

Barbara Aigner

Schulleiterin Berufsfachschule für Physiotherapie der Bezirkskliniken Schwaben am
Bezirkskrankenhaus Günzburg

www.bkh-guenzburg.de

Der DA ist für mich in Deutschland derzeit nicht umsetzbar- außer wir erfüllen folgende Voraussetzungen:

Es liegt eine Berufserfahrung von 2-5 Jahren vor, zusätzlich legt jeder Physiotherapeut eine, von staatlicher Stelle durchgeführte bundeseinheitliche, Prüfung ab.

(Berufliche/fachliche Weiterbildung wird hierbei nicht angerechnet bzw. berücksichtigt).

Jeder kann sich das Wissen selbst aneignen, es bedarf nicht verpflichtend eines Kurses mit einer festgelegten Anzahl von Stunden.

Die Möglichkeiten Physiotherapeut zu werden sind in Deutschland so wenig vergleichbar und divergieren sehr.

Schon die bundesweit geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten, in der Befund als Fach mit 100 Stunden vorgeschrieben ist, beinhaltet nicht die Inhalte die für den DA unabdingbar sind:

15 Physiotherapeutische Befund- und Untersuchungstechniken

15.1 Grundlagen der Befunderhebung

15.2 Inspektion

15.3 Funktionsprüfung

15.4 Palpation

15.5 Messverfahren

15.6 Reflexverhalten

15.7 Wahrnehmung akustischer Auffälligkeiten

15.8 Systematik der Befunderhebung

15.9 Dokumentation

15.10 Synthese der Befunderhebung

15.11 Erstellung des Behandlungsplanes

Dazu kommt, dass die Bundesländer uneinheitlich vorgehen, in Bezug auf Lehrpläne, praktische Ausbildung und Qualifikation des Lehrpersonals.

Das Setting in dem die Berufsbezeichnung: Physiotherapeut erworben wird, spielt hier m.E. keine Rolle- auch in der hochschulischen Bildung ist Differentialdiagnostik als Inhalt nicht vorgeschrieben (und hier kommt die Freiheit in der Lehre als weiteres dazu).

Sabine Kanzler-Soiné

Seit 32 Jahre selbständige PT in eigener Praxis (Kassen und Privatpatienten),

Physiocoachausbildung, Zulassung als TeilHP PT, engagierte Regiosprecherin (Bezirk Freiburg, Südbaden) und Initiatorin von "Talk amSee" in Freiburg (Podiumsdiskussion im letzten Jahr: "Mehr Autonomie für die Physiotherapie") .

www.physiotherapie-kanzler.de

Ich bin gegen das Blankorezept als Interimslösung sondern sofort für den Direktzugang denn:

Mit dem Blankorezept bestimmt immer noch der Arzt über das Ob und Wieviel einer Behandlung!

Wir vergessen bei der ganzen Diskussion um den Direktzugang oft die Patienten selbst und entmündigen sie damit!

Zitat aus Focus2/16:

Artikel von Medienphilosoph Prof. Norbert Bolz: "Der Staat als Super Nanny"....die Betütelungspolitik unseres Staates führt zur Unmündigkeit, also genau dem Geisteszustand, gegen den jede Aufklärung kämpft...."

Daraus komme ich zu dem Statement, dass wir den Patienten zu wenig Eigenverantwortung geben und zutrauen! Schließlich werden Patienten sich ja trotz Direktzugang immer noch entscheiden können, ob sie statt direkter Inanspruchnahme von PTs vorher erst zum Arzt gehen möchten; das soll ja nicht verboten werden !!!!

Und ein Patient, der sich aus Eigeninitiative an einen PT wendet, ist doch in der Regel auch ein viel interessierterer und motivierterer, als einer, der "geschickt" wird und dann nur bei uns ankommt, weil er eine VO bekommen hat.

