

First-Contact-Practice: Welche Kompetenzen sollen Physiotherapeuten nachweisen

Hauptstadtkongress - Berlin 2008 -

Forum Physiotherapie, 06.06.08

von Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

Professor für Physiotherapie, FH Osnabrück



Profil C. Zalpour



Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

- seit 2003 Professor für Physiotherapie an der FH Osnabrück



- seit 2008 Direktor des Institutes für angewandte Physiotherapie und Osteopathie, INAP/O



- Mitglied der Fachgruppe „Medizin und Gesundheitswissenschaften“ bei der ACQUIN (www.acquin.org)
- stellvertretender nationaler Koordinator ENPHE (www.enphe.org)
- Vorstandsmitglied des Hochschulverbandes Gesundheitsfachberufe HVG

Forschungsschwerpunkte Zalpour



Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

Prävention und Gesundheitsförderung

⇒ wiss. Mitarbeiterinnen:

Christina Groll, BSc PT, Bettina Schulze Temming BSc PT

⇒ Projekte: BGF FHOS; „Let's go - jeder Schritt hält fit“

⇒ Förderungen: Bundesministerium für Gesundheit, Forschungspool FHOS



Musikphysiotherapie

⇒ wiss. Mitarbeiterinnen: Frederike Stöppler, BSc PT, Mario Schugt, BSc PT, Camila Kapitza

⇒ Projekte: offene physiotherapeutische Sprechstunde, Entwicklung von Lehrmedien für die Musikphysiologie im Konservatorium

⇒ Förderung: eigene Mittel, INAP/O



Forschungsschwerpunkte Zalpour

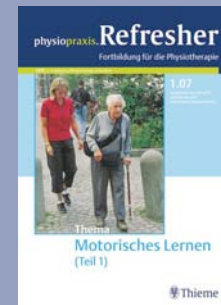
Professionalisierung, Autonomie und Qualitätssicherung

⇒ wiss. Mitarbeiterinnen: Christina Groll, BSc PT, Marion Pälme BSc PT

⇒ Projekte: IQPhys, Kompetenzerwerb/ First-Contact-Practice

⇒ Förderungen:

Arbeitsgemeinschaft Innovative Projekte AGIP des
Ministeriums für Wissenschaft und Kultur



Die FH Osnabrück und ihre Rolle in der Akademisierung sog. Gesundheitsfachberufe

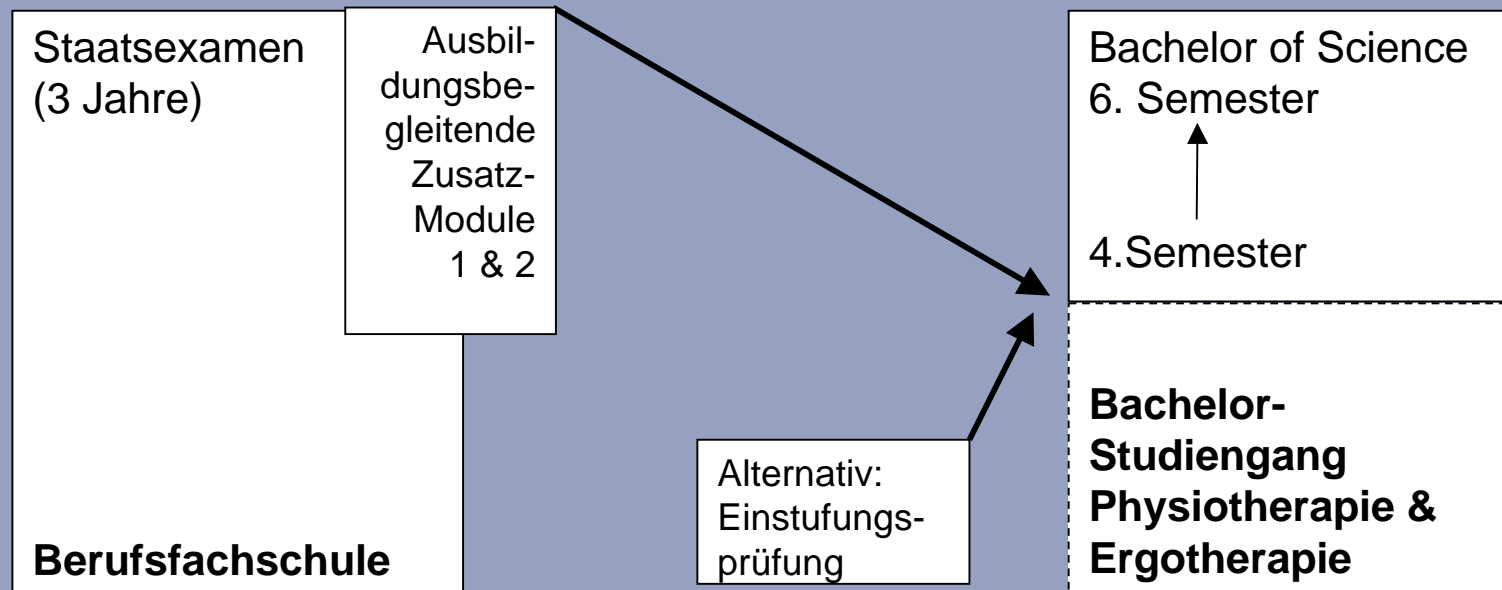


Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

Jahr	Akademisches Programm
1980	Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen BIG (erste Programm dieser Art in Deutschland)
1991	Pflegewissenschaft (Erste Professorin für Pflegewissenschaft in Deutschland)
1999	Teilzeitstudiengang Ergotherapie
2000	MBA Gesundheitsmanagement (berufsbegleitend)
2001	Kombinierter BSc-Studiengang Physio*- & Ergotherapie
2004	Forschungsplattform Hebammenwesen (zusammen mit Universität Osnabrück)
2007	Master-Studiengang Management im Gesundheitswesen MIG
2008	Elementarpädagogik, Logopädie, Midwifery...

