise beginnt.



**Abbildung 1.2: Diplomierte PT/Befragung – Verteilung der Stichprobe nach Altersgruppen in Prozent (n = 959)**  
Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

- 1 Zum extramuralen Bereich werden in diesem Berufsprofil alle nichtstationären Behandlungseinrichtungen gezählt. Spitalsambulanzen werden dem intramuralen Bereich zugeordnet.
- 2 Darüber hinaus wurde Kontakt mit Experten aus dem Berufsförderungsinstitut Österreich, dem Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft als auch dem Institut für Berufsbildung AG aufgenommen, die jedoch das Vorliegen von Studien, empirischem Material oder Erhebungsinstrumenten im Bereich der „Berufsprofilforschung“ verneinten.
- 3 Da Diplomierte PT auch außerhalb des Gesundheitswesens tätig sein können (z. B. in Wellnessseinrichtungen, Fitnesscenter), musste von einer Rekrutierung der Untersuchungspopulation über das Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs (Kux 1999) Abstand genommen werden.
- 4 Dieser Schätzwert basiert auf der von den Akademien für den physiotherapeutischen Dienst bzw. Landes-sanitätsdirektionen registrierten Anzahl von 5.679 Absolventen aus dem Zeitraum von 1962 bis 2000. Es handelt sich hierbei um einen Maximalwert. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Absolventinnen einer österreichischen Akademie für den physiotherapeutischen Dienst zum Zeitpunkt der Befragung (noch) in diesem Beruf tätig waren. Andere Daten, wie sie z. B. dem Gesundheitsstatistischen Jahrbuch zu entnehmen sind, lassen nicht auf die Größe der Grundgesamtheit schließen, erfassen sie doch nur jeweils eine Teilmenge der Population, wie beispielsweise in Krankenanstalten tätige oder im Angestelltenverhältnis stehende Diplomierte PT.
- 5  $\chi^2$ -, Median-T-Test (für zwei unabhängige Stichproben) für die Variablen: Geschlecht (Frage 1a), Alter (Frage 1b), Tätigkeit in Jahren (Frage 3), Form der Tätigkeit (Frage 5), zeitlich schwerpunktmäßiger Bereich (Frage 11), klinischer Schwerpunktbereich (Frage 13), physiotherapeutischer Prozess (Frage 16), Anzahl durchgeführter Maßnahmen (Frage 17), singuläre vs. multiple Konzeptanwendung (Frage 19), Anwendung alternativer Methoden (Frage 20), Eigenverantwortlichkeit (Frage 23), Aufgaben (Frage 24), Qualifikationen (Frage 28), Anordnungen (Frage 32), Zielsetzungen (Frage 34), Teamarbeit (Frage 35) und Besuch von Fortbildungskursen (Frage 42).
- 6 „Die Grundgesamtheit [target population, Zielpopulation] umfasst als Konzept alle Elemente, über die Aussagen beabsichtigt sind; die ‚Auswahlgesamtheit‘ [frame population] umfasst alle Elemente, die eine prinzipielle Chance haben, in eine Stichprobe zu gelangen“ (Schnell et al. 1992: 286).
- 7 Von einer Vollerhebung wird gesprochen, wenn die Daten aller Elemente einer Grundgesamtheit erhoben werden. Eine Vollerhebung ist „vor allem dann angebracht, wenn ... die Grundgesamtheit sehr heterogen in Bezug auf ein interessierendes Merkmal ist“ (Schnell et al. 1992: 282), wie es in vorliegender Befragung in Hinblick auf die Tätigkeitsorte oder auch die Erwerbsform zu erwarten war. Zudem „besitzen Vollerhebungen natürlich den Vorteil, dass die gesamte Verteilung der Merkmale ihrer Elemente bekannt ist“ (Schnell et al. 1992: 183).
- 8 Eine möglicherweise geringe Rücklaufquote ist ein Nachteil postalischer Befragungen (vgl. Bortz/Döring 1995).
- 9 Das Info-Blatt erscheint monatlich und enthält Ausschreibungen aller Weiterbildungsangebote des Verbandes, nationale und internationale Kongresse, Veranstaltungen der Landesverbände und Arbeitsgruppen, Stelleninserate aus ganz Österreich sowie aktuelle berufspolitische Informationen.
- 10 Das Begleitschreiben enthielt Instruktionen zum Ausfüllen bzw. Rücksenden des Fragebogens, Rücksendetermin sowie Zusicherung der Anonymität.
- 11 In den Info-Blättern sind in der Mitte öfters Informationen zum Herausnehmen eingehaftet; die Befragten sind also mit so einem Vorgehen vertraut.
- 12 Daten oder Ergebnisse der Forschung werden Betroffenen mit dem Ziel vorgelegt, dass sie von ihnen bezüglich ihrer Gültigkeit bewertet werden (Flick et al. 2000).
- 13 User missings stellen fehlende Angaben durch die Befragten dar.
- 14 Vgl. Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1998 (Statistik Austria 1998), S. 354: hier liegt der Männeranteil in den Krankenanstalten bei 13,9 Prozent, was für eine gute Deckungsgleichheit spricht.
- 15 Das Mittel liegt im Konfidenzintervall (34,1; 35,1) bei einer Standardabweichung von 7,5 Jahren.
- 16 Bei Altersverteilungen ist eine Klassenbreite von fünf Jahren üblich (vgl. Benninghaus 1996)

## 2 Geschichte des Berufes<sup>17</sup>

Die Anfänge der Physiotherapie (früher Physikalischer Therapie) finden sich literarisch belegbar<sup>18</sup> im Altertum, wo beispielsweise in China und in Griechenland bedeutende Ärzte und Philosophen gymnastische Übungen als einen Bestandteil der sich auf naturwissenschaftlicher Basis aufbauenden wissenschaftlichen Medizin beschrieben. In Europa blieb während der Antike, im Mittelalter und der frühen Neuzeit Gymnastik als Mittel der Körperertüchtigung und Gesundheitserhaltung auf Männer im sport- und wehrfähigen Alter beschränkt.

Erst im Jahr 1741, also am Beginn des Zeitalters der Aufklärung, machte ein französischer Arzt, *Nicolas Andry* (1658–1742), Physikalische Therapie auch zum Gegenstand der Behandlung körperlich missgebildeter Menschen. In seinem Lehrbuch, das die Orthopädie an Kindern begründet, beschrieb er Übungen zur Besserung bzw. Prävention von kindlichen Missbildungen. Andrys Gedankengut wurde von dem Schweizer Arzt *Jean Andre Venel* (1740–1791) übernommen, der 1780 in Orbe im Kanton Waadt die erste bekannte orthopädische Heilanstalt einrichtete.

Als im Jahr 1762 die beiden Hauptwerke des Aufklärungsphilosophen *Jean Jacques Rousseau* (1712–1778), der Traktat „Contract Social“ und der Erziehungsroman „Emile“, erschienen, löste dies in Deutschland die Gründung zahlreicher „Philanthropinen“ genannter Erziehungsanstalten aus, in denen in gleicher Weise der geistigen Entwicklung wie der körperlichen Ertüchtigung pädagogisches Gewicht beigemessen wurde. Die angewendeten Bewegungsübungen entsprachen weitgehend den aus dem Altertum überlieferten und wurden unter dem Begriff „pädagogische Gymnastik“ zusammenge-

fasst. Vom bedeutendsten Vertreter dieser Art Gymnastik in Deutschland, *Johann Christoph Friedrich GutsMuths* (1759–1839), und von *Franz Nachtegall* (1777–1847), dem Gründer der „Gymnastischen Gesellschaft“ in Kopenhagen, beeinflusst, entwickelte der Schwede *Pehr Henrik Ling* (1776–1839) wenig später ein eigenes, neues System von Übungen. Lings System enthielt die bisher gebräuchlichen und den Verrichtungen des Alltags entlehnten oder nachempfundenen Bewegungen, dazu aber auch zusätzliche Einzelelemente komplexer Bewegungsabläufe, die der speziellen Situation der Patienten zu entsprechen hatten. Zusammen mit den Zanderschen „Gymnasten“,<sup>19</sup> Maschinen, die möglichst präzise verschiedene Bewegungen der menschlichen Extremitäten steuern konnten, entstand das System der sogenannten „schwedischen Gymnastik“, das im 19. Jahrhundert in Europa Vorbildcharakter hatte.

Neben diesen gymnastischen Methoden im engeren Sinne wurden auch seit alters her bekannte andere Formen der physikalischen Therapie wie beispielsweise Wasser als Therapeutikum angewandt. Ab dem Anfang des 19. Jahrhunderts erlebte die naturwissenschaftlich-technische Forschung einen rasanten Aufschwung, was nicht ohne Folgen für die Medizin und damit auch für die Physikalische Therapie blieb. In diesem Zusammenhang ist die Elektrophysiotherapie zu nennen, die in dem Österreicher *Josef Kowarschik* (1876–1965) schon vor Beginn des Ersten Weltkrieges einen hervorragenden Vertreter besitzt. Dieser setzte zur Verabreichung elektrotherapeutischer Behandlungen vornehmlich sogenannte „ärztliche Hilfskräfte“ ein. Diese Mitarbeit und die erst Jahre später solchen Hilfskräften zugestandenen Befugnisse

zu Massage und einfachen gymnastischen Übungen mit Patienten haben das Berufsbild der Diplomierten PT in der breiten Öffentlichkeit in Österreich nachhaltig geprägt.

Annähernd ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts nahm sich auch die medizinische Wissenschaft der Erforschung neuer Möglichkeiten für die Physiotherapie an – deren Handhabung freilich ebenfalls immer unter dem Aspekt der ungeteilten ärztlichen Verantwortung zu erfolgen hatte. Autonomiebestrebungen von Krankengymnasten führten bereits 1908, nur acht Jahre nach der Gründung der ersten deutschen Schule für Krankengymnasten durch den Kieler Arzt *Johann Hermann Lubinus* (1865–1937), zu Konflikten mit Fachärzten, als jeweils zwei Absolventinnen der LUBINUS-Schule erst in Leipzig und dann in Halle freie gymnastische Praxen eröffneten.

Die beiden Weltkriege mit ihrer unvorstellbaren Zahl von Verwundeten, dazu auch die gesteigerte Zahl von Invaliden durch Unfälle als Folge der Industrialisierung und des vehement ansteigenden Verkehrsaufkommens waren bestimmend für die Physikalische Therapie im 20. Jahrhundert. Es eröffneten sich verschiedene neue Arbeitsgebiete für Diplomierte PT, und es wurden unter Mitarbeit von Diplomierten PT Behandlungsmaßnahmen auch für Krankheitsbilder entwickelt, die bis dahin als nicht durch Physiotherapie behandelbar angesehen worden waren. Nichtsdestoweniger verblieben Diplomierte PT auch weiterhin im Status von ärztlichen Hilfskräften.

Im bzw. kurz nach dem Zweiten Weltkrieg nahmen in anderen europäischen Ländern, den Vereinigten Staaten und Australien Entwicklungen ihren Ausgang, die zu völlig neuartigen Behandlungskonzepten führten. Diplomierte PT beobachteten bei ihrer Tätigkeit Phänomene, die offenbar Einfluss auf das Therapiegeschehen hatten und deren fehlende wissenschaftliche Begründungen bald interessierte Ärzte zu genauerer Untersuchung mit dem Ziel der Erklärung dieser Phänomene anregten. Auf diese Weise wurde durch das Ehepaar *Berta* und *Dr. Karel Bobath* das Konzept der „Bobath-Therapie“ in England erarbeitet, in ähnlicher Weise durch ein Team um *Margarete Knott* und *Dr. Herman Kabat* in Vallejo, Kalifornien, das Konzept der „Propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation“ (PNF-Konzept). Auch Konzepte der Behandlung

von Gelenken und deren umgebender Strukturen wurden in Zusammenarbeit von Diplomierten PT und Ärzten entwickelt. Als Beispiele von Konzepten der Manualtherapie können das „*Kaltenborn-Evjenth-Konzept*“, auch als „Nordisches System“ bezeichnet, und das in Australien entwickelte „*Maitland-Konzept*“ erwähnt werden. Einen eigenständigen Weg beschriftet die Physiotherapeutin Dr. med. h. c. *Susanne Klein-Vogelbach* in Basel bei der Entwicklung der „Funktionellen Bewegungslehre“ (FBL) und der daraus abgeleiteten Behandlungstechniken. Darüber hinaus haben sich zahlreiche andere Diplomierte PT bei der Entwicklung von Behandlungskonzepten und -techniken verdient gemacht. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass österreichische Diplomierte PT nach Fortbildungen, Spezialausbildungen und eigener beruflicher Tätigkeit im Ausland die Kenntnis solcher neuer Behandlungskonzepte in Österreich erst bekannt gemacht und deren Anwendung eingeleitet haben.

Nicht zuletzt durch die Beteiligung an der Entwicklung der genannten und anderer Therapiekonzepte, durch die Fähigkeit zu selbstständiger physiotherapeutischer Befunderhebung, entsprechender Therapieplanerstellung wie auch durch die Befähigung zur Auswahl der Therapiemaßnahmen hat sich der Tätigkeitsbereich von Diplomierten PT als Beruf mit umfassender Eigenverantwortung und Handlungskompetenz erwiesen, der sich deutlich von den Berufen des Arztes und der ärztlichen Hilfskraft wie des Turn- und Gymnastiklehrers der Vergangenheit und des Masseurs unterscheidet.

Diese berufliche Eigenständigkeit und Kompetenz führten nun auch häufiger als bisher zur Gründung freier physiotherapeutischer Praxen. Die dadurch vermehrte Möglichkeit extramuraler Behandlung fügt sich logisch in die laufenden Veränderungen des österreichischen Gesundheitswesens, dessen Ziel es ist, die Verweildauer der Patienten in Spitälern und Ambulanzen herabzusetzen.

Der seit Jahren steigende Bedarf an Physiotherapie führte zu einer vermehrten Zahl von Akademien zur Ausbildung von Diplomierten PT; der gesteigerte Bekanntheitsgrad und das höhere Ansehen von Diplomierten PT trägt zur wachsenden Zahl von Bewerbern um die verfügbaren Ausbildungsplätze bei.

Wahrgenommen werden die Interessen der Diplomierten PT durch Physio Austria, den Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs, welcher in den 60er Jahren gegründet wurde (siehe Anhang C).

### Zusammenfassung

Die Entwicklung des Berufes von Diplomierten PT verläuft von den Anfängen in der Antike an bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts gemeinsam mit der Entwicklung der Heilkunde insgesamt.

Ab dem Ersten Weltkrieg und in den Jahren danach bis in die Gegenwart zeigt die Entwicklung der Physiotherapie deutlich in die Richtung von mehr eigenverantwortlichem Handeln der PT bis hin zur beruflichen Selbstständigkeit.

Zahlreiche der heute zur Anwendung gelangenden Therapiekonzepte und -verfahren wurden in der jüngeren Vergangenheit von Diplomierten PT selbst entwickelt.

17 vgl. Grosch 1996

18 z. B. bei Hippokrates (460–377 v. Chr.) und Galen (131–202 n. Chr.)

19 benannt nach ihrem Konstrukteur, dem schwedischen Arzt Gustaf Zander (1835–1920)

# 3 Überblick über die Aufgabenbereiche

Physiotherapie ist ein komplexes und differenziertes Berufsfeld. Im Folgenden werden die Eckpfeiler dieses Berufes im Überblick dargestellt, in nachfolgenden Kapiteln wird ausführlich auf die einzelnen Bereiche eingegangen.

Die Physiotherapie wirkt auf den Menschen in seiner Gesamtheit über die Wechselwirkung zwischen Bewegungssystem, Organfunktion, kognitiver Ebene und der Erlebens- und Verhaltens Ebene. Physiotherapie ist die „gezielte Behandlung gestörter physiologischer Funktionen“ (Pschyrembel 2000) und demnach indiziert bei primären (von Geburt an bestehenden) und sekundären (z. B. auf Grund eines Unfalls oder einer Erkrankung) Beeinträchtigungen des Bewegungssystems, bei Störungen des Herzkreislaufsystems, der Atemfunktion und anderen inneren Erkrankungen. Ebenso wird sie bei Schmerzzuständen und Befindlichkeitsstörungen, die über das Bewegungssystem beeinflussbar sind, wirksam. In diesem Zusammenhang sind auch psychische Erkrankungen zu nennen. Auch zur Vermeidung der genannten Beeinträchtigungen ist Physiotherapie angezeigt.

Demnach lassen sich folgende zentrale Einsatzgebiete der Physiotherapie ableiten: die Gesundheitsförderung und Prävention, die Kuration sowie die Rehabilitation (siehe Kapitel 6).

## > Gesundheitsförderung und Prävention

Unter Gesundheitsförderung ist die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen und allgemeinen Sinn und in allen Phasen des Lebens zu verstehen (vgl. Stenografische Protokolle 1998). Die primäre Prävention beinhaltet alle Maßnahmen, die auf eine Vermeidung von Erkrankungen

oder schädigendem Verhalten abzielen, und bezieht sich damit auf Krankheitsursachen. Die Sekundärprävention beinhaltet Maßnahmen zur Früherkennung von Risiken bzw. von bereits bestehenden Erkrankungen, und die Tertiärprävention zielt auf eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes ab (ÖBIG 1998).

## > Kuration

Die Kuration beinhaltet – unterstützend zu anderen Behandlungsmaßnahmen – die Früh- und Langzeitbehandlung akuter und chronischer Erkrankungen und die Verbesserung der Lebensqualität in höherem Alter. Laut medizinischer Terminologie zielt die Kuration auf eine „Restitutio ad Integrum“ ab, das heißt auf das Erreichen des Zustandes vor der Erkrankung. Nach der ICD-Klassifikation (WHO 1999) wirkt sie auf der Schadensebene.

## > Rehabilitation

Unter Rehabilitation versteht man alle Maßnahmen zur (Wieder-)Herstellung von Fähigkeiten, die es ermöglichen, mit körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen am täglichen Leben möglichst selbstständig teilzunehmen. Die Rehabilitation zielt auf ein optimales Ausschöpfen (Restitutio ad Optimum) vorhandener Ressourcen mittels medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen<sup>20</sup> ab und wirkt auf allen Ebenen.

Die Diplomierten PT erheben nicht den Anspruch, das gesamte Rehabilitationsspektrum abzudecken, sondern leisten ihren physiotherapeutischen Beitrag in diesem Zusammenhang, unabhängig davon, ob sie angestellt oder freiberuflich tätig sind.



Der Begriff „Physiotherapie“ umfasst jedoch nicht nur eine Fülle von Maßnahmen, mit denen in der kurativen Medizin und Rehabilitation Krankheiten geheilt oder gebessert, Schmerzen gelindert, bei Behinderungen Ersatzfunktionen geschult und das präventive Verhalten der Bevölkerung gefördert, erhalten und verbessert werden. Gefragt nach den Kernkompetenzen der Physiotherapie lassen sich neben diesen physiotherapeutischen Handlungsfeldern drei weitere zentrale Charakteristika herausarbeiten:

- > Physiotherapie ist *Arbeit mit Bewegung*. Extrahiert aus dem Antwortmuster zu den Kernkompetenzen der Physiotherapie (n = 740) findet sich laut Fragebogenerhebung ein therapeutisches Selbstverständnis, welches primär an Bewegung ansetzt. So bezeichnen sich 31,6 Prozent der Befragten als Experten für Bewegung, als Bewegungsspezialisten.<sup>21</sup>
- > Physiotherapie ist *professionelles, systematisches Handeln*. Das Wissen um und das Erkennen von physiologischen und pathologischen Zusammenhängen der Sensomotorik ermöglicht eine ziel-/problemorientierte Therapieplanung und -durchführung mit einem, individuell an den Patienten angepassten, breiten Repertoire an nicht-invasiven Maßnahmen. Dieses fachlich kompetente Handeln wird von 68 Prozent der Befragten als Kernkompetenz der Physiotherapie beschrieben.
- > Physiotherapie ist *patienten-/klientenzentriert*. Wichtiger Bestandteil physiotherapeutischer Arbeit ist die Förderung der Eigenverantwortung und der Compliance des Patienten/Klienten. Indem der Physiotherapeut den Patienten/Klienten berät, aufklärt, informiert, schult, wird er zum „Coach“ des Patienten, der ihn auf dem Weg in die Selbstständigkeit begleitet. Geführt wird ein „Dialog mit Händen“, welcher ein hohes Maß an Empathie und Wertschätzung seitens des Physiotherapeuten erfordert. Dieser „Dienst am und mit dem Menschen“ wird von 61,4 Prozent der Befragten als weitere Säule der Physiotherapie betont.

Vorrangiges Ziel ist es dabei, den Patienten eine optimale individuelle Bewegungs- und Schmerzfreiheit bzw. Selbstständigkeit zu ermöglichen, orientiert nach Erreichung und Erhaltung der

Partizipation des Patienten. Darunter ist nach der WHO die Art und das Ausmaß der Beteiligung eines Individuums an der Lebenssituation und an den Aktivitäten anderer Individuen zu verstehen (WHO 2001).

Die Bedeutung dieser Zielsetzungen spiegelt sich auch in der Befragung wider. So erachten 91 Prozent der befragten Diplomierten PT das Wecken des Bewusstseins der Eigenverantwortlichkeit des Patienten/Klienten für die Erhaltung oder Wiedergewinnung der Gesundheit im Hinblick auf die Bedürfnisse des täglichen Lebens und der individuellen Lebenssituation als sehr wichtig. An zweiter Stelle rangiert mit 83 Prozent die Optimierung des Bewegungsverhaltens zur Prävention und Behandlung bei primären und sekundären Beeinträchtigungen des Bewegungssystems. Die Bekämpfung von Befindlichkeitsstörungen und Schmerzbekämpfung (soweit solche über das Bewegungssystem beeinflussbar sind) ist für 79 Prozent der Befragten sehr wichtig. Und drei Viertel räumen der Erhaltung und Förderung der Gesundheit durch den bewussten Einsatz des Bewegungssystems oder durch andere physiotherapeutische Maßnahmen einen hohen Stellenwert ein.

Diplomierte PT verfolgen mit ihrer beruflichen Tätigkeit aber nicht nur fachliche Ziele. Auch persönliche und gesellschaftspolitische Zielsetzungen sind mit ihrer Arbeit verbunden (n = 823). So gibt jeder dritte Physiotherapeut an, sich in seiner Arbeit selbst zu verwirklichen (31,3 Prozent), und dass die Arbeit mit Menschen ein persönliches Anliegen darstellt (31 Prozent). Auf der anderen Seite versuchen sie durch oder im Rahmen ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Etablierung des Stellenwerts der Physiotherapie in der Gesellschaft zu leisten (29,9 Prozent), sei es, dass sie an der Weiterentwicklung des Berufes/der Ausbildung arbeiten, Öffentlichkeitsarbeit betreiben oder an der Entwicklung von Qualitätsstandards mitarbeiten.

#### Zusammenfassung

Physiotherapie ist die professionelle und personenzentrierte Auseinandersetzung mit dem Bewegungssystem des Menschen auf Basis wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse. Die Physiotherapie wirkt auf den Menschen in seiner Gesamtheit über die Wechselwirkung zwischen Bewegungssystem, Organfunktion, kognitiver Ebene und der Erlebens- und Verhaltensebene. Sie ist implizierter Bestandteil der heutigen Medizin und kommt im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich zum Einsatz. Die Verantwortung im Zusammenhang mit der Entwicklung des Berufes, der Ausbildung und der Qualität des Berufsvollzuges wird ernstgenommen und ihr auch Folge geleistet.

20 vgl. Definitionsansatz für Rehabilitationsziele in der Unfallversicherung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 2000

21 Bei 26,1 Prozent der Befragten ließ sich aus dem Antwortmuster kein spezifisches Selbstverständnis ableiten.

# 4 Ausbildung

Die ersten Ansätze für die Ausbildung in der Physiotherapie in Österreich liegen im Jahr 1916. Es war der Erste Weltkrieg, dessen viele Verwundeten die Errichtung von Rehabilitationseinrichtungen und die Ausbildung von dort physiotherapeutisch tätigen Mitarbeitern notwendig machten.

