

Erweiterte Rollenfunktionen der Physiotherapie in der Rehabilitation - Positionspapier der Interessengemeinschaft Physiotherapie in der Rehabilitation (IGPTR)

Stand: Januar 2016

Peter Oesch, Martin Verra, Thomas Benz, Christian Czapracki, Christine Müller, Esther Kramer, Roger Hilfiker

Angaben zu den Autoren

Peter Oesch, PT, PhD, Klinikleitung Therapien und Leiter Ergonomieabteilung, Rehazentrum Valens, Kliniken Valens

Martin Verra, PT, PhD, Direktor Institut für Physiotherapie, Inselspital, Universitätsspital Bern

Thomas Benz, PT, MSc, Teamleiter Therapie Schmerzzentrum / Psychosomatik und wissenschaftlicher Mitarbeiter Forschung, RehaClinic Bad Zurzach

Christian Czapracki, PT, Leiter Therapie kneippshof Dussnang

Christine Müller, PT, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin Physiotherapie, Inselspital, Universitätsspital Bern

Esther Kramer, PT, Osteopathin D.O., MAS Managed Health Care, Leitung Therapeutische Dienste, Klinik Adelheid, Unterägeri

Roger Hilfiker, PT, MPtSc, Dozent, Fachhochschule Westschweiz, HES-SO Valais-Wallis, Studiengang Physiotherapie, Leukerbad

Einleitung

Das Schweizer Gesundheitswesen steht auf Grund von demografischen und epidemiologischen Entwicklungen vor grossen Herausforderungen. Da gibt es einerseits einen steigenden Versorgungsbedarf von immer mehr älteren, pflegebedürftigen Menschen und Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen und andererseits einen zunehmenden Mangel an Ärzten. Ein Hauptfokus in der politischen Diskussion zur Lösung der drohenden Versorgungsengpässe ist die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle. Diese suchen eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Gesundheitsfachpersonen bis hin zur Übernahme von erweiterten Rollenfunktionen (Engl. Extended Roles) von nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonen [1].

Der Bundesrat beschreibt in seinem Bericht „Gesundheit 2020“ seine gesundheitspolitischen Prioritäten aufgeteilt in 4 Handlungsfeldern mit den entsprechenden Zielen und Massnahmen um die zentralen Herausforderungen in den kommenden Jahren anzugehen [2]. Das Handlungsfeld 3 betrifft die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität. Das dazu abgeleitete Ziel 3.3 beschreibt den Bedarf an mehr und gut qualifiziertem Gesundheitspersonal und ist wie folgt formuliert: *„Die Anzahl der universitären und nicht universitären Aus- bzw. Weiterbildungsplätze soll dem Bedarf entsprechen und die Lerninhalte sollen den Anforderungen einer integrierten Versorgung angepasst werden, damit in der Schweiz genügend und den Bedürfnissen entsprechend ausgebildetes Gesundheitspersonal vorhanden ist.“* Als zentrale Massnahme wird die Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes gefordert. Dieses soll die Qualität und Kompetenzen der Ausgebildeten in den neu auf Fachhochschulstufe entstandenen Gesundheitsberufen gewährleisten. Zudem soll durch dieses Gesetz der Bedarf im Gesundheitswesen analysiert und mit entsprechenden Versorgungsmodellen abgedeckt werden [2].

Diese Absichtserklärung findet sich auch in der von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in 2014 veröffentlichten Charta zur Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute in der Schweiz. Die Charta soll dazu beitragen, a) die Behandlung der Patienten zu optimieren, b) angesichts des zunehmenden Mangels an Gesundheitsfachleuten die Versorgung sicherzustellen und c) die Arbeit der Gesundheitsfachleute zu unterstützen. Eines der Kernelemente dieser Charta ist, dass sich die Aufgabenverteilung nicht an hierarchischen Kriterien und/oder an traditionellen Berufsbildern orientiert. Die Berufsgruppen sollen bereit sein, je nach Situation Aufgaben abzugeben oder Verantwortung neu zu übernehmen. Dies bedeutet, dass die Gesundheitsfachleute entsprechend ihren spezifischen Kompetenzen und Fähigkeiten tätig sind und für dieses Handeln auch Verantwortung tragen [3].

Für die Physiotherapie stellt sich die Frage welche erweiterten Rollenfunktionen (ER) sie in diesen neuen integrierten Versorgungsmodellen übernehmen will und kann. ER sind als Aufgaben definiert die über den klassischen Verantwortungsbereich der Physiotherapeuten hinausgehen und eine zur Grundausbildung zusätzliche Ausbildung erfordern. ER in der Physiotherapie haben sich vor allem in

angelsächsischen und skandinavischen Ländern etabliert und werden auch als Advanced Practice Physiotherapy (APP) oder Extended Scope Physiotherapy (ESP) bezeichnet [4, 5]. Eine klare Trennung der Begriffe ist nicht möglich. Was in einem Land als APP bezeichnet wird ist im anderen Land ESP. Allen Ländern gemeinsam sind die zusätzlich benötigten vertieften Kenntnissen im Fach- oder Spezialgebiet und eine zusätzliche Ausbildung für ER. Meistens wird ein Master of Science oder eine Akkreditierung der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaft (z.B. ein universitäres CAS in Röntgendiagnostik) verlangt.

Beispiele von ER nichtärztlicher Gesundheitsberufe sind das Anordnen von diagnostischer Bildgebung und Pathologietests, Abgabe von Hilfsmitteln und bestimmten Medikamenten, eigenständig durchgeführte Injektionen, Nähen von kleinen Wunden, die Entfernung von Nahtmaterial, selbstständige postoperative Nachbetreuung, sowie die Überweisung von Patienten an Spezialärzte, andere Therapeuten oder in eine Klinik. Das Ausüben von ER durch nichtärztlichen Gesundheitsberufen hat sich in verschiedenen Ländern, allen voran Grossbritannien, als effektiv und erfolgreich erwiesen. Beobachtet wurden Reduktion von Wartezeiten und Behandlungskosten, Entlastung der Spezialärzte und eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit [1].

