

Information von Physio Austria,
dem Bundesverband der
PhysiotherapeutInnen Österreichs



qualität

**Europäische Kernstandards
für die Physiotherapeutische
Praxis**



Europäische Kernstandards für die Physiotherapeutische Praxis

Einleitung

Hintergrund 3

Europäische Kernstandards

Partnerschaft mit den PatientInnen 5

Respekt für die Person 5
Informierte Einwilligung 5
Vertraulichkeit 7

Diagnose- und Behandlungszyklus 8

Diagnose 8
Analyse 9
Behandlungsplanung 10
Implementierung 10
Evaluation 11
Übergabe der Versorgung/Entlassung 11

Kommunikation 12

Kommunikation mit PatientInnen und Pflegepersonen 12
Kommunikation mit anderen Fachkräften 12
Dokumentation 13

Förderung einer sicheren Arbeits- bzw.

Behandlungsumgebung 15

Sicherheit des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin
und des Patienten/der Patientin 15
Alleine arbeitende PhysiotherapeutInnen 15
Gerätesicherheit 16
Berufliche Fortbildung/lebenslanges Lernen 16

Anhang

Literatur 18

Glossar 19

Originaldokument: European Core Standards of Physiotherapy Practice

Angenommen von der Generalversammlung der
Europäischen Region des WCPT im Mai 2002.
Überarbeitet von der Generalversammlung der
Europäischen Region des WCPT im Mai 2008.

Veröffentlicht von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs
Übersetzung: Wolfgang Sützl
Redaktionelle Betreuung: Nicole Muzar
Grafik: Andrea Reynolds

Physio Austria, Juni 2010

Hintergrund

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

Die Grundlagen besagen, dass ein/e PhysiotherapeutIn folgende Pflichten und Rechte hat:

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

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

Diese Standards sind erforderlich, um

- der Öffentlichkeit gegenüber zu signalisieren, dass der Physiotherapeut/die Physiotherapeutin sich mit der Qualität der erbrachten Leistung befassen und bereit ist, selbstregulierende Programme zu implementieren, um diese Qualität beizubehalten
- Richtlinien für die berufliche Aus- und Weiterbildung zu formulieren
- Richtlinien für den/die im Beruf stehende/n Physiotherapeuten/Physiotherapeutin hinsichtlich der Erbringung und Evaluierung seiner/ihrer Leistungen bereitzustellen

- staatlichen Stellen, Aufsichtsbehörden und anderen Berufsgruppen Hintergrundinformationen über das Berufsbild der Physiotherapie zu liefern.

Standards sollen Werte, Bedingungen und Ziele, die für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Berufsstands erforderlich sind, widerspiegeln. Standards müssen auf gültigen Prinzipien basieren und messbar sein.

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

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

Wie wurden diese Standards entwickelt?

Als Reaktion auf die Richtlinien des WCPT hat die Arbeitsgruppe für berufliche Fragen des Europäischen Regionalverbands des WCPT die Entwicklung eines Werkzeugs erwogen, welches eine Analyse der Interaktion zwischen den einzelnen PhysiotherapeutInnen oder den physiotherapeutischen Einrichtungen und den PatientInnen ermöglicht. Dadurch können bestehende Standards evaluiert und hohe Standards gefördert werden. Die Überprüfung von Richtlinien zur Berufsausübung in verschiedenen Ländern führte zu der Ansicht, dass die von der CSP (Chartered Society of Physiotherapy, UK) erarbeiteten Kernpraxisstandards sehr deutlich formuliert sind und sich ohne weiteres anpassen lassen, um vom Europäischen Regionalverband übernommen zu werden. Die Genehmigung zur Nutzung dieser Standards wurde von der CSP erteilt. Die Standards liefern deutliche Aussagen zur verlangten Qualität der Interaktion, die erforderlich ist, um die vom WCPT formulierten ethischen Grundlagen umzusetzen. Die Aussagen sind in Kriterien unterteilt, die beschreiben, wie die Standards erreicht werden. Die Kriterien sind messbar, sodass PatientInnen, PhysiotherapeutInnen und andere die Qualität der Interaktion beurteilen können.

Wer sollte die Kernstandards anwenden?

Die Kernstandards sind ein Tool, das von PhysiotherapeutInnen, PatientInnen, der Öffentlichkeit und anderen, die ein Interesse an der Bereitstellung oder Inanspruchnahme qualitativ hochwertiger physiotherapeutischer Leistungen haben, angewendet werden kann. Der Begriff PatientIn wird in den Kernstandards, im Audit-Tool sowie in den weiteren Dokumenten des Europäischen Regionalverbandes des WCPT als Oberbegriff verwendet und bezieht sich auf Einzelpersonen und Gruppen von Einzelpersonen, die von einer physiotherapeutischen Betreuung profitieren können. Er umfasst somit alle Personen und Gruppen, die man als PatientInnen und KlientInnen bezeichnet.

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

Die Kernstandards gelten für jede/n einzelnen Physiotherapeuten/einzelne Physiotherapeutin und unterliegen seiner/ihrer Verantwortung. Das Audit-Tool umfasst eine Prüfung der PatientInnenunterlagen, der kontinuierlichen beruflichen Weiterbildung, Richtlinien zum Prozess der Prüfung durch Kollegen, einen Fragebogen zum Patienten-Feedback und ein Prüfwerkzeug für Leistungsstandards.

Für wen gelten die Standards?

Diese Standards gelten für alle PhysiotherapeutInnen, unabhängig davon, ob es sich um BerufsanfängerInnen oder hoch qualifizierte SpezialistInnen handelt, und ob sie in direktem oder indirektem Kontakt mit den PatientInnen, Betreuungspersonen und anderen KollegInnen ihres Berufsstands stehen. Darüber hinaus gelten diese Standards auch für Studierende der Physiotherapie, wobei nicht alle Standards für Studierende Geltung haben.

Der Umfang, in dem die einzelnen Standards für sie gelten, wird vor Ort festgelegt, beispielsweise durch das Ausmaß, in dem ihnen Aufgaben und Verantwortungsbereiche von einem/einer ausgebildeten Physiotherapeuten/Physiotherapeutin zugewiesen werden.

Welchen Status haben diese Standards?

Bei diesen Standards handelt es sich nicht um Mindeststandards oder Maximalstandards, sondern um Standards, die als erreichbar betrachtet werden. Es handelt sich um Standards, die jede/r PhysiotherapeutIn als Teil seiner/ihrer beruflichen Verantwortlichkeit anstreben sollte. Eventuell erforderliche Änderungen in der praktischen Berufsausübung, die zur Erreichung der Standards notwendig sind, unterliegen der Zuständigkeit des/der einzelnen Physiotherapeuten/Physiotherapeutin. Es können organisatorische Hindernisse bei der Durchführung dieser Standards auftreten. Dazu gehört beispielsweise ein beschränkter Zugang zu Nachweisquellen im Hinblick auf die wirksame Berufsausübung für PhysiotherapeutInnen, die in Gegenden ohne gute Infrastruktur tätig sind. In solchen Situationen sollten die Standards verwendet werden, um darauf hinzuweisen, dass alle PhysiotherapeutInnen und physiotherapeutischen Einrichtungen in der Lage sein sollten, alle Standards zu erreichen, und das Systeme eingeführt werden müssen, um dies zu ermöglichen.

Partnerschaft mit den PatientInnen

Respekt für die Person

Standard 1

Die Anerkennung des Patienten/der Patientin als eigenständige Person steht im Mittelpunkt der physiotherapeutischen Beziehung und wird zu jeder Zeit demonstriert.

Kriterien

1.1 Der/die PhysiotherapeutIn berücksichtigt die Lebensweise sowie die kulturellen Orientierungen und Praktiken einer Person und sollte in seinem/ihrem Umgang mit ihr von Fakten, nicht von Annahmen ausgehen.