Im Rahmen eines Kurssystems in der Dauer von sechs, später zwölf Monaten wurde „ärztliches Hilfspersonal“ in einigen Disziplinen der heutigen Physiotherapie am Kaiser-Jubiläum-Spital in Wien-Lainz ausgebildet. Diese Ausbildungsstätte bestand bis 1941 und wurde während des Zweiten Weltkrieges als „Sonderlazarett“ an die 1. Chirurgische Universitätsklinik des Wiener AKH verlegt. Im Jahr 1943 erfuhr diese bis dahin immer noch einzige Ausbildungsstätte auf österreichischem Gebiet eine neue Rechtsgrundlage als „Staatlich anerkannte Schule von Krankengymnastinnen und Assistentinnen für Physikalische Therapie“. Die Ausbildung wurde auf zwei Jahre verlängert.

1949 wurde die Berufsentwicklung jäh unterbrochen, als das erste Krankenpflegegesetz, in dem auch die Berufe der medizinisch-technischen Dienste geregelt waren, verabschiedet wurde. Im Ausbildungskonzept sollte die Physiotherapie als Teilbereich des Krankenpflagedienstes vermittelt werden, was sich aus der neuformulierten Berufsbezeichnung „Gymnastisch-physikalische Heilpflegerin“ deutlich ablesen ließ.

Da diese Entwicklung eine Rückentwicklung bzw. Auflösung der Eigenständigkeit des Berufes bedeutet hätte, fand in den Jahren 1951 und 1952 in Österreich keine Ausbildung statt. 1952 erkannte der Gesetzgeber, dass der Zustand ohne qualifiziertes Personal nicht tragbar war,

und so wurde wieder ein selbstständiger zweijähriger Lehrgang für Diplomierte Assistentinnen für Physikalische Therapie eingerichtet.

1961 wurde die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung noch in Zusammenhang mit dem damaligen Krankenpflegegesetz erlassen, 1969 die Fort- und Sonderausbildung für alle MTD durch Verordnung festgelegt.

Einer der größten Erfolge für die Angehörigen der MTD war 1992 die Verabschiedung eines eigenen MTD-Gesetzes, BGBl. Nr. 460/1992, mit der im folgenden Jahr verfügten neuen eigenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, BGBl. Nr. 257/1993.

Wurde die Ausbildung in Physiotherapie im Jahre 1968 auf zwei Jahre und drei Monate, im Jahr 1975 um weitere drei Monate verlängert, so beträgt sie derzeit drei volle Jahre. Die Bezeichnung der Ausbildungsstätten für Physiotherapie lautet nun „Akademie für den Physiotherapeutischen Dienst“.

Ab den sechziger Jahren kam es in vergleichsweise rascher Folge zur Errichtung weiterer einschlägiger Ausbildungsstätten, beginnend mit Innsbruck 1962, gefolgt von Salzburg und Wien/Wilhelminenspital 1975, Graz 1977, Klagenfurt 1980, St. Pölten 1982, Steyr 1984, Wien/Kaiser Franz Josef-Spital 1990, Wels 1994, Linz 1998, Stolzalpe 2000, Horn 2001, Ried im Innkreis 2002, Europaakademie für Physiotherapie in Innsbruck 2003 und zuletzt die Akademie für Physiotherapie in Jormannsdorf (Oktober 2003). Insgesamt stehen derzeit sechzehn Ausbildungsstätten zur Verfügung (Stand: Februar 2004). Die Rechtsträgerschaft dieser Akademien ist durchaus unterschiedlich. Jährlich absolvieren etwa 350 Diplomierte PT erfolgreich eine der Akademien für den Physiotherapeutischen Dienst.

#### 4.1 Ausbildungsstätten in Österreich

##### Wien

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am AKH Wien**

Lazarettgasse 14, 1090 Wien  
[www.wienkav.at/kav/mtd/ptd/akh/](http://www.wienkav.at/kav/mtd/ptd/akh/)

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am Wilhelminenspital**

Pavillon 20, Montleartstraße 37, 1160 Wien  
[www.wienkav.at/kav/mtd/ptd/wil/](http://www.wienkav.at/kav/mtd/ptd/wil/)

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am Kaiser-Franz-Josef-Spital**

Kundratstraße 3, 1100 Wien  
[www.wienkav.at/kav/mtd/ptd/kfj/](http://www.wienkav.at/kav/mtd/ptd/kfj/)

##### Niederösterreich

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am KH St. Pölten**

Propst-Führer-Straße 4, 3100 St. Pölten

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am Waldviertelklinikum Horn**

Spitalgasse 10, 3580 Horn  
[www.wvk.at](http://www.wvk.at)

##### Oberösterreich

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am A. ö. KH Linz**

Paula-Scherleitner-Weg 1, 4020 Linz  
[www.akh.linz.at](http://www.akh.linz.at)

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am LKH Steyr**

Sierningerstraße 170, 4400 Steyr  
[www.gespag.at](http://www.gespag.at)

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am KH der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz**

Römerstraße 80a, 4600 Wels  
[www.geocities.com/HotSprings/5786/aptwels.html](http://www.geocities.com/HotSprings/5786/aptwels.html)

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst Ried**

Peter Rosegger-Straße 26, 4910 Ried im Innkreis

##### Steiermark

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am LKH Graz**

Auenbruggerplatz 19, 8036 Graz  
[www.san-edu.asn-graz.ac.at](http://www.san-edu.asn-graz.ac.at)

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am LKH Stolzalpe**

Haus 3, 8852 Stolzalpe  
[www.san-edu.asn-graz.ac.at](http://www.san-edu.asn-graz.ac.at)

##### Salzburg

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am LKH Salzburg**

Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg

##### Kärnten

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am LKH Klagenfurt**

St. Veiter-Straße 47, 9020 Klagenfurt  
[www.bildungsland.at/home.htm](http://www.bildungsland.at/home.htm)

##### Tirol

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am LKH Innsbruck**

Innrain 98, 6020 Innsbruck  
[www.azw.ac.at](http://www.azw.ac.at)

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst, Europaakademie für Physiotherapie an der UMIT**

Innrain 98, 6020 Innsbruck  
[www.umat.at](http://www.umat.at)

##### Burgenland

**Akademie für den physiotherapeutischen Dienst Jormannsdorf**

Jormannsdorf 1, 7431 Bad Tatzmannsdorf

#### 4.2 Ausbildungsdauer und Ausbildungsinhalte

Die Bedingungen für die Aufnahme in eine dieser Akademien sind unter anderem die Reifeprüfung (oder Äquivalent) und das Bestehen eines mehrstufigen Aufnahmeverfahrens<sup>22</sup> (vgl. BGBl. Nr. 460/1992).

Die Ausbildung dauert, wie bereits angeführt, drei Jahre und umfasst einen im Gesetz genau geregelten theoretischen und praktischen Teil. Mit dieser Ausbildungsdauer erfüllt das Diplom die Voraussetzungen der EG-Richtlinie vom 21. 12. 1988 (89/89/EWG), welche die Anerkennung nach einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung an Hochschulen oder an anderen Ausbildungsstätten auf gleichwertigem Niveau EU-weit regelt.

Der österreichischen Rechtsgrundlage entsprechend stellt sich die Ausbildung zur Diplomierten PT wie folgt dar:

##### Theoretischer Unterricht

Mindeststundenanzahl	2.525
----------------------	-------

##### Praktische Ausbildung

Mindeststundenanzahl	2.000
davon Pflichtpraktika	1.400
davon Wahlpraktika	600

Von den Direktorinnen und Direktoren der Akademien wurde mehrfach festgestellt, dass die österreichischen Ausbildungsstätten mit dem für die theoretische Ausbildung vorgegebenen Stundenausmaß nicht ihr Auslangen finden. Eine Überschreitung bis zu 20 Prozent ist häufig (Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs o. J.).

Die Novellierung der Ausbildung für den Physiotherapeutischen Dienst durch das MTD-Gesetz 1992 und die MTD-Verordnung 1993 brachte trotz der Verlängerung der Studiendauer um ein halbes Jahr auf insgesamt drei Jahre eine massive Mehrbelastung der Studierenden durch die quantitative Steigerung der Erfordernisse der Ausbildung (erhöhte Anzahl von Prüfungen, die Einführung einer Diplomarbeit, zusätzliche Unterrichtsfächer, Dokumentation ihrer Tätigkeiten im Rahmen der Praktika durch die Studierenden selbst).

Wie wichtig den österreichischen Akademien eine dem zeitgemäßen Berufsbild verpflichtete und dem internationalen Vergleich standhal-

tende Ausbildung ist, wird an der jahrzehntelangen guten Zusammenarbeit innerhalb der österreichischen Ausbildungsstätten deutlich. So wurden in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband zwei Curricula für die Ausbildung zur PT entwickelt. Das erste Curriculum wurde im Jahr 1983 fertiggestellt, ein zweites Curriculum fand im Jahr 1999 seinen vorläufigen Abschluss. 1999 wurde das ÖBIG vom damaligen Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS) beauftragt, Curricula für die Ausbildungen in den sieben Sparten der MTD zu entwickeln. Beide oben genannten Curricula-Entwürfe fließen in die Entwicklung des neuen Curriculums ein. Auf der anderen Seite wurde mit der Einrichtung einer Kommission zur Prämierung von Diplomarbeiten aus den Akademien für den physiotherapeutischen Dienst ein Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten versucht.<sup>23</sup>

Um Anregungen für eine Neugestaltung der Ausbildung zu erhalten, wurden Absolventinnen, deren Ausbildung bereits drei Jahre dauerte (ab dem Jahrgang 1993), im Rahmen der PT-Studie 2001 des Berufsverbandes gebeten, Vorschläge für eine Neugestaltung der Ausbildung zu unterbreiten. Diese Befragung ergab nachstehende Ergebnisse:

> Von den Absolventen (n = 170) sprechen sich 38,2 Prozent für eine Veränderung der *gesetzlichen Rahmenbedingungen* aus, wobei der Schwerpunkt auf der Verlängerung der Ausbildungsdauer auf vier Jahre und auf der besseren Positionierung der Ausbildung im österreichischen Bildungssystem liegt (Anhebung auf Universitätsniveau).

> 72,9 Prozent der Befragten machen Vorschläge zum *Lehrplan*.

Dabei äußern sich 37,1 Prozent zu den Ausbildungsinhalten. Dazu wird insbesondere der Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung von Inhalten wie Anatomie (in vivo), Neurophysiologie, Differentialdiagnostik, Dokumentation, wissenschaftliches Arbeiten als auch nach Reduzierung von Fächern wie Betriebsführung, Gesetzeskunde, Medizinisches Englisch ausgedrückt (20,6 Prozent).

Die Notwendigkeit der Vermittlung von extrafunktionalen, also nicht unmittelbar auf das Handeln bezogenen Kompetenzen, wird immerhin von zehn Prozent der Befragten erkannt.

Problemorientiertes Denken, psychologisch-pädagogisches Vorgehen, Gesprächsführung, interdisziplinäre Zusammenarbeit u. a. sollte geschult werden.

Weitere 46,5 Prozent geben Anregungen zur Verbesserung des didaktisch-methodischen Aufbaues der Ausbildung. Hierbei wurde dem Praxisbezug der Ausbildung ein hoher Stellenwert beigemessen (23,6 Prozent). Besprechung von Fallbeispielen, Patientendemonstrationen einschließlich der Erstellung von praxisorientierten Befundkonzepten werden in diesem Zusammenhang als Anregungen genannt. Die fächerübergreifende Vernetzung der Ausbildungsinhalte wurde von den Befragten als weitere Anregung formuliert. Zum einen ist es die Vernetzung der fächeraufbauenden Unterrichte, zum anderen ist es die Koordination des fächerübergreifenden Unterrichtes, der für das Gelingen einer guten Ausbildung von den Betroffenen als wesentlich erkannt wird. Eine zeitgemäße Ausbildung erfordert innovative Lehrarrangements. Dies ist zehn Prozent der Befragten ein Anliegen. Dabei ist „Clinical Reasoning“ (Klinisches Vorgehen) durch die unterrichtenden Personen für die Vermittlung von Problemlösungskompetenz an die Studierenden eine Voraussetzung. Als didaktisches Instrument eignet sich das „Problem Based Learning“.<sup>24</sup>

Mit Vorschlägen zur Verbesserung der Praktika befassten sich 20,6 Prozent der Befragten. Regelmäßige intensive Betreuung im Praktikum durch die das spezielle Fach unterrichtende Lehrtherapeutinnen wird gewünscht. Über die Länge der einzelnen Praktika sowie über deren Schwerpunkte gibt es unterschiedliche Aussagen. Eindeutig jedoch ist der Wunsch nach Supervision im Praktikum.

> Ein überraschend kleiner Teil, nämlich 4,7 Prozent der Absolventinnen der dreijährigen Ausbildung, nahm auf die Prüfungen Bezug. Eine gute Aufteilung der Prüfungen während jedem der drei Ausbildungsjahre, keine Prüfungen parallel zu Unterrichtseinheiten und die Streichung von Prüfungen in einigen Fächern zugunsten von Teilnahmebestätigungen werden gewünscht.

> Stellungnahmen und Vorschläge den Lehrkörper betreffend gaben 17,6 Prozent der Absolventinnen ab, wobei dessen Qualifikation besondere Betonung erhielt (17,1 Prozent): Im Bereich der

fachlichen Kompetenz, in die auch das methodisch-didaktische Vorgehen einbezogen wird, besteht die Forderung an die Lehrtherapeutinnen, dass das von den Studierenden Abverlangte auch selbst beherrscht wird (vernetztes Denken, Vertraut sein mit wissenschaftlichen Arbeiten). Weiters werden von einigen Befragten Lehrtherapeutinnen mit Instruktor-Zertifikat gewünscht (Einsparung von Kurskosten bei Fortbildungen mit aufbauendem Kurssystem). Im Bereich der praktischen Kompetenz wird gewünscht, dass die Lehrtherapeutinnen selbst praktisch tätig sind. Im Bereich der sozialen Kompetenz gilt es, förderndes, unterstützendes Verhalten gegenüber den Studierenden zu zeigen und diese derart in die therapeutische Eigenverantwortlichkeit einzuführen.

> Zur Diplomarbeit äußern sich 20,6 Prozent der Befragten. Als oberstes Anliegen wird von 10,6 Prozent der Befragten die Verlängerung der Zeit für das Erstellen der Diplomarbeit angegeben. 1,2 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass das Erstellen einer Diplomarbeit während der Ausbildung zu Diplomierten PT entfallen sollte.

### 4.3 Ausbildungssituation in anderen EU-Staaten

Gegenwärtig sind die Berufsbilder in den verschiedenen Staaten der Europäischen Union weitgehend einheitlich, die Studiengänge hingegen sind unterschiedlich strukturiert. Dennoch sind Bestrebungen im Gange, für Studierende im Laufe ihrer Ausbildung zu Diplomierten PT einen Wechsel der Ausbildungsstätte sowohl im Inland als auch innerhalb des europäischen Auslands möglich zu machen.

In den meisten nicht deutschsprachigen europäischen Ländern sind die Ausbildungsstätten für Diplomierte PT entweder den Universitäten organisatorisch angegliedert, oder in einem Fachhochschulsystem (Polytechnics) organisiert. In all diesen Ländern sind die PT-Ausbildungen Teil des regulären tertiären Bildungssystems des jeweiligen Landes und schließen mit einem Diplom, das einem Bachelor gleichkommt, oder einem Bachelor-Degree ab. In diesen Ländern besteht für Diplomierte PT die Möglichkeit, im Anschluss an die PT-Ausbildung ein weiterführendes Studium im Bereich der Physiotherapie anzuschließen, ein „Master-Degree“ (MSc) zu

erwerben und darauf aufbauend ein Doktoratsstudium (PhD) im Bereich Physiotherapie zu absolvieren.

In Deutschland, der Schweiz sowie in Österreich sind die PT-Ausbildungen nicht im regulären tertiären Bildungswesen integriert. Diese Ausbildungen dauern drei bis vier Jahre und schließen mit einem Diplom ab, das keine direkte Weiterbildung auf Universitätsebene ermöglicht.

#### Zusammenfassung

Mit der Verabschiedung eines eigenen MTD-Gesetzes im Jahr 1992 wurde die Ausbildung in Physiotherapie neu geregelt. Die Ausbildung zur Diplomierten Physiotherapeutin erfolgt in einer der 13 Akademien für den physiotherapeutischen Dienst, dauert drei Jahre und umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung. Die Entwicklung von Curricula stellt einen wichtigen qualitätssichernden Beitrag zu einer zeitgemäßen und EU-konformen Ausbildung dar. Die österreichische PT-Ausbildung ist derzeit nicht in das reguläre tertiäre Bildungswesen integriert.

- 22 Teile dieses Aufnahmeverfahrens wurden bereits evaluiert (Veprek 1997; Buresch-Kirner 2000).
- 23 „Zielsetzung der Prämierung ist es, die Umsetzung physiotherapeutischen Wissens und die Gewinnung neuer physiotherapeutischer Erkenntnisse zu fördern“ (Schörner 1999).
- 24 Unter Anwendung dieser Unterrichtsmethode arbeiten die Studierenden weitgehend eigenständig und sind selbstverantwortlich für ihren Lernerfolg. Sie werden derart bis zum Ende ihrer Ausbildung zu der vom Gesetzgeber geforderten Eigenverantwortlichkeit in der Berufsausübung geführt.

# 5 Verantwortungsbereiche

Im Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, ist folgendes Berufsbild verankert:

„§ 2. (1) Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. Hierzu gehören insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassage, Reflexzonen-therapie, Lymphdrainage, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutische Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen. Weiters umfasst er ohne ärztliche Anordnung die Beratung und Erziehung Gesunder in den genannten Gebieten.“

Die damit verbundenen Berufspflichten (wie z. B. Dokumentationspflicht, Auskunftspflicht) sind im MTD-Gesetz beschrieben (siehe Anhang).

## **Eigenverantwortung**

Gefragt, in welchem Ausmaß den Diplomierten PT die Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen eigenverantwortlich zugestanden wird, zeigen sich zwei interessante Aspekte (siehe Abbildung 5.1):

**a)** Die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen wird von ärztlicher Seite mehrheitlich gänzlich zuge-

standen, ausgenommen der Festlegung der Therapiedauer (darunter ist die Dauer als auch die Anzahl der Therapieeinheiten zu verstehen). Die Therapiedauer wird meist von institutionellen Rahmenbedingungen mitbestimmt. Dieser Umstand erschwert die Planung der physiotherapeutischen Intervention.

„Der rechtliche Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet die fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes im Rahmen seines Berufsbildes. Mit dem Wort eigenverantwortlich wird aber auch zum Ausdruck gebracht, dass der Angehörige eines medizinisch-technischen Dienstes für den Schaden, den er infolge nicht fachgemäßer Behandlung verursacht hat, selbst haftet. Die Eigenverantwortlichkeit ist nicht als verzichtbares Recht, sondern als unverzichtbare Pflicht bei der Berufsausübung zu sehen“ (Klimscha o. J.).

**b)** Die Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen lässt sich nicht auf die Durchführungstätigkeit beschränken. Anwendung meint die eigenständige, zielorientierte und gleichsam patientenzentrierte Therapieplanung und -durchführung auf Basis des physiotherapeutischen Prozesses.

„Die Durchführungsverantwortung des MTD stellt das im Rahmen seines Berufsbildes gebotene Verarbeiten der ärztlichen Anordnung nach bestem Wissen und Gewissen aufgrund der Umstände des konkreten Falles dar. Dies umfasst auch die Verantwortung für die Beurteilung, ob die ärztliche Anordnung aus der Sicht seines Berufes geeignet ist, die in Aussicht genommenen Maßnahmen durchzuführen ... Nur bei diesem Verständnis der Durchführungsverantwortung

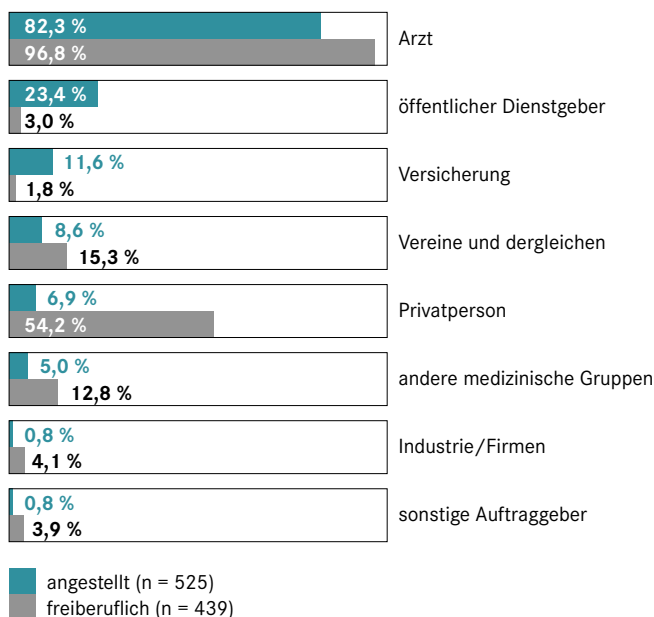


ist es auch möglich, dass eventuellen Veränderungen im Gesundheitszustand des Patienten ausreichend Rechnung getragen werden kann“ (Radner o. J.).

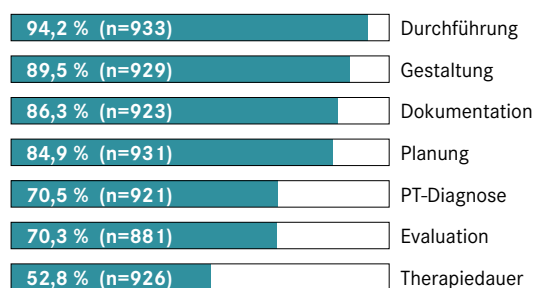
Das eigenverantwortliche Handeln ist je nach Tätigkeitsbereich unterschiedlich stark ausgeprägt, wobei selbstständig erwerbstätige PT den größten Handlungsspielraum angeben.

### Auftraggeber

Für die Durchführung einer physiotherapeutischen Behandlung ist eine ärztliche Anordnung erforderlich. Wie aus Abbildung 5.2 hervorgeht, ist der Arzt „Hauptauftraggeber“<sup>25</sup> von erwerbstätigen Diplomierten PT. Der hohe Anteil an privaten Auftraggebern im freiberuflichen Bereich ist auch damit zu erklären, dass eine Verordnung des Arztes für Physiotherapie zwar vorliegt, die betroffenen Personen sich jedoch selbst Diplomierte PT suchen. Darüber hinaus erhalten selbstständige Diplomierte PT von Privatpersonen Aufträge, speziell im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.



**Abbildung 5.2: Diplomierte PT/Befragung – Auftraggeber der angestellten und freiberuflichen Diplomierten PT in Prozent (Mehrfachnennungen möglich)**  
Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs



**Abbildung 5.1: Diplomierte PT/Befragung – Gänzlich zugestandene Eigenverantwortung nach Maßnahmenbereichen in Prozent**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

### Anordnende Ärzte

Tabelle 5.1 zeigt, dass primär Ärzte für Allgemeinmedizin (69,2 %) Physiotherapie anordnen, gefolgt von Fachärzten für Orthopädie (66,4 %), Fachärzten für Neurologie (51,3 %) und Fachärzten für Unfallchirurgie (44,3 %). Die fachliche Ausrichtung der anordnenden Ärzte spiegelt die klinischen Bereiche wider, in denen Diplomierte PT schwerpunktmäßig tätig sind (siehe Kapitel 6).