Im Gegensatz zu anderen Ländern fehlt in der Schweiz eine rechtliche Grundlage für ER. Dies gilt es bei der zukünftigen Rollenentwicklung zu berücksichtigen, indem erweiterte Kompetenzen gesetzlich legitimiert und bezüglich des Bildungsweges formalisiert werden. Das vom Bundesrat geforderte neue Gesundheitsberufegesetz könnte die Möglichkeit zur Definition neuer Rollenfunktionen der Physiotherapie bieten [2].

Es gab bis anhin keine Daten über die Ausübung von erweiterten Rollenfunktionen in der Physiotherapie in der Schweiz. Die Interessengemeinschaft Physiotherapie in der Rehabilitation (IGPTR) stellte sich deshalb die Fragen, welche erweiterte Rollenfunktionen in welchen Versorgungsmodellen in der Schweiz tätige Physiotherapeuten in der Rehabilitation ausüben, welche Ausbildungen dafür nötig sind und welche Faktoren die Ausübung von erweiterten Rollenfunktionen beeinflussen. Weiter wurde das Interesse von rehabilitativ tätigen Physiotherapeuten an ER und bei der Ausübung von ER empfundene Barrieren oder fördernde Faktoren erfragt.

Methoden

Studiendesign

In Anlehnung an die Befragung von Stamm und Hill [6] hat die IGPTR in 2013 und 2014 zwei Web-basierte Umfragen durchgeführt.

Umfrage 2013

Zielpopulation dieser Umfrage waren in der Schweiz rehabilitativ tätige Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Der Zweck dieser Umfrage war die Anzahl der ausgeübten erweiterten Rollenfunktionen und beeinflussende Faktoren zu bestimmen. Zudem interessierte das subjektive Interesse an ER, empfundene Barrieren und fördernde Faktoren.

Dazu wurde in einem ersten Schritt in den Vorständen der IGPTR Neurologie, - Bewegungsapparat und - Kardiopulmonal in Open Space Diskussionen ausgeübte ER ermittelt und von den Autoren dieses Artikels in klinische ER, administrative ER und wissenschaftliche ER kategorisiert. Diese Kategorien von ER wurden dann in einen Fragebogen integriert (siehe https://de.surveymonkey.com/r/BeispielFragebogenErweiterteRollen_IG-PTR oder für das PDF Link auf PTR-Seite). Dieser Fragebogen erfasste demografische Faktoren und die subjektive Beurteilung der ER. Diese Daten wurden weiter in Survey Monkey instrumentalisiert. Ausgehend von den Mitgliederlisten der IGPTR und deren Untergruppen wurden dann nach dem Schneeball-Verfahren in der gesamten Schweiz weitere rehabilitativ tätige Physiotherapeuten gesucht und mittels Survey Monkey nach diesen ER befragt.

Umfrage 2014

Zielpopulation dieser Umfrage waren Physiotherapeuten von Fachhochschulen die in der Entwicklung des Curriculums tätig sind, praxisausbildende Physiotherapeuten, leitende Physiotherapeuten und Studierende Physiotherapie die im Jahr 2014 abgeschlossen haben. Zweck dieser Umfrage war die Akzeptanz der initial definierten ER zu bestimmen. Dazu mussten die Befragten an Hand eines Fragebogens beurteilen (siehe Appendix 1), ob aus ihrer Sicht diese 27 ER mit einem Bachelor of Science (BSc) in Physiotherapie (d.h. ohne zusätzliche Aus – Weiter - oder Fortbildung, oder Berufserfahrung) durchführbar sind. Falls sie diese ER mit einem BSc für möglich hielten war die Akzeptanz als ER nicht gegeben. Die Befragten waren in diesem Fall aufgefordert die befähigende Abschlusskompetenz für diese, aus persönlicher Sicht vermeintliche ER, gemäss Definition der Fachhochschulen festzulegen. (https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/media/240311_Abschlusskompetenzen_Gesundheitsberufe_FH1.pdf)

Statistische Analyse

Die Analyse der ausgeübten ER erfolgte primär deskriptiv. Für die Bestimmung der wichtigsten Einflussfaktoren für die Anzahl der erweiterten Rollenfunktionen wurde eine multivariable Regressionsanalyse (Poisson Regression) durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden die berufliche Qualifikation, Zusatzausbildungen, das medizinische Versorgungsmodell, die Berufserfahrung und das Alter gewählt. Alle Analysen wurden in Stata Version 13.1 (StataCorp, College Station, Texas 77845, USA) durchgeführt.

Resultate

Umfrage 2013

An der ersten Befragung im Jahr 2013 nahmen 354 in der Rehabilitation in unterschiedlichen Funktionen (Abbildung 1) tätige Physiotherapeuten teil.