Kooperation mit speziellen Berufsfachschulen

Das „3+1,5-Modell“



Management im Gesundheitswesen, M.A.						
	Plattform		Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen		Wahl-schwerpunkte	Schwerpunkt Change Management
1	Strategisches Management	Empirische Sozialforschung	Modelle zur Steuerung der Gesundheitsversorgung	Gesundheitsrecht	Alternativ: Controlling u. Finanzen für Gesundheitsunternehmen oder Theorie/ Praxis-Transfer in der Pflege oder - in der Physio-/ErgoTherapie	Strategien und Implementation
	5 (3)	5 (3)	5 (3)	5 (3)		5 (3)
2	Vertragsgestaltung	Geschäftsprozess- und Projektmanagement	Übungen zur empirischen Sozialforschung	Unternehmensführung im Gesundheitswesen		Leadership & Innovation
	5 (3)	5 (3)	5 (3)	5 (3)		5 (3)
3	Führungs-Training	Marketing und Fundraising	Qualitätsmanagement wissenschaftl. Seminar	Informations- und Prozessmanagement		Fusion, Sanierung & Development
	5 (3)	5 (3)	5 (3)	5 (3)		5 (3)
4	Masterarbeit					
	30					

First-contact Practitioner

Der Status des First-contact Practitioner (FCP) erlaubt es PhysiotherapeutInnen, ihre Patienten ohne eine zuvor erfolgte ärztliche Überweisung bzw. Verordnung zu untersuchen und zu behandeln sowie eine Prognose über den Verlauf der Erkrankung aufzustellen. Das Modell des FCP ist seit über 30 Jahren z.B. in Australien etabliert, wo allgemein mit die höchste Berufsautonomie und -anerkennung zu verzeichnen ist.^{1,2,3,4}

Direct access/open access

Mit *direct access* bzw. *open access* ist ein direkter bzw. offener Zugang zur physiotherapeutischen Leistung gemeint, die keiner ärztlichen Überweisung/Verordnung bedürfen. Dies findet z.B. in Schweden Anwendung und ist u.a. zustande gekommen um Patienten unnötig lange Wartezeiten zu einer fachärztlichen Behandlung zu ersparen.^{1,2,3,4}

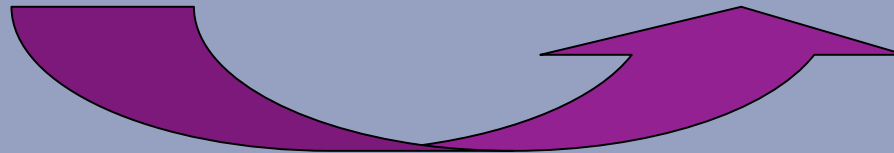
¹ Zalpour C in Zalpour C (Hrsg.) Fachlexikon Physiotherapie; Julius Springer Verlag Heidelberg - voraussichtlich Herbst 2008

² Zalpour C: Der Weg zum deutschen First Contact Practitioner; physiotherapie (25) 3/2007:7/8

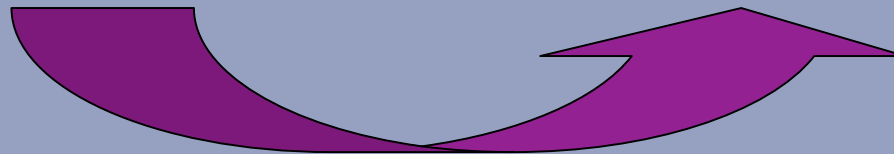
³ Zalpour C: Der First-Contact-Practitioner in Deutschland - Eine Frage der Qualität und Qualifikation, pt_zeitschrift für Physiotherapeuten (60) 2008: 105-111

⁴ Richter M, Zalpour C: Der Status des First Contact Practitioner in Australien; pt-Zeitschrift für Physiotherapeuten, (59) 2007/2: 158-62

First-Contact-Practice ist eine Frage der Berufsautonomie



Berufsautonomie ist Kennzeichen der Professionalisierung



Begriffsklärung Professionalisierung

| Editorial |

KRANKENGYMNASTIK

FACHZEITSCHRIFT DER KRANKENGYMNASTINNEN

NUMMER 1 MÜNCHEN, ANFANG MÄRZ 1949 1. JAHRGANG

Bei der Herausgabe der Zeitschrift „KRANKENGYMNASTIK“ geht es dem Verlag keineswegs darum, die Reihe der bereits von ihm verlegten volksgesundheitlichen Ständesorgane um eine weitere Zeitschrift zu vermehren, sondern er hofft, mit dieser Monatschrift eine bisher bestehende Lücke zu schließen und dem deutschen Gesundheitswesen einen Dienst zu erweisen.