**Tabelle 5.1: Diplomierte PT/Befragung – Anordnende Ärzte nach Fachrichtungen (n = 948; Mehrfachnennungen möglich)**

Auftraggeber Arzt bzw. Facharzt für	Prozent
Allgemeinmedizin	69,2
Orthopädie	66,4
Neurologie	51,3
Unfallchirurgie	44,3
Interne Medizin	32,0
Physikalische Medizin	26,6
Chirurgie	19,9
Pädiatrie	16,7
Gynäkologie	14,8
andere	< 7

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

### Anordnungsmodus

Die hohe Eigenverantwortlichkeit der Diplomierten PT im Berufsvollzug spiegelt sich im Anordnungsmodus wider, wenn 85 Prozent überwiegend globale Anordnungen „Physiotherapie“<sup>26</sup> erhalten. Neun Prozent der Befragten erhalten teils globale Anordnungen zur Therapie und teils detaillierte Anordnung zu „Maßnahmen“, sechs Prozent bekommen detaillierte Anordnungen zu

Maßnahmen. In der Tabelle 5.2 sind jene sechs Prozent der Befragten, die im gleichen Ausmaß globale wie detaillierte Anordnungen erhalten, nicht berücksichtigt (siehe Tabelle 5.2).

Vergleicht man den Anordnungsmodus mit der fachlichen Ausrichtung der Ärzte, so wird deutlich, dass in den klassischen Aufgabenfeldern der Physiotherapie (Orthopädie, Neurologie, Unfallchirurgie/Traumatologie) die meisten globalen Anordnungen erfolgen.

Ein statistischer Zusammenhang zwischen Anordnungsmodus und Maßnahmen ist aufgrund von Mehrfachnennungen nicht berechenbar. Es kann deshalb durchaus sein, dass bestimmte Maßnahmen, speziell Anwendungen in der Physikalischen Medizin,<sup>27</sup> detailliert angeordnet werden. Im Bereich der Bewegungstherapie wird den Diplomierten PT auch von Fachärzten der Physikalischen Medizin innerhalb der Behandlung die selbstständige Festlegung von Einzelbehandlungen zugestanden (Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation 2002).

### Zusammenfassung

Der Beruf der Diplomierten PT umfasst die eigenverantwortliche Planung, Gestaltung und Durchführung des physiotherapeutischen Prozesses. Der Arzt ist im Bereich der Patientenbehandlung Hauptauftraggeber von erwerbstätigen PT. Die fachliche Ausrichtung der anordnenden Ärzte spiegelt die klinischen Bereiche wider, in denen Diplomierte PT schwerpunktmäßig tätig sind.

- 25 Der Begriff „Auftraggeber“ wurde als neutraler Begriff eingeführt, um alle zu benennen, die an Diplomierten PT einen Auftrag formulieren. Dabei handelt es sich nicht nur um Ärzte.
- 26 Der Begriff Zuweisung ist in diesem Berufsprofil als Synonym für „globale Anordnung zu Physiotherapie“ zu verstehen.
- 27 Dies betrifft hier im speziellen die Thermotherapie, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Heliotherapie, Medikomechanik und Heilmassage.

Tabelle 5.2: Diplomierte PT/Befragung – Anordnungsmodus der auftraggebenden Ärzte (n = variabel)

Anordnende Ärzte bzw. Fachärzte für	globale Anordnung		detaillierte Anordnung	
	in Prozent	Rangreihe	in Prozent	Rangreihe
Allgemeinmedizin	87,7	1	5,5	8
Orthopädie	87,2	2	5,8	7
Neurologie	85,8	3	6,4	5
Unfallchirurgie	84,4	4	7,4	3
Interne Medizin	82,1	5	6,3	6
Physikalische Medizin	74,6	9	9,9	2
Chirurgie	76,7	8	10,6	1
Pädiatrie	81,4	6	7,1	4
Gynäkologie	80,0	7	5,8	7

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

# 6 Tätigkeitsfelder

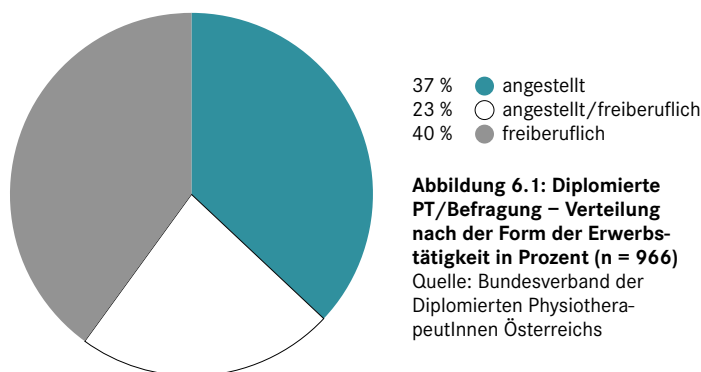
Die Arbeitsmöglichkeiten für Diplomierte PT sind sehr vielfältig. Der physiotherapeutische Dienst kann sowohl im Rahmen eines *Dienstverhältnisses* als auch *freiberuflich* ausgeübt werden (vgl. BGBl. Nr. 327 / 1996, § 7, § 7a). Die Datenlage zeigt, dass die relative Mehrheit (40 Prozent) der Befragten selbstständig erwerbstätig ist, das heißt ausschließlich freiberuflich arbeitet. Ein gutes Drittel (37 Prozent) arbeitet in einem Angestelltenverhältnis, das verbleibende Viertel (23 Prozent) ist sowohl angestellt als auch freiberuflich erwerbstätig (siehe Abbildung 6.1). Das ist ein überraschendes Ergebnis, ging man doch bislang davon aus, dass Diplomierte PT überwiegend nur im Angestelltenverhältnis tätig sind (vgl. Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs, Berufsbildfolder o. J.).

Die *durchschnittliche Wochenarbeitszeit* beträgt 32,5 Stunden, wobei 4,5 Prozent der Befragten geringfügig (bis zu 11 Wochenstunden), 41,9 Prozent teilzeitbeschäftigt (12 bis 34,5 Wochenstunden) und 53,6 Prozent vollzeitbeschäftigt (35 und mehr Wochenstunden) sind.<sup>28</sup>

Jede zweite Diplomierte PT arbeitet demnach Vollzeit, jede siebente Diplomierte PT sogar 41 und mehr Stunden, davon sind mehr als zwei Drittel (62,8 Prozent) selbstständig und angestellt tätig.

Ein Blick auf die *regionale Verteilung* zeigt, dass die Hälfte der befragten Diplomierten PT in Wien (28,3 Prozent) und Niederösterreich (19,4 Prozent) tätig ist. Hingegen arbeiten in Tirol und Vorarlberg nur 8,4 Prozent der Befragten. Sieht man vom Burgenland ab, das mit 2,8 Prozent auch gleichzeitig das Schlusslicht bildet, so deutet sich ein Ost-West-Gefälle an.

Verglichen mit der Bevölkerungsdichte zeigt sich, dass hinsichtlich der Arbeitsorte der Befragten Wien um 8,5 Prozent überrepräsentiert, Oberösterreich und Tirol hingegen jeweils um rund drei Prozent unterrepräsentiert sind. Für die anderen Bundesländer liegt eine nahezu deckungsgleiche Verteilung vor (siehe Tabelle 6.1).



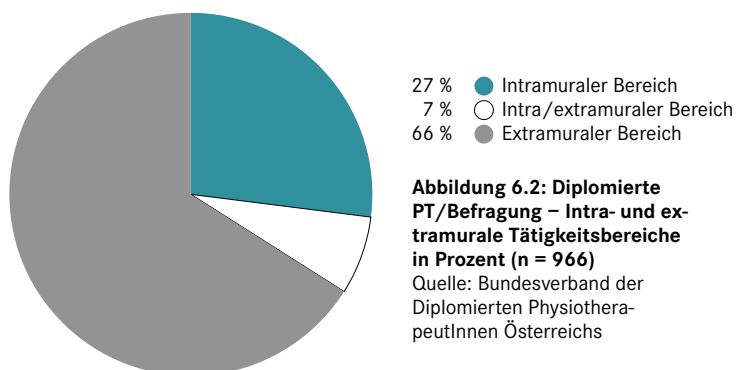
**Abbildung 6.1: Diplomierte PT/Befragung – Verteilung nach der Form der Erwerbstätigkeit in Prozent (n = 966)**  
Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

**Tabelle 6.1: Diplomierte PT/Befragung – Verteilung der Arbeitsorte nach Bundesländern und Bezugsetzung zur Bevölkerungsverteilung in Prozent (n = 962)**

Bundesland	Bevölkerungsverteilung in Prozent	Verteilung der Arbeitsorte der befragten PT in Prozent	Differenz in Prozent
Burgenland	3,4	2,8	- 0,6
Kärnten	7,0	5,8	- 1,2
Niederösterreich	19,0	19,4	+ 0,4
Oberösterreich	17,0	14,4	- 2,6
Salzburg	6,3	7,3	+ 1,0
Steiermark	14,9	13,5	- 1,4
Tirol	8,2	5,3	- 2,9
Vorarlberg	4,3	3,1	- 1,2
Wien	19,8	28,3	+ 8,5
<b>Summe(n)</b>	<b>100,0</b> (n = 8.094.097)	<b>100,0</b> (n = 962)	–

Quellen: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs; Statistik Austria 2000

Die *Tätigkeitsorte* von Diplomierten PT sind vielfältig und reichen von den Krankenhäusern über die freiberuflichen Praxen bis hin zu Sportstätten und Reitställen. Im *extramuralen* Bereich, das heißt außerhalb von Krankenanstalten (vgl. Statistik Austria 1998), sind zwei Drittel (66 Prozent) der Diplomierten PT tätig<sup>29</sup>, rund ein Viertel der Befragten (27 Prozent) arbeiten im *intramuralen* Bereich, das heißt innerhalb von Krankenanstalten (siehe Abbildung 6.2).



**Abbildung 6.2: Diplomierte PT/Befragung – Intra- und extramurale Tätigkeitsbereiche in Prozent (n = 966)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Die hauptsächlich genannten Tätigkeitsorte im extramuralen Bereich sind *physiotherapeutische Praxen und Hausbesuche* (47,9 Prozent), gefolgt von sozial-medizinischen Einrichtungen, Ambulatorien und Bildungs- und Forschungseinrichtungen (siehe Tabelle 6.2). Hierbei fällt auf, dass alle, die den Fragebogen aus der Antwortsicht der freiberuflichen Erwerbstätigkeit beantwortet haben,<sup>30</sup> nur im extramuralen Bereich und an bis zu sechs verschiedenen Arbeitsorten tätig sind. Jene Diplomierten PT, die im *intramuralen* Bereich arbeiten, nannten dagegen maximal zwei verschiedene Arbeitsorte. Sie arbeiten hauptsächlich im *Krankenhaus* (25,6 Prozent), gefolgt vom Rehabilitationszentrum und der Universitätsklinik. Dieser Bereich wird hauptsächlich von angestellten Diplomierten PT getragen.

**Tabelle 6.2: Diplomierte PT/Befragung – Verteilung der Tätigkeitsorte nach intra- und extramuralem Bereich in Prozent (n = 966; Mehrfachnennungen möglich)<sup>31</sup>**

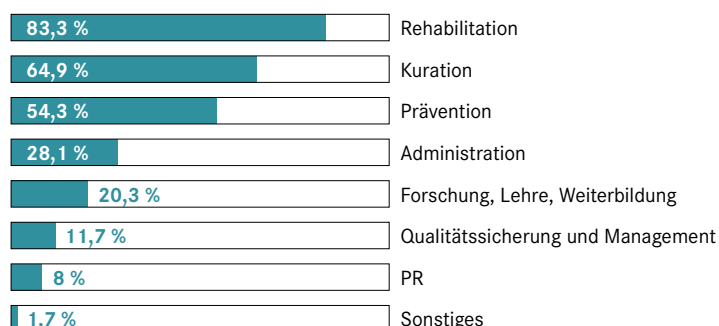
Intramuraler Bereich	Prozent
Krankenhäuser	25,6
Rehabilitationszentren	6,5
Universitätskliniken	3,4

Extramuraler Bereich	Prozent
PT-Praxen/Hausbesuche	47,9
Sozialmedizinische Einrichtungen	14,0
Ambulatorien	8,7
Bildungs- u. Forschungseinrichtungen	7,2
Niedergelassene Arztpraxen	6,2
Behörden/Organisationen	3,5
Heil- und Genesungseinrichtungen	3,1
Fitness- und Wellnesscenter	1,2
Sonstige Einrichtungen	2,9

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Aus dieser Vielzahl der Tätigkeitsorte bieten sich für Diplomierte PT verschiedene Einsatzmöglichkeiten, die von den klassischen *Tätigkeitsbereichen* (Rehabilitation, Kuration und Prävention) bis hin zu Betätigungsfeldern, wie der Administration, der Lehre und Forschung sowie Qualitätswesen und Management, reichen (siehe Abbildung 6.3).



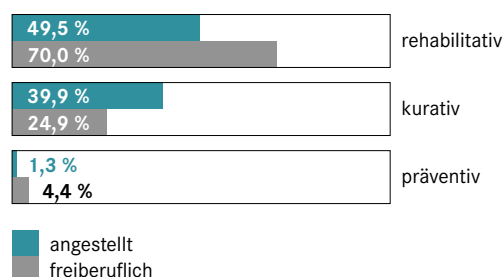
**Abbildung 6.3: Diplomierte PT/Befragung – Verteilung der Tätigkeitsbereiche in Prozent (n = 966; Mehrfachnennungen möglich)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Durchschnittlich wurden drei Tätigkeitsbereiche pro Person angeführt. Die Spitzenreiter der Tätigkeitsbereiche bilden – als Eckpfeiler der *Behandlung des Patienten* – die Rehabilitation (83,3 Prozent) und die Kuration (64,9 Prozent), gefolgt von der Prävention (54,3 Prozent).

Jede vierte (28,1 Prozent) befragte Person führt im Rahmen ihrer Arbeit administrative Tätigkeiten durch. Dazu zählen die Dokumentation von Patientenprotokollen, der erfolgten physiotherapeutischen Maßnahmen und Techniken, die Erstellung der Buchhaltung, etc. Jede Fünfte (20,3 Prozent) betätigt sich im Bereich der Forschung und Lehre bzw. Aus- und Weiterbildung. Hierbei stehen die *Weitergabe beruflicher Kompetenz* an Studierende sowie Kolleginnen und Kollegen, die sich bereits im Arbeitsprozess befinden, sowie die *Weiterentwicklung des Berufes* durch wissenschaftliches Arbeiten im Vordergrund. Die *Behandlung des Patienten*, die *Weitergabe beruflicher Kompetenz* und die *Weiterentwicklung des Berufes* bilden somit die drei Grund Säulen physiotherapeutischen Handelns.

Dass die Arbeit am Patienten bzw. Klienten im Mittelpunkt physiotherapeutischer Tätigkeit steht, spiegelt sich in den schwerpunktmäßigen Aufgabenfeldern Rehabilitation, Kuration und Prävention wider. So arbeiten 99,3 Prozent der freiberuflich tätigen Diplomierten PT und 90,7 Prozent der angestellten Diplomierten PT in diesen drei Schwerpunktbereichen (siehe Abbildung 6.4).



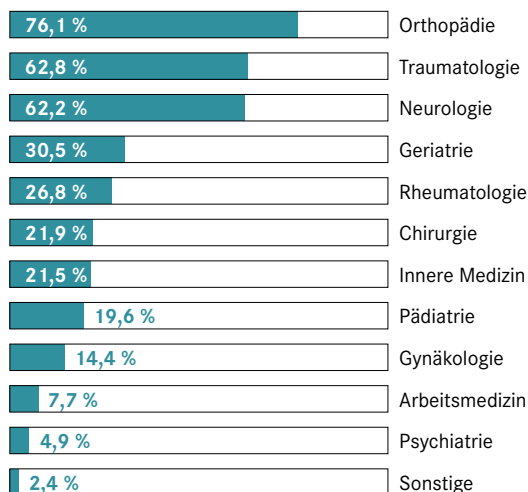
**Abbildung 6.4: Diplomierte PT/Befragung – Schwerpunktmäßiger Tätigkeitsbereich nach Erwerbsstatus in Prozent (n = 960)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Der Vergleich der drei Favoriten bei den schwerpunktmäßigen Tätigkeitsbereichen mit dem Erwerbsstatus zeigt zwei interessante Effekte:

- > Schwerpunktmäßig wird der Rehabilitationsbereich überwiegend von den freiberuflich Erwerbstätigen (70 Prozent) abgedeckt, von den angestellten Diplomierten PT setzen knapp die Hälfte rehabilitative Maßnahmen. Im kurativen Bereich sind die angestellten tätigen Diplomierten PT mit 39,9 Prozent tätig und jeder vierte freiberuflich tätige Diplomierte PT.
- > Die Prävention erfolgt im Kombination mit anderen Tätigkeitsbereichen und ist in Summe betrachtet ein integraler Schwerpunktbereich.

Den berufstätigen Diplomierten PT bietet sich ebenfalls die Möglichkeit, in verschiedenen *klinischen* Bereichen tätig zu sein. Diese klinischen Bereiche orientieren sich an den medizinischen Fächern und eröffnen den Diplomierten PT eine breite Palette an *Tätigkeitsfeldern* (siehe Abbildung 6.5). 1,8 Prozent der Befragten gaben an, in keinem der klinischen Bereiche tätig zu sein. Die restlichen 98,2 Prozent sind durchschnittlich in drei bis vier klinischen Bereichen vertreten.<sup>32</sup> Die Abbildung 6.5 zeigt, dass der Großteil (76,1 Prozent) der Diplomierten PT eines ihrer Tätigkeitsfelder im klinischen Bereich der Orthopädie sieht. Jeweils rund 62 Prozent betätigen sich im Rahmen der Traumatologie und Neurologie, während nur noch 30,5 Prozent auch im geriatrischen Bereich tätig sind. Die gleiche

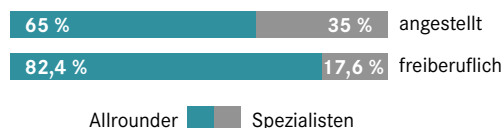


**Abbildung 6.5: Diplomierten PT/Befragung – Tätigkeitsverteilung nach klinischen Bereichen in Prozent (n = 958; Mehrfachnennungen möglich)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Rangreihung der drei Favoriten spiegelt sich bei der Frage nach den klinischen Schwerpunktbereichen wider. Hier sind ebenfalls die Orthopädie mit 43,4 Prozent, gefolgt von der Neurologie mit 19 Prozent und der Traumatologie mit 11,8 Prozent die Spitzenreiter der klinischen Bereiche. Diese schwerpunktmäßigen klinischen Bereiche werden auch durch die fachliche Ausrichtung der anordnenden Ärzte untermauert (siehe Kapitel 5).

Abbildung 6.6 verdeutlicht das Verhältnis zwischen *Spezialisten* (ein oder zwei klinische Bereiche) und *Allroundern* (drei oder mehrere klinische Bereiche) in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus. Es zeigt sich, dass nicht nur unter den Freiberuflichen mit 82,4 Prozent die Gruppe der Allrounder vorherrscht, sondern auch unter den angestellten Diplomierten PT, wenn auch hier bereits mehr als ein Drittel zu den Spezialisten zählt. Einerseits kann dies in der Tatsache begründet sein, dass die Freiberuflichen mehrere klinische Fächer abdecken müssen, um wettbewerbsfähig zu sein. Andererseits erfordert der Trend zur fachlichen Orientierung und Spezialisierung in den Krankenhäusern bei den angestellten Diplomierten PT eine Vertiefung der Kenntnisse, um kompetent arbeiten zu können.



**Abbildung 6.6: Diplomierte PT/Befragung – Verteilung der Spezialisten/Allrounder nach Erwerbsstatus in Prozent (n = 940)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

### Zusammenfassung

Die Physiotherapie in Österreich wird sowohl im Rahmen eines Dienstverhältnisses als auch freiberuflich ausgeübt, wobei die physiotherapeutische Versorgung zu zwei Drittel extramural erfolgt. Die Spitzenreiter der Tätigkeitsbereiche sind die Rehabilitation, gefolgt von der Kuration und der Prävention. Der rehabilitative Bedarf an Physiotherapie wird schwerpunktmäßig von den freiberuflich tätigen Diplomierten PT abgedeckt, während der kurative Bereich mehr von den angestellt tätigen Diplomierten PT versorgt wird. Die fachliche Ausrichtung der Diplomierten PT konzentriert sich schwerpunktmäßig auf die klinischen Fächer Orthopädie, Neurologie und Traumatologie.

- 28 Zur Definition der Wochenarbeitszeiten siehe Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria 1999.
- 29 In Wien waren 1998 622 Diplomierte PT in Krankenhäusern tätig (Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1998, S. 336). Freiberuflich, das heißt extramural oder ambulant tätig waren 1998 in Wien 1.032 Diplomierte PT (Gesundheitsbericht für Wien 1998, S. 344). Das entspricht einem Prozentsatz von rund 62 Prozent extramural tätiger Diplomierten PT in Wien. Laut Studie sind 66 Prozent aller in Österreich tätigen Diplomierten PT extramural tätig, was für eine gute Deckungsgleichheit spricht.
- 30 In Anbetracht der Möglichkeit, dass die befragten Diplomierten PT sowohl freiberuflich als auch angestellt erwerbstätig sein können, wurden sie gebeten, sich zu entscheiden, aus welcher Sicht dieser Fragebogen beantwortet wird. Dies gibt die Möglichkeit, Fakten in Bezug auf die Abhängigkeit vom Erwerbsstatus zu evaluieren. Hierbei überwiegt die angestellte Erwerbstätigkeit mit 54,6 Prozent im Vergleich zur freiberuflichen Erwerbstätigkeit mit 45,4 Prozent.
- 31 Da beim Tätigkeitsort die Möglichkeit bestand, Mehrfachnennungen abzugeben, wurden die Antworten für den extra- und intramuralen Bereich zusammengefasst und die jeweiligen Orte dazu in Relation gesetzt.
- 32 Bei dieser Frage bestand die Möglichkeit von Mehrfachnennungen.

# 7 Der physiotherapeutische Prozess

Physiotherapie ist durch ein umfassendes Aufgabenspektrum charakterisiert. Im Zentrum der Arbeit mit den Patienten/Klienten steht der physiotherapeutische Prozess. Laut Fragebogenerhebung gaben 98,3 Prozent der Befragten an, dass ihre physiotherapeutische Tätigkeit vor allem durch die Durchführung des physiotherapeutischen Prozesses, also die Arbeit direkt am Patient bzw. Klient, definiert ist.

Dieser beinhaltet die gesamte Vorgangsweise der Diplomierten PT bei ihrer Arbeit mit den Patienten, von der ärztlichen Therapieanordnung bis zum Therapieabschluss. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe wie Diagnose, Anamnese, Untersuchung oder Therapieplanung sind in diesem Berufsprofil ausschließlich auf das *physiotherapeutische Handlungsfeld* zu beziehen, das einen *Ausschnitt aus dem Gesamtspektrum der Medizin* darstellt.

Um sich mit den Problemen von Patienten erfolgreich auseinandersetzen zu können, sind folgende grundsätzliche Überlegungen anzustellen:

- > Was ist Ursache und Auslöser der Symptome und/oder Funktionsstörungen?
- > Gibt es zusätzliche zu berücksichtigende Faktoren?
- > Welche Vorsichtsmaßnahmen und Kontraindikationen für eine Untersuchung und Behandlung sind zu beachten?
- > Wie ist die Prognose?
- > Welche Behandlungsformen sind zielführend?

Der Denkprozess der klinischen Beweisführung im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses ist der Schlüssel zum Umgang mit diesen Fragen und zu einer erfolgreichen Therapie (vgl. Bundesverband der Diplomierten Physiotherapeutinnen Österreichs, Berufsbildfolder o. J.).