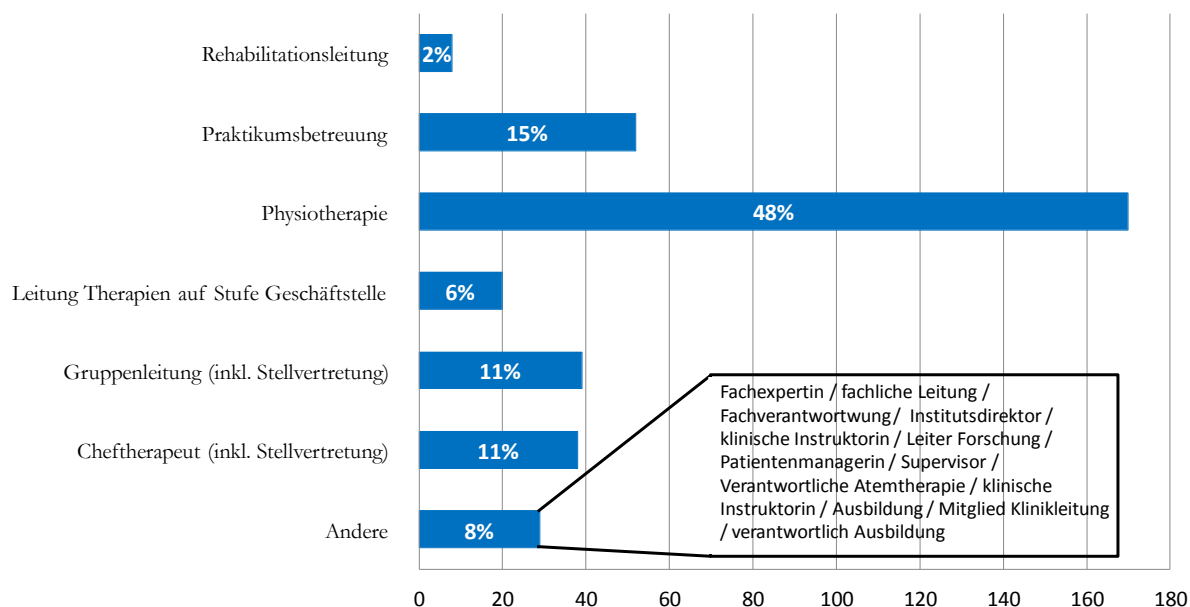


Abbildung 1. Funktionen der 354 in der Rehabilitation tätigen Physiotherapeuten die an der ersten Befragung teilnahmen.

Davon arbeiteten 29% in einem Akutspital und 71% in einem Rehabilitationszentrum. Ein Fünftel der Antwortenden erhielt das Diplom Physiotherapie zwischen 2010 und 2013, 37% zwischen 2000 und 2009; 43% vor 2000 (Abbildung 2).

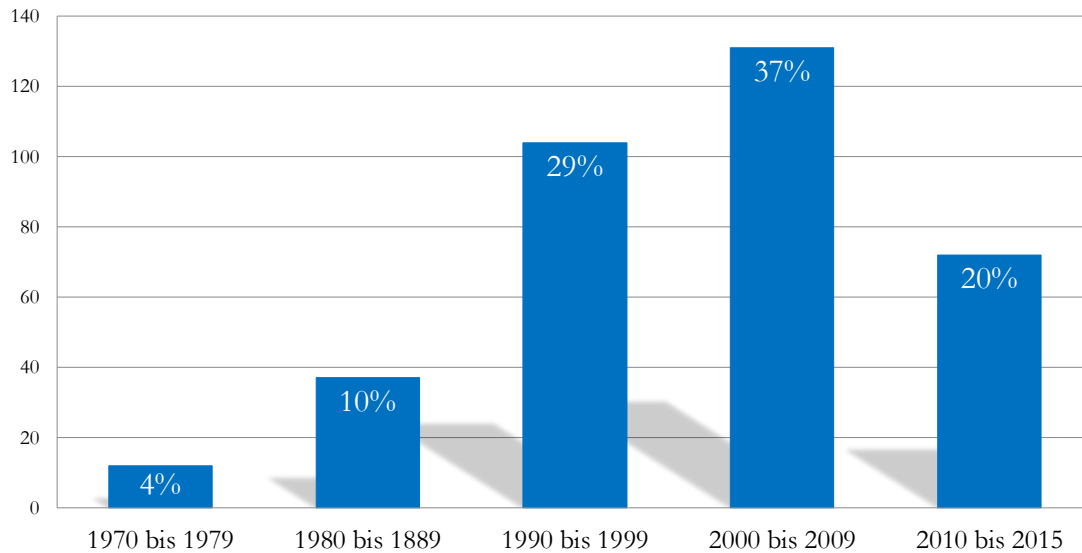


Abbildung 2. Jahr der Diplomierung der 354 in der Rehabilitation tätigen Physiotherapeuten die an der ersten Befragung teilnahmen.

Die Mehrheit hatte als höchste Ausbildung einen BSc-Titel (49%) oder ein Diplom an einer höheren Fachschule (33%), 6% einen Master of Advanced Studies (MAS), 10% einen Master of Science (MSc) und 1.4% einen Doktor-Titel (PhD) (Abbildung 3).

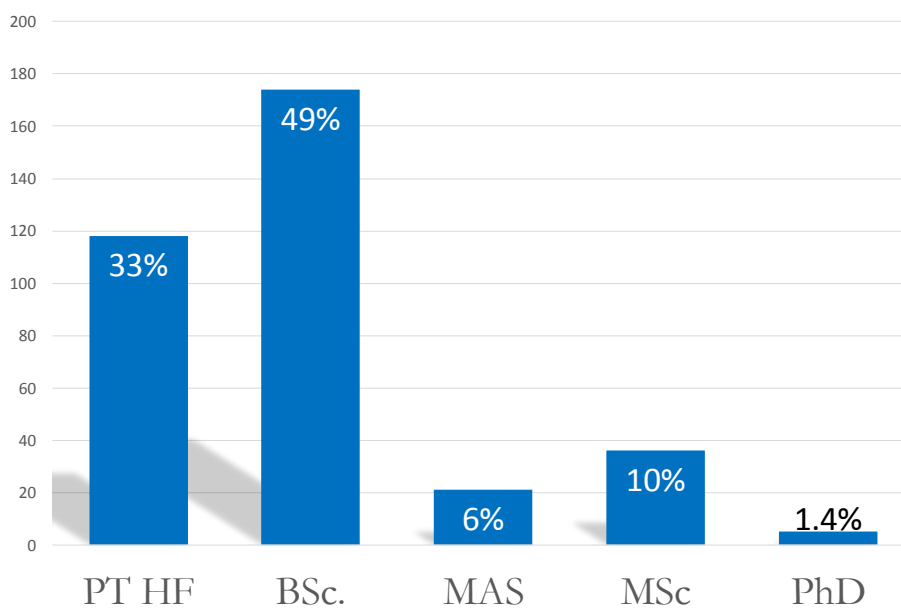


Abbildung 3. Höchste Ausbildung der 354 in der Rehabilitation tätigen Physiotherapeuten die an der ersten Befragung teilnahmen.