Leitlinie: PhysiotherapeutInnen sollen jeden Patienten/jede Patientin als Person respektieren und entsprechende aktive Handlungen setzen. Der/die PhysiotherapeutIn soll den sozialen, beruflichen, persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen eines Patienten/einer Patientin sowie seiner/ihrer Kultur, ethnischen Zugehörigkeit, Geschlecht, sexuellen Orientierung, Religion, Behinderung, Alter, Ansichten, Werten, Fähigkeiten und mentalen Gesundheit Rechnung tragen, da sich diese auf das physische und psychologische Wohlbefinden eines Patienten auswirken können.

1.2 Der/die Physiotherapeutin ist höflich und rücksichtvoll.

Leitlinie: Der/die PhysiotherapeutIn muss sich der Auswirkung der eigenen Ansichten und Wertvorstellungen auf seine/ihre Praxis bewusst sein und dies berücksichtigen.

1.3 Der/die PatientIn wird so namentlich angesprochen, wie er/sie es wünscht.

Leitlinie: PhysiotherapeutInnen müssen sich der kulturellen Unterschiede bei Namenssystemen bewusst sein. Die PatientInnen sollten nach ihrem „Vor- und Familiennamen“ gefragt werden.

1.4 Dem Patienten/der Patientin wird der Name des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin, der/die für den jeweiligen Versorgungsabschnitt verantwortlich ist, mitgeteilt.

1.5 Der/die PatientIn weiß über die Rolle jedes einzelnen Mitglieds des Physiotherapie-Teams sowie der anderen Gesundheitsfachkräfte, die an seiner/ihrer Versorgung beteiligt sind, Bescheid.

Leitlinie: PatientInnen sollten informiert werden, wenn sie von einem Physiotherapie-Assistenten/einer Physiotherapie-Assistentin oder einem/einer Studierenden behandelt werden.

1.6 Die Privatsphäre und die Würde des Patienten/der Patientin werden respektiert.

Leitlinie: Untersuchungen, Diagnosen und Behandlungen erfordern eine geschützte Umgebung. Wo dies nicht möglich ist, sollte darauf geachtet werden, dass Gespräche nicht mitgehört werden. Intime Untersuchungen erfordern möglicherweise mehr Privatsphäre, und die PatientInnen sollten gefragt werden, ob sie die Anwesenheit eines Familienmitglieds oder Freunds als Beistand wünschen. PhysiotherapeutInnen müssen beachten, dass die Privatsphäre je nach Kultur unterschiedliche Bedeutungen haben kann.

1.7 Die Inanspruchnahme einer Begleitperson wird angeboten, wo angebracht.

Leitlinie: Dies variiert je nach lokalen Bestimmungen, Art der Untersuchung und den Wünschen des Patienten/der Patientin.

Informierte Einwilligung

Standard 2

Die PatientInnen erhalten die relevanten Informationen über die vorgeschlagene Physiotherapie, wobei auf ihr Alter, ihre emotionale Verfassung und ihre kognitiven Fähigkeiten Rücksicht genommen wird, um die Abgabe einer gültigen/informierten Einwilligung zu ermöglichen.

Leitlinie: Eine detaillierte Beschreibung der Art und des Zwecks einer vorgeschlagenen Intervention bzw. einer Behandlung reicht für die Zwecke einer gültigen/informierten Einwilligung aus, wobei der/die PhysiotherapeutIn die Pflicht hat, den Patienten/ die Patientin über alle potenziellen und bedeutenden Risiken, über Nutzen und Vorteile sowie über wahrscheinliche Ergebnisse der Behandlung aufzuklären. Bei PatientInnen, die möglicherweise nicht in der Lage sind, eine informierte Einwilligung zu geben, z.B. Kinder bei denen die Einwilligung von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eingeholt werden kann, bewusstlosen PatientInnen, PatientInnen mit schwer beeinträchtigter mentaler Gesundheit, verwirrten PatientInnen, und manchen Patienten mit Lernbehinderungen, kann die Einwilligung wenn möglich von den gesetzlichen Vertretern, dem Pflegepersonal oder anderen Personen eingeholt werden, deren Aufgabe es ist, im Namen des Patienten/der Patientin zu handeln. In manchen Ländern ist es möglich, die Einwilligung von Verwandten oder Pflegepersonal im Namen des Patienten/der Patientin einzuholen, in anderen wird die Entscheidung zur Behandlung von Fachkräften im besten Interesse der PatientInnen getroffen. Die Grundsatzerklärung des WCPT sollte in Zusammenhang mit diesen Standards beachtet werden.

Kriterien

Die gültige/informierte Einwilligung des Patienten/ der Patientin wird eingeholt, bevor eine Untersuchung/ eine Behandlung begonnen wird.

2.1 Die Behandlungsoptionen, einschließlich bedeutender Heilwirkungen, Risiken und Nebenwirkungen, werden mit dem Patienten/der Patientin besprochen.
Leitlinie: Unter Umständen muss diese Information schriftlich und in der geeigneten Sprache und Form vermittelt werden. Beispiel: Ein/eine PhysiotherapeutIn, der/die eine Elektrotherapie erwägt, würde mit dem Patienten/der Patientin die nachgewiesene Wirksamkeit dieser Therapie besprechen, aber auch das sehr kleine Risiko einer Verletzung durch Verbrennungen klar benennen.

2.2 Dem Patienten/der Patientin wird die Möglichkeit gegeben, Fragen zum besseren Verständnis zu stellen.

Leitlinie: Die PatientInnen brauchen möglicherweise Zeit, um die Informationen zu verarbeiten und sollten die Möglichkeit erhalten, Fragen zu stellen.

2.3 Der/die PatientIn wird über sein/ihr Recht informiert, die Physiotherapie jederzeit abzulehnen, ohne dass sich dies auf die zukünftige Behandlung auswirkt.

2.4 Wenn der/die PatientIn die Physiotherapie ablehnt, wird dies in der Akte des Patienten/der Patientin zusammen mit den Gründen (wenn diese bekannt sind) vermerkt.

2.5 In den Einrichtungen, die Praxisplätze für Studierende anbieten, wird der/die PatientIn darüber informiert, dass er/sie möglicherweise von einem/ einer Physiotherapiestudierenden oder einem/ einer Physiotherapieassistenten/Physiotherapieassistentin behandelt wird und erhält das Recht, dies abzulehnen und von einem/einer qualifizierten Physiotherapeuten/Physiotherapeutin behandelt zu werden.

2.6 Der Patient/die Patientin wird darüber informiert, dass seine/ihre Behandlung von einem/ einer Studierenden beobachtet werden kann und erhält das Recht, dies abzulehnen.

2.7 Die Zustimmung des Patienten/der Patientin zum Behandlungsplan wird in der Akte des Patienten/ der Patientin dokumentiert.

Leitlinie: Das Einholen von Einwilligungen ist ein laufender Prozess im gesamten Versorgungsverlauf. Vgl. Standard 8, Kriterium 8.1.

2.8 PhysiotherapeutInnen müssen nach eigenem Ermessen entscheiden, in welchen Fällen eine schriftliche Einwilligung nötig ist – etwa bei invasiven oder hochriskanten Verfahren.

2.9 Wo Formblätter für die schriftliche Einwilligung verwendet werden, wird eine Kopie bei der Akte des Patienten/der Patientin verwahrt.

2.10 Wenn möglich sollten die PatientInnen Informationsblätter erhalten, um den Einwilligungsprozess zu vereinfachen. Eine Notiz über die gegebene Information sollte in die Akte des Patienten/ der Patientin aufgenommen werden.

Vertraulichkeit

Standard 3

Informationen, die der/die PhysiotherapeutIn vom Patienten/von der Patientin erhält, wird mit strengster Vertraulichkeit behandelt.