Die Zugangsebenen im physiotherapeutischen Prozess entsprechen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), dem aktuellen Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die ICF ist eine Klassifikation, mit der Beeinträchtigungen in den Bereichen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, Tätigkeiten (Aktivitäten) und die Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen einer Person vor dem Hintergrund ihrer sozialen und physikalischen Umwelt beschrieben werden können (WHO 2001). Der physiotherapeutische Prozess, der ständig Bezug auf diese Ebenen nimmt, lässt sich in vier Phasen unterteilen (ÖBIG 2002):

- > Problemidentifikation
- > Therapieplanung
- > Umsetzung
- > Phasenübergreifende Tätigkeiten

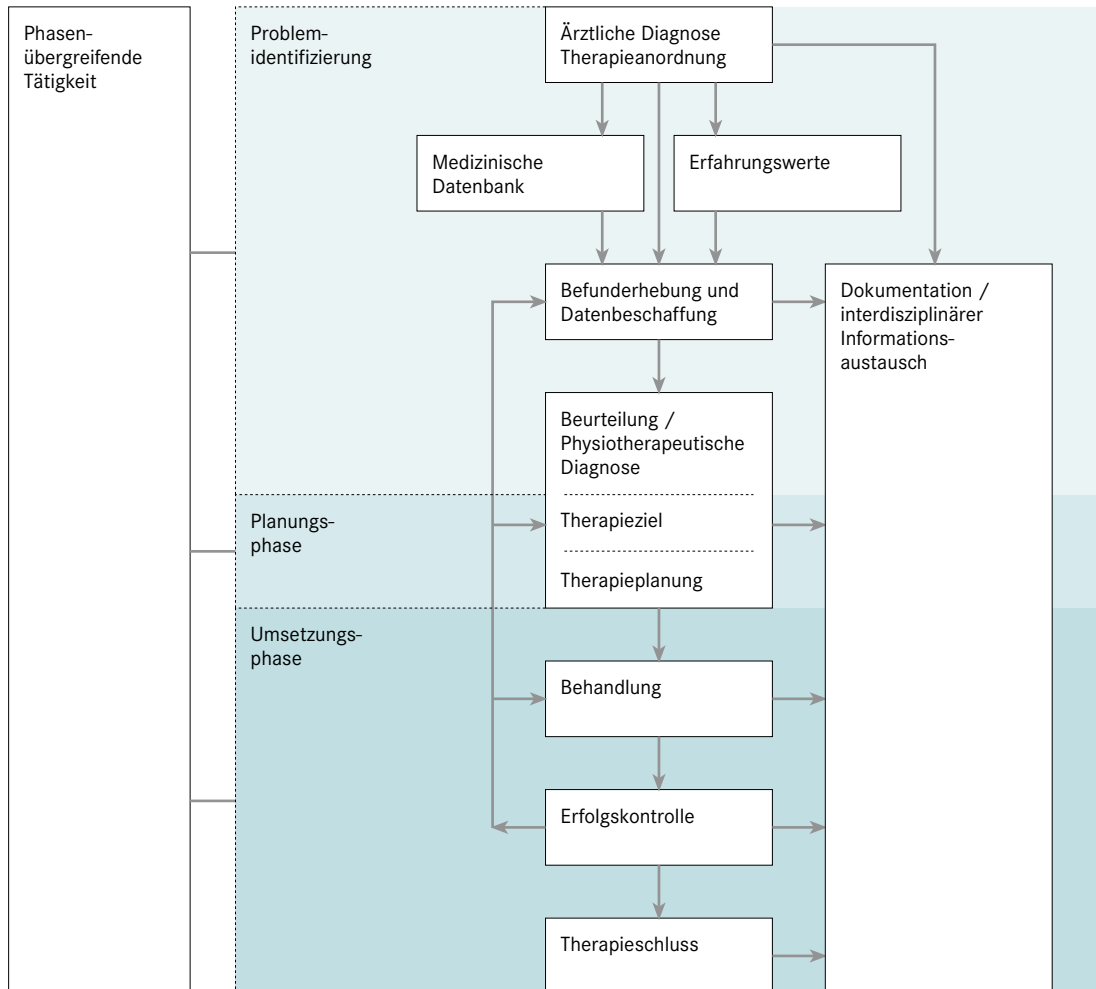
## **Problemidentifikation**

Die Phase der Problemidentifikation dient dem Sammeln von Informationen und umfasst die Anamnese, die physiotherapeutische Untersuchung und die Ableitung der physiotherapeutischen Diagnose.<sup>33</sup>

*Anamnese:* In Form eines Erstgesprächs informieren sich die Diplomierte PT über das soziale Umfeld des Patienten, über die Vorgeschichte bzw. den Verlauf seiner Krankheit oder Verletzung und wie der Patient selbst seine Probleme sieht. Es wird geklärt, welche Bedeutung diese Probleme auf der Ebene der „activities“ und auf der Ebene der „participation“ haben, wie sie strukturell/funktionell angelegt sind, welche physischen Untersuchungen angemessen und welchen Ebenen diese Probleme zuordenbar sind.

**Abbildung 7.1: Der physiotherapeutische Prozess**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs; modifiziert durch ÖBIG

**Physiotherapeutisch Untersuchung:**

Die Diplomierten PT führen mittels Beobachtung von Berufs- und Alltagsbewegungen Funktionsanalysen durch. Spezielle Untersuchungstechniken dienen beispielsweise der Beurteilung, der Gelenks- und Muskelfunktion, der Sensibilität, der Kognition und der Perzeption, der neuromuskulären Koordination, des sensomotorischen Entwicklungsstandes, der Atemfunktion sowie der Herz-/Kreislaufsituation oder der Schmerzqualität bzw. der Schmerzursachen.

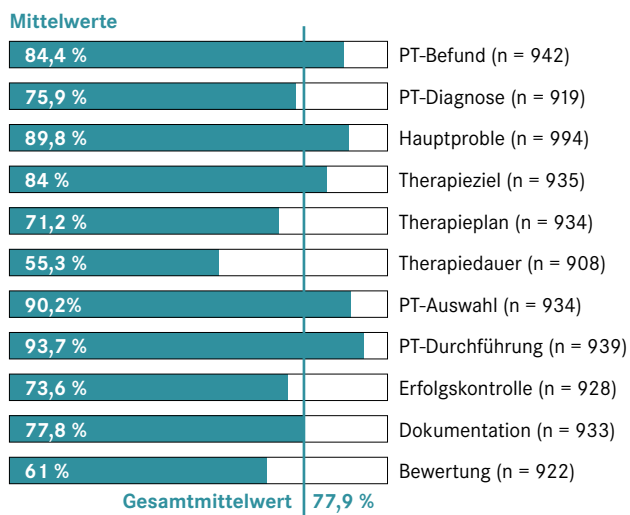
**Physiotherapeutische Diagnose:** Die Sammlung von Kerndaten vom und über den Patienten einschließlich der ärztlichen Diagnose und aller für die Physiotherapie relevanten Befunde führen in Verknüpfung mit den Ergebnissen der

berufsspezifischen Untersuchungsverfahren zur physiotherapeutischen Diagnose, welche die Grundlage aller folgenden Schritte im physiotherapeutischen Prozess darstellt.

**Therapieplanung**

Im Anschluss an die physiotherapeutische Diagnose werden die Therapieziele (Fern- und Nahziele) in Abstimmung mit dem Patienten, Arzt und anderen im jeweiligen Zusammenhang relevanten Berufsgruppen festgelegt. Auf der Grundlage der physiotherapeutischen Diagnose werden, nach Übereinkunft mit dem Patienten, die Einzelschritte zur Erreichung des individuellen Therapiezieles definiert und die geeigneten Maßnahmen ausgewählt.





**Abbildung 7.2: Diplomierte PT/Befragung – Durchführung der einzelnen Elemente des physiotherapeutischen Prozesses in Prozent**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

### Umsetzung

Die ausgewählten physiotherapeutischen Maßnahmen werden durchgeführt und laufend anhand der Effektivität der Annäherung an das Fernziel überprüft. Der Patient (ggf. seine Angehörigen) wird über die durchgeführten Maßnahmen aufgeklärt und bezüglich notwendiger selbst durchzuführende Maßnahmen instruiert. Am Ende der Behandlungsserie, welche vorbereitende Maßnahmen, die funktionelle und strukturelle Behandlung, unterstützende Maßnahmen und Heimprogramm umfasst, wird mit dem Patienten der Therapieabschluss besprochen.

### Phasenübergreifende Tätigkeiten

Um die Therapieziele möglichst effizient und effektiv zu erreichen, werden laufend Zwischenbefunde erhoben und der Behandlungsvorgang ständig auf die aktuelle Situation des Patienten abgestimmt. Der gesamte Therapieprozess wird schriftlich dokumentiert und in zusammengefasster Form an den behandelnden Arzt weitergeleitet. Die ständige Reflexion und Evaluation des eigenen Handelns sowie die Weiterentwicklung fachlicher Kompetenzen und des interdisziplinären Handelns runden die phasenübergreifenden Tätigkeiten ab. Abbildung 7.1 soll den „Physiotherapeutischen Prozess“ verdeutlichen. Im Rahmen der Fragebogenerhebung 2001 des Berufsverbandes wurden Diplomierte PT über

das Ausmaß, in dem sie den „Physiotherapeutischen Prozess“ durchführen, befragt (siehe Abbildung 7.2).

Hierbei zeigte sich, dass bei jedem Patienten mit wenigen Ausnahmen der physiotherapeutische Befund erstellt, das Hauptproblem definiert, die Therapieziele formuliert, die physiotherapeutischen Maßnahmen ausgewählt und die Behandlung in der Folge durchgeführt werden. Aus der Befragung geht nicht hervor, inwieweit die Problemidentifikation und Therapieplanung auch schriftlich dokumentiert werden. Es ist durchaus vorstellbar, dass im klinischen Alltag aus Zeitmangel die Therapieplanung nicht immer schriftlich erfolgt, sondern speziell bei Routinebehandlungen von den Diplomierten PT unmittelbar auf ihren Erfahrungshintergrund zurückgegriffen wird.

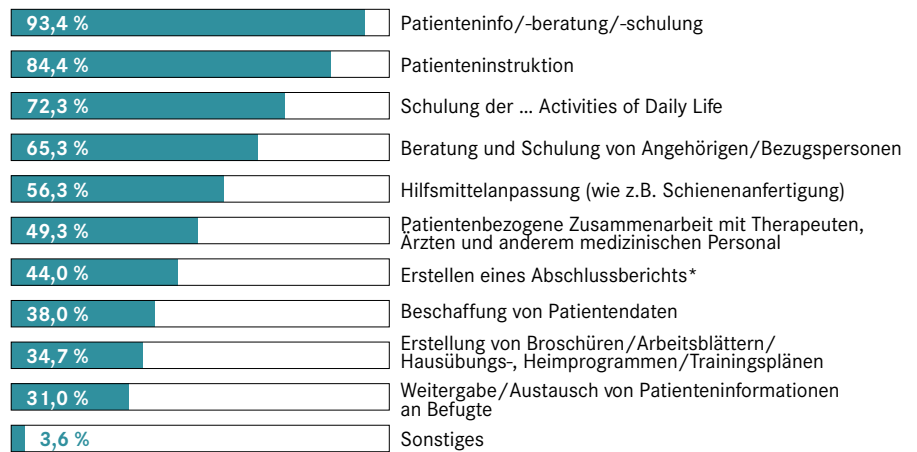
Die Festlegung der Therapiedauer und die Bewertung der physiotherapeutischen Maßnahmen werden nur bei jedem zweiten Patienten durchgeführt (siehe Abbildung 7.2). Es ergeben sich daher folgende Fragen:

- > Wird jenen Teilen, die in der Bewertung schlechter abgeschnitten haben, weniger Wert beigemessen?
- > Werden sie als nicht zur eigenen Kompetenz zählend angesehen?
- > Werden sie möglicherweise weniger gut beherrscht und daher vermieden?
- > Ist der Zeitdruck bei der täglichen Arbeit so groß, dass man meint, mit einer verkürzten Routine sein Auslangen zu finden?

Eine differenziertere Analyse des „physiotherapeutischen Prozesses“ zeigt einen starken Alterseffekt, was damit zusammenhängen könnte, als junge Diplomierte PT (unter 30 Jahre) den „Physiotherapeutischen Prozess“ in seiner Gesamtheit regelmäßiger durchführen als ältere (45 und mehr Jahre). Junge Diplomierte PT verfügen demzufolge über ein anderes berufliches Selbstverständnis, was damit zusammenhängt, dass der physiotherapeutische Prozess ein relativ neues Definitionsmerkmal der physiotherapeutischen Tätigkeit ist. Zu betonen ist, dass für die Definition des Hauptproblems und das Formulieren der physiotherapeutischen Diagnose Erfahrungswerte notwendig sind, über die vor allem die 31- bis 40-Jährigen verfügen.

Weitere wichtige physiotherapeutische Aufgaben, die direkt auf den Patient bezogen sind,

**Abbildung 7.3: Diplomierte PT/Befragung – Durchführung mittelbarer patientenbezogener Aufgaben in Prozent (n = 950)**  
Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs



\* Der Abschlussbericht ist eine Zusammenfassung des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses und dient zur Informationsweitergabe. Der Abschlussbericht ist Teil der Dokumentation, wird allerdings nicht in jedem Fall erstellt.

stellen die Patienteninformation, -beratung, -schulung, die Patienteninstruktion und die Schulung der ADL's (Activities of Daily Life) dar (siehe Abbildung 7.3). Die Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen nimmt vor der Anpassung von Hilfsmitteln einen wichtigen Stellenwert im Alltag der Diplomierten PT ein.

Es zeigt sich auch, dass Diplomierte PT im intramuralen Bereich, und hier vor allem im kurativen Bereich, die patientenbezogene Zusammenarbeit mit Therapeuten, Ärzten und anderem medizinischen Personal häufiger nennen. Ebenso spielt der Austausch von Patienteninformationen an Befugte, das Erstellen eines Abschlussberichtes und die Hilfsmittelanpassung eine größere Rolle als bei den freiberuflich Diplomierten PT. Für alle anderen patientenbezogenen Aufgaben haben sich keine Unterschiede zwischen freiberuflichen und angestellten PT ergeben.

Eine Differenzierung in mittelbare und unmittelbare Dienstleistungen für den Patienten im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses sollten vor Ort bei Personalbedarfsberechnungen Berücksichtigung finden.

### Zusammenfassung

Der physiotherapeutische Prozess beschreibt den Ablauf einer physiotherapeutischen Behandlung von der ersten Kontaktaufnahme bis zum Therapieabschluss. Bezugnehmend auf die von der WHO aufgestellten Zugangsebenen untergliedert sich der physiotherapeutische Prozess in die Problemidentifikation, Therapieplanung, die Umsetzung und die phasenübergreifenden Tätigkeiten.

- 33 Durch verschiedene Begriffslexika wird Diagnostik als „Erkennen, Festhalten“ beispielsweise von Krankheiten, Tier- bzw. Pflanzenarten nach ihren Merkmalen definiert und Diagnose als „Entscheiden und Benennen“. Diese Definition findet auch für den Sprachgebrauch technischer Disziplinen, verschiedener Handwerke und im sozialwissenschaftlichen Bereich Anwendung. Es ist sprachlich richtig, die Ergebnisse, die aus der physiotherapeutischen Begutachtung im Sinne des Erkennens und Feststellens resultieren, als physiotherapeutische Diagnose zu bezeichnen. Beachtet werden muss in diesem Zusammenhang der Unterschied zur ärztlichen Diagnose. Beschreibt die ärztliche Diagnose das gesamte Phänomen, so benennt die physiotherapeutische Diagnose in der Regel einen Teilaspekt.

# 8 Aufgaben

Physiotherapie ist gekennzeichnet durch eine ziel- und problemlöseorientierte Therapieplanung und -durchführung, den sogenannten „physiotherapeutischen Prozesses“. Dafür steht den Diplomierten PT ein breites Spektrum an Untersuchungsverfahren und Therapiemaßnahmen zur Verfügung.

Die Maßnahmen reichen von Bewegungstherapie über physiotherapeutische Schmerzbehandlung<sup>34</sup> bis hin zur Atemtherapie, wobei die physiotherapeutische Schmerzbehandlung einen neuen und immer wichtiger werdenden Kompetenzbereich darstellt (siehe Abbildung 8.1).

In der Praxis werden die unterschiedlichen physiotherapeutische Maßnahmen kombiniert und durch zusätzliche Therapiemittel, wie Trainingsgeräte, sowie physikalische Maßnahmen (z. B. Elektrotherapie) unterstützt.

Die statistische Auswertung des Fragebogens ging verschiedenen Fragestellungen nach:

- a) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Erwerbsform und der Verwendung der einzelnen Maßnahmen?

Ein leichter Zusammenhang konnte nur im Fall der Maßnahme *Heilmassage* (CC = 0,4) und *Atemtherapie* (CC = 0,2) bestätigt werden:<sup>35</sup>

Die freiberuflich Erwerbstätigen wenden zweimal häufiger Heilmassage in ihrer Therapie an als die angestellten Diplomierten PT. Die Heilmassage wird von Diplomierten PT allerdings in der Regel in Kombination mit anderen physiotherapeutischen Methoden angewendet. Dies lässt eine höhere Effizienz der Behandlung durch die Abstimmung mit anderen Maßnahmen erwarten und erspart den Patienten zusätzliche Expertenkontakte. Die Atemtherapie, die vor allem in den klinischen Schwerpunktbereichen Chirurgie

und Innere Medizin eingesetzt wird, ist folglich, bedingt durch die Klinikarbeit, bei angestellten Diplomierten PT öfters genannt.

- b) Welche Rolle spielt der Einsatz der Maßnahmen im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich?

Die Atemtherapie kommt vor allem im kurativen Bereich zum Einsatz (73 Prozent). Entwicklungsdiagnostik spielt vorwiegend im präventiven Bereichen eine Rolle (32 Prozent). Die physiotherapeutische Schmerzbehandlung, die Anwendung von Heilmassagen und die Trainingsdiagnostik/Trainingsberatung/Trainingstherapie sind in der Rehabilitation entscheidend. Die anderen in Abbildung 8.1 genannten Maßnahmen sind unabhängig vom Einsatzbereich.

- c) Gibt es eine Abhängigkeit zwischen klinischem Schwerpunktbereich und Maßnahmenverwendung?

Hierbei zeigt sich, dass Entwicklungsdiagnostik vor allem im Bereich der Pädiatrie zum Einsatz kommt (CC = 0,6), während die physiotherapeutische Schmerzbehandlung (CC = 0,4) in diesem klinischen Bereich als auch in der Gynäkologie nur im geringen Ausmaß angewandt wird.



**Abbildung 8.1: Diplomierte PT/Befragung – Physiotherapeutische Maßnahmen und Verfahren, Anteil der Ausübenden von den Befragten insgesamt in Prozent (n = 950)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

**Tabelle 8.1: Diplomierte PT/Befragung – Tätigkeitsspezifische Maßnahmen nach Einsatzbereichen, Anteil der Ausführenden an den Befragten insgesamt in Prozent (n = 916)**

Maßnahme	Präventiver Bereich (Prozent)	Rehabilitativer Bereich (Prozent)	Kurativer Bereich (Prozent)
Atemtherapie	52,0	52,6	72,9
Entwicklungsdiagnostik	32,0	6,4	12,9
Heilmassagen	48,0	50,0	35,8
PT-Schmerzbehandlung	36,0	67,4	63,5
Trainingsdiagnostik/-beratung/-therapie		17,6	9,7

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

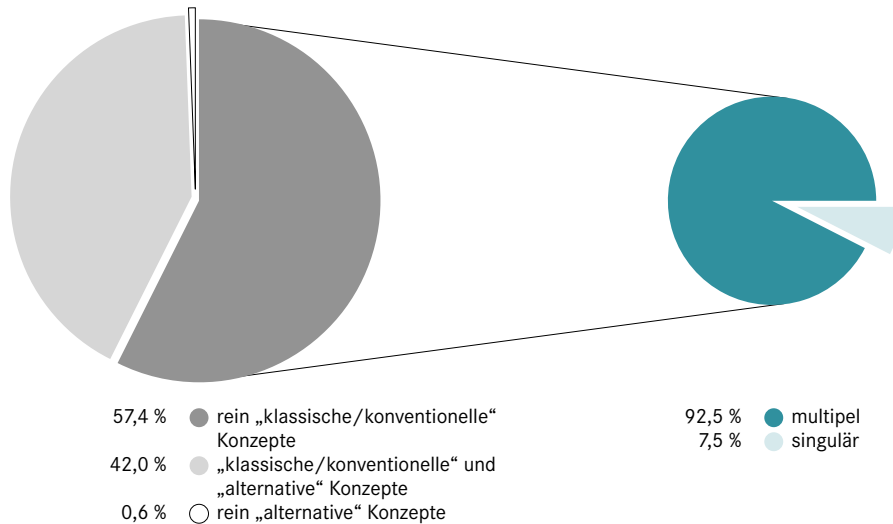
Betrachtet man das Spektrum differenzierter, dann zeigt sich, dass der „Physiotherapekoffer“ ein beachtliches Volumen aufweist, da laut Fragebogenuntersuchung insgesamt 137 unterschiedliche Konzepte zur Anwendung gelangen:

- > Es werden 71 unterschiedliche „klassische/konventionelle“<sup>36</sup> PT-Konzepte und 66 „alternative“ Konzepte genannt.
- > Im Durchschnitt wendet jede Diplomierte PT (unabhängig ob angestellt oder freiberuflich arbeitend) drei bis vier „klassische/konventionelle“ PT-Konzepte und jeder zweite Diplomierte PT 1 bis 2 „alternative“ Konzepte an.

Die Mehrzahl der Diplomierten PT (ca. 92 Prozent laut Fragebogenauswertung) kombiniert mehrere Konzepte (multiple Konzeptanwendung), wobei ungefähr 58 Prozent ausschließlich nach „klassischen/konventionellen“ Konzepten arbeiten; ca. 41 Prozent der Befragten verbinden „klassische/konventionelle“ und „alternative“ Methoden. Ein verschwindend kleiner Anteil (rund ein Prozent) arbeitet nur nach „alternativen“ Techniken (siehe Abbildung 8.2).

Ein Blick auf die „klassischen/konventionellen“ Untersuchungs- und Therapiekonzepte zeigt, dass Konzepte, die primär am neuromuskulären System ansetzen (z. B. PNF, Bobath, Vojta), mit 76 Prozent am stärksten angewendet werden. Manualtherapeutische Konzepte (z. B. Kaltenborn-Evjenth, Cyriax, Maitland) bilden mit 72 Prozent die zweitstärkste Gruppe, gefolgt von vorrangig funktionell orientierten Bewegungskonzepten mit 66 Prozent (z. B. Klein-Vogelbach). Konzepte auf sportmedizinischer Basis werden von zwölf Prozent der Befragten angegeben. Anders orientierte Konzepte wie z. B. Therapiekonzepte zu bestimmten Krankheitsbildern kommen hingegen selten zum Einsatz (siehe Abbildung 8.3).

Additiv zu den „klassischen/konventionellen“ Konzepten werden „alternative“ Methoden angewendet (vergleiche dazu auch Wahl 2001). Unter „alternativen“ Konzepten werden im Rahmen dieser Arbeit all jene Methoden bezeichnet, die a) nicht oder kaum im Rahmen der physiotherapeutischen Ausbildung gelehrt werden und b) in die Klassifizierung der OAM (Office of Alternative Medicine) fallen,



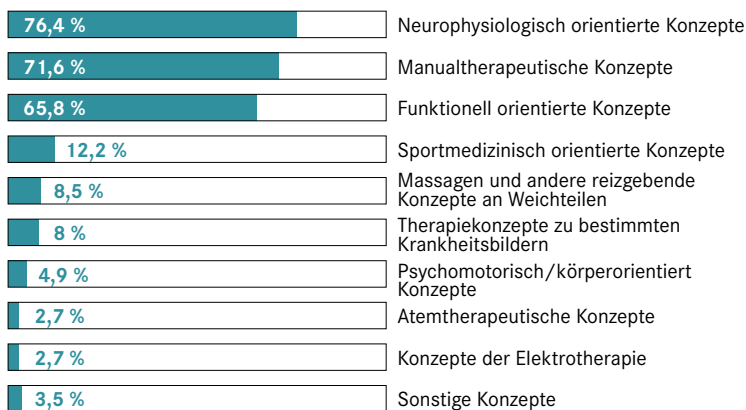
**Abbildung 8.2: Diplomierte PT/Befragung – Singuläre versus multiple Konzeptanwendung in Prozent (n = 943)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

c) ausgenommen jene Methoden, die laut Berufsbild zum Repertoire physiotherapeutischer Tätigkeiten gehören.