Richard Pflaum Verlag

Ein Schritt vorwärts

In den Satzungen aller krankengymnastischen Verbände steht als eines der Verbandsziele die Herausgabe einer Fachzeitschrift. Viele Kolleginnen werden sich gefragt haben, warum dieses Ziel bisher nicht verwirklicht wurde. Deshalb möchten wir der ersten Nummer eine Erklärung überwindener und noch bestehender Schwierigkeiten mitgeben.

Was bis zur Währungsreform aus technischen Gründen eine Unmöglichkeit war, scheiterte nach der Geldumstellung an den Kosten bei einer allzu geringen Auflage. Da der Zusammenschluß der Krankengymnastinnen in manchen Ländern erst im Beginn, nirgends aber noch abgeschlossen ist, fehlten die nötigen Adressenanlagen für eine umfangreiche Werbung. Was inzwischen durch Einsatz der Verbände auf unsere Einzelwerbung an Bestellungen einlief, zeigt das weitverbreitete Interesse und ermöglicht zahlenmäßig den Start unserer Zeitschrift.

Eine rein krankengymnastische Zeitung hat es bisher in Deutschland noch nicht gegeben. In der „Technischen Assistentin“, vormals „Revetta“, waren neben den Aufsätzen für etwa 5 andere Berufsgruppen nur etwa 1–2 Seiten der Krankengymnastik gewidmet. So viel es für sich hat, der Krankengymnastik eine eigene Zeitung zu schaffen, so groß ist die Verantwortung, die Sie mit uns in der Erfüllung dieses allgemeinen Wunsches übernehmen. Ohne die tatkräftige Unterstützung jeder einzelnen Kollegin muß dieser erste Versuch einer Fachzeitschrift für Krankengymnastik in Deutschland mißlingen. Beweisen Sie Ihr Interesse durch Einsendung von Aufsätzen und Referaten! Werben Sie bei allen Ihnen bekannten Ärzten um Beiträge, die für uns von Interesse sind! Helfen Sie, die Auflage zu vergrößern, um dadurch das Niveau des Blattes zu heben! Machen Sie das Erscheinen der Zeitung zu Ihrer eigenen Angelegenheit, dann wird unser Mut, schon jetzt die erste Nummer zu starten, seine Rechtfertigung erhalten.

Unsere Aufgabe dagegen soll es sein, Ihnen Anregung und Fortbildung durch Originalaufsätze und Referate der In- und Auslandsliteratur zu geben. Besonderer Wert wird auf praktische Hinweise und den Fragekasten, für den wir um Einsendungen bitten, gelegt werden. Durch juristische Beratung und Stellenaustausch, vor allem aber durch die Verbandsnachrichten der Länder, soll der Zusammenschluß aller Krankengymnastinnen gefördert werden, der in der Zentralorganisation unter Führung von Frä. Irmgard Kolde hoffentlich bald seine Vollendung findet.

Emas wird diesem Blatt fehlen! Jede politische oder konfessionelle Färbung! Die Herausgeber verpflichten sich, den beruflich fachlichen Charakter der Verbände auch in diesem Blatt zu wahren. Dafür wollen wir versuchen, unseren Berufsstand in ethischer Beziehung zu heben. Von allen Seiten wird über Konkurrenz unsachgemäßer und unvollständig ausgebildeter Kräfte geklagt. So berechtigt diese Klagen sein mögen und so viel auf diesem Gebiet aufklärend und einschränkend getan werden muß, Ausschlaggebend ist letzten Endes immer nur die bessere Leistung und die menschlich bessere Haltung!

Diese Werte zu betonen, soll eine Hauptaufgabe unseres Blattes sein, damit anerkannt werden kann, was die Krankengymnastin ist.

Bei allem Wissen und technischen Können nur die
Helferin des Arztes
in seiner Arbeit um die Gesundheit unseres Volkes!

Die Schriftleitung

Abb. 1: Die erste Seite der Erstausgabe

Krankengymnastik Nr. 1
März 1949 Editorial

Als Reprint in
Krankengymnastik 41 (1989) 3

Anlässlich des 50-jährigen
Jubiläums der Zeitschrift

Begriffsklärung Professionalisierung

Auszug von der ersten Seite der Erstausgabe:

„Die Herausgeber verpflichten sich, den beruflich fachlichen Charakter der Verbände auch in diesem Blatt zu wahren. Dafür wollen wir versuchen, unseren Berufsstand in ethischer Beziehung zu heben. Von allen Seiten wird über Konkurrenz unsachgemäßer und unvollständig ausgebildeter Kräfte geklagt. So berechtigt diese Klagen sein mögen und so viel auf diesem Gebiet aufklärend und einschränkend getan werden muss:



Ausschlaggebend ist letzten Endes immer nur die bessere Leistung und die menschlich bessere Haltung!