***Leitlinie:** Im Zusammenhang mit diesen Standards sollten die Verhaltensregeln der jeweiligen Mitgliedsorganisationen beachtet werden, da diese genauere Leitlinien zu dieser Frage beinhalten.*

Kriterien

3.1 Persönliche Details werden in einer vertraulichen Umgebung besprochen.

***Leitlinie:** Dies gilt im direkten, persönlichen Kontakt mit den PatientInnen, Pflegepersonen oder anderen Gesundheitsfachkräften. Besonders acht zu geben ist aber auch dann, wenn über persönliche Details des/der PatientIn z.B. am Telefon gesprochen wird.*

3.2 Die schriftliche Einwilligung von den PatientInnen wird eingeholt, bevor identifizierbare klinische Informationen, Fotografien, Videos etc. für Lehrzwecke, Publikationen o.Ä. verwendet werden.

3.3 In Abstimmung mit dem Patienten/der Patientin kann der/die PhysiotherapeutIn anderen Gesundheitsfachkräften Zugang zu den Physiotherapie-Unterlagen des Patienten/der Patientin gewähren, wenn dies dem Patienten/der Patientin dienlich ist.

***Leitlinie:** Die vertraulichen Informationen eines Patienten/einer Patientin bleiben auch nach dem Ableben einer Person vertraulich. In diesen Fällen muss die Einwilligung vom Nachlassverwalter oder dem/der nächsten Verwandten eingeholt werden.*

3.4 Es gibt Fälle, bei denen auf Informationen ohne Einwilligung zugegriffen werden kann.

***Leitlinie:** Dies ist besonders wichtig, wenn Informationen von einem/einer ArbeitgeberIn angefordert werden, der/die Einzelheiten über einen/eine MitarbeiterIn erfahren will. Bei Rechtsangelegenheiten muss die schriftliche Einwilligung eines Patienten/einer Patientin eingeholt werden, bevor irgendwelche Informationen weitergegeben werden. Die PatientInnen sollten vollständig über die angeforderten und in der Folge weitergegebenen Informationen unterrichtet werden.*

3.5 Personenbezogene PatientInneninformationen werden sicher übertragen. Es gibt Fälle, wo Gerichtsentscheide Vorrang gegenüber der Vertraulichkeit haben.

3.6 Es werden Schritte unternommen, um die Vertraulichkeit gespeicherter oder in elektronischen Formaten übertragener personenbezogener PatientInnendaten sicherzustellen.

3.7 Wo die Vertraulichkeit nicht garantiert werden kann, sollte der/die PatientIn davon informiert werden und die Möglichkeit erhalten, Informationen nicht bekannt zu geben.

Diagnose- und Behandlungszyklus

Diagnose

Standard 4

Um wirksame physiotherapeutische Interventionen durchführen zu können, werden Informationen über die verschiedenen Behandlungsoptionen auf Grundlage der besten verfügbaren Nachweise identifiziert.

Leitlinie: Für die Beschaffung dieser Informationen kommen eine Reihe verschiedener Quellen in Frage, etwa der/die PatientIn, Verwandte/Pflegepersonen, andere Gesundheitsfachkräfte, Bibliotheken, elektronische Quellen, Fachzeitschriften und lokale Bestimmungen.

Kriterien

4.1 Der/die PhysiotherapeutIn setzt sich mit den Informationen über wirksame Interventionen für das Leiden des Patienten/der Patientin auseinander und unterzieht sie einer kritischen Prüfung.

Leitlinie: folgende Quellen kommen u.a. in Betracht:

- Forschung
- klinische Leitlinien und andere kurz gefasste Nachweise der Wirksamkeit
- Interessenvertretungen
- Leitlinien auf nationaler Ebene
- lokale Standards und Protokolle
- Information aus Ergebnismessungen
- PatientInnenorganisationen und -gruppen
- Expertisen
- Reflexion zur eigenen Praxis

Standard 5

Informationen über den Patienten/die Patientin und das bei ihm/ihr auftretende Problem werden gesammelt.

Leitlinie: Wenn möglich sollten die gesammelten Informationen den Werten und Bedürfnissen des Patienten/der Patientin und ihrer wichtigsten Pflegepersonen Rechnung tragen. Hintergrundinformationen über das bei dem Patienten/der Patientin auftretende Problem kann aus veröffentlichten

Forschungsergebnissen oder Nachweisen gewonnen worden.

Kriterien

5.1 Es gibt schriftliche Unterlagen über das Sammeln der Daten.

Diese beinhalten:

- die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse seitens des Patienten/der Patientin
 - die Erwartungen des Patienten/der Patientin an die physiotherapeutische Intervention
 - die demographischen Details des Patienten/der Patientin.
 - die auftretenden Leiden/Probleme
 - die Krankengeschichte
 - laufende medikamentöse und andere Behandlungen
 - Kontraindikationen/Vorsichtsmaßnahmen/Allergien
 - soziale und Familiengeschichte/Lebensweise
- Leitlinie:** Dies schließt die Auswirkungen beeinträchtigter Aktivität und Teilhabe nach ICF ein.
- relevante Untersuchungen

5.2 Es gibt schriftliche Unterlagen über eine physische Untersuchung, die zur Gewinnung jener messbaren Daten durchgeführt wird, anhand derer die physiotherapeutischen Bedürfnisse des Patienten/der Patientin analysiert werden können.

Leitlinie: Der Umfang der physischen Untersuchung kann durch das klinische Fach oder das am Patienten/ an der Patientin zum Zeitpunkt der Untersuchung auftretende Leiden bestimmt werden.

Dies beinhaltet:

- Beobachtung
- Einsatz spezifischer Diagnose-Werkzeuge bzw. -Techniken, einschließlich standardisierter Ergebnismessungen
- Palpation, manuelle Untersuchung

5.3 Die Ergebnisse der klinischen Diagnose werden dem Patienten erklärt.

5.4 Falls eine der erforderlichen Information fehlt oder nicht verfügbar ist, werden die Gründe dafür dokumentiert.

Standard 6

Unter Rücksichtnahme auf die Probleme des Patienten/der Patientin wird ein veröffentlichtes, standardisiertes, gültiges, verlässliches und aussagekräftiges Ergebnismessungsverfahren eingesetzt, um die Veränderungen in der gesundheitlichen Verfassung des Patienten/der Patientin zu evaluieren.

Leitlinie: Die CSP-Datenbank der Ergebnismessungen kann dabei als Ressource verwendet werden. (www.csp.org.uk)

Kriterien

6.1 Der/die PhysiotherapeutIn wählt eine Ergebnismessung, die für die Probleme des Patienten/der Patientin relevant ist.

Leitlinie: Die gewählte Ergebnismessung sollte auch die zu evaluierenden Komponenten der Rehabilitation umfassen. Der/die PhysiotherapeutIn wählt jene Ergebnismessung, die für die Behandlung am besten geeignet ist.

6.2 Der/die PhysiotherapeutIn stellt sicher, dass die Ergebnismessung für den Patienten/die Patientin akzeptabel ist.

Leitlinie: Die Ergebnismessung sollte dem Patienten/der Patientin erklärt werden (vgl. Standard 2).

6.3 Der/die PhysiotherapeutIn wählt eine Ergebnismessung, deren Anwendung, Durchführung und Interpretation er/sie beherrscht.

6.4 Der/die PhysiotherapeutIn trägt dem Wohlbefinden des Patienten/der Patientin während der Durchführung der Ergebnismessung Rechnung.

6.5 Schriftliche Anweisungen im Handbuch des Herstellers, im Testhandbuch oder den Service-Richtlinien werden bei der Durchführung und Auswertung der Ergebnismessung befolgt.

6.6 Das Ergebnis der Messung wird sofort aufgezeichnet.

6.7 Am Ende des Versorgungsabschnitts wird das gleiche Messverfahren eingesetzt wie zu geeigneten Zeitpunkten während des Versorgungsabschnitts.

Analyse

Standard 7

Nach der Sammlung und der Bewertung der Informationen wird eine Analyse durchgeführt, um einen Behandlungsplan zu formulieren.

Kriterien

7.1 Es gibt einen Nachweis für einen klinischen Argumentationsprozess (clinical reasoning).

Leitlinie: Das Peer-Review-Verfahren (siehe Dokument über Prüfungstools) bietet die Möglichkeit der Evaluierung des klinischen Überlegungsprozesses.