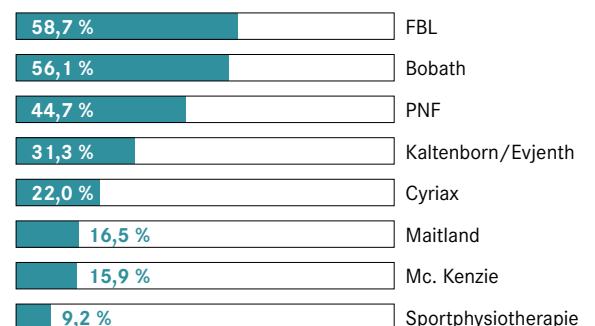
Die über die Befragung gewonnene Übersicht über „alternative“ Konzepte zeigt, dass strukturelle und energetische Therapieformen mit jeweils rund 53 Prozent am häufigsten zur Anwendung kommen. Anders ausgedrückt: Nahezu jede zweite Diplomierte PT, die „alternative“ Methoden anwendet, arbeitet mit TCM (Traditionelle chinesische Medizin) und/oder Osteopathie. Therapieformen, die sich mit

Körper/Geist/Seele/Sinn beschäftigen (dazu zählt man alle Techniken der Körperarbeit, der Autosuggestion und verschiedene Formen der Entspannungstechniken) und Impuls- und Reizgebende Therapierichtungen, wie z. B. Fußreflexzonenmassage, sind ebenfalls gleich stark in der Häufigkeit ihrer Nennungen vertreten (siehe Tabelle 8.2)



**Abbildung 8.3: Diplomierte PT/Befragung – „Klassische/konventionelle“ physiotherapeutische Konzepte, Anteil der Ausübenden an den Befragten insgesamt in Prozent (n = 950)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs



**Abbildung 8.4: Diplomierte PT/Befragung – Ausgewählte „klassische/konventionelle“ PT-Konzepte, Anteil der Anwender an den Befragten insgesamt in Prozent (n = 966)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

**Tabelle 8.2: Diplomierte PT/Befragung – „Alternative Methoden“, Anteil der Anwender innerhalb der alternativ Therapierenden in Prozent (n = 395)**

Methoden	Prozent
<b>Impuls- und Reizgebende Therapieformen</b>	<b>18,3</b>
Reflexzonentherapien	15,5
Sonstige	4,1
<b>Körper/Geist/Seele/Sinn-Therapieformen</b>	<b>18,8</b>
Autosuggestionstherapien	2,0
Entspannungstechniken	13,2
Körperarbeit	3,8
Sonstige	0,8
<b>Traditionelle Medizin/Ethnomedizin</b>	<b>53,0</b>
TCM	51,8
Sonstige	3,6
<b>Strukturelle und energetische Therapieformen</b>	<b>53,8</b>
Osteopathie	46,2
Massagetechniken	3,3
Kinesiologie	10,2
Sonstige	1,5

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Zu den verbreitetsten Techniken zählt die Akupunkturmassage (28,4 Prozent), gefolgt von der Craniosacralen Therapie mit 20,5 Prozent, der Fußreflexzonenmassage mit 14,7 Prozent und Feldenkrais mit 10,7 Prozent (Wahl 2001).

Freiberuflich Erwerbstätige geben zu 51 Prozent die Anwendung von „alternativen“ Methoden an, angestellt Tätige zu 33 Prozent. Keine wesentlichen Unterschiede finden sich in der Anwendung der „alternativen“ Konzepte im präventiven, rehabilitativen und im kurativen Bereich. Unterschiedliche Nennungen sind deutlich zwischen dem intra- (30 Prozent) und extramuralem Bereich (47 Prozent) zu erkennen.

Bei Gegenüberstellung der verschiedenen klinischen Schwerpunktbereiche fällt auf, dass die „alternativen“ Möglichkeiten am wenigsten in der Neurologie und auch der Orthopädie eingesetzt werden – Bereiche, in denen Diplomierten PT schwerpunktmäßig tätig sind. Es ist davon auszugehen, dass die „klassischen/konventionellen“ Konzepte (wie Bobath, PNF, Maitland, etc.), die für diese klinische Bereiche wichtig sind, sehr gut erforscht bzw. auch als Weiterbildungsangebot etabliert sind und deshalb vorwiegend angewendet werden. In den Bereichen Rheumatologie, Psychiatrie und Pädiatrie gibt es dagegen die meisten Anwender „alternativer“ Methoden (Wahl 2001).

**Tabelle 8.3: Diplomierte PT/Befragung – Weitere physiotherapeutische Aufgaben (abgesehen vom physiotherapeutischen Prozess), Anteil der hierin Tätigen an den Befragten insgesamt (n = 966)**

Aufgaben	angestellt in Prozent	freiberuflich in Prozent
Patientenberatung	97,0	99,0
Lesen von Fachliteratur	91,7	99,3
Durchführung prophylaktischer Maßnahmen	81,5	93,8
Einschulung/Betreuung von Praktikanten/Auszubildenden	81,5	15,3
Beschaffung von Geräten/Hilfsmitteln, etc.	76,8	85,0
Einschulung/fachliche Unterstützung neuer Mitarbeiter	75,7	17,1
Ergonomische Beratung	69,7	83,7
Vortragstätigkeit/betriebsinterne Fortbildungen	68,5	25,2
Administrative Tätigkeit	62,4	89,3
Gesundheitsberatung	56,1	77,9
Organisatorische Tätigkeit/Management	55,3	69,1
Arbeitsplatzgestaltung	49,2	70,1
Eigenständige Wartung von Geräten	44,8	61,1
Buchhaltung	6,6	92,5

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Neben der ziel-/problemlöseorientierten Planung und Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen beinhaltet das Berufsfeld der Diplomierten PT noch andere Aufgaben. Zu den häufigsten Aufgaben zählen zunächst beratende Tätigkeiten in Form von Gesundheits- und ergonomischer Beratung sowie Arbeitsplatzgestaltung. Während diese Aufgaben vermehrt von den freiberuflich tätigen Diplomierten PT wahrgenommen werden, sind angestellt tätige Diplomierte PT stärker mit betriebsinterner Vortragstätigkeiten und der Einschulung neuer Mitarbeiter bzw. Praktikanten konfrontiert.

Freiberuflich tätige Diplomierte PT müssen in ihrer Praxis vermehrt Zeit für administrative Arbeiten, für die Wartung und Beschaffung neuer Geräte sowie für die Buchhaltung investieren.

Das Lesen von Fachliteratur ist eine Berufspflicht und wird von den Berufsangehörigen auch wahrgenommen (siehe Tabelle 8.3).

### Zusammenfassung

Physiotherapie verfügt über ein breites Spektrum an Untersuchungs- und Therapiekonzepten. Die Arbeit mit dem Patienten/Klienten anhand des physiotherapeutischen Prozesses stellt ein wesentliches Element der physiotherapeutischen Tätigkeit dar. Fachkompetenz beinhaltet aber auch das Lesen von Fachliteratur, die Wissensvermittlung und die Beratungsfunktion.

- 34 Ziel der physiotherapeutischen Schmerzbehandlung ist die Erreichung von Schmerzlinderung oder Schmerzfreiheit durch das Lösen von funktionellen/strukturellen Störungen des Bewegungssystems im Rahmen physiotherapeutischer Möglichkeiten.
- 35 CC = Kontingenzkoeffizient, Maß für den Zusammenhang zwischen zwei Variablen. 0 bedeutet, dass es keinen Zusammenhang gibt, bei Wert 1 besteht ein hoher Zusammenhang.
- 36 Im Rahmen dieser Arbeit wurde erstmals versucht, die Fülle an physiotherapeutischen Konzepten zu klassifizieren, wobei eine an Strukturen orientierte Klassifikation zugrunde gelegt worden ist. Der im Bericht verwendete Begriff „klassische/konventionelle“ PT-Konzepte ist als Synonym für die speziellen physiotherapeutischen Konzepte in Frage 18 des Fragebogens zu verstehen (siehe Anhang). Eine genaue Aufschlüsselung der „klassischen/konventionellen“ PT-Konzepte entsprechend dem Klassifikationsschema findet sich im Anhang B und zeigt zur Zeit der Fragebogenuntersuchung die wichtigsten in der Physiotherapie angewendete Konzepte.

# 9

## Kompetenzen und Qualifikationen

Physiotherapie ist gekennzeichnet durch professionelles, systematisches Handeln. Dies zeigt sich zunächst in einer eigenverantwortlichen ziel-/problemlöseorientierten Therapieplanung und -durchführung, dem sogenannten physiotherapeutischen Prozess (siehe Kapitel 7). Das Beherrschen des physiotherapeutischen Prozesses und die Fähigkeit, nicht nur die Symptome von Störungen, sondern auch ihre Kausalzusammenhänge zur Grundlage der eigenen Arbeit mit dem Patienten/Klienten zu machen, betonten 68 Prozent der Befragten (n = 740) als wichtige Kompetenz der Physiotherapie.

Auf der anderen Seite verfügt die Physiotherapie über ein breites Befundungs- und Behandlungsspektrum. Betrachtet man das Spektrum differenzierter, dann zeigt sich, dass die Palette ein beachtliches Volumen aufweist, da insgesamt 137 unterschiedliche Konzepte zur Anwendung gelangen (siehe Kapitel 6).

Der physiotherapeutische Prozess impliziert die Fähigkeit, systemisch vorzugehen. Systemisch ist hier in dreierlei Hinsicht zu verstehen:

a) Systemisch arbeiten meint in diesem Zusammenhang, dass trotz des symptomorientierten und strukturellen Zuganges zum Patienten die ganzheitliche Betrachtung des Patienten und sein Eingebundensein in die Gesellschaft im Vordergrund stehen. Diese Betrachtungsweise findet ihre Entsprechung in einer individuellen, patientenzentrierten Therapie, in der partnerschaftlich mit dem Patienten gemeinsam ein Ziel definiert und dessen Handlungsfähigkeit und Lebensqualität zu optimieren versucht wird. Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte ist für den Therapieverlauf von großer Bedeutung und verlangt eine empathische und wertschätzende

Haltung seitens der Therapeutin. Die Compliance des Patienten ist durch die Berücksichtigung seiner besonderen Bedürfnisse bewusst zu fördern, und seine Eigenverantwortlichkeit gilt es zu achten. Oberstes Therapieziel ist dabei die Integration des Patienten in seinen herkömmlichen Lebenskontext (siehe Kapitel 3).

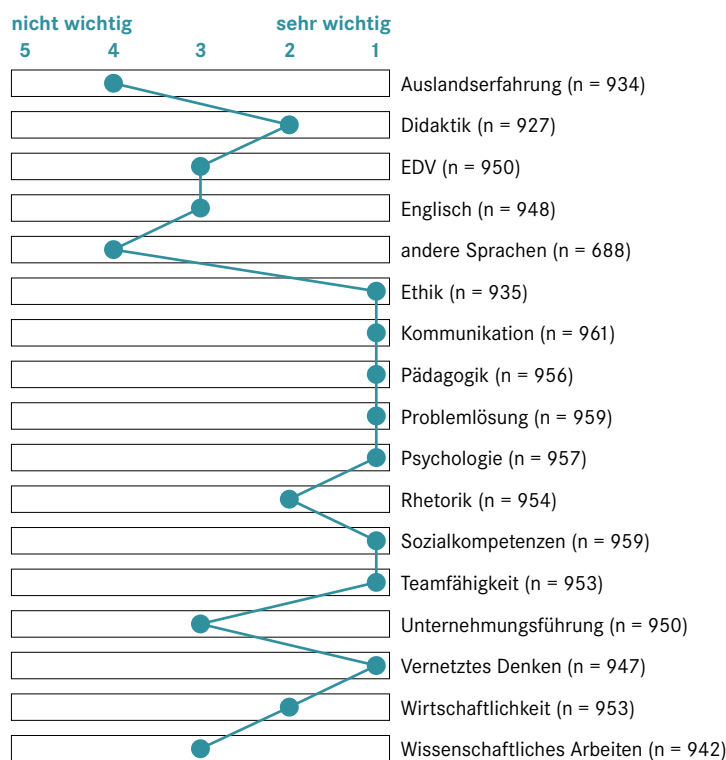
b) Darüber hinaus wird der Körper als System betrachtet. So wirkt sich eine Störung in einer Struktur des Körpers immer auch auf andere Strukturen (Faszien, Muskel, Gelenke, Nerven, Blutzufuhr, Liquor usw.) und Körperregionen aus.

c) Systemisches Arbeiten erfordert auch, dass Befundungs- und Behandlungskonzepte nicht mehr singulär angewendet, sondern systematisch miteinander verknüpft werden. Zu betonen bleibt, dass alternative Methoden nahezu ausschließlich additiv zu klassischen physiotherapeutischen Methoden angewendet werden (siehe Kapitel 8).

Fachkompetenz zu besitzen, bedeutet für Diplomierte PT, den physiotherapeutischen Prozess zu beherrschen und über extrafunktionale Schlüsselqualifikationen<sup>37</sup> zu verfügen. Folgende Berufsvoraussetzungen werden dabei – laut Fragebogenerhebung – als besonders wichtig eingestuft (siehe Abbildung 9.1):

- > Kenntnis ethischer Werte und Bereitschaft zu ethisch begründetem Handeln
- > Teamfähigkeit
- > Problemlösungsfähigkeit
- > Psychologische Fähigkeiten
- > Kommunikative Fähigkeiten
- > Pädagogische Fähigkeiten
- > Sozialkompetenz
- > Fähigkeit zu vernetztem Denken





**Abbildung 9.1: Diplomierte PT/Befragung – Qualifikationsprofil von Diplomierten PT (ausgenommen fachliche und Führungsqualifikationen)**  
Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Ethische Aspekte nehmen aufgrund des starken interaktionistischen Charakters der physiotherapeutischen Tätigkeit eine wichtige Rolle im Berufsvollzug ein. Allerdings werden jene Kompetenzen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem physiotherapeutischen Prozess stehen, wie Problemlösekapazität, vernetztes Denken oder auch Teamfähigkeit, von jüngeren Diplomierten PT (jünger als 30 Jahre) als etwas bedeutsamer erachtet.<sup>38</sup>

Eine vergleichsweise geringe Bedeutung wurden der berufsspezifischen Auslandserfahrung als auch Fremdsprachkenntnissen beigemessen. Was die Auslandserfahrung betrifft, so zeigt sich eine leichte Altersabhängigkeit, als ältere Diplomierte PT (45 und mehr Jahre) diese Qualifikation im Mittel wichtiger einschätzen (Median = 3) als jüngere PT (Median = 4). Obwohl dies in Anbetracht zunehmender Globalisierung ein verwunderlicher Aspekt ist, erscheint im Zusammenhang mit der an internationale Standards

angeglichenen österreichischen Ausbildung ein spezielles „Studium“ im Ausland nicht mehr erstrebenswert. In dem Ausmaß, in dem Englisch sich immer mehr als internationalen Fachsprache (auf Kongressen als auch in der Literatur) etabliert, verlieren andere Sprachkenntnisse an Bedeutung.

Die Bedeutung der Schlüsselqualifikationen wurde überwiegend unabhängig von der Erwerbsform und vom Arbeitsbereich als sehr hoch/hoch eingestuft. Ein interessanter Unterschied ergab sich für die Teamfähigkeit, welche von 96,2 Prozent der angestellten Diplomierten PT und von 74,2 Prozent der freiberuflich erwerbstätigen Diplomierten PT als sehr wichtig/wichtig eingestuft wurde. Dieser Unterschied hängt mit den unterschiedlichen Team- und Netzwerken bei freiberuflichen und angestellten Diplomierten PT zusammen (siehe Kapitel 10).

Ein weiterer Unterschied zeigt sich im Zusammenhang mit dem betriebswirtschaftlichen Basiswissen, welches für freiberuflich tätige Diplomierte PT unerlässlich ist, um das unternehmerische Risiko abschätzen zu können. Aus diesem Grund wird auch der Unternehmensführung und der Wirtschaftlichkeit von freiberuflichen Diplomierten PT größere Bedeutung beigemessen als von angestellten Diplomierten PT: 63 Prozent der freiberuflich tätigen Diplomierten PT schätzen die Unternehmensführung als sehr wichtig/wichtig ein, aber nur 28,9 Prozent der unselbständig tätigen Diplomierten PT. Die Wirtschaftlichkeit stellt für 76,3 Prozent der freiberuflichen Diplomierten PT eine (sehr) wichtige Berufsvoraussetzung dar, hingegen nur für 50,8 Prozent der angestellten Diplomierten PT.

### Zusammenfassung

Die Physiotherapie ist gekennzeichnet durch eigenverantwortliches, professionelles und strukturiertes Handeln. Der physiotherapeutische Prozess beinhaltet die Fähigkeit, systemisch und systematisch vorzugehen. Im Rahmen einer patienten-/klientenzentrierten Therapie wird der Patient aktiv in die Therapie miteinbezogen, mit dem Ziel der Integration des Patienten in das gesellschaftliche/berufliche Leben. Fachkompetenz zu besitzen, bedeutet neben der Beherrschung des physiotherapeutischen Prozesses auch, über psychosoziale Kompetenzen zu verfügen.

- 37 Nach Gruber (1997) bezeichnen Schlüsselqualifikationen „all jene allgemeinen Fähigkeiten, Veränderungen bewusst handelnd bewältigen zu können. Durch sie soll eine höhere Form beruflicher Handlungsfähigkeit ausgebildet werden, die über die ‚bloße‘ Facharbeit hinausreicht und soziale, personale und methodische Kompetenzen einschließt. Nur so erscheint es auf lange Sicht möglich, künftigen Qualifikationsanforderungen gerecht zu werden sowie die einmal erworbene Berufsqualifikation auch für eine längere Zeit zu sichern“ (S. 265).
- 38 Eine nach Tätigkeitsbereichen differenzierte Analyse kann eine unterschiedliche Gewichtung der Schlüsselqualifikationen ergeben.

# 10

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

An der Behandlung von Patienten/Klienten ist eine Vielzahl von Berufsgruppen beteiligt. Im Vordergrund stehen nicht einzelne Leistungen, sondern eine auf den Patienten/Klienten abgestimmte, zielorientierte Vorgehensweise, die eine gemeinsame Kooperation erfordert.

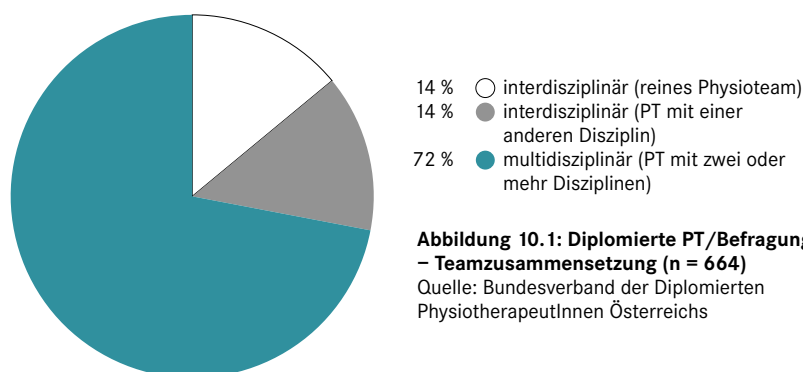
Diese als interdisziplinäre Zusammenarbeit bezeichnete Kooperation meint, dass „... Gesundheitsspezialisten verschiedener Fachrichtungen zeitlich gestaffelt (im Tandem) gemeinsame Ziele erarbeiten. Das Behandlungsprogramm ist synergistisch ...“ (Billy/Kern 1998).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bewirkt in der Regel mehr, als die einzelnen Disziplinen zum Gesundungsprozess beitragen können. Jeder Gesundheitsspezialist, der an der Behandlung des Patienten beteiligt ist, bringt sein Fachwissen und seinen individuellen Erfahrungsschatz mit. Aufbauend auf einer gemeinsamen Definition der Behandlungsziele erstellen die an der Therapie beteiligten Fachberufe gemeinsam ein auf den Patienten abgestimmtes Behandlungsprogramm, in welchem sie Gleichberechtigung erfahren (Gräsel 2001).

In einem Team arbeiten 69,5 Prozent der Befragten (n = 966). Davon arbeitet der Großteil (72 Prozent) überwiegend mit mehreren Professionen zusammen (multidisziplinär). Die verbleibenden 28 Prozent der Diplomierten PT arbeiten entweder nur unter sich (intradisziplinäres Physiotherapie-Team) oder mit nur einer anderen Berufsgruppe zusammen (siehe Abbildung 10.1).

Charakterisiert ist die Teamarbeit durch regelmäßige Teambesprechungen (71,1 Prozent), Informationsweitergabe (67,1 Prozent), Koordination von Tätigkeiten und Aufgaben (51,6 Prozent) und Austausch von Daten (47,7 Prozent). Je nach Bedarf wird auch eine gemeinsame Aufgabenanalyse (57,7 Prozent) und Zieldefinierung (49,5 Prozent) vorgenommen bzw. unterschiedliche Standpunkte berücksichtigt (62,7 Prozent) oder Verantwortlichkeiten abgeklärt (66,2 Prozent). Protokolliert wird in sehr unterschiedlichem Maße.

Neben dem Zusammenwirken mit anderen Diplomierten PT arbeiten die Befragten vor allem mit Ärzten (66,9 Prozent), Ergotherapeuten



**Abbildung 10.1: Diplomierte PT/Befragung – Teamzusammensetzung (n = 664)**  
Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

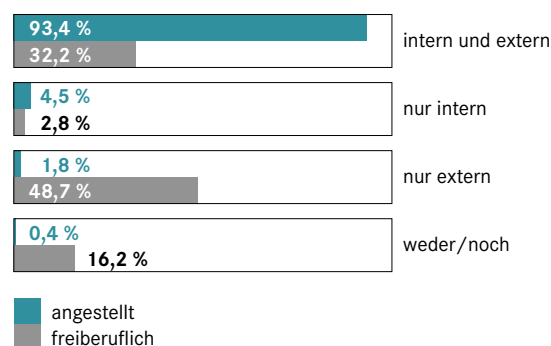
(39,5 Prozent) und Sanitätshilfsdiensten (35,3 Prozent) gemeinsam in einem Team. Mit Krankenpflegepersonal, Logopäden und MTF wird zu jeweils runde 30 Prozent zusammengearbeitet. Auch mit anderen Professionen, wie u. a mit Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Orthopädietechniker, wird gemeinsam ein Team gebildet, wenn auch in geringerem Ausmaße .

Es wird auch außerhalb des Teams mit anderen Berufsgruppen kooperiert. So gaben 86,7 Prozent der Befragten an, mit Ärzten, anderen MTD sowie weiteren Gesundheitsberufen zusammenzuarbeiten, ohne ein festes Arbeitsteam zu bilden.<sup>39</sup> Ausschließlich allein arbeiten 11,1 Prozent der befragten Diplomierten PT.

Schlüsselt man die unterschiedlichen Kooperationsformen nach dem Erwerbstatus auf, so zeigt sich ein interessanter Aspekt, als die angestellt erwerbstätigen Diplomierten PT hoch vernetzt agieren, das heißt sowohl interne (innerhalb eines Teams) als auch externe (außerhalb eines Teams) Zusammenarbeit mit anderen Professionen betreiben (93,4 Prozent). Demgegenüber arbeiten freiberufliche Diplomierte PT mehrheitlich mit anderen Berufsgruppen zusammen, ohne mit diesen ein festes Team zu bilden (48,7 Prozent); runde 16 Prozent der Freiberuflichen arbeiten ausschließlich allein, das heißt ohne interne oder externe Netzwerke (siehe Abbildung 10.2). Wird – insbesondere interprofessionelle – Kooperation als Beitrag zur Qualitätssicherung und -verbesserung verstanden (Maus 1996), dann sind für diese Gruppe spezielle Maßnahmen zur Förderung der Kooperation zu setzen.