PT HF: Physiotherapieausbildung an einer höheren Fachschule (d.h. kein Bachelor of Science). BSc: Bachelor of Science, MAS: Master of Advanced Studies, MSc: Master of Science, PhD: Doctor of Philosophy (meistens ein wissenschaftliches Forschungsdiplom).

Das Durchschnittsalter der Physiotherapeuten mit einem BSc war 35.2 Jahre, für Physiotherapeuten mit einem MAS 43.5 Jahre. Am meisten Erfahrung in der Rehabilitation hatten die Physiotherapeuten mit einem MAS (15.4 Jahre).

Höchste Ausbildung	N (%)	Alter in Jahren. Mittelwert (SD), min. bis max.	Erfahrung in Rehabilitation, in Jahren. Mittelwert (SD) min. bis max.	Anzahl erweiterte Rollenfunktionen (Median, 25. bis 75. Perzentile) min. bis max.	Sehen Vorteile für erweiterte Rollenfunktionen (% Ja)	Verdienen mehr Lohn wegen Durchführung erweiterter Rollenfunktionen (% Ja)
PT-HF	117 (33%)	38.8 (10.6) 22 bis 64	12.5 (9.2) 1 bis 40	7 (4 bis 10) 0 bis 22	81%	25%
BSc	173 (49%)	35.2 (9.5) 22 bis 63	8.8 (8.9) 0 bis 58	8 (5 bis 11) 0 bis 22	80%	19%
MAS	20 (6%)	43.5 (6.0) 31 bis 53	15.4 (6.5) 5 bis 33	14 (7 bis 18) 0 bis 22	83%	56%
MSc	36 (10%)	40.7 (8.2) 27 bis 54	14.0 (7.3) 3 bis 30	13 (9 bis 15) 0 bis 22	87%	46%
PhD	5 (1%)	43.4 (8.0) 35 bis 55	13.6 (8.6) 3 bis 27	12 (6 bis 18) 5 bis 22	50%	75%
Andere	2					
Total	354 (100%)	37.6 (9.9) 22 bis 64	11 (9.0) 0 bis 58	8 (4 bis 12) 0 bis 22	81%	27%

Tabelle 1. Anzahl, Alter, Erfahrung und Anzahl erweiterte Rollenfunktionen, empfundene Vorteile und mehr Lohn aufgrund der erweiterten Rollenfunktionen pro Ausbildungsgruppe.

PT-HF: Physiotherapeut mit Ausbildung höhere Fachschule. BSc: Bachelor of Science. MAS: Master of Advanced Studies. MSc: Master of Science. PhD: Dokortitel (Philosophical Doctor)

Fast alle der Antwortenden (96%) gaben an, mindestens eine ER auszuüben. Die grosse Mehrheit der Befragten sahen Vorteile darin, ER auszuüben. Am meisten erweiterte Rollenfunktionen übten Physiotherapeuten mit MAS, MSc und PhD aus. Nur 27% der Befragten erhielten mehr Lohn für die Durchführung von ER. Vor allem die Physiotherapeuten ohne Leitungsfunktion bekamen meistens nicht mehr Lohn für die Durchführung der ER (nur 15% der Physiotherapeuten), siehe Abbildung 4.

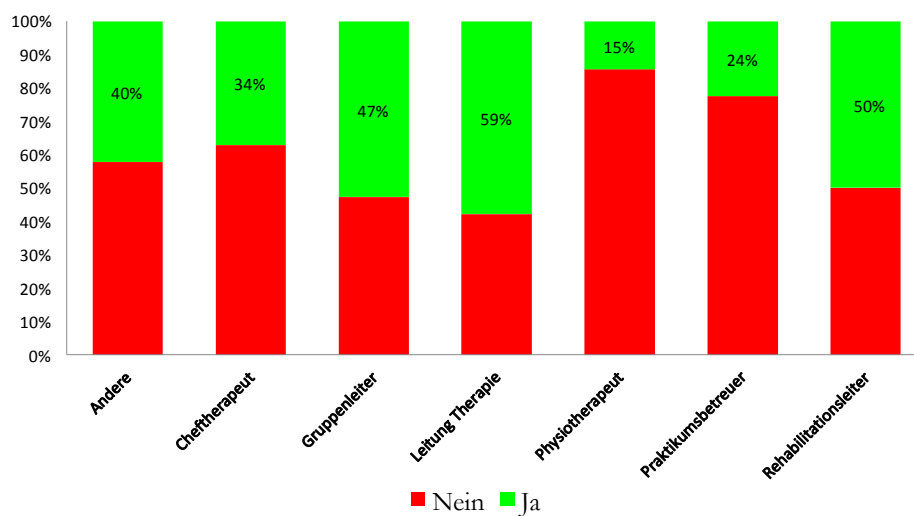


Abbildung 4. Wer bekommt mehr Geld bei der Ausführung von erweiterten Rollenfunktionen?

Die Abbildungen 5, 6 und 7 zeigen die Häufigkeiten der jeweiligen erweiterten Rollen in den drei Bereichen «Physiotherapie», «Leitung» und «Forschung».