7.2 Es gibt schriftliche Unterlagen über die festgestellten Bedürfnisse/Probleme, die aufgrund der gesammelten Information formuliert werden (vgl. Standards 4 und 5).

Leitlinie: Hier kann die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO herangezogen werden.

7.3 Subjektive Messwerte werden bestimmt, aufgezeichnet und evaluiert.

Leitlinie: Diese Messwerte können etwa Beschreibungen von Schmerzen sowie von Stärke, Art, Ort und Tagesveränderungen des auftretenden Leidens durch den Patienten/die Patientin sein.

7.4 Objektive Messwerte werden bestimmt, aufgezeichnet und evaluiert.

Leitlinie: Quantifizierbare Messungen wie Bewegungsradius und Extremitätenumfang werden dabei berücksichtigt.

7.5 Eine physiotherapeutische Diagnose mit den relevanten Anzeichen und Symptomen wird aufgezeichnet.

Leitlinie: Eine medizinische Diagnose ist eine klinische Entscheidung, die aufgrund einer Bewertung der Anzeichen und Symptome am Patienten/an der Patientin getroffen wird. Sie benennt im Allgemeinen die vorhandene Störung, macht jedoch keine Annahmen bezüglich der Auswirkungen der Störung auf die Funktion. Der Begriff „physiotherapeutische Diagnose“ wird entweder unabhängig von einer medizinischen Diagnose oder im Zusammenhang mit dieser bestimmt. „Physiotherapeutische Diagnose“ bezieht sich auf das auftretende physiotherapeutische Problem. Sie wird im Allgemeinen als Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Patienten/einer Patientin durch ein Leiden ausgedrückt.

7.6 Falls der/die PatientIn und der/die PhysiotherapeutIn beschließen, dass keine Behandlung erfolgt, wird diese Information gegebenenfalls an den Überweiser/die Überweiserin übermittelt.

7.7 Die relevanten klinischen Untersuchungen/ Ergebnisse, die den Diagnose- und Managementprozess erleichtern, werden dokumentiert und evaluiert.

Leitlinie: Diese Tests können von einem Physiotherapeuten/einer Physiotherapeutin oder einer Gesundheitsfachkraft angefordert werden.

7.8 Die Erwartungen des Patienten/der Patientin sollten festgestellt und dokumentiert werden.

Leitlinie: Hier kann die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO herangezogen werden. (PatientInnen haben große Schwierigkeiten bei der Formulierung von Zielen. Die Bedeutung der Erwartungen seitens der PatientInnen ist ausführlich belegt.)

Behandlungsplanung

Standard 8

Ein Behandlungsplan wird in Partnerschaft mit dem Patienten/der Patientin formuliert.

Allgemeine Leitlinie: Der Behandlungsplan sollte auf den besten verfügbaren Nachweisen beruhen. Nachweise sind wahrscheinlich eine Kombination aus Forschungsergebnissen, klinischen Überlegungen, und einer Auseinandersetzung mit der spezifischen Auftrittform des Leidens am Patienten/an der Patientin.

Kriterien

8.1 Der/die PhysiotherapeutIn stellt sicher, dass der/die PatientIn vollständig am Entscheidungsfindungsprozess für die Behandlungsplanung beteiligt ist.

Leitlinie: Der/die PhysiotherapeutIn sollte die Ziele und Vorstellungen des Patienten/der Patientin berücksichtigen und sicherstellen, dass dieser/diese über ausreichend Information verfügt, um am Entscheidungsfindungsprozess mitzuwirken (sofern er/sie dazu in der Lage ist).

8.2 Der/die PhysiotherapeutIn demonstriert, dass er/sie die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin bzw. der Pflegeperson innerhalb seines/ihrer sozialen Kontexts berücksichtigt.

Leitlinie: Der Plan geht von der im Zuge des Diagnoseprozesses gesammelten Information aus und berücksichtigt die Sozial- und Familiengeschichte (z.B. Arbeit, Sport und Lebensweise) aber auch kulturelle und religiöse Ansichten. Faktoren, die sich auf die Behandlung auswirken können, werden berücksichtigt. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO kann dabei herangezogen werden.

8.3 Der Behandlungsplan dokumentiert die gewählten Interventionen klar. Dazu gehören:

- a) Der Zeitrahmen für die Implementierung und/oder Prüfung
- b) Ziele
- c) Ergebnismessung
- d) Die Benennung jener Personen, die den Behandlungsplan umsetzen, einschließlich kollaborativer und multiprofessioneller Teamarbeit
- e) relevante Risikoabschätzungen
- f) Delegation von Tätigkeiten an AssistentInnen oder Pflegepersonal

8.4 Wenn klinische Leitlinien oder lokale Protokolle zur Anwendung kommen, dann werden Datum, Version und Quelle des Dokuments in der Akte des Patienten/der Patientin vermerkt.

Leitlinie: Dies dient dem Zweck, im Falle einer Nachuntersuchung die Aufzeichnungen vor dem Hintergrund der akzeptierten Praxis zum gegebenen Zeitpunkt bewerten zu können. Dem Physiotherapeuten/der PhysiotherapeutIn wird empfohlen, eine Kopie des relevanten Dokuments bei den Unterlagen zu verwahren.

Implementierung

Standard 9

Der Behandlungsplan wird in einer Weise umgesetzt, die für den Patienten/die Patientin von Nutzen ist.

Kriterien

9.1 Alle Interventionen werden nach Behandlungsplan implementiert.

Leitlinie: Wann immer Tätigkeiten an AssistentInnen oder Studierende delegiert werden, verbleibt die Verantwortung bei der Person, welche die Aufgabe delegiert. Die delegierende Person hat die Pflicht, sicherzustellen, dass sich die delegierte Aufgabe für eine Delegation eignet; die Person, welche die delegierte Aufgabe übernimmt, hat die Pflicht, sicherzustellen, dass sie in der Lage ist, die Aufgabe auszuführen.

9.2 Alle Ratschläge und Informationen, die dem Patienten/der Patientin gegeben wurden, werden aufgezeichnet, unterschrieben und mit Datum versehen.

Leitlinie: Dies umfasst schriftliche und mündliche Informationen. Der/die PhysiotherapeutIn muss sicherstellen, dass die gegebene Information vom Patienten/von der Patientin verstanden wurde.

9.3 Geräte, die dem Patienten/der Patientin geliehen oder ausgehändigt werden, werden dokumentiert.

9.4 Etwaige Abweichungen vom ursprünglich beabsichtigten Behandlungsplan werden in der Akte des Patienten/der Patientin vermerkt, und die Gründe dafür werden benannt.

Leitlinie: Dies ist besonders dann von Bedeutung, wenn mehrere Gesundheitsfachkräfte an der Versorgung eines Patienten/einer Patientin beteiligt sind und aus verschiedenen Disziplinen kommen. Es muss klar sein, weshalb Änderungen am ursprünglich beabsichtigten Plan vorgenommen wurden. Der/die PatientIn muss in eine Änderung des Behandlungsplans einwilligen, und diese Einwilligung muss in den Unterlagen vermerkt werden.

Fachkräften, Spitälern, Rehabilitationszentren, und Hauspflege-Umgebungen, aber auch die Übergabe der Versorgung an Pflegepersonal oder mobile Rehabilitationsteams. „Entlassung“ bezeichnet die Beendigung der Versorgung. Ein/eine SchlaganfallpatientIn (CVA) kann zum Beispiel zuerst in ein Spital aufgenommen werden, dann in eine Rehabilitations-einrichtung, und schließlich in die häusliche Pflege übergeben werden.

Evaluation

Standard 10

Der Behandlungsplan wird laufend evaluiert, um sicherzustellen, dass er wirksam ist und den laufenden Veränderungen in den Umständen und der Gesundheitsverfassung des Patienten/der Patientin entspricht.