Die Zusammenarbeit mit anderen Personen verläuft nicht ganz spannungsfrei. Zu Problemen äußerten sich 63,6 Prozent der Befragten, rund ein Drittel davon (30,5 Prozent) verortet unklare Kompetenz- und Aufgabenverteilungen als vorrangiges Problemfeld. Es gibt, so die Befragten, „ein unterschiedliches Verständnis für Verantwortlichkeit“, welches zu Diskussionen über Zuständigkeiten führt. Mit dem Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Heilmasseuren oder Hebammen gibt es Berufsüberschneidungen und Überlappungen von Therapiemaßnahmen, z. B. bei der Mobilisation, Geburtsvorbereitung oder Inkontinenzbehandlung.

Kompetenzüberschreitungen bzw. Berufsübergreifungen erfolgen auch durch andere Berufsgrup-



**Abbildung 10.2: Diplomierte PT/Befragung – Interne und externe Kooperationen nach Erwerbsstatus in Prozent (n = 945)**

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

pen, die „am Gesundheitsmarkt“ tätig sind und äußern sich beispielsweise darin, dass angelehrte Kräfte Elektrotherapie- oder Ultraschallbehandlungen übernehmen. Hierin sehen die befragten Diplomierten PT nicht nur einen Handlungsbedarf im Definieren von Schnittstellen gegeben, sondern auch und vor allem bezüglich eines verstärkten Bemühens um transparente Berufsbilder und Aufgabenfelder aller arbeitsrelevanter Berufsgruppen (28,7 Prozent), welches die wechselseitige Akzeptanz fachlicher Leistungen – als eine zentrale Voraussetzung gelungener Kooperation – erhöhen könnte.

### Zusammenfassung

Um die Gesundheit Einzelner wie auch der Gesamtbevölkerung zu verbessern oder zu erhalten, ist Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen notwendig. Gemeinsam mit Ärzten, Ergotherapeuten und anderen Gesundheits- und Sozialberufen bilden Diplomierte PT ein multidisziplinäres Team und/oder kooperieren in anderer Form mit relevanten Berufsgruppen. Bei der Zusammenarbeit mangelt es mitunter an klarer Kompetenzabgrenzung, welche eine verstärkte Schnittstellendefinierung und Öffentlichkeitsarbeit erfordert.

<sup>39</sup> Hierbei handelt es sich überwiegend um sogenannte zuarbeitende oder konsultative Kooperationen. Bei zuarbeitenden Kooperationen wird die zu erbringende Leistung durch eine übergeordnete Disziplin, in der Regel durch den behandelnden Arzt, festgelegt. Bei konsultativen Kooperationen besteht eine wechselseitige Hinzuziehung anderer Disziplinen unter Berücksichtigung der individuellen Versorgungsbedürfnisse (vgl. Bundesärztekammer 2001).

Drei wesentliche Aufgaben physiotherapeutischen Handelns sind

1. die Behandlung von Patienten bzw. die Betreuung von Klienten,
2. die Weitergabe beruflicher Kompetenz an Studierende und Kollegen, die sich bereits im Arbeitsprozess befinden und
3. die Weiterentwicklung des Berufes durch die Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Gesellschaft an die Leistungen der Physiotherapie wie auch wissenschaftliches Arbeiten und das Studium von berufsbezogener Literatur des In- und Auslands usw.

Im Folgenden soll auf Punkt 2 näher eingegangen werden.

### 11.1 Lehrtätigkeit an der Akademie für den physiotherapeutischen Dienst

In der Ausbildung zur Diplomierten PT wird den Studierenden berufsspezifisches, für den Therapieprozess erforderliches Wissen und Handeln vermittelt. Gleichmaßen bedeutsam ist jedoch die Umsetzung der theoretischen Kenntnisse und Fertigkeiten in die Arbeit mit dem Patienten. Ersteres geschieht im Unterricht an den Akademien selbst, Letzteres erfolgt im klinischen Praktikum (praktische Ausbildung) an den dafür geeigneten Institutionen des Gesundheitswesens und teilweise auch in den Akademien für den physiotherapeutischen Dienst im Rahmen von sogenannten „Supervisionspraktika“.

Sind es an den Akademien die „Lehrerinnen für Physiotherapie“, die den Unterricht erteilen, so werden außerhalb der Akademien die Studierenden von „Praktikumsanleiterinnen“ unterwiesen. Die Praktikumsanleiterinnen sind enge Mitarbeiterinnen der Akademien.

Sowohl für „Lehrtherapeutinnen“ als auch für „Praktikumsanleiterinnen“ besteht die Verpflichtung bzw. die Möglichkeit, sich für die Erfüllung ihrer Aufgaben zu qualifizieren. Lehrende erfüllen diese Verpflichtung durch die Absolvierung der gesetzlich geregelten Sonderausbildungen, Praktikumsanleiterinnen haben die Möglichkeit der Teilnahme an Fortbildungen.

### 1.2 Lehrtätigkeit an anderen Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe

Diplomierte PT unterrichten u. a. an Ausbildungsstätten für die Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehelfer, Masseur, Ergotherapeuten.

Vortragstätigkeit mit dem Ziel, über das Tätigkeitsfeld und die therapeutischen Intentionen der Physiotherapie zu informieren, wird von vielen Personengruppen wahrgenommen, beispielsweise von Personen aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich oder Interessierten aus den Bereichen Prävention und Verwaltung, um nur einige Gruppen zu nennen. Damit soll einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt und andererseits die breite Öffentlichkeit über einen Beruf und seiner Aufgaben und dessen gesellschaftlichen Nutzen informiert werden.

Lehren bedeutet, bei einem anderen Menschen eine Verhaltensänderung bewirken zu wollen. Fachkompetenz zu besitzen bedeutet für Diplomierte PT daher auch die Notwendigkeit, pädagogischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in die Behandlung des Patienten einfließen zu lassen.

So sind Diplomierte PT in vielen Arbeitssequenzen „Lehrer“ des Patienten, weil sie u. a. die Therapieschritte planen, diese den Patienten erklären, die Patienten motivieren, instruieren und sie auf den Weg in die Selbstständigkeit begleiten.

In der Folge sollen Zahlen aus der Fragebogenerhebung das Engagement der österreichischen Diplomierten PT für Lehre und Forschung verdeutlichen:

20,3 Prozent der Befragten gaben an, in der Lehre und Forschung tätig zu sein, davon üben 2,5 Prozent diese Tätigkeit schwerpunktmäßig aus. An den Akademien für den physiotherapeutischen Dienst sind 4,7 Prozent der Befragten als Lehrende und 19,5 Prozent als Praktikumsanleiterinnen tätig. Die Zusammenarbeit mit anderen Bildungseinrichtungen wird von 3,3 Prozent der Diplomierten PT wahrgenommen. Die Einschulung von Mitarbeitern zählt zum Aufgabengebiet von 43,2 Prozent der Befragten.

### 11.3 Lehrtätigkeit im Rahmen der Fort- und Weiterbildung

In der Fort- und Weiterbildung für Kollegen, die sich bereits im Arbeitsprozess befinden, ist das Tätigkeitsfeld der jeweils unterrichtenden Person sehr unterschiedlich; zwei Beispiele sollen das veranschaulichen:

- > Innerbetriebliche Fortbildung im eigenen Team durch die Weitergabe von Wissen und Können, welches im Rahmen einer Fortbildung erworben wurde.
- > Fortbildungen im Rahmen des Berufsverbands oder anderer Institutionen mit definierten Themenstellungen für einen größeren Kreis von Diplomierten PT über einen Zeitraum von Stunden und Tagen bis hin zu Kursserien in der Dauer von mehreren Wochen und Monaten. Bei solchen längeren Fortbildungsveranstaltungen wird das Programm meistens nicht von einer Person allein gestaltet, sondern durch eine Mehrzahl von Diplomierten PT bzw. im interdisziplinärem Team.

Die Qualifikationen von in Fortbildungen lehrender Diplomierter PT können durchaus unterschiedlich sein:

- > Es kann sich um die Weitergabe von in Kursen erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten handeln oder auch um selbstentwickelte Inhalte.
- > Um allerdings das Zertifikat einer „Instruktorin“ für ein bestimmtes Behandlungskonzept zu erlangen, bedarf es einer oft jahrelangen Ausbildung. Ein solches Abschlusszertifikat bescheinigt die Befähigung und die Genehmigung zur Weitergabe des jeweiligen Behandlungskonzeptes an Dritte. Dieses Zertifikat wird von für

das jeweilige Behandlungskonzept autorisierten Ausbildungsinstitutionen ausgestellt und von vielen Staaten als Lehrbefugnis für das entsprechende Konzept anerkannt.

### Zusammenfassung

Diplomierte PT sind sowohl unmittelbar an den Akademien als auch im Rahmen von Praktika an der Weitergabe von Wissen bzw. Fertigkeiten an Studierende beteiligt. Gleiches gilt für ihre Mitarbeit an Ausbildungsstätten für andere Gesundheitsberufe sowie im Rahmen von Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung von Angehörigen des eigenen Berufes.

Die Physiotherapie orientiert sich nach den allgemein bekannten Kategorien für Qualitätssicherung (Donabedian/Avedis 1982): der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität.

Die WHO definiert die Qualitätssicherung als Möglichkeit, einen hohen professionellen Standard zu erreichen, einen effizienten Einsatz aller vorhandenen Mittel zu gewährleisten und als Ergebnis eine hohe Zufriedenheit der Patienten zu erzielen. Die Erstellung von physiotherapeutischen Behandlungskriterien wird auch von unterschiedlichen Kostenträgern gefordert. Generell ist festzuhalten, dass sich sämtliche Äußerungen in diesem Zusammenhang ausschließlich auf das physiotherapeutische Handlungsfeld beziehen.

In Folge werden die verschiedenen Aspekte der Qualitätssicherung für die Physiotherapie (Jäckel 1998) erklärt, wobei die bereits vorhandenen Leistungen beispielhaft in Kursivschrift angeführt werden.

## Die Strukturqualität umfasst folgende Kategorien

> Bauliche Infrastruktur (z. B. die Mindesteinrichtung wie ein höhenverstellbares Behandlungsbett, Therapiegeräte und eine behindertengerechte Einrichtung)

Standards sind allgemeine Richtlinien für fachliche Leistungen, aber auch für Organisationsformen, Ausstattungen, Räumlichkeiten usw. Laut Fragebogen wird die Entwicklung von Standards als Kernkompetenz der Diplomierten PT genannt. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass 31,2 Prozent der befragten Diplomierten PT Qualitätsmanagement als organisatorischen Aufgabenbereich angeben.

*Seit einigen Jahren befasst sich der Berufsverband der Diplomierten PT intensiv mit dem Themenbereich „Standards“. Ein umfassendes Qualitätshandbuch ist in Ausarbeitung. Zum Beispiel liegt bereits ein Standardbericht (Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs o. J.) für die Ausstattung von Therapieräumlichkeiten vor, der für die Gründung von Physiotherapie-Praxen Modellcharakter besitzt.*

> Als derzeitiges übergeordnetes Ziel gilt die Entwicklung von Behandlungsstandards durch entsprechende *Qualitätszirkel*. Problemorientierte Arbeitsgruppen in den Bundesländern und Instanzen des Gesundheitswesens versuchen, Ist-Zustände zu erheben und Soll-Zustände zu definieren.

– *In Niederösterreich finden sich leitende Diplomierte PT regelmäßig zu einem Qualitätszirkel zusammen.*

– *Eine Projektgruppe des Bundesverbandes der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs stellte im Jahr 2000 einen Leitfaden, zur Stellenbeschreibung für leitende Diplomierte PT zusammen.*

– *Ebenso liegen beim Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs standardisierte physiotherapeutische Behandlungskriterien für Knie- und Hüftendoprothesen (o. J.), die Diagnose Schlaganfall (Info 2001/7) und für die Diagnose Querschnitt (Info 2001/8, 9) auf. Darüber hinaus wurden Informationsbroschüren zu den Themen Rückenschule (Gattermeier/Visek 1991), Beckenbodentraining (Tutschek-Stiller 1998) und das Becken (Brade et al. 2000) erstellt.*

Primäres Ziel sollte es sein, die Aktivitäten der einzelnen Qualitätszirkel zusammenzuführen

und daraus Mindeststandards abzuleiten und diese der relevanten Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

> *Qualifikation* des Personals und die Anzahl der Mitarbeiter: Darunter ist zu verstehen, dass die Diplomierten PT spezielle physiotherapeutische Behandlungstechniken für bestimmte Krankheitsbilder beherrschen oder im Rahmen der Fort- und Weiterbildung das notwendige Know-how erwerben können. Im Sinne der Qualitätssicherung sind Diplomierte PT laut MTD-Gesetz (BGBl. Nr. 460/1992) verpflichtet, sich auf dem aktuellen Wissensstand zu halten, das heißt, sich über die berufsrelevanten Entwicklungen und die neuen Erkenntnisse der Medizin zu informieren.

Betrachtet man das *Fortbildungsverhalten*, so zeigt sich, dass runde 50 Prozent der Therapeuten Fortbildungsveranstaltungen und Fortbildungskurse im Jahr der Befragung besucht haben, wobei wiederum mehr als die Hälfte mehrmals jährlich Fortbildungsveranstaltungen frequentieren.

Als weiterer Indikator für Wissensaktualisierungen kann das Lesen von *Fachliteratur* herangezogen werden. Beachtliche 95 Prozent lesen regelmäßig Fachliteratur. Weiters informieren sich 20 Prozent über Neuerungen in der Physiotherapie im Rahmen von nationalen und internationalen *Kongressen*.

**Tabelle 12.1: Diplomierte PT/Befragung – Fort- und Weiterbildung (n = variabel)**

Fort- und Weiterbildung	Prozent
Fortbildungsveranstaltungen heuer/derzeit (n = 942)	46,4
Fortbildungskurse heuer/derzeit (n = 939)	49,8
Sonderausbildungen (n = 902)	17,3
Lesen von Fachliteratur (n = 935) <sup>40</sup>	95,2

Quelle: Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs

Betrachtet man das Fort- und Weiterbildungsverhalten näher, so zeigt sich, dass sich die befragten Diplomierten PT zum Großteil (99,7 Prozent) in Konzepten und Techniken weiterbilden, die inhaltlich teils klassisch, teils alternativ ausgerichtet sind.

Ein weiteres Viertel der Fortbildungen sind fachbezogen orientiert, also auf physiotherapeutisches Basiswissen (z. B. Anatomie am Präparat) oder in Hinblick auf Zusatzwissen wie zum Beispiel Ethik in der Medizin ausgerichtet.

Ebenso ist ein Viertel aller Fortbildungen therapiebegleitend (wie z. B. Tapekurse), während fähigkeitsbezogene Fortbildungen nur zu knapp 13 Prozent besucht werden. Darunter versteht man z. B. PC-Kurse, Rhetorikseminare wie auch Fortbildungen für den Leitungs- und Managementbereich.

Die Aussagen der Untersuchung decken sich mit den Ergebnissen der Berufsfeldforschung (Gruber 2001), die ebenfalls fähigkeitsbezogene und therapiebegleitende Fortbildungen nennt.

> *Anordnungsmodus zur Physiotherapie* (siehe Kapitel 5): Hier ist insbesondere die organisatorische Abwicklung der Arbeitsvorgänge von der ärztlichen Verordnung bis zum Erstkontakt mit der zuständigen Diplomierten Physiotherapeutin gemeint.

### Die Prozessqualität wird definiert durch verschiedene Stufen:

Diese Stufen sind die Verantwortlichkeit, die Beschreibung, die Messung und die Beherrschung des Prozesses. Als Voraussetzung dafür sind definierte qualitätsrelevante Prozessmerkmale nötig, z. B. ein nachvollziehbares und vergleichbares Dokumentationssystem.

– *Im Neurologischen Krankenhaus „Rosenhügel“ der Stadt Wien wurde ein EDV-unterstütztes Dokumentationsprojekt für akute neurologische Patienten entwickelt, welches derzeit erprobt wird.*

– *In Vorarlberg bestehen durchgängige Modelle für die Verwendung von Scores und Therapiedokumentationen bei neurologischen Krankheitsbildern nach Vorgabe der „International Classification of Functioning and Disability“ (WHO 1999).*

### Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität bildet die wichtigste Grundlage für die Evaluation der erbrachten physiotherapeutischen Leistung. Es ist dies subjektiv durch die Zufriedenheit des Patienten bzw. Klienten an sich oder objektiv durch die Veränderung des Krankheitszustandes messbar.

Effektivitätsnachweise sind in manchen klinischen Bereichen (so zum Beispiel in der



Neurologie) wegen der Komplexität und dem Ineinanderwirken von körperlicher, psychischer und sozialer Ebenen schwierig zum Evaluieren.

Derzeit wird intensiv an der Schaffung einer Evidence Based Medicine (EBM, siehe auch Sackett 1996) für die Physiotherapie gearbeitet. Diese Evidenzbasierende Physiotherapie (EBP) stellt eine geeignete Methode dar, um aktiv Forschungsergebnisse auf ihre Umsetzbarkeit in der Praxis zu überprüfen (Scherfer 2001). Die Kombination von wissenschaftlichen Studienergebnissen mit Erfahrung und implizitem Wissen ist ein wichtiges Element physiotherapeutischen Handelns (vergleiche Kool/de Bie 2001).

In der Umfrage zum Berufsprofil der Diplomierten PT kommt der Stellenwert der wissenschaftlichen Tätigkeiten in verhältnismäßig geringen Prozentsätzen zum Ausdruck:

- Mitarbeit an sonstigen wissenschaftlichen Projekten und Studien: 7,0 Prozent (n = 900)
- Mitarbeit an klinischen Studien: 5,2 Prozent
- Leitung eigener wissenschaftlicher klinischer Studien: 2,3 Prozent

Bedenkt man, dass erst seit 1996 das Verfassen einer Diplomarbeit Inhalt der Ausbildung zur Diplomierten PT ist, relativieren sich diese Prozentangaben.<sup>41</sup>

### Zusammenfassung

Physiotherapie ist „Qualitätsarbeit“, das heißt, dass die Prinzipien des Qualitätsmanagements in der täglichen therapeutischen Arbeit spürbar sind. Standards zu bestimmten Krankheitsbildern sind bereits erstellt oder befinden sich in Ausarbeitung. Im Sinne der EBP, der wissenschaftlichen Forschung im Bereich der angewandten Physiotherapie, besteht ein großer Nachholbedarf.

40 siehe auch Tabelle 8.3

41 Die Diplomarbeit „Physiotherapeutische Forschung in Österreich“ (Seidel 1999) befasst sich eingehend mit dem Forschungsverhalten der österreichischen Diplomierten PT und geht den Ursachen der geringen wissenschaftlichen Aktivität nach.

# 13 Perspektiven

Physiotherapie zeigt sich als Profession mit hohem Anforderungsprofil und breitgefächertem Befundungs- und Behandlungsspektrum. Entsprechend der sich abzeichnenden Trends in Form eines stärker holistisch orientierten Denkansatzes, eines Voranschreitens alternativer Methoden, einer steigenden Lebenserwartung, eines verstärkten Gesundheitsbewusstseins und des Mündigwerdens des Patienten (vgl. auch Gruber 2001) – als meistgenannte gesellschaftliche Trends<sup>42</sup> – werden die traditionellen Einsatzgebiete der Physiotherapie (wie z. B. die Kuration, Rehabilitation, Orthopädie oder auch Neurologie) zukünftig um neue Arbeitsfelder ergänzt.

In dem Ausmaß, in dem der Gesundheitsvorsorge im Rahmen des Europaen Health Programs eine hohe Priorität eingeräumt wird, sieht die Physiotherapie in der *Prävention und Gesundheitsförderung* einen neuen Arbeitsschwerpunkt. Erfolgt Prävention und Gesundheitsförderung bislang in Kombination mit der Kuration oder Rehabilitation (siehe Kapitel 8), so soll der Schulung des eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins in jedem Alter verstärkte Aufmerksamkeit eingeräumt werden (56,4 Prozent).

Als weiteres neues Arbeitsfeld für die Physiotherapie wird der *arbeitsmedizinische Bereich* genannt: Ergonomische Beratungen am Arbeitsplatz und Physiotherapie in Betrieben werden von jeder Fünften der Befragten als zukünftige Arbeitsinhalte angesprochen (21,2 Prozent).

Aber auch der Bereich *Sport/Fitness* wird an Attraktivität gewinnen (16,3 Prozent). So sehen die befragten Diplomierten PT z. B. in der koordinativen-sensomotorischen Trainingstherapie im Bereich des Breiten- und Spitzensports eine neue Herausforderung in Abgrenzung zu Sportwissenschaftlern.

Darüber hinaus wird auch der *Seniorenarbeit* zukünftig stärkere Bedeutung beigemessen (14,4 Prozent). Die Erhaltung der Mobilität und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter, sei es im häuslichen Bereich oder im Pensionistenheim, das Lehren des Umgehens mit vorhandenen altersbedingten Behinderungen und Krankheiten (auch bei Angehörigen) stellen Aspekte dar, die stärker in das Zentrum physiotherapeutischen Handelns rücken sollen.

Der Einsatz von Diplomierten PT auf den oben genannten Gebieten wird zwar mehr und mehr betont. Gleichzeitig bleiben die herkömmlichen klinischen Fächer wie Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie in ihrer Wichtigkeit erhalten und werden eher noch durch bisher „untypische“ Felder wie Zahnmedizin (Kieferbehandlung), Kardiologie, Onkologie/Palliativmedizin, Gynäkologie und Veterinärmedizin ergänzt.

Eine Chance, neuen Herausforderungen zu begegnen, sieht die Physiotherapie vor allem im *Steigern und Forcieren der Qualität* (31 Prozent) gegeben. Dazu beitragen sollen vor allem die *Professionalisierung der physiotherapeutischen Arbeit* durch das Beherrschen und Verantworten des physiotherapeutischen Prozesses als Ganzes, das Entwickeln von diagnosebezogenen Standards und EDV-unterstützter Dokumentationssysteme, verstärkte fallbezogene Supervisionen, vermehrtes Prozessqualitätsmanagement, verstärkte Sachverständigentätigkeit<sup>43</sup> oder forciertes Evaluieren physiotherapeutischer Maßnahmen beitragen, aber auch

- a) der *Erwerb von Zusatzqualifikationen* (z. B. EDV-Kenntnisse, psychologisches Know-how, Managementqualifikationen für leitende Diplomierte PT) und
- b) die ständige *Fort- und Weiterbildung* im internationalen Kontext.

Stärkere Bedeutung soll zukünftig auch einer wissenschaftlich fundierten Physiotherapie, einem *wissenschaftlich reflektierten Berufshandeln* beigemessen werden (25,5 Prozent), mit dessen Hilfe die Physiotherapie der Forderung nach Qualitätsbelegen u. a. im Rahmen einer Evidenz-basierten Medizin (EBM) nachkommen möchte. Diese Tendenz, Physiotherapie als eigenes Forschungsfeld zu erkunden/beforschen, äußert sich in dem Bestreben einer wissenschaftlichen Begründung von physiotherapeutischen Maßnahmen/Leistungen und deren Wirksamkeit. Dazu muss die Möglichkeit für wissenschaftliches Arbeiten in der Physiotherapie geschaffen bzw. verbessert werden.

Neben diesem Bemühen um Qualitätssteigerung und wissenschaftlicher Reflexivität wird auch die Notwendigkeit um verstärkte Öffentlichkeitsarbeit betont (28,3 Prozent). Um die Leitideen der Physiotherapie und dadurch den Stellenwert, den Bekanntheitsgrad und das Selbstverständnis des Berufes in der Gesellschaft zu verankern, sind deshalb zukünftig öffentlichkeitswirksame Maßnahmen stärker zu betreiben.

