

Fakten / Studienlage:

Patienten im Direktzugange sind eigenständiger, üben, halten durch, schneller wieder fit und zufriedener, das spart sogar Geld - WCPT 2013

Direktzugang ist nicht nur für Patienten mit muskuloskeletale Beschwerden, aber die Forschung ist bislang darauf fokussiert.

Patienten im Direktzugang sind:

- Aktiver
- Handeln eigenständiger
- Arbeiten schneller wieder
- Beenden die Therapie häufiger
- Interessierter an Eigenübungen
- Zufriedener

Der Direktzugang spart Geld durch:

- Weniger Besuche von anderen Professionen - z.B. Hausarzt
- Weniger Verschreibung von Medikamenten
- Weniger Folgebehandlungen
- Weniger Arbeitsausfall

Vergleich von Direktzugang und Überweisung in Review zeigt: verbesserter Outcome für die Patienten und weniger Kosten - Ojah 2013

Studien von 1990 bis 2013 die die Kosten, das Ergebnis und das Risiko/den Schaden untersuchten wurden integriert - aus UK, Schottland, USA und Niederlande.

Es gab einen statistisch signifikanter und klinisch bedeutender Unterschied zugunsten des Direktzugang bezogen auf:

- Zufriedenheit
- Ergebnis / Outcome
- Zahl der Therapieeinheiten
- Zahl der geordneten bildgebenden Diagnostik
- Verschreibung von Medikamenten

und

- Nicht-PT Besuche waren weniger

Patienten im Direktzugang hatten nur 86% der Behandlungseinheiten - verglichen mit denen mit Überweisung - Pendergast 2011?

Studie von 2003 bis 2007 verglich die Profile der Patient und die Nutzung des Gesundheitssystems von Patienten im Direktzugang und denen mit Überweisung Patienten mit Überweisung.

Fehlbehandlungen von PT's sehr selten - Sandstrom, 2007

Datenbank Analyse USA zwischen 1991 und 2004

- 664 Berichte
- Inzidenz: 2,5 Fälle / 10.000 PT's / Jahr

Im Direktzugang wird seltener behandelt und insgesamt weniger behandelt. Immer mehr Patienten nutzen in den NL den Direktzugang, trotzdem keine Entlastung der Hausärzte. - Swinkels 2014

Studie nach 1 Jahre

Seit 2006 Direktzugang in NL möglich

28% der Patienten beim PT nutzen den Direktzugang

Patienten mit NSLBP und unspezifischem Nackenschmerz nutzen es vor allem

Patienten mit einer Symptom -Dauer < 1 Monat nutzen es vor allem

Wer schon mal beim PT war kam nutzte den Direktzugang mehr

Patienten im Direktzugang erhielten weniger Behandlungen

Im Vergleich zum Vorjahr kein anstieg der PT Besuche gesamt.

Studie nach 5 Jahren

Inzidenz (Neuaufreten) von LBP, Schulter- und Nackenschmerz gingen leicht zurück.

Es nutzen immer mehr den Direktzugang (mittlerweile ca. 40%)

Im Direktzugang wird seltener und weniger oft behandelt
Es fand keine Entlastung der Hausärzte statt sondern PT wurde mehr genutzt **ABER** dies ist u.U. aufgrund der älter werdenden Gesellschaft und der ansteigenden Zahl von chronischen Erkrankungen.
Eine Kosten-Nutzen Analyse ist nötig.

Physiotherapie im Direktzugang ist effektiv und effizient - Canadian PT Association 2012
Neben der Tatsache, dass wir unterstützen bei der Vermeidung oder Behandlung von Schmerz,

- erhöhen wir die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten ihre Therapie-Ziele erreichen,
- erhöhen wir die Toleranz der Patienten gegenüber von Eigenübungen,
- arbeiten wir kosteneffektiv und effizient,
- erhöhen wir die Zufriedenheit der Patienten.

Direktzugang seit vielen Jahren möglich, sicher und effektiv - WCPT
Seit den 70'ern in UK, Australien und USA voran getrieben, Selbst-Überweisung z.Z. in 52% der 27 EU Staaten möglich - teilweise nur privat.