Diese Werte zu betonen, soll eine Hauptaufgabe unseres Blattes sein, damit anerkannt werden kann, was die Krankengymnastin ist:

Bei allem Wissen und technischen Können nur die *Helferin des Arztes* in seiner Arbeit um die Gesundheit des Volkes!“

Merkmale einer Profession^{1,2,3,4,5:}

- * Berufsorganisation als Interessenvertretung und Disziplinargewalt der Professionals
- * Ansehen, materielle Sicherheit und Aufstiegschancen (Sozialprestige)
- * Entscheidungs- und Handlungsspielräume im alltäglichen Berufshandeln bei persönlicher Verantwortung (Autonomie)
- * Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufswissen und -techniken im Sinne eines weitgehend an universalistischen Standards messbaren Kompetenzmonopols (Expertenschaft)
- * ein die beruflichen Handlungen orientierender Normenkodex mit Zentral-Bezogenheit, dem eine berufsgruppentypische, vielfach altruistisch motivierte Dienstgesinnung entspricht (Berufsethos)

¹ Arnold R: Pädagogische Professionalisierung betrieblicher Bildungsarbeit, Verlag Peter Lang, Frankfurt/M, 1983

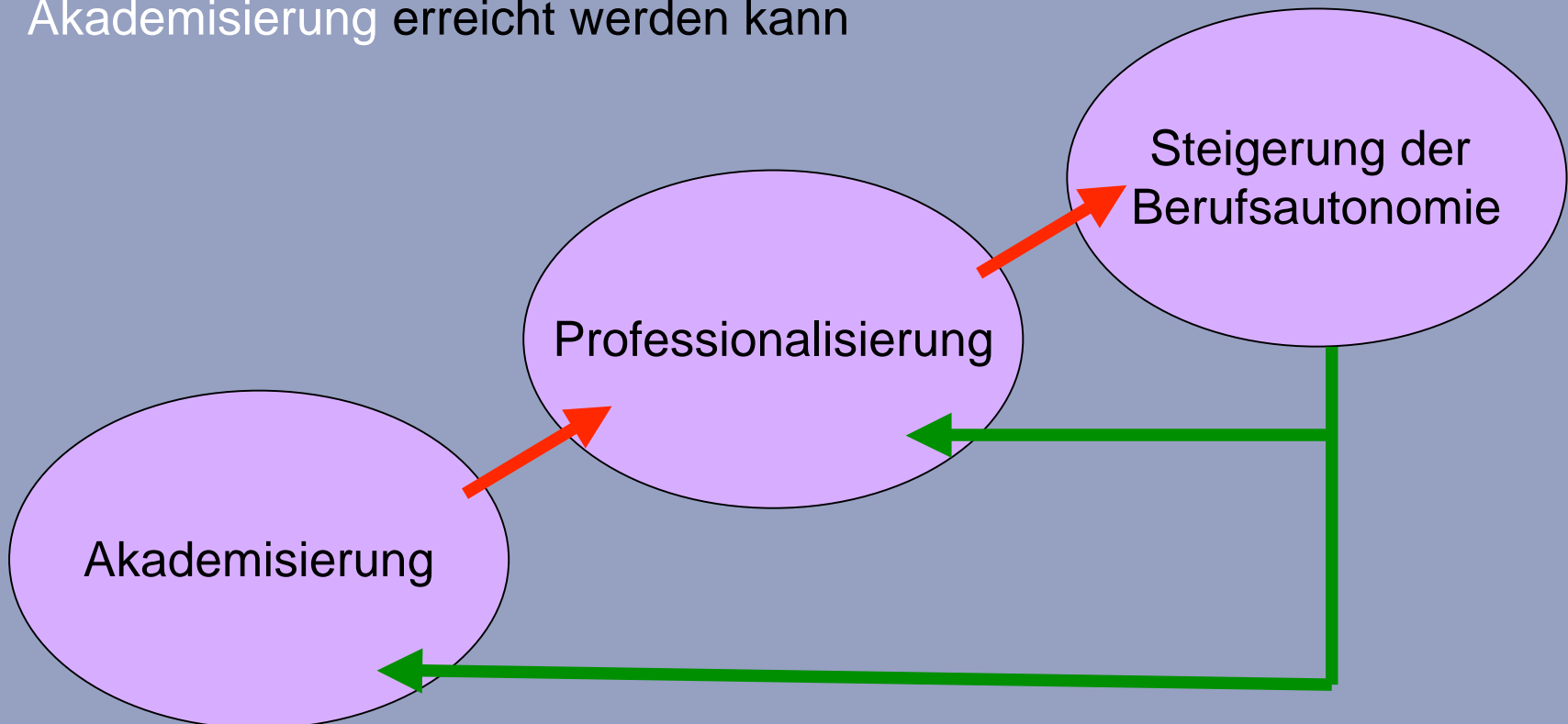
² Hein R: Ein Beruf emanzipiert sich, pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten_59 (2007) 6; 584/5

³ Zalpour C: Die Professionalisierung und Akademisierung nicht-ärztlicher Therapieberufe an deutschen Fachhochschulen; Die neue Hochschule, 3/2006 28-33

⁴ Groll/Zalpour: Physiotherapie Auf dem Weg zur Professionalisierung, Deutsche Ärzteblatt (2005); 102:A 966-8 (14)

⁵ Schämänn A: Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie, Inauguraldissertation, Humboldt Uni Berlin 2005

Eine Steigerung der **Berufsautonomie** ist Kennzeichen der **Professionalisierung**, die nachhaltig und effektiv **nur** durch die **Akademisierung** erreicht werden kann