Kriterien

10.1 Es gibt schriftliche Nachweise dafür, dass bei jeder Behandlungssitzung folgende Punkte geprüft werden:

- a) Behandlungsplan
- b) subjektive Messwerte
- c) objektive Messwerte
- d) relevante Forschungsergebnisse

10.2 Alle Veränderungen, subjektive ebenso wie objektive, werden dokumentiert.

10.3 Alle Änderungen des Behandlungsplans werden dokumentiert.

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

10.5 Informationen, die im Zuge der Ergebnismessung gewonnen werden, werden dem Patienten/der Patientin mitgeteilt.

10.6 Unerwünschte und unerwartete Wirkungen, die während der Behandlung auftreten, werden im Rahmen der relevanten Verfahren berichtet und evaluiert.

Kriterien

11.1 Der/die PatientIn ist an den Vorbereitungen für die Übergabe der Versorgung bzw. der Entlassung beteiligt.

11.2 Die Vorbereitungen für die Übergabe der Versorgung bzw. die Entlassung werden in der Akte des Patienten/der Patientin festgehalten.

Leitlinie: Ein Entlassungs- oder Übergabebrief sollte versandt werden, wenn die Überweisung von einer anderen Gesundheitsfachkraft erfolgte. Entlassungsberichte können von VertreterInnen aus einem oder mehreren Fachgebieten verfasst werden, je nachdem, wo der/die PatientIn behandelt wurde.

11.3 Wenn die Versorgung eines Patienten/einer Patientin abgegeben wird, wird die Information an jene weitergegeben, welche die Versorgung fortsetzen.

Leitlinie: Dies sollte die Resultate der Ergebnismessungen beinhalten, aber auch eine Erklärung des angewandten Verfahrens und der Interpretation. Die Übermittlung der Information sollte innerhalb des lokal vereinbarten Zeitrahmens erfolgen. Die verwendete Sprache sollte von den EmpfängerInnen verstanden werden.

11.4 Nach der Beendigung des Versorgungsabschnitts wird ein Entlassungsbericht an den Überweisenden/die Überweisende übermittelt, wobei die lokal vereinbarten Verfahren gelten.

11.5 Bei allen PatientInnen wird eine angemessene Entlassungsinformation an deren Arzt gesendet.

Leitlinie: Wenn der/die PatientIn von sich aus den Physiotherapeuten/die Physiotherapeutin aufgesucht hat, dann soll mit ihm/ihr besprochen werden, welche Gesundheitsfachkraft diese Informationen erhalten soll (z.B. der Arzt/die Ärztin des Patienten/der Patientin). Der/die PatientIn hat das Recht, die Weitergabe dieser Information abzulehnen, doch die Implikationen einer solchen Ablehnung sollten besprochen und in der Akte des/der PatientIn vermerkt werden.

Übergabe der Versorgung/ Entlassung

Standard 11

Nach der Beendigung des Behandlungsplans wird die Übergabe der Versorgung bzw. die Entlassung vorbereitet.

Leitlinie: „Übergabe der Versorgung“ bezieht sich auf die Übergabe der Versorgung zwischen

11.6 Die Weitergabe der PatientInneninformationen respektiert die erforderliche Einwilligung durch den Patienten/die Patientin sowie das Gebot der Vertraulichkeit.

Kommunikation

Kommunikation mit PatientInnen und Pflegepersonen

Standard 12

PhysiotherapeutInnen kommunizieren effektiv mit den PatientInnen und/oder deren Pflegepersonen/Verwandten.

Allgemeine Leitlinie: PhysiotherapeutInnen sollten wo notwendig und praktikabel von Dolmetschdiensten Gebrauch machen.

Kriterien

12.1 Der/die PhysiotherapeutIn hört aktiv zu und gibt dem Patienten/der Patientin die Gelegenheit, effektiv zu kommunizieren.

Leitlinie: Besonderes Augenmerk sollte der nonverbalen Kommunikation geschenkt werden, denn auch diese kann die Interaktion beeinflussen.

12.2 PhysiotherapeutInnen kommunizieren mit den PatientInnen offen und ehrlich.

Leitlinie: In manchen Fällen, etwa bei der Versorgung Sterbender, muss u. U. mit dem ganzen Team ein gemeinsamer Zugang zur Kommunikation vereinbart werden.

12.3 Die gesamte Kommunikation, die schriftliche ebenso wie die mündliche, ist klar und eindeutig, für den Patienten/die Patientin leicht verständlich, und in einer Reihe von verschiedenen Formaten verfügbar.

Leitlinie: Abkürzungen und Jargon sollten vermieden werden. DolmetscherInnen sollten für jene verfügbar sein, die sie benötigen. Bei der Suche eines geeigneten Dolmetschers/einer geeigneten Dolmetscherin sollte der/die PhysiotherapeutIn sich der kulturellen Anforderungen, des Alters und des Verhältnisses des Dolmetschers/der Dolmetscherin zum Patienten/zur Patientin bewusst sein. Wenn es keine Alternative zum Einsatz eines Familienmitglieds gibt, sollte die Einwilligung des Patienten/der Patientin eingeholt werden.

12.4 Die Kommunikationsform wird auf die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin abgestimmt.

Leitlinie: Die Kommunikation sollte der Kultur, der Sprache und den physischen und kognitiven Bedürfnissen einer Person Rechnung tragen. Der Einsatz alternativer Kommunikationsformen wie Gesang, Video- und Audiokassetten und Bildern sollte erwogen werden.

12.5 Der/die PhysiotherapeutIn überprüft das Verständnis der Informationen durch den Empfänger/die Empfängerin.

12.6 Kommunikation über sensible Themen erfolgt in einer geschützten Umgebung.

12.7 Information über Selbsthilfegruppen und Netzwerke zu spezifischen Krankheitsbildern ist verfügbar.

Leitlinie: Der/die PhysiotherapeutIn sollte wissen, wo nicht ohne weiteres auffindbare Informationen erhältlich sind.

12.8 Bevor vertrauliche Details mit Pflegepersonen, Freunden oder Verwandten besprochen werden wird die Einwilligung des Patienten/der Patientin eingeholt.

12.9 Dem Patienten/der Patientin wird eine Kopie des Entlassungs- bzw. Übergabebriefes angeboten.

Kommunikation mit anderen Fachkräften

Standard 13

PhysiotherapeutInnen kommunizieren effektiv mit anderen Gesundheitsfachkräften und anderen relevanten Fachkräften, um eine effektive und effiziente Behandlung des Patienten/der Patientin zu gewährleisten.

Allgemeine Leitlinie: Dieser Standard gilt für die Kommunikation mit anderen Gesundheitsfachkräften

und mit jenen, die ein klinisches Interesse an der Versorgung des Patienten/der Patientin haben. Dies könnten zum Beispiel die Mitglieder eines multidisziplinären Teams, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen oder ArbeitsmedizinerInnen sein, die innerhalb oder außerhalb der Gesundheitsfürsorge tätig sind. Die Grundsatzerklärung des WCPT (1995), Abschnitt über „Beziehungen zu MedizinerInnen und Beziehungen zu anderen Gesundheitsfachkräften“, ist in diesem Zusammenhang zu beachten.

Kriterien

13.1 PhysiotherapeutInnen halten sich an lokal vereinbarte Überweisungssysteme.

Leitlinie: Diese Systeme definieren die Verfahren für die Annahme von Überweisungen und die Überweisung an andere Fachkräfte.

13.2 PhysiotherapeutInnen stellen Informationen für multidisziplinäre Diagnosen, geplante Übergaben der Versorgung und Entlassungen zur Verfügung.

13.3 PhysiotherapeutInnen einigen sich mit dem Patienten/der Patientin, dem multidisziplinären Team, den Pflegepersonen und der Familie auf gemeinsame Ziele.

Leitlinie: Die Kommunikation mit anderen an der Pflege beteiligten Gesundheitsfachkräften sollte schriftlich festgehalten werden. Als Nachweise kommen z.B. Briefe oder Protokolle von Telefongesprächen, Fallbesprechungen, multidisziplinären Team-Meetings und Weiterüberweisungen in Frage.