Ebenso wird in einer Verbesserung von *Kooperationen* eine Möglichkeit gesehen, den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden (16,6 Prozent). Forciert werden soll nicht nur die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, auch innerhalb der Physiotherapie bietet der Ausbau von Netzwerken auf internationaler und nationaler Ebene eine Chance, das Wissen um Physiotherapie voranzutreiben und die Qualität der Arbeit zu sichern.

### Zusammenfassung

Für die Physiotherapie ergeben sich im Bereich der Prävention, Gesundheitsvorsorge, Arbeitsmedizin, Sport/Fitness und Seniorenarbeit neue Betätigungsfelder. Bisläng unkonventionelle klinische Fächer wie Onkologie, Zahn- oder Veterinärmedizin werden durch die Physiotherapie stärker erschlossen. Chancen, den neuen Herausforderungen zu begegnen, sieht die Physiotherapie in einer Qualitätssteigerung, einem stärker wissenschaftlich begründeten Berufshandeln, einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit und verbesserten Kooperationsformen.

- 42 Die Frage nach Entwicklungen, Trends und neuen Arbeitsfeldern war offen gestellt. Insgesamt haben sich von der Ausgangspopulation (n = 966) 81,5 Prozent zu dieser Frage geäußert.
- 43 Darunter ist die gerichtlich beendigte Sachverständigentätigkeit für Physiotherapie gemeint (siehe auch Gärtner 1997).

# Literatur

- Änderung des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) vom 9. 7. 1996 (BGBl. Nr. 327/1996)
- 
- Benninghaus H.: Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse. München 1996
- 
- Billy W., Kern H.: Teamarbeit – Organisation und Kommunikation in der Rehabilitation. In: Krankengymnastik, 50 (1998), 3, S. 472–475
- 
- Bortz J., Döring. N.: Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin 1995
- 
- Brade B. et al.: Das Becken. Tragende Mitte unseres Körpers. Manumedia, Graz 2000
- 
- Bundesärztekammer (2001): Kooperation der Fachberufe im Gesundheitswesen. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Fachberufe/40Kooperation.html> (letzte Aktualisierung: 18. 4. 2001)
- 
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) vom 31. 7. 1992 (BGBl. Nr. 460/1992)
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Physiotherapie, Berufsbild. Wien (o. J.)
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs: Unveröffentlichte Studie zum Tätigkeitsfeld von Diplomierten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Wien 2001
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Empfohlene Mindeststandards für PT-Praxen. Wien (o. J.)
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Physiotherapiestandard „Querschnittlähmung“. In: Physiotherapie Info, 9/2001, S. 5–6
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Physiotherapiestandard „Querschnittlähmung“. In: Physiotherapie Info, 8/2001, S. 5–6
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Physiotherapiestandard für die Diagnose Insult (Akutphase). In: Physiotherapie Info, 7/2001, S. 4–5
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Curriculum neu. Wien (o. J.)
- 
- Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Info (diverse Nummern), Wien 2000
- 
- Buresch-Kirner A.: Das Bewerbungsgespräch im Rahmen des Aufnahmeverfahrens an einer Akademie für den physiotherapeutischen Dienst der Stadt Wien. Eine empirische Untersuchung am Kaiser Franz-Josef-Spital. Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Rahmen der Sonderausbildung zur Heranbildung von lehrenden Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Wien 2000
- 
- Donabedian A., Avedis M.: The definition of Quality and Approaches to its Assessment. Michigan 1982
- 
- Flick U. et al. (Hg.): Qualitative Forschung. rororo, Reinbek bei Hamburg 2000
- 
- Gärtner C.: Gerichtlich beeidigte Sachverständige für Physiotherapeuten. In: Physiotherapie. 2, 1997, S. 49
- 
- Gattermeier I., Visek E.: Rückenschule durch und mit Physiotherapeuten. Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs, Wien 1991
- 
- Gesundheitsbericht für Wien 1998. Wien 1999
- 
- Gräsel V.: Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Physiotherapeuten in öffentlichen Krankenanstalten – Utopie oder gelebte Wirklichkeit? Diplomarbeit: Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am Wilhelminenspital, Wien 2001
- 
- Grosch G.: Kurze Geschichte der Physiotherapie. In: Hüter-Becker, A. (Hrsg.): Physiotherapie: Psychologie, Pädagogik, Berufslehre, Wissenschaftliches Arbeiten, Geschichte (Band 3). Stuttgart 1996, S. 231–259
- 
- Gruber E.: Bildung zur Brauchbarkeit. Berufliche Bildung zwischen Anpassung und Emanzipation. Eine sozialhistorische Studie. München 1997
- 
- Gruber E.: Physiotherapie, Trends und Perspektiven eines Berufsfeldes. Facultas, Wien 2001
- 
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2000. Wien 1999
- 
- Institut für neurologische Rehabilitation und Forschung (INRF) (Hrsg.) Handling und Lagerung halbseitig gelähmter Patienten nach einem Schlaganfall. Basierend auf den Grundlagen des Bobathkonzepts. Bad Radkersburg (o. J.)
-

Jäckel H.: Qualitätsmanagement in der Ergotherapie und Physiotherapie. In: Krankengymnastik, 50, 1998

Kaase M.: Meinungsforschung. In: Andersen, U./Woyke W. (Hrsg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. Opladen 1997, S. 357–360

Klimscha R.: Eigenverantwortlichkeit. In: MTD und Recht, Kompendium für rechtliche Fragen in den Berufsfeldern der medizinisch-technischen Dienste. Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs, Perchtoldsdorf (o. J.), S. 14 f

Kolster B., Ebel-Paprotny G.: Leitfaden Physiotherapie. 2. Auflage, Jungjohann Verlagsgesellschaft mbH, Lübeck 1996

Kool J., de Bie R.: Der Weg zum wissenschaftlichen Arbeiten. Stuttgart 2001

Koppensteiner D.: Auswirkungen des Bundesgesetzes zu Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste von 1992 und der MTD-Ausbildungsverordnung von 1993 auf das Verhältnis von Arbeitszeit und Freizeit für Studierende an der Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am AKH Wien. Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Rahmen des Sonderausbildungskurses zur Heranbildung von Lehrenden Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste. Wien 1997

Kux K.: Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs. Ausgabe 1999/2000. Wien 1999

Maus J.: Konferenz der Fachberufe setzt auf Qualitätssicherung. In: Deutsches Ärzteblatt 93 (1996), 33, S. A-2072

ÖBIG: Manuelle Therapien im Bereich orthopädischer Störungsbilder. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1999

ÖBIG: Curricula-MTD, Curriculumsentwicklung für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD), Zwischenbericht zur dritten Phase. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2002

ÖBIG: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. Teil 1: Länderausgaben. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1998

ÖSTAT (diverse Jahrgänge). Mikrozensus: Jahresergebnis, Beiträge zur österreichischen Statistik. Wien

ÖIBF/Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung (Hrsg.): Berufsprofil Sozialpädagoge/Sozialpädagogin (Erzieher/Erzieherin). Wien 1995

Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation: Telefonumfrage von Primarius Dr. Müller Michael zum Tätigkeitsbereich und Berufsbild der diplomierten Physiotherapeuten. Wien 2002

Pschyrembel W.: Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, Berlin 1996

Pschyrembel W.: Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage, Berlin 2000

Radner Th.: Eigenverantwortlichkeit. In: MTD und Recht, Kompendium für rechtliche Fragen in den Berufsfeldern der medizinisch-technischen Dienste. Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs, Perchtoldsdorf (o. J.), S. 14 f

Sackett D. L.: Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. In: British medical Journal, 312/1996, S. 71-72

Scherfer M.: Evidenzbasierte Praxis in der Physiotherapie – Bedrohung oder Chance? In: Zeitschrift für Physiotherapeuten, 53, 2001

Schnell R., Hill P., Esser E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. München 1992

Schörner B.: Prämierung von Diplomarbeiten. Ausschreibungsbroschüre. Serie: Physiotherapie & Wissenschaft. Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.), Wien 1999

Seidel B.: Physiotherapeutische Forschung in Österreich. Diplomarbeit. Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am Kaiser Franz Josef Spital, Wien 1999

Statistik Austria: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch. Wien 1998

Statistik Austria: Arbeitskräfteerhebung. Wien 1999

Stenographische Protokolle: Gesundheitsförderungsgesetz, 1043 der Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrates XX. GP, 1998

Tutschek-Stiller E.: Beckenbodentraining, Informationen und physiotherapeutische Übungen zur Vorbeugung und Rehabilitation von Inkontinenz und Senkungsbeschwerden der Frau. Organon, Wien 1998

Veprek C.: Der Berufseignungstest an drei Wiener Akademien für den physiotherapeutischen Dienst. Evaluation der Testergebnisse der Bewerber für den Ausbildungslehrgang 1996 bis 1999 und ein Vergleich mit dem Pilotprojekt aus dem Jahr 1995. Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Rahmen der Sonderausbildung zur Heranbildung von lehrenden Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Wien 2000

Wahl M.: Stellenwert alternativer Konzepte in der physiotherapeutischen Behandlung. Diplomarbeit, Akademie für den physiotherapeutischen Dienst am Wilhelminenspital, Wien 2001

WHO (1999): International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Full Version. World Health Organization, Geneva 1999

WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization, Geneva 1999

Wolfgruber E.: Das Berufsprofil von Politikwissenschaftler/innen, Projektbericht. Institut für Politikwissenschaft der Universität Salzburg, Salzburg 1998

# Begriffserklärungen

## Akupunktmassage (APM)

Die Akupunktmassage basiert auf der traditionellen chi-nesischen Medizin. Es wird hierbei davon ausgegangen, dass die Lebensenergie auf genau definierten Bahnen, den sogenannten Meridianen, zirkuliert und alle Funktionen im Körper steuert. In der APM werden diese Meridiane stimuliert mit dem Ziel des Ausgleiches eines gestörten Energieflusses (Kolster/Ebelt-Paprotny 1996).

## Autosuggestion

Das Vermögen, sich selbst zu beeinflussen.

## Bobath-Therapie

Therapeutisches Verfahren, das zur konservativen Behandlung der infantilen Zerebralparese entwickelt wurde; systematisches Training zur Herstellung der normalen Tonuslage, Anbahnung höherintegrierter Bewegungs- u. Haltungsreflexe u. zur Unterdrückung pathol. bzw. primitiver Reflexmechanismen. Die B.-T. wird auch als krankengymnastische Behandlungsmethode zur Verhinderung bzw. Abschwächung spastischer Lähmungsercheinungen bei Pat. mit Apoplexie erfolgreich angewendet (Pschyrembel 1996).

## Craniosacrale Therapie

Elemente des cranosacralen Systems sind einerseits die mobilen Gefüge der Schädelknochen, andererseits das Sacrum, verbunden über das Duralrohr und den Liquor cerebrospinalis. Dysfunktionen des cranosacralen Systems können vielfältige und weitreichende Folgen auf das neurovegetative und vaskuläre System haben. Darauf kann mit speziellen Techniken und fundiertem Wissen über die körperlichen Zusammenhänge Einfluss genommen werden (ÖBIG 1999).

## Cyriax

Die Methode nach Cyriax gehört zu den Manualtherapien und dient der funktionellen Weichteildiagnostik und -behandlung (Kolster/Ebelt-Paprotny 1996).

## Evidence Based Medicine (EBM)

Unter EBM wird die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der klinischen Routineversorgung verstanden. Dazu gehören der kritische Umgang mit wissenschaftlicher Literatur, die Verwendung wissenschaftlich gesicherten Wissens (Evidenz) in der klinischen Praxis und die Evaluation des ärztlichen Handelns (Sackett 1996).

## FBL

Funktionelle Bewegungslehre nach Dr. Susanne Klein-Vogelbach. Nach Klein-Vogelbach gibt es einen Idealkörperbau für Statik und Konstitution, bei dem die optimale Gewichtsverteilung und die Längen von Rumpf und Extremitäten ökonomische Bewegungen ermöglichen. Bei jedem Menschen treten Abweichungen von diesem Ideal auf, die zu verändernden Bewegungsabläufen und eventuell Beschwerden führen können (Kolster/Ebelt-Paprotny 1996).

## Feldenkrais

„Form der Körpertherapie zur Verbesserung der Körperwahrnehmung u. indirekt der gesamten Selbstwahrnehmung durch Ausführung kleinster Bewegungen“ (Pschyrembel 1996).

## Fußreflexzonenmassage

„Massage an den Fußsohlen mit der Vorstellung reflektor. Beeinflussung zugeordneter Organsysteme (schulmed. nicht nachweisbar); günstige Wirkung auf die allg. Befindlichkeit unbestritten; vgl. Erfahrungsheilkunde“ (Pschyrembel 1996).

## Kaltenborn/Evjenth-Konzept

Ist ein Konzept der Manualtherapie.

## Kinesiologie

Die Kinesiologie befasst sich mit Unausgewogenheiten im Energiebereich. Diese können zu Körperfehlhaltungen, Schmerzen, Lernstörungen, Lebensmittelunverträglichkeiten, etc. führen.

## Kontraindikationen

„Gegenanzeige; Umstand, der die Anwendung eines Heilmittels od. eines diagn./therap. Verfahrens bei an sich gegebener Indikation in jedem Fall (absolute K.) bzw. nur unter strenger Abwägung der sich dadurch ergebenden u. der durch die Erkr. für den Pat. bestehenden Risiken (relative K.) verbietet“ (Pschyrembel 1996).

## Lymphdrainage

„Form der Streichmassage, um Lymphstauungen (z. B. Armödem nach Mastektomie) zu beseitigen; man streicht m. den Fingerkuppen auf der Haut in Richtung der Lymphbahnen“ (Pschyrembel 1996).

## Maitland

Ist ein Konzept der Manualtherapie.

## Manualtherapie

Die Manualtherapie wird mit den Händen ausgeführt mit dem Ziel der Diagnose und Therapie von reversiblen Funktionsstörungen am Halte- und Bewegungsapparat. Zum Nachweis derartiger Störungen wurden spezielle diagnostische Techniken (Palpation, Bewegungsprüfung, Gelenkstests, Muskeltests) entwickelt, die neben anderen herkömmlichen Diagnostikmethoden zum Einsatz kommen (ÖBIG 1999).

## McKenzie

Von Robin McKenzie entwickeltes Untersuchungs- und Behandlungskonzept insbesondere für Patienten mit Rückenbeschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule. Die Methode ist auch in anderen Wirbelsäulenabschnitten anwendbar (Kolster/Ebelt-Paprotny 1996).

## Osteopathie

Die Osteopathie ist eine manuelle Therapieform, begründet durch den amerikanischen Arzt Dr. Andrew Taylor Still (1828-1917). Die Osteopathie betrachtet nicht nur den Bewegungsapparat, sondern darüber hinaus auch die funktionellen Zusammenhänge mit den Organen sowie dem Gefäß- und Nervensystem (ÖBIG 1999).

## PNF

Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation; diese Methode führt zur Bahnung von Bewegungen über die Stimulierung der funktionellen Einheit von Nerv und Muskel (Kolster/Ebelt-Paprotny 1996).

## Psychomotorik

„Gesamtheit der durch psych. Vorgänge beeinflussten Bewegungen, z. B. mimische Bewegungen; Störungen der P. z. B. als psychomotorische Anfälle (s. Epilepsie)“ (Pschyrembel 1996).

## Reflexzonentherapie

Mittelpunkt der Reflexzonentherapie sind die mit den inneren Organen über das vegetative Nervensystem verbundenen Reflexzonen in der Körperperipherie (Kolster/Ebelt-Paprotny 1996).

## TCM

Traditionelle chinesische Medizin

## Thermotherapie

Therapeutische Nutzung von Wärmeanwendungen. Man unterscheidet die Kryotherapie (Wärmeentzug) und Wärmetherapie (Wärmezufuhr).

## Vojta-Therapie

„Neurophysiologisch orientiertes Bahnungssystem zur Wiederherstellung angeborener physiologischer Bewegungsmuster, die durch frühkindliche Hirnschäden in ihrer Entwicklung blockiert oder durch Traumata verlorengegangen sind“ (Kolster/Ebelt-Paprotny 1996).

# Abbildungsverzeichnis

## Seite

- 7 Abbildung 1.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Beschreibung der Stichprobe in Prozent
- 7 Abbildung 1.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Verteilung der Stichprobe nach Alters-  
gruppen in Prozent
- 21 Abbildung 5.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Gänzlich zugestandene Eigenverantwortung  
nach Maßnahmenbereichen in Prozent
- 21 Abbildung 5.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Auftraggeber der angestellten und frei-  
beruflichen Diplomierten PT in Prozent
- 23 Abbildung 6.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Verteilung nach der Form der Erwerbs-  
tätigkeit in Prozent
- 24 Abbildung 6.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Intra- und extramurale Tätigkeits-  
bereiche in Prozent
- 25 Abbildung 6.3**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Verteilung der Tätigkeitsbereiche  
in Prozent
- 25 Abbildung 6.4**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Schwerpunktmäßiger Tätigkeitsbereich  
nach Erwerbsstatus in Prozent
- 26 Abbildung 6.5**  
Diplomierten PT/Befragung –  
Tätigkeitsverteilung nach klinischen  
Bereichen in Prozent
- 26 Abbildung 6.6**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Verteilung der Spezialisten/Allrounder  
nach Erwerbsstatus in Prozent
- 28 Abbildung 7.1**  
Der Physiotherapeutische Prozess
- 29 Abbildung 7.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Durchführung der einzelnen Elemente  
des Physiotherapeutischen Prozesses  
in Prozent
- 30 Abbildung 7.3**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Durchführung mittelbarer patienten-  
bezogener Aufgaben in Prozent
- 32 Abbildung 8.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Physiotherapeutische Maßnahmen und  
Verfahren, Anteil der Ausübenden von  
den Befragten insgesamt in Prozent

## Seite

- 33 Abbildung 8.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Singuläre versus multiple Konzept-  
anwendung in Prozent
- 33 Abbildung 8.3**  
Diplomierte PT/Befragung –  
„Klassische/konventionelle“ physio-  
therapeutische Konzepte, Anteil der  
Ausübenden an den Befragten insge-  
samt in Prozent
- 33 Abbildung 8.4**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Ausgewählte „klassische/konventionelle“  
PT-Konzepte, Anteil der Anwender an den  
Befragten insgesamt in Prozent
- 37 Abbildung 9.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Qualifikationsprofil von Diplomierten  
PT (ausgenommen fachlicher und  
Führungsqualifikationen)
- 39 Abbildung 10.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Teambzusammensetzung
- 40 Abbildung 10.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Interne und externe Kooperationen  
nach Erwerbsstatus in Prozent

# Tabellenverzeichnis

## Seite

- 21 Tabelle 5.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Anordnende Ärzte nach Fachrichtungen
- 22 Tabelle 5.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Anordnungsmodus der auftraggebenden  
Ärzte
- 24 Tabelle 6.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Verteilung der Arbeitsorte nach Bundes-  
ländern und Bezugssetzung zur Bevölke-  
rungsverteilung in Prozent
- 24 Tabelle 6.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Verteilung der Tätigkeitsorte nach intra-  
und extramuralem Bereich in Prozent
- 32 Tabelle 8.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Tätigkeitsspezifische Maßnahmen nach  
Einsatzbereichen, Anteil der Ausführenden  
an den Befragten insgesamt in Prozent
- 34 Tabelle 8.2**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Alternative Methoden, Anteil der Anwender  
innerhalb der alternativ Therapierenden in  
Prozent
- 34 Tabelle 8.3**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Weitere physiotherapeutische Aufgaben  
(abgesehen vom physiotherapeutischen  
Prozess), Anteil der hierin Tätigen an den  
Befragten insgesamt
- 44 Tabelle 12.1**  
Diplomierte PT/Befragung –  
Fort- und Weiterbildung

# Anhang

## A | Berufspflichten

Die Berufspflichten sind im MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, wie folgt festgehalten:

§ 11. (1) Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten und Klienten unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.

(2) Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse des jeweiligen gehobenen medizinisch-technischen Dienstes sowie der medizinischen Wissenschaft, soweit diese für den jeweiligen gehobenen medizinisch-technischen Dienst relevant ist, regelmäßig fortzubilden.

(3) Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen.

### Dokumentation

§ 11a. (1) Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten therapeutischen Maßnahmen zu dokumentieren.

(2) Den betroffenen Patienten oder Klienten oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Dokumentation zu gewähren.

(3) Bei freiberuflicher Berufsausübung sowie nach deren Beendigung sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Sofern Patienten oder Klienten durch eine andere zur freiberuflichen Ausübung eines entsprechenden gehobenen medizinisch-technischen Dienstes berechnigte Person weiterbetreut werden, kann die Dokumentation mit Zustimmung des Patienten oder Klienten oder deren gesetzlichen Vertreter durch diese weitergeführt werden.

### Auskunftspflicht

§ 11b. (1) Angehörige von gehobenen medizinisch-technischen Diensten haben den betroffenen Patienten oder Klienten oder deren gesetzlichen Vertretern alle Auskünfte über die von ihnen gesetzten therapeutischen Maßnahmen zu erteilen.

(2) Sie haben anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betroffenen Patienten oder Klienten behandeln oder pflegen, die für die Behandlung oder Pflege erforderlichen Auskünfte über Maßnahmen gemäß Abs. 1 zu erteilen.

### Verschwiegenheitspflicht

§ 11c. (1) Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

1. die durch die Offenbarung des Geheimnisses betroffene Person den(die) Angehörige(n) eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes von der Geheimhaltung entbunden hat, oder
2. die Offenbarung des Geheimnisses für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist, oder
3. Mitteilungen des (der) Angehörigen eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes über den(die) Versicherte(n) an Träger der Sozialversicherung und Krankenanstalten zum Zweck der Honorarabrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, erforderlich sind.



## B | „Klassische/konventionelle“ PT-Konzepte

### Atemtherapeutische Konzepte

- Autogene Drainage nach Chevalier
- Middendorf
- Postiaux
- PEP-Therapie
- Active Cycle of Breathing (ACBT)

### Psychomotorisch -, Körperorientierte Konzepte

- Leibtherapie nach Schafetter
- Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)
- Integrative Bewegungs- u. Leibtherapie (IBT)
- Psychomotorik
- Dropsy
- Nowo Balance
- Progressive Relaxation nach Jacobson
- Lösungstherapie nach Scharschuch-Haase

### Konzepte der Elektrotherapie (Elektrotherapeutische Verfahren)

- Neuromodulations(techniken) nach van der Esch (NMT)
- Magnetfeldtherapie
- Elektrostimulation (Reizstromtherapie)
- Laser
- Ultraschall
- Lichttherapie (Rotlicht, Blaulicht, UV-Bestrahlung)
- Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

### Massagen, reizgebende Konzepte an Weichteilen und andere

- Massage nach Marnitz
- Bindegewebsmassage (BGM)
- Manuelle Lymphdrainage nach Földi
- Manuelle Lymphdrainage nach Vodder
- Lymphdrainage nach Danzer Schule
- Triggerpunktbehandlung

### Sportmedizinisch orientierte Konzepte (Therapiekonzepte, die primär im Rahmen der Sportmedizin Anwendung finden)

- Sportphysiotherapie
- Medizinische Trainingstherapie (MTT)
- Physical Rehabilitation Training (PRT)

### Manuellertherapeutische Konzepte (Therapiekonzepte, die primär an Strukturen – Gelenken, Muskeln, Sehnen etc. – ansetzen)

- Manuelle Therapie nach Kaltenborn-Evjenth (OMT-KEK)
- Analytische Biomechanik nach Sohler (ABS)
- McKenzie
- Nichtoperative Orthopädische Medizin nach Cyriax/Dos Winkel
- Mulligan Konzept
- Maitland Konzept
- Manuellertherapie nach Tilscher
- Manuelle Therapie nach Lewit
- Manuelle Therapie nach Sachse
- Mobilisation der Nerven nach Butler /Rolf (NDT= Neurodynamische Mobilis.technik, NOI = Neuro-Orthopädisches Institut)
- Manuelle Therapie nach Hamm

### Funktionell begründete Bewegungskonzepte (Therapiekonzepte, die primär an funktionellen Bewegungsabläufen ansetzen)

- Funktionelle Bewegungslehre nach Klein Vogelbach (FBL)
- Thera-Band-Therapie nach Brügger
- Spiraldynamik
- Muscle Balance
- Schwimmtherapie nach McMillan/Halliwick
- Unterwassertherapie/ Unterwassergymnastik

### Konzepte auf neurophysiologischer Basis (Therapiekonzepte, die primär an neurophysiologischen Regelkreisen ansetzen)

- Bobath-Konzept
- Vojta-Konzept
- Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
- Stemmführung nach Brunkow
- Castillo Morales (dazu zählt Orofaciale Regulationstherapie = ORT; und Neuromotorische Entwicklungstherapie = NET)
- Perfetti
- Affolter/Präaffolter
- Basale Stimulation (Konzept nach Andreas Fröhlich)
- Sensorische Integration (Konzept nach Jean Ayres)
- Hippotherapie
- Petö (Konduktive Erziehung)
- Propriozeptive Stimulation nach Freeman/Jauda

### Therapiekonzepte zu bestimmten Krankheitsbildern

- Skoliotherapie nach Schroth/Lehnert
- Beckenbodentherapie nach Tanzberger/Orthofer
- Beckenbodentherapie nach Aspelt/Lütolf
- Beckenbodentherapie nach Orthofer-Tichany

### Sonstige Konzepte (die im Rahmen der PT-Behandlung zur Anwendung kommen)

- Mc Carell
- Validation nach Feil
- Gustavsen
- Lokale Gelenksstabilität nach Hamilton
- Mc Conell
- Fellington fones
- Kleinert (Finger-, Handoperationen) bzw. Duran-Houser (Handchirurgie)
- Geburtsvorbereitung (Beckenbodenrehabilitation) nach Menne/Heller
- Entwicklungsdiagnostik Zukunft-Huber

## C | Physio Austria

Physio Austria, der Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs, ist die berufspolitische Interessensvertretung aller praktizierenden und in Ausbildung befindlichen Diplomierten PT Österreichs und wurde in den 60er Jahren gegründet.