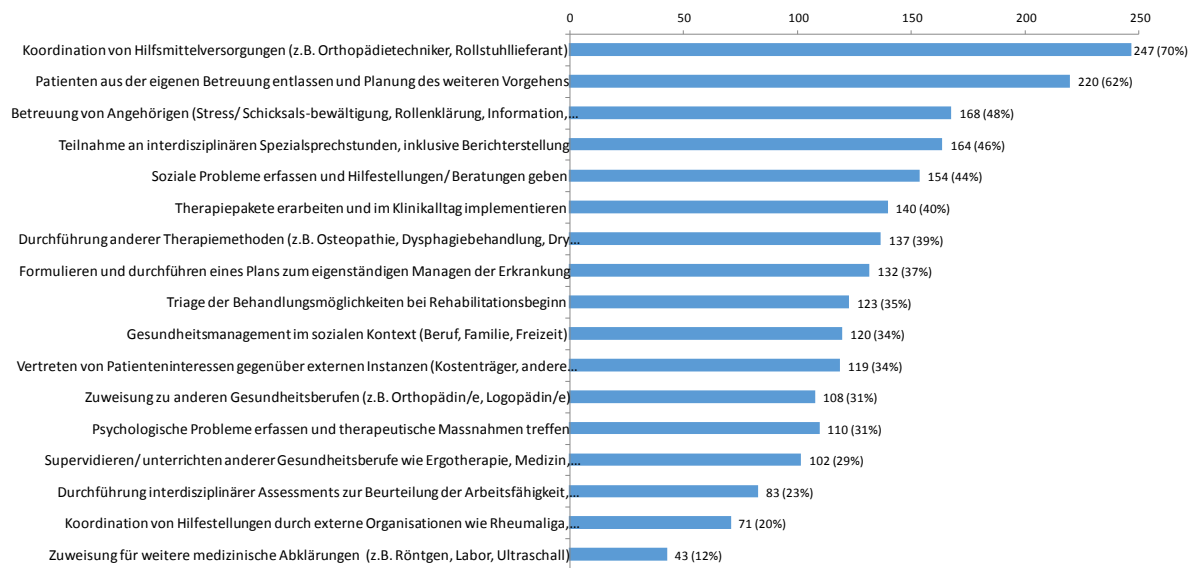


Abbildung 5. Verteilung der Häufigkeiten der Ausübung der jeweiligen erweiterten Rollen im physiotherapeutischen Bereich.

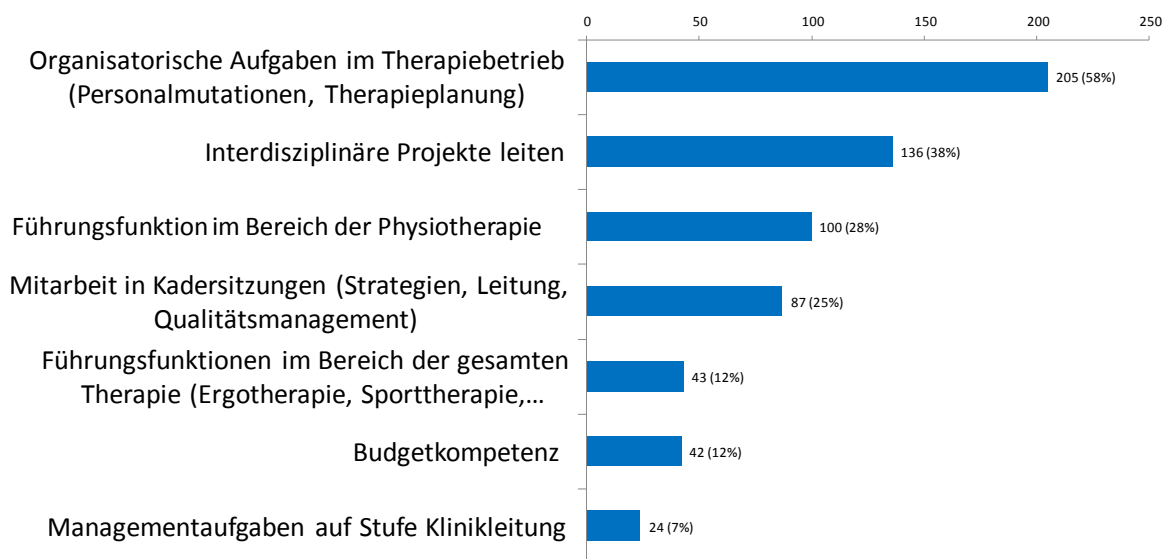


Abbildung 6. Verteilung der Häufigkeiten der Ausübung der jeweiligen erweiterten Rollen im Bereich Leitung.

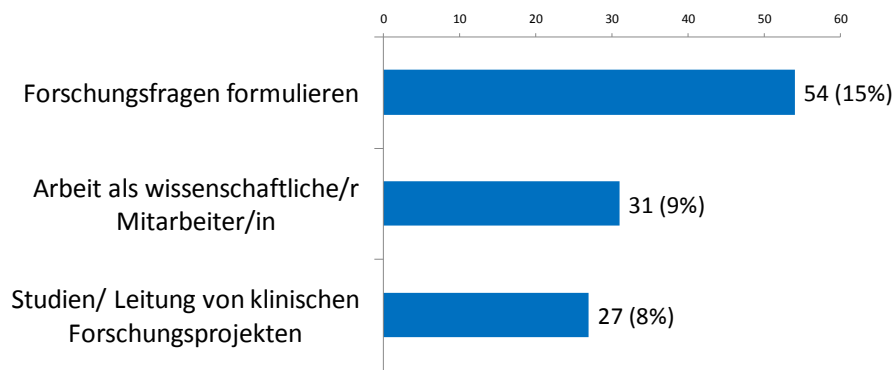


Abbildung 7. Verteilung der Häufigkeiten der Ausübung der jeweiligen erweiterten Rollen im Bereich Forschung.