Der Direktzugang wird sich m. E. nach **k o s t e n s p a r e n d e r** und nachhaltiger auswirken, weil ein Patient schon von Anbeginn aktiv an seinem Heilungsprozess beteiligt wird, zumal er dann als unser „Auftraggeber“ noch mehr als bisher möglich, zusammen **m i t** mir, dem Therapeuten, das Therapieziel festlegt und ich als Therapeut aus meinem "Werkzeugkoffer" mit ihm zusammen das auswählen kann, was je nach aktuellem Zustand, als das zielführendste Mittel erscheint. Ich müsste z.B. nicht 6 x heiße Rollen verabreichen, wenn sie mir spätestens ab dem 3. Mal nicht mehr sinnvoll erscheinen oder der Patient sie als nicht effektiv empfindet. Auch wenn sich schon heute viele Kollegn/innen über solche "Vorschriften" hinwegsetzen und, egal was verordnet ist, das auswählen, was sinnvoll erscheint, so verstoßen sie damit gegen den Heilmittelkatalog und stehen u.U. mit einem Bein vor dem Kadi. Das macht uns angreifbar und schwächt unsere Position. (Ein Druckmittel der Kassen ist übrigens genau dies; sie behaupten, die Pts würden ja ohnehin häufig betrügen).

Anna Eisenhart-Rothe

Physiotherapeutin, Dipl. Betriebswirtin, Autorin

1. PTs denken immer, was sie noch nicht können. Wir sollten jetzt mal klarstellen, worin unsere besonderen Kompetenzen liegen, die uns für den Direktzugang qualifizieren:
Potenzialorientiertes Denken!!
 2. Wir sind Spezialisten darin, präzise Anamnesen / Befunde zu erheben: wir hören sehr genau zu, sehen sehr genau hin und untersuchen den Patient mit diversen differenzierten Tests und nehmen uns mehr Zeit als alle anderen Berufe im Gesundheitswesen
 3. Wir sind die Spezialisten in der Bewegungs- und Funktionsanalyse: der Unterschied zu den Medizinern liegt darin, das Röntgen, CT und MRT statische Momentaufnahmen ohne Bewegungsabläufe sind.
 4. Uns zeichnet im Vergleich zu den meisten anderen Berufsgruppen ein überdurchschnittlicher Fortbildungswille / Bereitschaft aus. Wir werden uns daher Red-Flags und die diagnostischen Methoden in Fortbildungen aneignen, die wir brauchen- das haben wir bisher immer so gehandhabt.
 5. Als die Gesetzesänderung kam, sich sofort nach dem Physio-Examen niederlassen zu können, dachte auch ein Teil der Kollegen, dass die Welt der Physiotherapie aus fehlenden Kompetenzgründen zusammenbricht... Im Gegenteil, die Berufsgruppe hat sich hervorragend entwickelt.
 6. Ausbildungsverordnungen für Physios kann man überarbeiten und ergänzen. In der grundständigen Physioausbildung kann das integriert / aufgenommen werden, wenn man will.
-
-

Dr. Claus Beyerlein

MManipTh (Curtin University/Australien)
PT/MT, MCTA, CMP
Dipl.-Sportwissenschaftler
Herausgeber manuelletherapie
www.physiotherapie-beyerlein.de

Das Video, in dem Dr. Claus Beyerlein seinen Standpunkt klar macht, das auch auf dem physiokongress 2016 im Rahmen der Podiumsdiskussion zum Thema Direktzugang gezeigt wurde. [physiotherapiebeyerlein.facebook.de](https://www.facebook.com/physiotherapiebeyerlein)

Ich bin PRO Direktzugang, weil:

- Mehr Berufsautonomie
- Weniger Röntgendiagnostik/apparative Diagnostik
- Bessere/schnellere Versorgung von Patienten
- Kostenreduktion
- Höhere Patientenzufriedenheit

und Physiotherapeuten wollen KEINE Heilpraktiker sein.

Meine Argumente stützen sich auf Ergebnisse im Ausland (Europa und Übersee)
Warum sollte das in Deutschland nicht auch gelingen? Wir dürfen in diesem Land manchmal auch etwas optimistischer sein.