13.4 PhysiotherapeutInnen sind sich über die Rollen der anderen Mitglieder des multidisziplinären Teams im Klaren.

13.5 PhysiotherapeutInnen leisten ihren Beitrag zu multiprofessionellen Akten und gegebenenfalls zu Unterlagen im PatientInnenbesitz.

13.6 PhysiotherapeutInnen informieren andere über ihre spezifische Rolle.

Leitlinie: Dies kann in mündlicher, schriftlicher oder elektronischer Form erfolgen.

13.7 Die an andere Fachkräfte übermittelte Information ist direkt für deren Rolle in der Versorgung des Patienten/der Patientin relevant.

Leitlinie: Siehe auch Kernstandards 3.3 und 11.4.

13.8 PhysiotherapeutInnen kommunizieren mit anderen Gesundheitsfachkräften und anderen relevanten Fachkräften, die an der Versorgung eines Patienten/einer Patientin Anteil haben.

13.9 PhysiotherapeutInnen kommunizieren die relevanten Informationen unverzüglich.

13.10 Der/die PhysiotherapeutIn wählt die am besten geeignete Form der Kommunikation.

13.11 Die verwendete Sprache sollte vom Empfänger/ von der Empfängerin leicht zu verstehen sein.

13.12 Falls elektronische Kommunikation verwendet wird, z.B. bei der Übersendung/dem Erhalt von Überweisungen, müssen Maßnahmen getroffen werden, welche die Sicherheit und Vertraulichkeit dieser Mitteilungen gewährleisten.

Dokumentation

Standard 14

Um das PatientInnenmanagement zu erleichtern und gesetzlichen Erfordernissen zu entsprechen, muss für jeden/jede PatientIn eine Akte angelegt werden.

Allgemeine Leitlinie: Die Akten sollten Informationen über jede Phase der Versorgung/Intervention enthalten. Akten können uniprofessionell, multiprofessionell, elektronisch oder in Papierform geführt werden.

Kriterien

14. 1 Die Krankenakte wird mit dem ersten Kontakt angelegt.

14.2 Krankenakten werden sofort nach dem Kontakt mit dem Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin oder vor dem Ende des Tages, an dem der Erstkontakt stattfindet geschrieben.

14.3 Krankenakten sind zeitnah.

Leitlinie: In manchen Fällen kann es je nach lokalen Gegebenheiten wichtig sein, die Zeit der Durchführung der Behandlung festzuhalten. In diesen Fällen sollte die Prüfung der Einhaltung der Standards darauf Rücksicht nehmen. Akten werden nach der Niederschrift nicht ergänzt.

Echte Auslassungen sollten zum Zeitpunkt der Feststellung der Auslassung festgehalten werden.

14.4 Krankenakten erfüllen folgende Anforderungen:

- Prägnanz
 - Leserlichkeit
 - logische Sequenz
 - Datumsangabe
 - Genauigkeit
 - Angemessene Angabe von Details der durchgeführten Intervention
 - Unterschrift nach jedem Eintrag/jeder Sitzung
- Leitlinie:** Wenn Studierende die Diagnose und/oder die Behandlung durchführen, sollten sowohl der/die Studierende als auch der/die BetreuerIn die Akte unterschreiben.
- Angabe des Namens in Druckschrift nach jedem Eintrag/jeder Sitzung

Leitlinie: Dies ist notwendig, damit der/die PhysiotherapeutIn problemlos aufgefunden werden kann, falls die Unterschrift nicht leserlich ist. Die Akten müssen möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt eingesehen werden, wenn der/die PhysiotherapeutIn vielleicht schon wo anders tätig ist. Falls PatientInnen ständig vom gleichen Physiotherapeuten/der gleichen Physiotherapeutin behandelt werden, reicht es aus, den Namen auf jeder Seite der Akte einmal in Druckschrift anzubringen. Bei elektronischen Aufzeichnungen muss ein äquivalentes System zur Identifizierung des Autors/der Autorin bestehen.

- i) keine Verwendung von Korrekturflüssigkeit
- j) Verwendung von nicht löschbarer, kopiertauglicher Tinte
- k) Fehler werden mit einem einzelnen Strich durchgestrichen und mit Initialen versehen
- l) jede Seite der Krankenakte wird nummeriert
- m) der Name des Patienten/der Patientin sowie entweder das Geburtsdatum, die Akten- bzw. Archivnummer oder die Ausweisnummer des Patienten/der Patientin werden auf jeder Seite der Akte vermerkt
- n) Abkürzungen werden nur innerhalb von lokal vereinbarten Abkürzungs-Glossaren verwendet

14.5 Die Unterlagen werden ordnungsgemäß gekennzeichnet.

Leitlinie: Der/die qualifizierte PhysiotherapeutIn bleibt während der ganzen Zeit für das PatientInnenmanagement verantwortlich, auch wenn einzelne Tätigkeiten an AssistentInnen delegiert werden. Wenn der/die PhysiotherapeutIn von AssistentInnen oder Studierenden durchgeführte Tätigkeiten kontrolliert, muss jeder Eintrag vom Physiotherapeuten/von der Physiotherapeutin gegengezeichnet werden.

14.6 Wenn Diktiergeräte zur Aufzeichnung von Informationen verwendet werden, dann müssen die Niederschriften eine Datums- und Zeitangabe sowie Angaben über die klinische Kraft/die Schreibkraft aufweisen. Diktierte Unterlagen müssen die gleichen Detailinformationen beinhalten wie schriftliche Akten oder handschriftliche Unterlagen.

Standard 15

Die Aufbewahrung der Krankenakten erfolgt nach Maßgabe der bestehenden Bestimmungen und der geltenden Gesetze.

Allgemeine Leitlinie: Das Führen von Akten ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungsverantwortung des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin gegenüber dem Patienten/der Patientin. Die Akten sollten Informationen über jede Phase der Versorgung/der Intervention beinhalten. Die Akten können uniprofessionell oder multiprofessionell sein. Akten können in elektronischem Format oder in Papierform geführt werden.

Kriterien

15.1 Die Krankenakten werden sicher verwahrt

Leitlinie: Dies bezieht sich auf die individuelle Verantwortung des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin für Vertraulichkeit. Es gilt für die gesamte Information über den Patienten/die Patientin in Form von schriftlichen oder digitalen Aufzeichnungen, Tonbändern, E-Mails, Faxen, Videos, Fotografien, oder anderen elektronischen Medien. In mobilen Arbeitsumgebungen sollten die Krankenakten vom Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin mitgenommen und nicht in einem leeren Fahrzeug zurückgelassen werden.

15.2 PhysiotherapeutInnen halten sich an lokale IT-Sicherheitsbestimmungen.

Leitlinie: Falls der/die PhysiotherapeutIn Unterlagen über Nacht zu Hause verwahren muss, sollten diese in einem verschlossenen Behälter aufbewahrt werden.

15.3 PhysiotherapeutInnen halten sich an die lokalen/nationalen Bestimmungen, wenn der/die PatientIn Einsicht in seine/ihre Krankenakte fordert.

Leitlinie: Änderungen an einer Computerdatei sollten von entsprechend ausgebildeten Personen identifiziert werden können.

15.4 Es liegt ein Dokument vor, aus dem eindeutig hervorgeht, wer Aufbewahrungs- und Zugriffsrechte für die Krankenakten hat.

15.5 Krankenakten werden auf sichere Art vernichtet, wenn die nach den lokalen Bestimmungen und nationalen Gesetzen erforderliche Aufbewahrungszeit abgelaufen ist.

15.6 Für klinische Unterlagen auf Tonband ist eine Sicherungskopie in Papierform verpflichtend.

Förderung einer sicheren Arbeits- bzw. Behandlungsumgebung

Sicherheit des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin und des Patienten/der Patientin

Standard 16

PatientInnen werden in einer Umgebung behandelt, die für die PatientInnen, PhysiotherapeutInnen und Pflegepersonen sicher ist.