Negative Einflussfaktoren

Über 60% gaben an, dass es negative Einflussfaktoren für die Durchführung der ER gibt. Die am häufigsten genannten negativen Einflussfaktoren waren Zeitmangel (44%), Geldmangel / Problem der Finanzierung (24%), Einstellung der Mediziner (21%) oder Mangel an Wissen (19%) (Abbildung 8).

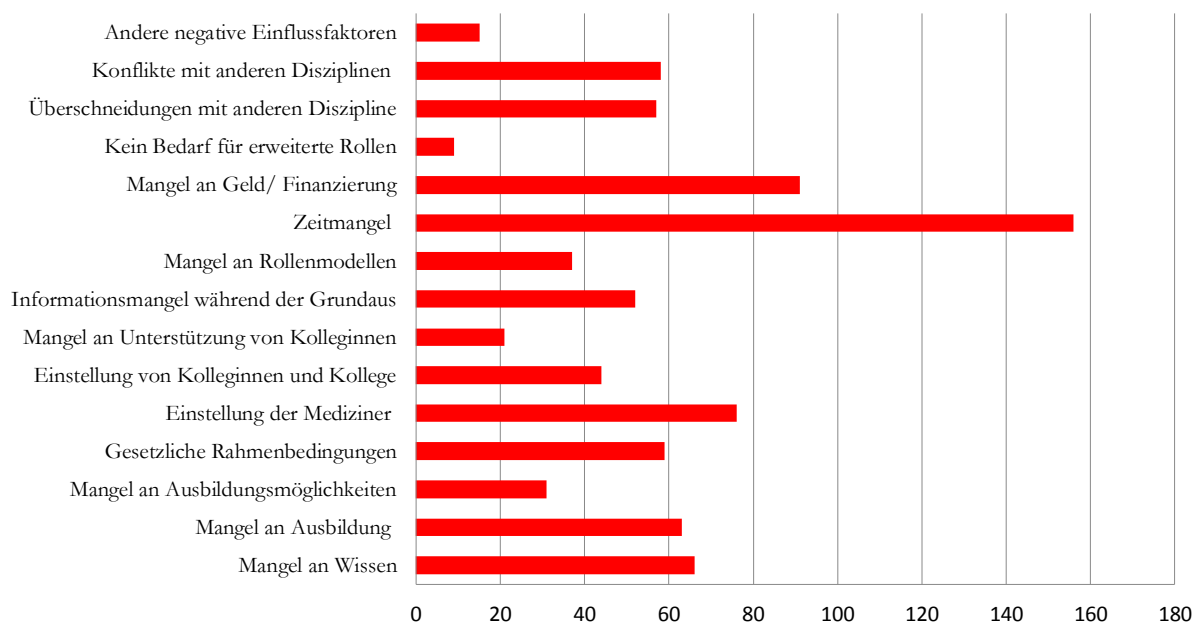


Abbildung 8. Häufigkeit der Nennungen der jeweiligen negativen Einflussfaktoren

Positive Einflussfaktoren

Die Erfahrung, die Ausbildung, die zusätzlichen Weiterbildung für eine spezifische ER und ein interdisziplinäres Arbeitsumfeld fördern die Durchführung von ER (Tabelle 2).

Einflussfaktor	Koeffizient	P-Wert (statistische Signifikanz wenn $P < 0.05$)
Erfahrung	0.024	$P < 0.0001$
Zusätzliche Ausbildung für erweiterte Rollenfunktion	0.384	$P < 0.0001$
Ausbildung PT FH oder BSc versus MAS, MSc oder PhD	0.217	$P < 0.0001$
Interdisziplinäres Rehabilitationsteam, von Paramediziner geleitet	0.325	$P < 0.0001$
Interdisziplinäres Rehabilitationsteam, von Arzt geleitet	0.211	$P = 0.021$
Alter	-0.008	$P = 0.059$

Tabelle 2. Multivariable Regressionsanalyse für die Erklärung der Anzahl durchgeführten erweiterten Rollenfunktionen.

Ein positiver standardisierter Koeffizient deutet auf einen positiven Zusammenhang hin. Beispiel: Je mehr Erfahrung jemand hat, desto mehr erweiterte Rollenfunktionen führt er aus. Ein negativer standardisierter Koeffizient deutet auf einen negativen Zusammenhang hin. Beispiel: Je jünger jemand ist, desto mehr erweiterte Rollenfunktionen führt er aus (ist jedoch statistisch nicht signifikant).

Abbildung 9 zeigt graphisch, dass die Anzahl der erweiterten Rollen in allen drei Bereichen mit dem Abschlussniveau steigt.