- Bei Selbst-Überweisung brechen weniger Patienten die Behandlung ab und erreichen mehr ihre Ziele
- Kürzere Dauer der Symptome/Episode

Kostenersparnis durch:

- Weniger Kontakte mit dem Hausarzt
- Weniger Röntgen
- Weniger verschriebene NSAR
- Weniger weiter-Überweisungen

Wir brauchen Studien die die Wirksamkeit bezogen auf schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz und Kosteneffektivität stütze - Bishop 2015

In UK ist der Direktzugang nicht für alle Patienten möglich, daher Studie zur Wirksamkeit.

Musculoskeletale Problem sind häufig - bis zu 30% in Allgemeinarztpraxen
Sie sind eine Hauptursache für chronische Behinderung.

PT's sind gut ausgestattet um mit solchen Erkrankungen umzugehen.
Die beste Evidenz für viele musculoskeletale Erkrankungen haben: Anleitung, Edukation, Übungsbehandlungen, MT.
Frühe PT Behandlung reduziert Arbeitsausfall und reduzieren das Chronifizierungsrisiko.

PT's achten bei der Suche nach ernsthaften Pathologien auf die gleichen Warnsignale wie Ärzte und Bildung ist in aller Regel nicht nötig - Ryan 2013

Anschuldigung, dass öffentliche Gesundheit u.U. Gefährdet hat sich in den Köpfen festgesetzt.
Es gibt immer ein Risiko - bei jedem Krankenhausaufenthalt und bei jeder OP - die würden wir ja auch nicht abschaffen wollen, wenn sie Nutzen bringen / notwendig sind

Ernsthafte Pathologien als Ursache von LBP sind sehr selten - ca. 1%.

Wann immer Gegner des Direktzugangs mit der Zahl der Patienten mit ernsthaften Pathologien argumentieren, nehmen sie an / unterstellen sie, dass all diese zum PT gehen. Wir wissen, dass das ist einfach nicht der Fall ist.

Wir wollen ja nicht den Hausarzt oder die Notaufnahme ersetzen! Die allermeisten der Patienten mit ernsthaften Pathologien (! ca. 1% der LBP Pat.!) werden dorthin gehen.

Es wird nicht viele Patient geben, deren erster Weg zum Physiotherapeuten ist wenn sie unter: ungeklärten Gewichtsverlust, Fieber oder Inkontinenz leiden.

PT's und Ärzte screenen nach den selben Zeichen die Patienten auf ein solches Risiko hindeuten - es gibt keine Vorteil damit beim Arzt zu landen.

Wir brauchen nicht sofort die Möglichkeit der Bildung!

Röntgen sollten erst bei Pat. mit folgenden Anzeichen angeordnet werden:

- Fieber
- Ungeklärter Gewichtsverlust

Literaturliste ZipT AG Direktzugang

- Krebs in der Vorgeschichte
- Alte > 50J
- Trauma
- Keine Verbesserung durch konservative Therapie nach 4-6 Wochen

PT's screenen effektiv und verweisen ggf. weiter - Boissonnault 2012

Literatur Review von teils aus den 60er und 70er Jahren bis 2010.

78 beschriebene Fälle, davon 20 im Direktzugang.

Ein breites Spektrum an Diagnosen, die außerhalb der PT lagen.

Die Therapeuten führten ein effektives multifaktorielles Screening durch. Dies führte zu einer zeitnahen (Rück)Über/Weiterverweisung.

PT's dokumentieren 7/11 red flag items bei LBP zuverlässig - Leerara 2007

160 Befunde aus 6 Praxen wurden analysiert.

Gesucht wurde nach dem Vorhandensein oder Fehlen von 11 items

7/11 wurden in 98% dokumentiert

Zuverlässig dokumentierte:

- Alter > 50J
- Blasendysfunktion
- CA Vorgeschichte
- Immun-Suppressiva
- Nacht-Schmerz
- Trauma in der Vorgeschichte
- Sattel-Parästhesie
- Neurologie in der U-Ex
- *Vernachlässigt wurden:*
- Gewichtsverlust
- Kürzlich Infektion
- Fieber

10 Jahres Analyse in einem Health Care Center zeigen: Direktzugang ist kein Risiko -

Mintken 2015

2001 bis 2011, fast 13 000 Patienten im Direktzugang.