Physio Austria ist als gemeinnütziger Verein eingetragen, dem etwa 4300 Mitglieder angehören (Stand Februar 2004). Damit sind österreichweit rund 70 Prozent aller Diplomierten PhysiotherapeutInnen im Berufsverband organisiert. Physio Austria vertritt die berufspolitischen Interessen seiner Mitglieder in allen relevanten Institutionen und Gremien auf nationaler und internationaler Ebene (z. B. Ministerien, Sozialversicherungsträger, benachbarte Berufsgruppen, etc.)

### Aufgaben und Ziele des Bundesverbandes

- > Präsentation des Berufsstandes der Diplomierten PT in der Öffentlichkeit als zentraler Bestandteil des Gesundheitswesens in der Prävention, Diagnose und Behandlung von Bewegungsstörungen.
- > Aufklärung der Bevölkerung über die zentrale Bedeutung der Physiotherapie für die Verbesserung der körperlichen, sozialen und psychischen Gesundheit.
- > Institutionalisierung des Verbandes als gesetzlich verankerte Interessensvertretung, mit dem Recht auf Mitgestaltung berufsrelevanter Gesetze und Verordnungen. Schon jetzt wird Physio Austria bei entsprechenden Gesetzgebungen in die Begutachtung mit einbezogen und kann somit weitgehend die Interessen der Diplomierten PT in gesetzlichen Angelegenheiten vertreten.
- > Bessere Verankerung von Dipl. PhysiotherapeutInnen in Krankenanstalten
- > Erstellen und Anpassen von qualitätssichernden Maßnahmen und Therapiestandards in der Physiotherapie
- > Bearbeitung von Berufsübergreifen
- > Implementierung der derzeitigen Ausbildung in das tertiäre Bildungssystem
- > Förderung von wissenschaftlichen Arbeiten
- > Organisation von qualitativ hochwertigen Weiterbildungen für Dipl. Physiotherapeuten mit dem Ziel, die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse auf dem Gebiet der Physiotherapie zu vermitteln (z. B. Europäischer Kongress „Prävention von Krankheiten durch Physiotherapie“, 27 - 30. November 2002 in Wien)
- > Beratung der Verbandsmitglieder in berufsspezifischen und rechtlichen Angelegenheiten
- > Kooperation mit nationalen und internationalen beruflichen Interessensgruppierungen

Nähere Informationen zu  
Physio Austria: [www.physioaustria.at](http://www.physioaustria.at)

## D | Ausgewählte Fragen

### Ausgewählte Fragen aus dem Fragebogen der PT-Studie 2001

#### Allgemeines

1a. *Geschlecht:*

- Weiblich  
 Männlich

1b. *Alter:*

\_\_\_\_\_ Jahre

2. *In welchem Jahr haben Sie in Physiotherapie diplomiert?*

--	--	--	--

Noch in Ausbildung ⇒ weiter mit **Frage 45**

3. *Sind Sie derzeit als Dipl. PT tätig?*

- Ja  Nein ⇒ weiter mit **Frage 39**

5. *In welcher Form sind Sie als Dipl. PT tätig?*

- unselbständig  
 selbständig (freiberuflich)  
 unselbständig *und* selbständig

6. *Ihre Wochenarbeitszeit beträgt dabei:*

unselbständig \_\_\_\_\_ Stunden  
 selbständig \_\_\_\_\_ Stunden

Sofern Sie unselbständig und selbständig tätig sind, bitten wir Sie (aus auswertungstechnischen Gründen) sich zu entscheiden, ob Sie den Fragebogen aus der Sicht Ihrer unselbständigen Erwerbstätigkeit **oder** Ihrer Freiberuflichkeit beantworten möchten.

Ich beantworte den Fragebogen aus der Sicht meiner

- unselbständigen Erwerbstätigkeit  
 selbständigen Erwerbstätigkeit (Freiberuflichkeit)

7. *Wo arbeiten Sie als Dipl. PT?*

- |   |   |                                     |                                     |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Burgenland       | <input type="checkbox"/> Oberösterreich | <input type="checkbox"/> Tirol      |                                     |
| <input type="checkbox"/> Kärnten          | <input type="checkbox"/> Salzburg       | <input type="checkbox"/> Vorarlberg | <input type="checkbox"/> Im Ausland |
| <input type="checkbox"/> Niederösterreich | <input type="checkbox"/> Steiermark     | <input type="checkbox"/> Wien       |                                     |

**8. Wo befindet sich Ihr Tätigkeitsort?** *Mehrfachnennungen möglich*

<input type="checkbox"/> Uniklinik	<input type="checkbox"/> Eigene Praxi
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Physiotherapeutische.Gemeinschaftspraxis
<input type="checkbox"/> Rehabilitationszentrum	<input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Gemeinschaftspraxis
<input type="checkbox"/> Ambulatorium	<input type="checkbox"/> Praxis physikalischer Arzt
<input type="checkbox"/> Kureinrichtung	<input type="checkbox"/> Hausbesuche
<input type="checkbox"/> Sanatorium	<input type="checkbox"/> Praxis praktischer Arzt
<input type="checkbox"/> Betrieb/Firma	<input type="checkbox"/> sonstige Facharztpraxis
<input type="checkbox"/> Versicherung	<input type="checkbox"/> Tierarztpraxis
<input type="checkbox"/> Berufsverband	<input type="checkbox"/> Akademie für Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Senioren-, Pflege-, Altersheim	<input type="checkbox"/> andere Bildungseinrichtungen
<input type="checkbox"/> Kinder-, Jugendeinrichtung	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle
<input type="checkbox"/> Behinderteneinrichtung	<input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin. Einrichtung
<input type="checkbox"/> Fitnesscenter	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt
<input type="checkbox"/> Wellnesscenter	<input type="checkbox"/> Forschungseinrichtung

**Sonstiges, und zwar:**  \_\_\_\_\_

**Bereiche**

*Im Folgendem geht es darum, Ihre Tätigkeitsbereiche als Dipl. PT zu benennen.*

**ACHTUNG!**

*Bitte bedenken Sie, dass Sie die Fragen aus der Sicht Ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit **oder** unselbstständigen Erwerbstätigkeit beantworten!*

**10. In welchen Bereichen sind Sie tätig?** *Mehrfachnennungen möglich*

<input type="checkbox"/> Administration	<input type="checkbox"/> klinische Bereiche	<input type="checkbox"/> Qualitätswesen
<input type="checkbox"/> Aus-, Weiterbildung/Lehre	<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> PR/Öffentlichkeitsarbeit
<input type="checkbox"/> Forschung und Entwicklung	<input type="checkbox"/> Prävention	<input type="checkbox"/> Management
		<input type="checkbox"/> Untersuchung/Diagnostik

**Sonstiges, und zwar:**  \_\_\_\_\_

**11. In welchem Bereich sind Sie zeitlich schwerpunktmäßig tätig?** *nur eine Antwort möglich*

<input type="checkbox"/> Administration	<input type="checkbox"/> klinische Bereiche	<input type="checkbox"/> Qualitätswesen
<input type="checkbox"/> Aus-, Weiterbildung/Lehre	<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> PR/Öffentlichkeitsarbeit
<input type="checkbox"/> Forschung und Entwicklung	<input type="checkbox"/> Prävention	<input type="checkbox"/> Management
		<input type="checkbox"/> Untersuchung/Diagnostik

**Sonstiges, und zwar:**  \_\_\_\_\_

**13. In welchen klinischen Bereichen sind Sie tätig?** *Mehrfachnennungen möglich*

<input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Rheumatologie
<input type="checkbox"/> Geriatrie	<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> Traumatologie/Unfall
<input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Pädiatrie	<input type="checkbox"/> in keinen => weiter mit <b>Frage 15</b>

**Sonstiges, und zwar:**  \_\_\_\_\_

**14. In welchem klinischen Bereich liegt Ihr Schwerpunkt?**

<input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin	<input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> Rheumatologie
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Pädiatrie	<input type="checkbox"/> Traumatologie/Unfall
<input type="checkbox"/> Geriatrie	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	

**Sonstiges, und zwar:**  \_\_\_\_\_

**Aufgaben**

*Im Folgendem geht es darum, Ihre Tätigkeitsbereiche als Dipl. PT zu benennen.*

**ACHTUNG!**

*Bitte bedenken Sie, dass Sie die Fragen aus der Sicht Ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit **oder** unselbstständigen Erwerbstätigkeit beantworten!*

**15. Arbeiten Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit direkt am Patienten bzw. Klienten?**

Ja  Nein => weiter mit **Frage 24**

**16. In welchem Ausmaß führen Sie den physiotherapeutischen Prozeß durch? Tragen Sie an jeder Linie ein Kreuzzeichen ein, das Ihrer Einschätzung entspricht.**

	Immer	Nie
▶ Erstellen eines physiotherapeutischen Befundes	_____	
▶ Formulieren der physiotherapeutischen Diagnose	_____	
▶ Definieren des Hauptproblems des Patienten	_____	
▶ Formulieren von Therapieziel/en	_____	
▶ Erstellen eines Therapieplanes	_____	
▶ Festlegen der Therapiedauer	_____	
▶ Auswählen physiotherapeutischer Maßnahmen	_____	
▶ Durchführen physiotherapeutischer Maßnahmen	_____	
▶ Durchführen von Erfolgskontrollen (Zwischenbefunde)	_____	
▶ Dokumentieren aller relevanten Daten	_____	
▶ Bewerten physiotherapeutischer Maßnahmen in Bezug auf Effizienz nach Abschluß der Behandlung	_____	

**17. Welche physiotherapeutischen Maßnahmen und Verfahren wenden Sie bei der Arbeit mit Patienten/Klienten an?** *Mehrfachnennungen möglich*

<input type="checkbox"/> Atemtherapie	<input type="checkbox"/> Elektrotherapeutische Maßnahmen
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/> Entwicklungsdiagnostik
<input type="checkbox"/> Balneo/Hydro/Thermotherap. Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Entwicklungsförderung/Haltungsschulung
<input type="checkbox"/> Befundungsverfahren (standardisierte)	<input type="checkbox"/> Heilmassagen
<input type="checkbox"/> Befundungsverfahren (nicht standardisierte)	<input type="checkbox"/> Leistungsdiagnostik/Trainingsberatung
<input type="checkbox"/> EDV-unterstütztes Arbeiten (z.B. Ganganalyse)	<input type="checkbox"/> Lymphdrainagen
<input type="checkbox"/> Entspannungstechniken	<input type="checkbox"/> Physiotherapeutische Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Elektrodiagnostik	<input type="checkbox"/> Reflexzonentherapien
	<input type="checkbox"/> Wahrnehmungsschulung

Sonstiges, und zwar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**18. Welche speziellen physiotherapeutischen Konzepte (z. B. Bobath, Kaltenborn-Evjenth,...) wenden Sie dabei an? Führen Sie die Ihnen maximal fünf wichtigsten an.**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**19. Wie arbeiten Sie überwiegend?**

weitgehend nach einem Konzept

kombiniere mehrere Konzepte

**20. Wenden Sie bei der Arbeit am Patienten/Klienten darüberhinaus „alternative“ Methoden an? D.h. Methoden, die nicht direkt aus der Physiotherapie stammen bzw. die keine von der Krankenkasse anerkannte physiotherapeutische Maßnahmen darstellen wie z.B. Osteopathie, Akupunktur, ...**

Ja, und zwar:  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**21. Welche patientenbezogenen Aufgaben führen Sie noch durch? Mehrfachnennungen möglich**

<input type="checkbox"/> Patienteninformation/-beratung/-schulung	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelanpassung
<input type="checkbox"/> Patienteninstruktion	<input type="checkbox"/> Beratung/Schulung von Angehörigen
<input type="checkbox"/> patientenbezogene Zusammenarbeit mit Therapeuten	<input type="checkbox"/> Schulung der ADL (Activities of Daily Life)
<input type="checkbox"/> Beschaffung von Patientendaten	<input type="checkbox"/> Erstellen v. Broschüren/Arbeitsblätter
<input type="checkbox"/> Weitergabe von Patienteninformationen an Befugte	<input type="checkbox"/> Erstellen eines Abschlußberichts

**Sonstiges, und zwar:**  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**23. Wird Ihnen die eigenverantwortliche Planung, Gestaltung und Durchführung des physiotherapeutischen Prozesses seitens der Ärzte zugestanden?**

	gänzlich			gar nicht	
Physiotherapeutische Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiedauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung/Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation (Effizienzbewertung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Welche Aufgaben umfasst Ihre berufliche Tätigkeit (abgesehen vom physiotherapeutischen Prozeß)?**

	<u>ja</u>	<u>nein</u>
Patientenberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung prophylaktischer Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergonomische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsvorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen von therapeutischen Gipsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellen von Sachverständigengutachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vortragstätigkeit bei betriebsinternen Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vortragstätigkeit bei externen Fortbildungen/Tagungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehr-/Unterrichtstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschulung/fachliche Unterstützung neuer Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschulung/Betreuung von Praktikanten/Auszubildenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalentwicklung/-planung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Tätigkeiten/Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buchhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrative Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschaffung von Geräten, Hilfsmitteln etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigenständige Wartung von Geräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lesen von Fachliteratur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfassen von Publikationen/Artikeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeit an klinischen Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeit an sonstigen wissenschaftlichen Projekten/Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitung einer eigenen wissenschaftlichen/klinischen Studie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung neuer physiotherapeutischer Methoden etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutabnahme zur Laktatmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekretabsaugung durch Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasales Absaugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges, und zwar:</b>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____

**28. Welche Qualifikationen sehen Sie als Voraussetzung für Ihre berufliche Tätigkeit?  
(ausgenommen fachlicher Qualifikationen und Führungsfähigkeiten)**

1 = sehr wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = teilweise wichtig, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig

	1	2	3	4	5
Berufsspezifische Auslandserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Didaktische Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDV-Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Sprachkenntnisse, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethische Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pädagogische Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemlösungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhetorische Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unternehmungsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernetztes Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissenschaftliches Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges, und zwar:</b>					
o _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Ziele

Im Folgenden möchten wir herausfiltern, welche Ziele Sie mit Ihrer Arbeit verbinden.

**ACHTUNG!**

Bitte bedenken Sie, dass Sie die Fragen aus der Sicht Ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit **oder** unselbstständigen Erwerbstätigkeit beantworten!

29. Welche Ziele verbinden Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit? (in persönlicher, fachlicher und gesellschaftspolitischer Hinsicht)

---

---

---

---

## Auftrag

Im Folgenden gilt es Ihre Auftraggeber und Zuweisungsmodalitäten zu klären.

**ACHTUNG!**

Bitte bedenken Sie, dass Sie die Fragen aus der Sicht Ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit **oder** unselbstständigen Erwerbstätigkeit beantworten!

30. Wer sind Ihre Auftraggeber?

Mehrfachnennungen möglich

- Arzt
- Andere medizinische Gruppe/n, und zwar: \_\_\_\_\_
- Industrie/Firmen
- Versicherungsanstalt
- Öffentlicher Dienstgeber
- Verein/Selbsthilfegruppe
- Private Person
- Sonstige, und zwar:  \_\_\_\_\_

31. Welcher Arzt überweist Ihnen Patienten zur Therapie?

Mehrfachnennungen möglich

- keiner, ich arbeite nicht therapeutisch      ⇒ weiter mit **Frage 33**
- Praktischer Arzt       Neurologe       Internist       FA f. physikal. Medizin
- Unfallchirurg       Pädiater       Geriater       Psychiater
- Chirurg       Gynäkologe       Zahnarzt       Orthopäde
- Sonstige, und zwar:  \_\_\_\_\_

**32. Bekommen Sie überwiegend globale Zuweisungen zur Physiotherapie oder eine detaillierte Anordnung zur Behandlungstechnik bzw. -maßnahme?**

Physiotherapie                    Behandlungstechnik/-maßnahme

**34. Reihen Sie nachstehende Ziele der Tätigkeiten von Dipl. PT nach Ihrer Wichtigkeit:**

Wecken des Bewußtseins der Eigenverantwortlichkeit für Erhaltung oder Wiedergewinnung der Gesundheit des Patienten bzw. Klienten im Hinblick auf die Bedürfnisse des täglichen Lebens und der individuellen Lebenssituation

Sehr wichtig                    unwichtig

Optimierung des Bewegungsverhaltens zur Prävention und Behandlung bei primären oder sekundären Beeinträchtigungen des Bewegungssystem

Sehr wichtig                    unwichtig

Bekämpfung von Befindlichkeitsstörungen und Schmerzbekämpfung, soweit solche über das Bewegungssystem zu beeinflussen sind

Sehr wichtig                    unwichtig

Erhaltung und Förderung der Gesundheit durch den bewußten Einsatz des Bewegungssystem oder durch andere physiotherapeutische Maßnahmen

Sehr wichtig                    unwichtig

### Zusammenarbeit

*Nun möchten wir Ihnen einige Fragen betreffend Ihrer beruflichen Zusammenarbeit mit anderen Personen stellen.*

**ACHTUNG!**

*Bitte bedenken Sie, dass Sie die Fragen aus der Sicht Ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit **oder** unselbstständigen Erwerbstätigkeit beantworten!*

**35. Arbeiten Sie in einem Team (= Arbeitsgruppe)?**

- Ja  
 Nein            ⇒ weiter mit **Frage 38**

**36. Mit wie vielen Personen aus welchen Berufsgruppen bilden Sie ein Team?**

<input type="checkbox"/> Ärzte	<input type="checkbox"/> Logopäden	<input type="checkbox"/> MTF	<input type="checkbox"/> Orthopädietechniker
<input type="checkbox"/> Dipl. PT	<input type="checkbox"/> MTA	<input type="checkbox"/> Dipl. Pflegepersonal	<input type="checkbox"/> Psychologen
<input type="checkbox"/> Diätassistenten	<input type="checkbox"/> Orthoptisten	<input type="checkbox"/> Sanitätshilfsdienste	<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter
<input type="checkbox"/> Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/> RTA	<input type="checkbox"/> Heilpädagogen	
<input type="checkbox"/>	<b>Andere, und zwar:</b> _____		
<input type="checkbox"/>	<b>Andere, und zwar:</b> _____		

**37. Wodurch ist Ihre Teamarbeit charakterisiert?**

	Regelmäßig	nach Bedarf	gar nicht
Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsame Aufgabenanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klärung von Verantwortlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsame Zieldefinierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch von Daten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsweitergabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination von Tätigkeiten/Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfertigen von Protokollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Wie häufig arbeiten Sie beruflich mit folgenden Personenkreisen zusammen (außerhalb des Teams)?**

<input type="checkbox"/> Ich arbeite ausschließlich alleine	⇒ weiter mit <b>Frage 40</b>				
	immer	oft	gelegentlich	selten	nie
<input type="checkbox"/> Praktische Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fachärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tierärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere Dipl. PT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MTD-diagnostisch (MTA, RTA, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MTD-therapeutisch (Ergotherapeuten, Logopäden,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere Sozialberufe (Psychologen, Sozialarbeiter...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Worin sehen Sie allfällige Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und welche Gründe können dafür geltend gemacht werden?**

---



---



---



---

**Fort- und Weiterbildung**

*Im Folgenden möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Fort- und Weiterbildung stellen. Wichtig ist uns die Unterscheidung zwischen Fortbildungsveranstaltungen (maximal 8 Stunden bzw. nicht länger als einen Tag), Fortbildungskursen (mehrere Tage andauernd) und Zusatz-/Sonderausbildungen (mit Abschlussprüfung bzw. Zeugnis).*

**40. Wann haben Sie das letzte Mal eine Fortbildungsveranstaltung besucht (maximal 1 Tag)?**

Im Jahr \_\_\_\_\_  noch nie ⇒ weiter mit **Frage 42**

**41. Wie oft besuchen Sie im Durchschnitt eine Fortbildungsveranstaltung?**

mehrmals jährlich	1x jährlich	alle 2 Jahre	alle 3 Jahre	in größeren Intervallen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. Wann haben Sie zuletzt einen Fortbildungskurs besucht (mehrere Tage)?**

im Jahr \_\_\_\_\_

ich besuche derzeit einen Fortbildungskurs

ich habe noch nie einen Fortbildungskurs besucht ⇒ weiter mit **Frage 44**

**43. Welche fachliche und beruflich relevante Fortbildungskurse haben Sie seit Sie als Dipl. PT tätig sind besucht? Führen Sie im freien Feld die Titel der Kurse an (Achtung: keine Sonderausbildungen anführen).**

---

---

---

---

---

---

---

**44. Haben Sie eine oder mehrere Zusatz-/Sonderausbildungen absolviert? (Bitte geben Sie den genauen Titel an, z.B. SAB-Lehrend)**

- Nein  
 Ja, und zwar:

---

---

---

---

**45. Wie informieren Sie sich am häufigsten über berufsspezifische/physiotherapeutische Neuerungen?**

Bitte reihen Sie nachfolgende Informationsquellen nach der Häufigkeit Ihrer persönlichen Anwendung von 1 bis 8 (1 bedeutet „am häufigsten“)

- Fachzeitschriften, Bücher  
 Infos aus dem Internet  
 Tagungen des Berufsverbandes  
 Teilnahme an fachspezifischen Workshops  
 Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen  
 Erfahrungsaustausch mit Berufskollegen  
 Fortbildungen  
 Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

## Perspektiven

*Im nun abschließenden Teil des Fragebogens möchten wir Ihren Ideen für neue Entwicklungen und Orientierungen im Bereich der Physiotherapie Platz gewähren.*

**46. Bitte reihen Sie bis zu fünf wichtige Entwicklungen, Trends oder Arbeitsfelder, die Ihrer Ansicht nach in der Physiotherapie bedeutsam sind bzw. sein werden:**

- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

**47. Sofern Sie Absolventin der 3-jährigen Ausbildung sind: Welche Anregungen haben Sie für eine Neugestaltung der Ausbildung?**

---

---

---

---

---

---

**48. Versuchen Sie nun abschließend zu definieren, was für Sie die Kernkompetenzen der Physiotherapie sind?**

---

---

---

---

---

---