Von Politik, aber vor allem von Ärzteseite wird versucht zu suggerieren, dass wir, im Falle des DA, ich zitiere eine

„Gefahr für die Volksgesundheit“ darstellen.

Dem müssen wir mit einer fundierten Fort- und Weiterbildung, aber vor allem einer Reform der Ausbildung entgegenreten.

Wir brauchen keine 270 Schulen in Deutschland. Mein Wunsch ist die „Vollakademisierung“ und eine

4-jährige primärqualifizierende Ausbildung an einer Hochschule.

Wir brauchen keine Fächer wie Hydro- und Balneotherapie, Elektrotherapie, BGM,..stattdessen Wissenschaftliches Arbeiten, Screeningverfahren, Erkennen von Red Flags und klinischen Mustern, Clinical Reasoning, Kommunikation,...

„Direktzugang“ nur für Akademiker: NEIN

Aber eine Kenntnisprüfung (wie bei unseren Nachbarn in den Niederlanden), die sich JEDER unterziehen muss, der im DA arbeiten will.

Dafür würde ich eine TASK FORCE bilden, die diese Kenntnisprüfung entwickelt.

Arne Vielitz

Physiotherapeut B.A. (NL), Cred MDT, MT
Mitglied der AG Direktzugang - ZipT
www.screenigbogen.de
www.zipt.de

Das Video, in dem Arne Vielitz seine Gedanken zum Thema zusammenfasst, das auch auf dem physiokongress 2016 im Rahmen der Podiumsdiskussion zum Thema Direktzugang gezeigt wurde.

Es gibt nichts was gegen die Einführung des Direktzuges in Deutschland spricht!

Er ist sicher und effizient - Fakten zum Thema weiter unten:

Wir können allerdings meiner Ansicht nach keinesfalls einfach so damit loslegen. Wir müssen die arbeitenden Physio's nachschufen und Ausbildung bzw. Studium auch die fehlenden Inhalte ergänzen.

Ich bin nicht der Meinung, dass es per se reicht einen akademische Abschluss in der Physiotherapie, eine gewisse Anzahl an Jahren der Berufserfahrung oder ein absolviertes Fortbildungskonzepts XYZ zu haben, um im Direktzugang zu abreiten.

Es geht nicht nur um das Erkennen von red flags. Das ist auf jeden Fall sehr wichtig, deshalb haben wir als AG Direktzugang der ZipT auch den Screeningbogen erarbeitet, getestet und entwickeln ihn ständig weiter.

Es geht aber auch nicht allein darum, unbekannte Muster und abweichenden Verläufe zu erkennen und ehrlich zu benennen - und dann weiter zu verweisen.

Neben den diagnostischen und therapeutische Fähigkeiten ist auch Kommunikation ein wesentlicher Anteil, der geschult werden muss; um gut hören, erläutern und begleitet zu können.

Wir brauchen ein Bewusstsein und ein Verantwortungsbewusstsein für die Kosten die wir verursachen. Wir müssen lernen klar definierte Ziele, zusammen mit den Patienten festzulegen und auch realistische Behandlungszeiträume abzustecken und dann eben auch klar entscheiden, wann Behandlungen beendet werden könne/müssen - und nicht einfach immer fröhlich weiter behandeln.

Ich denke, dass es sehr viel ist, was nötig ist um zum Direktzugang zu qualifizieren. Ich bin der Meinung, dass das Nachschufen, wie es in den Niederlanden z.B. geschehen ist, möglich ist. Ob man all diese Fähigkeiten und ein Bewusstsein für die Notwendigkeit des evidenzbasierten Handeln und die Fähigkeit sowie die Selbstverpflichtung zur eigenen Weiterentwicklung in drei Jahren Ausbildung unterbringen kann sehe ich als fraglich an, in vier Jahren Studium ist das sicher eher realistisch.

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 Bildgebung 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 Bildgebung!

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

- Fieber
- Ungeklärter Gewichtsverlust
- 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