Kein Fall von unentdeckter ernsthafter Pathologie oder einen ernsthafter Zwischenfall.

Deutsche Ausbildung in weiten Teilen WCPT Leitlinien konform ABER Vermittlung v. Kompetenzen autonom Handelnder PT's fehlt - Konrad 2015

Analyse der deutschen Ausbildung in Bezug auf die Empfehlungen der WCPT.

Die Ausbildung zeigt eine hohe Konformität zur Leitlinie in vielen theoretischen Fächern.

ABER vor allem Kompetenzen autonom handelnder Praktiker_innen fehlen weitgehend.

Dokumentation von red flags wird unterschiedlich gut Entwicklung Screenig Tool nötig -

George, et al., 2015

Nummer	Titel
1	A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A., BMC Musculoskelet Disord. 2005 Jun 17;6:32.

Nummer	Titel
2	<p>A vision: direct access to physiotherapy. Ozdinler AR., (2004) Istanbul University School of Physical Therapy and Rehabilitation http://www.physiotherapyjournal.com/search/quick?search_medline=yes&search_area=platform%2Bmedline&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=ozdinler0ar&restrictdesc_author=Ozdinler+Arzu+Razak</p>
3	<p>Cancer as a cause of low back pain in a patient seen in a direct access physical therapy setting. Ross MD, Bayer E. J Orthop Sports Phys Ther. 2005 Oct;35(10):651-8.</p>
4	<p>Clinical decision making associated with an undetected odontoid fracture in an older individual referred to physical therapy for the treatment of neck pain. Ross MD, Cheeks JM., J Orthop Sports Phys Ther. 2008 Jul;38(7):418-24. Epub 2008 Jun 3.</p>
5	<p>Das Europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie, Gloucester, Quality Assurance Agency for Higher Education Southgate House. WCPT (2003) http://neu.physioaustria.at/WORDPRESS/wp-content/uploads/2007/07/benchmarkstatement_deutsch_f2.pdf</p>
6	<p>Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L., Phys Ther. 2006 Dec;86(12):1619-29.</p>
7	<p>Der First-Contact-Practitioner in England – Ein Beispiel für physiotherapeutische Berufsautonomie. Sivaparham, Geetainee., Fachhochschule Osnabrück. (2007) http://www.wiso.fh-osnabrueck.de/23067.html !!! noch nicht veröffentlicht !!!</p>
8	<p>Diagnostic imaging and differential diagnosis in 2 case reports. Garber MB., J Orthop Sports Phys Ther. 2005 Nov;35(11):745-54.</p>
9	<p>Differential diagnosis of spondylolysis in a patient with chronic low back pain. Thein-Nissenbaum J, Boissonault WG., J Orthop Sports Phys Ther. 2005 May; 35(5):319-26.</p>
10	<p>Direct access. Gould JS., Am J Orthop. 2005 Mar;34(3):110. !!! No abstract available !!!</p>
11	<p>Direct Access - Direkter Zugang zur Physiotherapie in Schweden, Osnabrück. Leinich T., Fachhochschule Osnabrück. (2007) http://www.bod.de/index.php?id=296&objk_id=126378</p>