Grundvoraussetzungen

Inhaltsbestimmungen für den Kompetenzerwerb

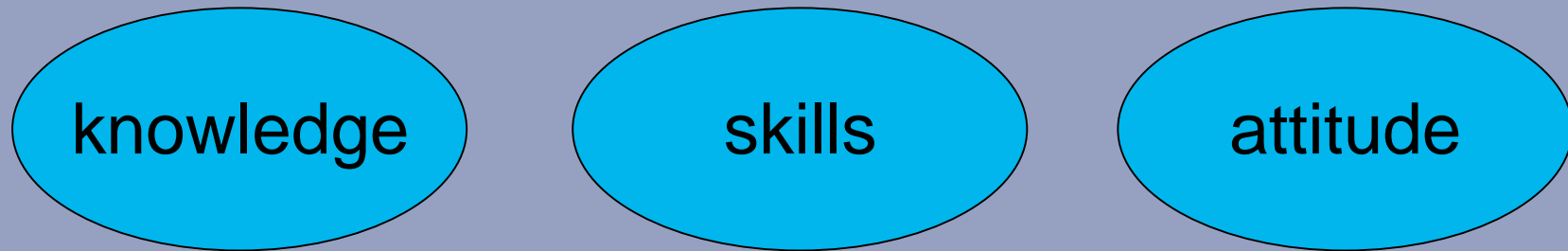
Taxonomie der Lernziele nach Bloom¹

knowledge

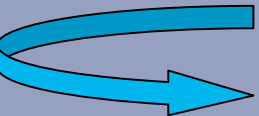
skills

attitude

Taxonomie der Lernziele nach Bloom¹



First Contact Practitioner



Kompetenzen für den FCP nach Zalpour¹

knowledge

skills

attitude



First Contact Practitioner

INHALTE^A
Wissen

INHALTE^B
Können

INHALTE^C
Einstellung

Kompetenzen für den FCP nach Zalpour¹

knowledge

skills

attitude



First Contact Practitioner

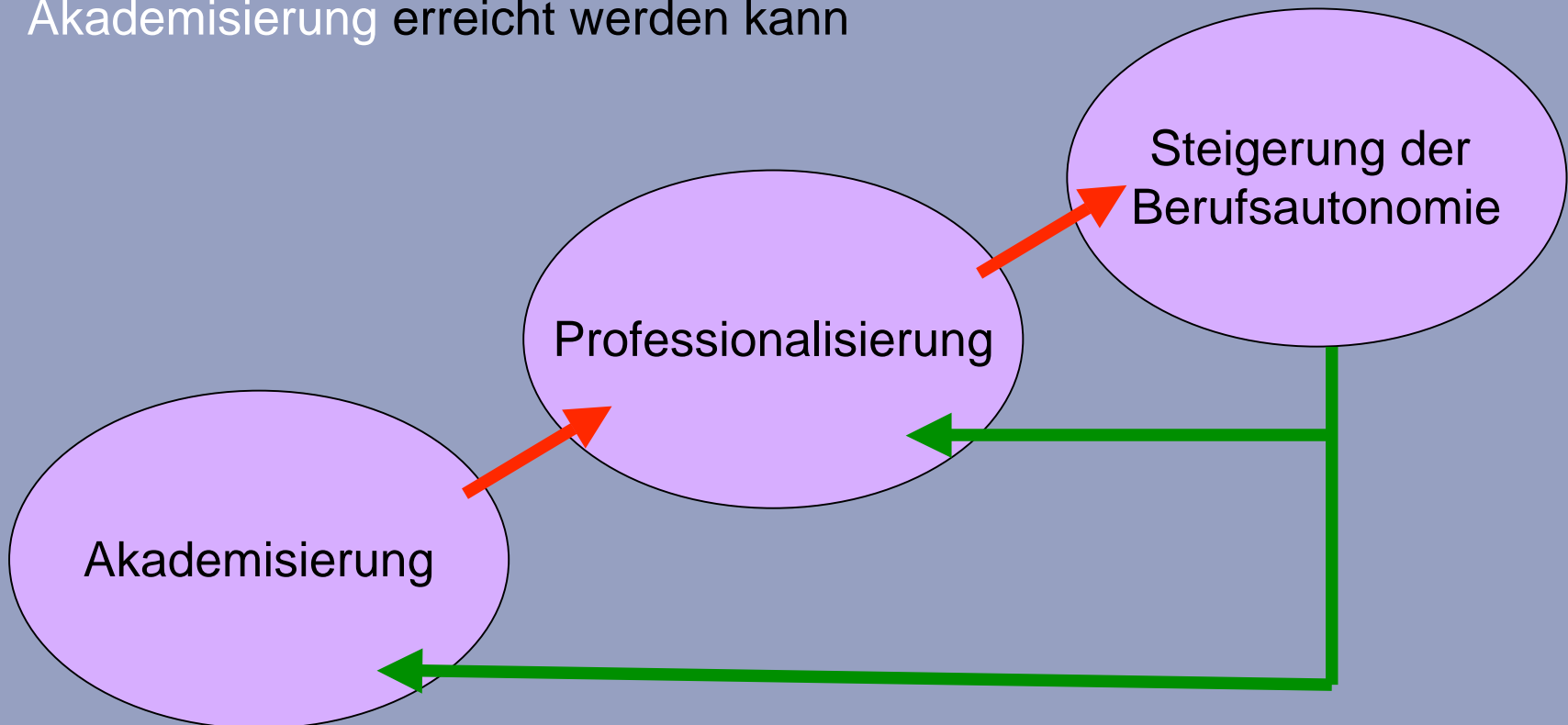
- * Pathologie
- * Differentialdiagnose
- * Abgrenzung zu anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams
- * Klinische Erfahrung (interne Evidenz)
- * ...