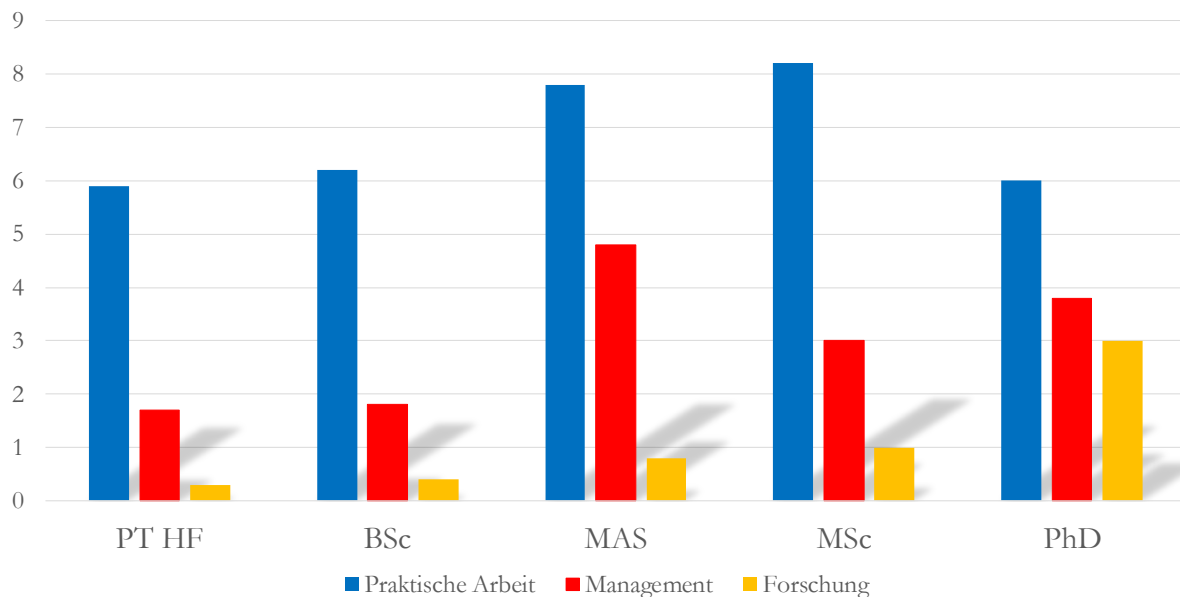


Abbildung 9. Anzahl erweiterte Rollen nach Bereich und Ausbildung. Die Anzahl der ausgeübten Rollenfunktionen steigt mit dem Abschlussniveau.

Umfrage 2014

Bei der zweiten Befragung, die im Herbst 2014 stattfand und in der für 27 ER gefragt wurde, ob dies schon Physiotherapeuten mit einem BSc tun könnten, beantworteten 27 Physiotherapeuten alle Fragen. Bei 10 von 27 ER gaben über 40% der Physiotherapeuten an, dass schon BSc diese Rollen erfüllen können während bei 15 von 27 ER über 80% der Physiotherapeuten sagten, dass diese ER nicht von BSc durchgeführt werden können (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3. Zustimmung, dass Physiotherapeuten bereits nach Abschluss BSc diese Rollenfunktion durchführen können (n=27).

Rollenfunktion	Rolle mit Bsc möglich n (%)
Formulieren und durchführen eines Plans zum eigenständigen Managen der Erkrankung	20 (74%)
Teilnahme an interdisziplinären Spezialsprechstunden, inklusive Berichterstellung	20 (74%)
Gesundheitsmanagement im sozialen Kontext (Beruf, Familie, Freizeit)	19 (70%)
Patienten aus der eigenen Betreuung entlassen und Planung des weiteren Vorgehens	18 (67%)
Koordination von Hilfsmittelversorgungen (z.B. Orthopädietechniker, Rollstuhllieferant)	16 (59%)
Zuweisung zu anderen Gesundheitsberufen (z.B. Orthopädin/e, Logopädin/e)	14 (52%)
Forschungsfragen formulieren	14 (52%)
Betreuung von Angehörigen (Stress-/Schicksalsbewältigung, Rollenklärung, Information, Instruktion)	11 (41%)
Koordination von Hilfestellungen durch externe Organisationen wie Rheumaliga, Krebsliga, Spitex	11 (41%)
Triage der Behandlungsmöglichkeiten bei Rehabilitationsbeginn	11 (41%)
Soziale Probleme erfassen und Hilfestellungen/ Beratungen geben	6 (22%)
Vertreten von Patienteninteressen gegenüber externen Instanzen (Kostenträger, andere med. Disziplinen)	6 (22%)
Therapiepakete erarbeiten und im Klinikalltag implementieren	5 (19%)
Interdisziplinäre Projekte leiten	3 (11%)
Zuweisung für weitere medizinische Abklärungen (z.B. Röntgen, Labor, Ultraschall)	3 (11%)
Arbeit als wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in	3 (11%)
Psychologische Probleme erfassen und therapeutische Massnahmen treffen	2 (7%)
Supervidieren/ unterrichten anderer Gesundheitsberufe wie Ergotherapie, Medizin, Logopädie	2 (7%)
Führungsfunktion im Bereich der Physiotherapie	1 (4%)
Führungsfunktionen im Bereich der gesamten Therapie (Ergotherapie, Sporttherapie,	1 (4%)

Rollenfunktion	Rolle mit Bsc möglich n (%)
Logopädie)	
Budgetkompetenz	1 (4%)
Durchführung interdisziplinärer Assessments zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, inklusive Berichterstellung	1 (4%)
Organisatorische Aufgaben im Therapiebetrieb (Personalmutationen, Therapieplanung)	0 (0%)
Mitarbeit in Kadersitzungen (Strategien, Leitung, Qualitätsmanagement)	0 (0%)
Managementaufgaben auf Stufe Klinikleitung	0 (0%)
Leitung von klinischen Studien/ Forschungsprojekten	0 (0%)
Durchführung anderer Therapiemethoden (z.B. Osteopathie, Dysphagiebehandlung, Dry Needling)	0 (0%)

Diskussion

Die im Jahr 2013 durchgeführte Umfrage zeigte, dass die befragten ER von beinahe allen Physiotherapeuten (96%) in Akutspitälern wie auch in Rehabilitationskliniken durchgeführt und von der grossen Mehrheit der befragten Physiotherapeuten (81 – 96%) als wichtig, erwünscht und von Vorteil für die Behandelnden wie auch für die Patienten erachtet werden. Nur eine Minderheit der Befragten (27%) erhielten mehr Lohn für die Ausübung dieser ER. Diese Umfrage zeigte weiter einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsstand und der Durchführung von erweiterten Rollenfunktionen. Physiotherapeuten mit einem Abschluss MAS, MSc oder PhD führten im Durchschnitt signifikant mehr ER durch als Physiotherapeuten HF oder FH. Ein weiterer Zusammenhang scheint zwischen der Anzahl der ER und dem interdisziplinären Rehabilitationssetting zu bestehen. Dieses scheint die genannten Barrieren für die Ausübung von ER wie Konflikte und Überschneidungen mit anderen Disziplinen und Einstellung von Medizinern überwinden zu können.