Allgemeine Leitlinie: Dieser Standard betrifft die Praxisbereiche, in denen PhysiotherapeutInnen Verantwortung für die Gesundheit und Sicherheit ihrer PatientInnen, KollegInnen und anderer Personen tragen. Bitte beachten Sie diesbezüglich auch die lokalen Bestimmungen und nationalen Gesetze.

Kriterien

16.1 Vor jedem Vorgang bzw. jeder Behandlung eines Patienten/einer Patientin wird eine Risikobewertung durchgeführt.

Leitlinie: Dies umfasst auch eine Risikobewertung für die geplante manuelle Behandlung, Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen. Unter Umständen muss auch auf nasse Böden u.Ä. Acht gegeben werden, die eine Gefahr für den Patienten/die Patientin darstellen könnten, und es muss sichergestellt werden, dass geeignete Kleidung und geeignetes Schuhwerk getragen werden. Die Risikobewertung sollte den Patienten/die Patientin, den Physiotherapeuten/die Physiotherapeutin, die vorgeschlagene Behandlungstechnik und die Umgebung berücksichtigen.

16.2 Auf die Ergebnisse der Risikobewertung folgen entsprechende Handlungen, um die festgestellten Gefahren zu minimieren.

16.3 Die PatientInnen werden darüber informiert, wie sie während einer Behandlung Hilfe herbeirufen können.

16.4 Der/die PhysiotherapeutIn ist in der Lage, Nothilfe anzufordern, wenn dies erforderlich ist.

Leitlinie: Dies kann von Systemen zum Herbeirufen von KollegInnen, Pflegepersonen oder Notfallteams in Spitälern bis zur Wahl von Notrufnummern in mobilen

Arbeitsumgebungen oder Privatpraxen reichen.

16.5 Die Maßgaben der Umgebungs- und persönlichen Hygiene sowie der Verfahren zur Infektionsvermeidung werden eingehalten.

16.6 Unerwünschte und unerwartete Vorfälle, oder Vorfälle, welche die Sicherheit des Patienten/der Patientin beeinträchtigen können (oder beeinträchtigt haben), werden berichtet, wobei die entsprechenden Verfahren auf lokaler und nationaler Ebene sowie die entsprechenden Bestimmungen der Berufsverbände eingehalten werden.

Alleine arbeitende PhysiotherapeutInnen

Standard 17

PhysiotherapeutInnen setzen Maßnahmen, die sicherstellen, dass die Risiken des Alleine-Arbeitens minimiert werden.

Leitlinie: Dies sollte im Zusammenhang mit lokalen Bestimmungen und nationalen Gesetzen gelesen werden.

Kriterien

17.1 Die Bestimmungen und Verfahren für alleine arbeitende PhysiotherapeutInnen werden immer eingehalten.

Leitlinie: Der/die PhysiotherapeutIn sollte die Bestimmungen und Verfahren gelesen haben und wissen, wie er/sie im Bedarfsfall darauf zugreifen kann.

17.2 Zwischen außer Haus arbeitenden PhysiotherapeutInnen und ihrem Stützpunkt bestehen Kommunikationsverbindungen.

Leitlinie: Dies kann mit Mobiltelefonen erfolgen, oder anhand einer Liste, die bei einem Kollegen/einer Kollegin hinterlegt wird, und auf der Namen, Adressen und Telefonnummern der besuchten PatientInnen verzeichnet sind. PhysiotherapeutInnen müssen sicherstellen, dass jemand über ihre täglichen Arbeitsabläufe unterrichtet ist.

17.3 Wenn es die Risikobewertung erforderlich macht, führen MitarbeiterInnen ein Alarmgerät mit.

Leitlinie: Das bestehende Risiko sollte bewertet werden und eine Entscheidung getroffen werden, ob ein Alarmgerät erforderlich ist. Beispiele dafür sind u.a. Arbeit außer Haus oder an Wochenenden, Bereitschaftsdienst, oder alleine arbeitende AmbulanzmitarbeiterInnen.

17.4 Wenn bekannte Risiken bestehen, erfolgen Hausbesuche nicht alleine.

Leitlinie: Bekannte Risiken können u.a. körperliche Risiken wie aggressive PatientInnen oder Tiere sein, können sich aber auch auf unsichere Gebäude oder Umgebungen beziehen. Es sollte nichts unversucht gelassen werden, um eine Risikobewertung vorzunehmen und Informationen von anderen Gesundheitsfachkräften einzuholen. Wenn möglich sollten bei Situationen mit bekannten Risiken die Besuche zusammen mit anderen Gesundheitsfachkräften erfolgen.

Gerätesicherheit

Standard 18

Alle Geräte sind sicher und zweckmäßig und gewährleisten die Sicherheit von PatientInnen, Pflegepersonen und PhysiotherapeutInnen.

Kriterien

18.1 Bevor ein Gerät am Patienten/an der Patientin eingesetzt oder diesem/dieser ausgehändigt wird, erfolgt eine visuelle und physische Sicherheitsprüfung.

Leitlinie: Dies umfasst Routine-Prüfungen, etwa der Abnutzung von Elektroden oder Klemmen, des Ansaugdrucks, des Reifendrucks bei Rollstühlen, usw.. PhysiotherapeutInnen haben die Verantwortung, Geräte, die nicht wie geplant gewartet wurden, zu berichten und sie, wenn notwendig, aus dem Verkehr zu ziehen.

18.2 Geräte werden für ihren vorgesehenen Zweck und nach der Anleitung des Herstellers eingesetzt.

Leitlinie: So werden z.B. Lasten tragende Geräte wie Rollstühle nur innerhalb ihrer Belastungsgrenzen verwendet.

18.3 Die Geräte werden nach Herstelleranleitung und den Bestimmungen der Infektionsvermeidung gereinigt.

Leitlinie: Dies betrifft Situationen, wo eine Reinigung vor jedem Einsatz an einem neuen Patienten/einer neuen Patientin notwendig ist. Gegenstände, die für den einmaligen Gebrauch bestimmt sind, werden nicht wieder verwendet und gegenüber der ursprünglichen Herstellerspezifikation nicht verändert.

18.4 Festgestellte Mängel an Geräten werden berichtet.

18.5 Mangelhafte Geräte werden sofort aus dem Verkehr gezogen.

18.6 Der/die PhysiotherapeutIn setzt neue Leitlinien zur Gerätesicherheit aktiv um.

Leitlinie: Dies beinhaltet von der Regierung oder von Gesundheitsbehörden veröffentlichte Informationen.

18.7 Die Risiken des Hauseinsatzes von elektrischen Geräten durch die PatientInnen werden minimiert.

Leitlinie: Geräte sollten mit Schutzschaltern ausgestattet sein. Batteriebetriebene Geräte werden eingesetzt, wo immer dies möglich ist.

18.8 Der Patient/die Patientin erhält Anweisungen zum sicheren Umgang mit dem ausgehändigten Gerät.

Leitlinie: Beispiele dafür sind TENS-Geräte, Gehhilfen, Halskrausen und Schienen. Die Anweisungen sollten klar und dokumentiert sein und dem Patienten/der Patientin wenn möglich schriftlich übergeben werden.

18.9 Es gibt Aufzeichnungen über alle an PatientInnen verliehenen Geräte.

Leitlinie: Diese Aufzeichnungen beinhalten auch Details über sicherheitsrelevante Maßnahmen am Gerät vor der Weitergabe an andere PatientInnen.

18.10 Der/die PhysiotherapeutIn setzt lokal oder national veröffentlichte Gesundheits- und Sicherheitshinweise aktiv um.

Berufliche Fortbildung/ lebenslanges Lernen

Standard 19

Der/die PhysiotherapeutIn stellt seinen/ihren Fortbildungsbedarf fest.