- * Klinische Assessments
- * Fähigkeit zum interdisziplinären Arbeiten
- * Kommunikationsfähigkeit (soft skills)
- * Differentialdiagnose
- * ...

- * Reflexionsfähigkeit (Clinical reasoning)
- * Ethische Grundeinstellung
- * Wissenschaftliche Grundhaltung (Commitment zur externen Evidenz)
- * ...

¹ Zalpour C, Der First-Contact-Practitioner in Deutschland – Eine Frage der Qualität und Qualifikation; pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten (60) 2008: 105-111

Eine Steigerung der **Berufsautonomie** ist Kennzeichen der **Professionalisierung**, die nachhaltig und effektiv **nur** durch die **Akademisierung** erreicht werden kann



Die **Akademisierung** der deutschen Physiotherapie wurde 1999 maßgeblich stimuliert durch die Sorbonne-Erklärung, die in der Bologna-Konferenz (29 europäische Bildungsminister) im gleichen Jahr wesentliche Ziele für einen gemeinsamen europäischen Hochschulraum definierte.



(Verstetigung und Konkretisierung in den Folgekonferenzen: Prag 2001; Berlin 2003; Bergen 2005; London 2007)¹

=> der Bologna-Prozess²

²(Initiative aller 25 Mitgliedsstaaten der EU plus mittlerweile 20 weiterer Staaten)

¹Siehe auch www.bologna-berlin2003.de, www.bologna-bergen2005.no/ und www.dfes.gov.uk/bologna/

Wissenschaft und Bachelor (2)

Der Bachelorstudiengang soll zu einem ersten **berufsqualifizierenden** Abschluss auf Hochschulebene (favorisiert wird der BSc.) mit folgenden Qualifikationen führen:

Der Studiengang soll¹:

- zur **selbstständigen wissenschaftlich basierten Berufsfähigkeit** in Bezug auf Prävention, Therapie und Rehabilitation von Patienten/Klienten befähigen

¹ AG MTG (2003): www.agmtg.de/pdf/Positionspapier.pdf

Wissenschaft und Bachelor (3)

Der Studiengang soll¹:

- den Erwerb von Methoden zur Qualitätssicherung der durchzuführenden Maßnahmen ermöglichen, um auf der Basis **evidenzbasierter Praxis** diese **fortlaufend** auf ihre **Effektivität und Angemessenheit** hin **überprüfen** zu können und Kenntnisse in lebenslangem Lernen weiter zu entwickeln

¹ AG MTG (2003): www.agmtg.de/pdf/Positionspapier.pdf

Wissenschaft und Bachelor (4)

Der Studiengang soll¹:

- auf der Basis eines **berufsethischen** Wertesystems Grundlagen für die Fähigkeit legen, zu einer Einschätzung über den Bereich der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik und ihrer Entwicklung zu gelangen, um sich **aktiv** am **Veränderungsmanagement** im Interesse der Gesellschaft sowie des Berufes beteiligen zu können

¹ AG MTG (2003): www.agmtg.de/_pdf/Positionspapier.pdf

Wissenschaft und Bachelor (5)

Der Studiengang soll:

- ¹ zur Weiterqualifikation in **Master**programmen befähigen
- ² primär für die **Professionalisierung** der beruflichen Praxis qualifizieren.

Der Bachelor-Abschluss weist die für das entsprechende Berufsfeld und die konkrete Berufsausübung erforderlichen **wissenschaftlichen Grundlagen** und Methodenkompetenzen und berufsfeldbezogenen Qualifikationen aus

¹ AG MTG (2003): www.agmtg.de/pdf/Positionspapier.pdf

² AG MTG (2004): www.agmtg.de/pdf/Eckpunkte.pdf

Wissenschaft und Bachelor (6)

Der Studiengang soll²:

zur selbstständigen wissenschaftlich orientierten Berufsfähigkeit in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnostik und Therapie und Rehabilitation von Patienten befähigen („reflektier(t)ender Praktiker“)

(Hervorhebung durch den Autor)

² AG MTG (2004): www.agmtg.de/_pdf/Eckpunkte.pdf

*„Physiotherapeuten setzen sich mit einer Vielfalt von Problemen auseinander, die in vielen Fällen **komplex, außergewöhnlich und uneindeutig** sind. Zur Lösung dieser Probleme reicht Fachwissen allein nicht aus. Die **klinische Urteilsfähigkeit** erfordert ‚weises Handeln‘ in häufig unklaren Fällen“*

Jones MA (1997) *Clinical Reasoning: Fundament der klinischen Praxis und Brücke zwischen den Ansätzen der Manuellen Therapie. Teil 1. Manuelle Therapie* (1) 3-9