Der ermittelte klare Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsstand und der Durchführung von ER kann als Validierung der befragten 27 ER erachtet werden. ER sind ja als Aufgaben definiert, die über den klassischen Verantwortungsbereich der Physiotherapeuten hinausgehen und eine zur Grundausbildung zusätzliche Ausbildung erfordern. Deswegen erstaunen die Resultate der im Jahr 2014 unter leitenden Physiotherapeuten und Ausbildnern durchgeführten Umfrage sehr. Mehr als 40% der befragten Physiotherapeuten akzeptierten zehn der befragten ER nicht als ER und erachteten diese Aufgaben bereits nach einem Fachhochschulabschluss BSc als durchführbar. In der verlangten Zuordnung der befähigenden Abschlusskompetenz gemäss Definition der Fachhochschulen bestand jedoch eine grosse Varianz unter den Befragten. Diese widersprüchlichen Resultate werden von den Autoren als eine

fehlende Vergemeinschaftung des Begriffs der ER in der schweizerischen Physiotherapie interpretiert. Diese fehlende Vergemeinschaftung ist auch international zu beobachten. Da besteht eine grosse Verunsicherung unter nichtärztlichen Gesundheitsberufen über die Definition sowie Inhalte und Ausübung von ER.

Stärken der im Jahr 2013 durchgeführten Umfrage ist die Definition von aktuell ausgeübten ER in Schweizer Rehabilitationskliniken und Akutspitäler durch in der Rehabilitation erfahrene Physiotherapeuten sowie die Befragung in drei Landesprachen mit einer repräsentativen Antwort von 354 rehabilitativ tätigen Physiotherapeuten. Leider beantwortete in der 2014 durchgeführten Umfrage nur ein kleiner Anteil der befragten Personen alle Fragen. Diese kann somit nicht als repräsentativ erachtet werden. Die Antworten stimmten allerdings mit denen einer informellen Umfrage anlässlich der Jahrestagung 2013 der Interessengemeinschaft Physiotherapie in der Rehabilitation (IGPTR) überein. Auch damals zeigte sich eine grosse Heterogenität der Befragten in der Akzeptanz der befragten ER. Es stellt sich nun die Frage, in welche Richtung sich die Schweizer Physiotherapie in der Rehabilitation entwickeln soll? In Anbetracht der Charta der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute in der Schweiz [3] orten die Autoren dieser Studien den dringenden Bedarf zu neuen Definitionen der fachlichen Kompetenzen der rehabilitativen Physiotherapie in der Schweiz. Unsere Berufsgruppe kann bei entsprechender Ausbildung neue Aufgaben und Verantwortungen im medizinischen Versorgungsprozess übernehmen. Die Frage, ob diese neuen fachlichen Kompetenzen mit dem ursprünglichen Abschluss eines BSc in Physiotherapie durchgeführt werden können, beantworten die Autoren in Übereinstimmung mit den Umfrageresultaten 2013 klar mit nein. Dazu erscheint uns ein höherer Bildungsabschluss eines MSc in Physiotherapie nötig. Die Diskussion über neue Abschlusskompetenzen der Physiotherapie muss sicherlich unter Berücksichtigung des sich in der Vernehmlassung befindlichen neuen Gesundheitsberufegesetzes geführt werden. Dieses resultiert aus den gewichtigen gesundheitspolitischen Herausforderungen, mit denen die Schweiz konfrontiert ist, allen voran der steigende Bedarf an qualifizierten Fachpersonen im Gesundheitsbereich. Diese sind zunehmend gefordert Funktionen zu übernehmen, welche in deren traditionellen Berufsdefinition nicht enthalten sind. Mit dem neuen Gesundheitsberufegesetz soll die Qualität der an den Fachhochschulen vermittelten Gesundheitsberufe gefördert und damit neue Rollenfunktionen ermöglicht werden. Eine neue Gesetzgebung würde auch die in der Umfrage 2013 häufig genannte Barriere der legalen Hindernisse für ER in der Physiotherapie eliminieren. Die Autoren dieser Studie sehen durch die Einführung von neuen Rollenfunktionen der Physiotherapie in der Rehabilitation eine deutliche Attraktivitätssteigerung und Entwicklungsmöglichkeiten unseres Berufes. Dazu gehören vielseitige Perspektiven für neue Tätigkeiten, eine langfristige Karriereplanung, eine leistungsorientierte Entlohnung und - ganz wichtig - die Möglichkeit nachkommende Generationen zu motivieren, diesen spannenden und vielseitigen Beruf zu erlernen. Und zuletzt kann die Einführung

von neuen Rollenfunktionen der Physiotherapie in der Rehabilitation quantitativ und qualitativ helfen, die medizinisch-therapeutische Patientenversorgung auch in Zukunft zu gewährleisten.

Literatur

1. Künzi K, Jäggi J, Dutoit L. Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung. Schlussbericht des Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS), 2013.
2. Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2013. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, from www.gesundheit2020.ch.
3. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2014. Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen, from <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Empfehlungen.html>. Basel: SAMW.
4. Australian Physiotherapy Association (APA), 2009. Scope of Practice: Position Statement, from http://www.physiotherapy.asn.au/APAWCM/Advocacy/Position_Statements/APAWCM/Advocacy/Position_Statements.aspx?hkey=5eb019e2-29f9-40a0-bd4d-f98605d23da5.
5. Desmeules F et al. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. BMC Musculoskeletal Disorders 2012;13:107.
6. Stamm T, Hill J. Extended roles of non-physician health professionals and innovative models of care within Europe: Results from a web-based survey. Musculoskeletal Care 2011;2:93-101.