Leitlinie: Berufliche Fortbildung (continuing professional development, CPD) ist jener Bildungsprozess, durch den PhysiotherapeutInnen ihre Kenntnisse, ihr Wissen und ihre Kompetenzen entwickeln, um eine sichere und wirksame klinische Praxis zu gewährleisten. Es handelt sich um einen systematischen und zyklischen Prozess, der die gesamte Berufslaufbahn begleitet und die Arbeitsleistung des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin und die Versorgung der PatientInnen verbessert. Die Feststellung des Fortbildungsbedarfs erfolgt für gewöhnlich in Zusammenarbeit mit einem Kollegen/einer Kollegin oder einem/einer Vorgesetzten. „Lebenslanges Lernen und berufliche Fortentwicklung sind ein Kennzeichen eines/einer kompetenten Physiotherapeuten/ Physiotherapeutin. Die Teilnahme an der Fortbildung trägt zur Entwicklung und Erhaltung einer qualitativ hochwertigen Praxis bei.“ WCPT Grundsatzklärung, 1995

Kriterien

- 19.1 Die Feststellung berücksichtigt:
- Entwicklungsbedarf zur Verbesserung des gegenwärtigen Praxisumfangs und/oder zur Ausdehnung der Praxis in einen neuen klinischen Bereich oder einen Bereich, in dem seit längerem nicht mehr gearbeitet wurde
 - Feedback aus Leistungsdaten
Leitlinie: Leistungsdaten können z.B. laufende Statistikwerte, Prüfungsergebnisse oder die Analyse von Ergebnismessungen sein.
 - verpflichtende Erfordernisse
Leitlinie: Beispiele dafür sind Verhalten im Brandfall, Herz-Kreislaufreanimation und Training für manuelle Untersuchungen
 - Innovationen in der Praxis sowie technische Verbesserungen
 - Erfordernisse seitens der nationalen Regulierungs- und Zulassungsbehörden
 - Erfordernisse seitens der Organisation
Leitlinie: Das Wort „Organisation“ bezieht sich auf die ganze Bandbreite der Dienste, von einer Einzelpraxis bis zum großen Spital oder Rehabilitationszentrum.

Standard 20

Der/die PhysiotherapeutIn plant seine/ihre Fortbildung (CPD) und lebenslanges Lernen (LLL).
Allgemeine Leitlinie: PhysiotherapeutInnen sollten an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, um die Qualität der PatientInnenversorgung zu verbessern.

Kriterien

- 20.1 Es gibt einen schriftlichen Plan zur Feststellung des Fortbildungsbedarfs (Kernstandard 19).
- 20.2 Der Plan beinhaltet Lernziele.
Leitlinie: Lernziele sollten konkret, messbar, erreichbar, relevant und zeitlich definiert sein (specific, measurable, achievable, relevant, timed = SMART).
- 20.3 Der Plan definiert eine Reihe von Aktivitäten, die zur Erreichung des Lernziels führen.
Leitlinie: Diese Aktivitäten können beinhalten:
- reflektierte Praxis
 - weitere formale Ausbildung, z.B. Master oder Doktorat
 - Lektüre relevanter Fachzeitschriften
 - Teilnahme an Bildungsveranstaltungen
 - vorübergehende Tätigkeiten in anderen Arbeitsbereichen, Begleitpraktika
 - berufsbegleitende Fortbildungsprogramme
 - unabhängiges Lernen
 - klinische Prüfung
 - Implementierung klinischer Leitlinien
 - Peer Review
 - Mentoring
 - Kontakt mit anderen spezialisierten Physiotherapiegruppen, Berufen oder PatientInnenorganisationen

- Forschung
- Austausch von Kenntnissen und Wissen mit anderen
- klinische Supervision
- Mitgliedschaft bei einer klinischen Interessenvertretung

Standard 21

Der Fortbildungsplan (CPD/LLL-Plan) wird implementiert.

Kriterien

- 21.1 Es gibt schriftliche Nachweise in einem CPD-Portfolio, die belegen, dass der Plan implementiert wurde.
- 21.2 Der Plan wird in geeigneter Weise geprüft.
Leitlinie: Dies wird normalerweise mit einem Kollegen/einer Kollegin oder einem/einer Vorgesetzten innerhalb eines vereinbarten Zeitraumes durchgeführt.

- 21.3 Die CPD-Aktivität wird nach Beendigung nach folgenden Kriterien evaluiert:
- Auswirkungen auf die Praxis des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin
 - Auswirkung auf den Dienstbereich, in dem der/die Physiotherapeutin tätig ist
 - Auswirkungen auf die Praxis des physiotherapeutischen Berufs

21.4 Für die persönliche Lerntätigkeit wird geschützte Arbeitszeit vereinbart.

21.5 CPD-Tätigkeiten werden als Teil der Arbeitsbedingungen dokumentiert.

Standard 22

Der/die PhysiotherapeutIn evaluiert den Nutzen seiner/ihrer CPD/LLL-Aktivität.

Kriterien

- 22.1 Es gibt einen Nachweis über die Erreichung der Lernziele.
Leitlinie: Wenn die Lernziele nicht erreicht wurden, dann müssen die Gründe dafür besprochen und verstanden werden, um so zu einer neuen Feststellung des individuellen Lernbedarfs zu kommen.
- 22.2 Neue Lernziele werden entwickelt, um den zyklischen Prozess der CPD/LLL-Aktivitäten fortzusetzen.
- 22.3 Es gibt einen Nachweis, dass die Lernziele in einem Portfolio festgehalten werden.
- 22.4 Der/die PhysiotherapeutIn kann demonstrieren, dass der Lernprozess seine/ihre klinische Praxis verbessert und weiterentwickelt hat.

Literatur

Chartered Society of Physiotherapy (1994)

Health & Safety Handbook: Safety Representatives Information Manual, Chartered Society of Physiotherapy, London.

Chartered Society of Physiotherapy (1996)

Rules of Professional Conduct, Chartered Society of Physiotherapy, London.

Chartered Society of Physiotherapy (1998)

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

Chartered Society of Physiotherapy (2005)

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

Field MJ, Lohr KN eds (1992)

Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, Washington DC: National Academy Press.

Mayo N, Cole B, Dowler J, Gowland C, and Finch E, (1993)

Use of outcome measures in physiotherapy: survey of current practice, Canadian Journal of Rehabilitation, 1981–1982.

World Confederation for Physical Therapy (1995)

Declarations of Principle and Position Statements.

Glossar

Abkürzungsglossar

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

Aktive Aufmerksamkeit beim Zuhören

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

Diagnose-/Behandlungszyklus

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

Betreuer

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

Bewertung

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

Demographische Details

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

Empfänglichkeit

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

Ergebnismessung

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

Gültigkeit

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

Klinisches Audit/ Klinische Prüfung

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

Klinische Leitlinien

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

Klinische Supervision

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

Klinisches Team

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

Klinische Wirksamkeit

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

Kriterien

Die messbare Komponente eines Standards.

Medizinische Diagnose

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

Mitarbeiter des Gesundheitswesens

Umfasst alle medizinischen Berufe und sonstigen Fachleute im gesamten Gesundheitswesen.

Nonverbale Kommunikation

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

Objektive Messung

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

Patientenunterlagen

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

Physiotherapeutische Diagnose

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

Primäres Behandlungsteam

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

Prüfung durch KollegInnen

Eine Beurteilung der klinischen Leistung durch eine/n andere/n Physiotherapeuten/Physiotherapeutin, der/die über ähnliche Erfahrung und Kenntnisse verfügt.

Reflexionspraxis

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

Resultate

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

Risikobeurteilung

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

Risikobeurteilung der manuellen Behandlung

Siehe Risikobeurteilung.

Scharfe und spitze Gegenstände

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

Standard

Aussage, die den Bereich akzeptabler Behandlungen beschreibt.

Subjektive Messung

Eine Messung, die Urteilsvermögen seitens des Durchführenden erfordert.

TENS

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

Übertragung der Behandlung/Betreuung

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

Untersuchungen

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

Zielsetzung

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

Zusammenfassender Abschlussbericht

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

Zusammensetzung hinsichtlich der verschiedenen Fähigkeiten

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

Zuverlässigkeit

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