Der reflektierende Praktiker ist in der Lage, selbstständig, kritisch-reflektiert, methodisch und flexibel mit den Klienten, den Kollegen, den eigenen Kompetenzen, im Umgang mit Problemdefinitionen und –lösungswegen sowie in der Nutzung von Forschungsergebnissen umzugehen. Er ist in der Lage und motiviert, sein Wissen im Sinne eines lebenslangen und kontinuierlichen Lernprozesses kritisch zu hinterfragen und laufend zu aktualisieren

Marotzki U (2002)

Befragung

- postalische Befragung in Form einer Vollerhebung
- 186 Absolventen, 169 wurden angeschrieben
- Die Datenerhebung erfolgte vom 09. Oktober 2007 bis zum 31. Oktober 2007

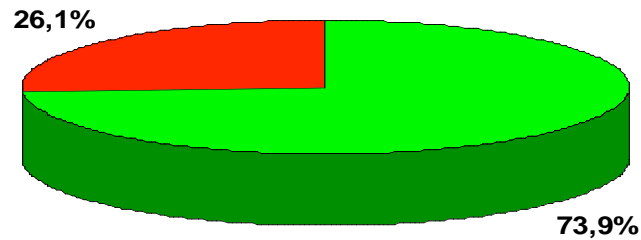
Rücklauf

- Rücklaufquote von 52,1%

Stärkung der persönlichen Kompetenz

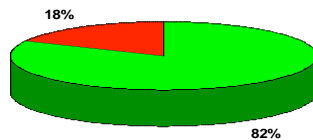
Physiotherapie
n=46

■ voll und ganz bis vollkommen ■ weniger bis gar nicht



Ergotherapie
n=39

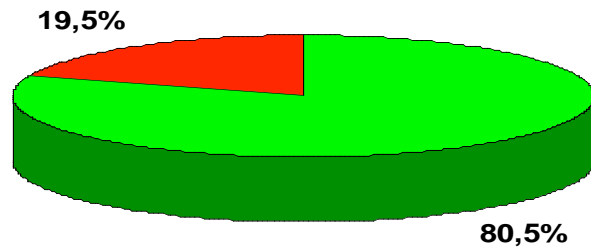
■ voll und ganz bis vollkommen ■ weniger bis gar nicht



Ich lese Forschungsergebnisse kritischer und nutze diese in der Therapie

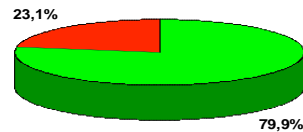
Physiotherapie
n= 46

■ voll und ganz bis vollkommen ■ weniger bis gar nicht



Ergotherapie
n=39

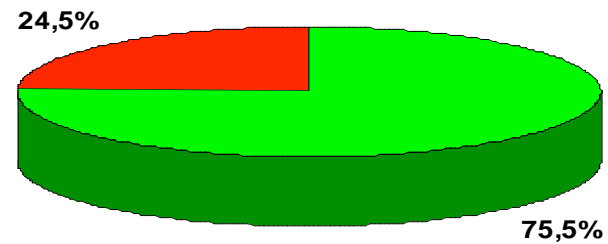
■ voll und ganz bis vollkommen ■ weniger bis gar nicht



Therapieprozesse reflektiere ich kritischer und lege mein Handeln dahingehend aus (CR)

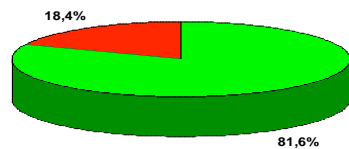
Physiotherapie
n=45

■ voll und ganz bis vollkommen ■ weniger bis gar nicht



Ergotherapie
n=38

■ voll und ganz bis vollkommen ■ weniger bis gar nicht



FCP: Chance oder Risiko

Due to the competent use of primarily non-invasive, nonmedicinal diagnostic and interventions strategies, **associated risk** to the patient from physical therapy is extraordinarily **low** while the potential for **benefit** is **substantial**

Gail D Deyle: Direct Access Physical Therapy and Diagnostic responsibility:
The Risk-to-Benefit Ratio; J Ortho Sports Ther 2006;36(9):632-4

High-quality clinical studies have demonstrated that physical therapy care actually decreases a patients risk by **decreasing the need for higher risk** more invasive treatments

Differential diagnosis and screening for medical disease is commonly taught in entry-level PT programs and is a regular topic for PT journals, continuing education, state conferences, home study courses and the American Physical Therapy Association Advanced Clinical Practice Series

Gail D Deyle: Direct Access Physical Therapy and Diagnostic responsibility: The Risk-to-Benefit Ratio; J Ortho Sports Ther 2006;36(9):632-4

Was neben der grundständigen Akademisierung noch fehlt...



Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

- Differentialdiagnose und Abgrenzungsrationalen als fest verankerten Bestandteil des Lehrplans
- FCP, z.B. als Kasuistiken-Report in der Fachweiterbildung
 - in Kursen durch erfahrene Fachlehrer
 - in Fachzeitsschriften oder online-Portalen zur kontinuierlichen Fortbildung
- Thematische Schwerpunktkonferenzen
- Internationaler Austausch
- Forschung und Qualitätssicherung

Über welche Patientenkollektive reden wir?