Nummer	Titel
12	<p>“Direct Access in Schweden” Tomas Leinich / Buchvorschau in Teilen (2006) http://books.google.de/books?id=RUpFBSLNVmUC&pg=PA6&lpq=PA6&dq=first+contact+Physiotherapie&source=bl&ots=TBbvZ5_Ghz&sig=EDVFuU4xaT5v_NT5ceikhV56kHE&hl=de&ei=7yJySvLqCcuQsAaq5qiADA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2</p>
13	<p>Direct Access to Physiotherapy in Primary Care: Now? - <i>and</i> into the future? Holdsworth LK., 2004 Chartered Society of Physiotherapy. Published by Elsevier Ltd. Where this piece fits: Patient self referral (direct access) to ...</p>
14	<p>Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. Deyle GD., J Orthop Sports Phys Ther. 2006 Sep;36(9):632-4. !!! No abstract available !!!</p>
15	<p>Direct access--the best kept secret: a "seasoned" case manager learns from personal experience. Muller LS., Prof Case Manag. 2007 May-Jun;12(3):170-7. !!! No abstract available !!!</p>
16	<p>Direct Access (DA) to Out Patient Physiotherapy services within Edinburgh CHP . Barrow M., Edinburgh CHP Physiotherapy Manager November 2006] Direct Access (DA) to Out Patient Physiotherapy services within ...</p>
17	<p>Direct access to physiotherapy Holdsworth LK and Webster VS., Physiotherapy (2005). (In press)</p>
18	<p>Diskussion in der Schweiz über die Bedingungen des direct access: http://www.physioswiss.ch/download/PP-Luder-09-18-08.pdf</p>
19	<p>Documentation of red flags by physical therapists for patients with low back pain. Leerar PJ, Boissonnault W, Domholdt E, Roddey T., J Man Manip Ther. 2007;15(1):42-9.</p>
20	<p>Empfehlungen des IFKs im Hinblick auf Australien: http://www.ifk.de/aktuell/meldungen/first_contact_3.htm</p>
21	<p>Evaluation des Direct Access zur Physiotherapie in Schweden aus ärztlicher Sicht. Damm C., Fachhochschule Osnabrück. (2008) http://www.wiso.fh-osnabrueck.de/23067.html !!! noch nicht veröffentlicht !!!</p>
22	<p>Grundlagenanalyse des physiotherapeutischen First Contact in Deutschland. Flesch S., Hoffmann B., Thim van der Laan - Hogeschool Fysiotherapie (2009) !!! noch nicht veröffentlicht !!!</p>

Nummer	Titel
23	Kompetenzerwerb irischer Physiotherapeuten im Kontext des First-Contact Practitioners. Wall JP., Fachhochschule Osnabrück. (2008) http://www.wiso.fh-osnabrueck.de/23067.html !!! noch nicht veröffentlicht !!!
24	Malpractice by physical therapists: descriptive analysis of reports in the National Practitioner Data Bank public use data file, 1991-2004. Sandstrom R., J Allied Health. 2007 Winter; 36(4):201-8.
25	„Physiotherapie: Auf dem Weg zur Professionalisierung“ Prof. Zalpour (2005) http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=46184
26	Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy. Donato EB, DuVall RE, Godges JJ, Zimmerman GJ, Greathouse DG., J Orthop Sports Phys Ther. 2004 Jun;34(6):284-304. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15233391
27	Professional competence in physical therapy. Brosky JA Jr, Scott R., J Allied Health. 2007 Summer;36(2):113-8.
28	Proffessionalisierung der Physiotherapie in Deutschland, Schwandorf. Rudolph MH., Private FH Döpfer. (2006) http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/55020.html
29	PTs als FCP: Fluch oder Segen?“ Prof. Zalpour (2008) http://www.thieme.de/SID-EA8DCDCE-AEBF9E81/local_pdf/first_contact.pdf
30	Direct access and patient self-referral - Stellungnahme der WCPT 2011 inkl.: Messages from Research http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Keynote_DirectAccess.pdf
31	Wunschtraum oder Wirklichkeit? Behandeln ohne Rezept – neue Möglichkeiten und ihre Grenzen. Möller-Wolf D., pt Zeitschrift für Physiotherapeuten. 2007 59(3) http://www.physiotherapeuten.de/pt/archiv/2007/pt03/moeller-wolf.pdf

Quellen: PubMed und Google, Stand 23.11.2012

Suchwörter: Physiotherapy, Physical Therapy, direct access, first contact, risk

Fazit: Der D.A. ist sicher und kostensparend.