**Die gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche
Perspektive**

Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2004

Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2004

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeitstage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
		Mio.	%	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %
V	Psychische und Verhaltensstörungen	46,3	10,5	4,2	0,2	7,4	0,3
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	28,6	6,5	2,6	0,1	4,6	0,2
X	Krankheiten des Atmungssystems	55,2	12,5	5,0	0,2	8,8	0,4
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	28,8	6,6	2,6	0,1	4,6	0,2
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	107,2	24,3	9,7	0,4	17,0	0,8
XIX	Verletzungen, Vergiftungen	56,9	12,9	5,2	0,2	9,1	0,4
alle anderen	Übrige Krankheiten	117,0	26,6	10,6	0,5	18,6	0,8
I - XXI	Alle Diagnosegruppen	440,1	100,0	40,0	1,8	70,0	3,1

Rundungsfehler

Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2004

Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2004

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeitstage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
		Mio.	%	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %
V	Psychische und Verhaltensstörungen	46,3	10,5	4,2	0,2	7,4	0,3
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	28,6	6,5	2,6	0,1	4,6	0,2
X	Krankheiten des Atmungssystems	55,2	12,5	5,0	0,2	8,8	0,4
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	28,8	6,6	2,6	0,1	4,6	0,2
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	107,2	24,3	9,7	0,4	17,0	0,8
XIX	Verletzungen, Vergiftungen	56,9	12,9	5,2	0,2	9,1	0,4
alle anderen	Übrige Krankheiten	117,0	26,6	10,6	0,5	18,6	0,8
I - XXI	Alle Diagnosegruppen	440,1	100,0	40,0	1,8	70,0	3,1

Rundungsfehler

AU-Tage bei Langzeiterkrankungen

Muskel- und Skeletterkrankungen habe eine durchschnittliche Falldauer von 18 Tagen.

Bei Langzeiterkrankungen konzentrierte sich das AU-Geschehen (lässt man Verletzungen und Sonstige außer acht) auf vier Erkrankungsarten¹:

Muskel- und Skeletterkrankungen	33 %
Herz- Kreislauferkrankungen	11 %
Psychische Erkrankungen	9 %
Krebserkrankungen	6 %

¹ Dieterich C, Vetter C, Acker C; Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft in Badura B (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2000, Springer, Berlin, 2001

Die fünf häufigsten gesundheitlichen Beschwerden¹

Beschwerdegruppe	Männer in %	Frauen in %
Rückenschmerzen	41,2	50,6
Verspannungen/Verkrampfungen	26,4	47,0
Müdigkeit/Abgeschlagenheit	29,2	41,3
Gelenkschmerzen	28,3	36,5
Nervosität/Unruhe	25,0	32,2

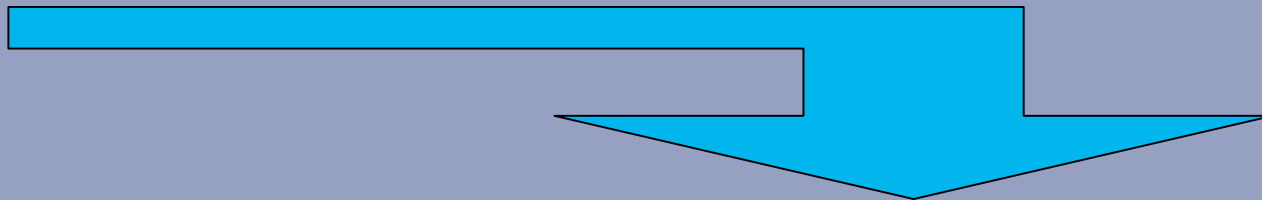
¹ Redmann A, Rehbein I; Gesundheit am Arbeitsplatz, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn, 2000

Conclusio

Die Einführung des FCP-Status in Deutschland ist grundsätzlich möglich. Er bietet Vorteile hinsichtlich der Versorgungsqualität und dem ressourcenschonenden Umgang mit den Geldern der Versicherungsgemeinschaft

Akademisierung und Professionalisierung sind die ***condition sine qua non*** zur gesundheitspolitischen Etablierung des first-contact-practitioner Status in Deutschland.

Dazu gehören die Verankerung notwendiger Kompetenzen (*knowledge, skills and attitude*) insbesondere vor dem Hintergrund klinischer Erfahrung (interne Evidenz) und wissenschaftlicher Expertise (externe Evidenz).



Die grundständige Akademisierung der Physiotherapie bleibt damit weiterhin wichtiges berufspolitisches Ziel.

Ähnlich der Entwicklung in vergleichbaren Gesellschaften (z.B. der niederländischen) sollte vor der flächendeckenden Einführung eine **Vorbereitung** und **Erprobung** (Durchführbarkeitsstudie, Pilotstudie, Bundesmodellversuch) stattfinden, die wissenschaftlich geplant, begleitet und genauestens evaluiert wird.



Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt

Prof. Dr. med. Christoff Zalpour
Professor für Physiotherapie
Direktor des Institutes für angewandte
Physiotherapie, INAP/O
www.inapo.fh-osnabrueck.de
Fachhochschule Osnabrück
Caprivistr. 1
49076 Osnabrück
Tel.: 0541 969 3490 (Frau Schäfer)
Fax: 0541 969 2989

c.zalpour@fh-osnabrueck.de