

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der Begriff Direktzugang bzw. Direct Access durch den Dachverband internationaler Physiotherapieverbände, der 'World Confederation of Physical Therapy' (WCPT), definiert. Es findet zudem eine tiefergehende Begriffserläuterung des Wortes statt. Es wird deutlich gemacht, warum der WCPT den Direktzugang für seine Mitgliedsverbände erreichen möchte. Zusätzlich wird ein kurzer geschichtlicher Ablauf über die Entstehung des Direktzuges weltweit gegeben und welche Veränderungen damit einhergegangen sind. Anhand von internationalen Studien wird die Wirkungsweise des Direktzuges dargestellt. Es werden sowohl positive als auch negative Faktoren beleuchtet.

Im anschließenden Teil wird ein Überblick zur aktuellen Berufssituation der Physiotherapeuten in Deutschland gegeben. Hierfür werden statistische Daten zu Stand und Entwicklung physiotherapeutischer Beschäftigungsverhältnisse in Deutschland dargestellt und die relevanten Gesetze angeführt. Dabei werden Ausbildungs- und Prüfungsinhalte mit Hilfe der 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten', kurz PhysTh-APrV, und des 'Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie', auch Masseur- und Physiotherapeutengesetz genannt (MPhG), erläutert. Das Kapitel bietet ebenfalls einen Einblick zum Thema Direktzugang in Deutschland. Auch hier werden kritische Stimmen und Befürworter und deren Gründe benannt.

2.1 Begriffserläuterung und geschichtlicher Hintergrund

Es wird zunächst der Begriff des Direktzuges definiert. Es werden die Gründe der WCPT dargestellt, warum der Direktzugang für Physiotherapeuten als wichtig angesehen wird. Weiterhin wird ein Überblick über die geschichtliche Entstehung des Direktzuges gegeben. Hierbei bekommt der Leser einen Überblick über die Länder, die einen Direktzugang bereits durchführen.

2.1.1 Was bedeutet Direktzugang in der Physiotherapie?

Der Begriff Direktzugang geht auf die englischen Worte 'direct access' und 'self-referral' zurück (World Confederation for Physical Therapy, 2013c). In der deutschen Literatur wird zusätzlich zu der Formulierung Direktzugang auch der Terminus „Patientenselbstweisung“ verwendet (Bury & Stokes, 2013). Flynn (2003) definiert Direktzugang als „the right of the public to direct consultation with physical therapists for examination, evaluation and intervention“ (S. 102). Er erklärt Direktzugang somit als das Recht von Patienten einen Physiotherapeuten aufzusuchen, um eine Überprüfung und Bewertung von Symptomen und Intervention zu erhalten. Der Begriff wird also verwendet um den Patienten die Dienste eines Physiotherapeuten ohne vorherige Überweisung durch einen Arzt zu ermöglichen. Dazu gehören Patientenanamnese, Diagnostik und auch die Therapie (Bury & Stokes, 2013). Der Physiotherapeut, der einen Direktzugang praktiziert, wird in der Literatur auch als 'First-Contact Practitioner' (FCP) bezeichnet (Zalpour, 2008).

Auch der Dachverband internationaler Physiotherapieverbände, der 'World Confederation of Physical Therapy', beschreibt den Direktzugang als eine Möglichkeit, dem Patienten einen direkten Zugang zum Physiotherapeuten zu gewähren (World Confederation for Physical Therapy, 2013a). Dabei muss vorher kein Kontakt zu einem Arzt oder einer anderen Gesundheitsprofessionalität gegeben sein. Der Verband definiert 2011 außerdem das eigenständige Arbeiten von Physiotherapeuten als „die Befähigung, Entscheidungen über das Management bzw. die Behandlung von Patienten auf der Grundlage der eigenen berufsspezifischen Kenntnisse und Erfahrungen zu treffen“ (World Confederation for Physical Therapy, 2011b). Darunter versteht der Weltverband auch den physiotherapeutischen Direktzugang für Patienten.

Mit der Einführung des Direktzuges möchte der WCPT die berufliche Eigenständigkeit und Autonomie der Physiotherapeuten stärken. Der WCPT setzt sich seit Mitte der 90er Jahre auf internationaler Ebene für den Direktzugang ein. Der Dachverband hat sich zur Aufgabe gemacht, den Direktzugang in allen seinen Mitgliedsstaaten umzusetzen (World Confederation for Physical Therapy, 2013c).

2.1.2 Die Entwicklung des Direktzuges in anderen Ländern

Die weltweite Entwicklung des Direktzuges begann in den 1970er-Jahren in Australien (Beyerlein et al., 2011). Durch die Abhängigkeit von Ärzten

und dem Wunsch nach Autonomie entstand ein Forschungszweig, der den Therapeuten ein ständig ansteigendes Wissen erbrachte (World Confederation for Physical Therapy 2011a). Berufsverbände, die den Direktzugang ausführen wollten, entwickelten zur Patientensicherheit einen Verhaltenscodex und setzten sich mit den Themen Haftung und Recht auseinander. Eines der ersten Modelle für den Direktzugang wurde beim US-amerikanischen Militär angewandt um die Versorgung verletzter Personen zu optimieren. Der wichtigste Faktor war dabei die Zeit, da die Soldaten schnell wieder einsatzbereit gemacht werden sollten.

Bislang haben sieben westliche WCPT-Mitgliedsländer den vollständigen Direktzugang. Dies bedeutet, dass sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor ohne Überweisung von einem Arzt ein Physiotherapeut aufgesucht werden kann. In anderen westlichen Staaten gibt es den Direktzugang nur für Privatversicherte. Die sieben Länder sind: Australien, die Niederlande, Großbritannien, Schweden, Finnland, Neuseeland und einige Bundesstaaten in den USA (siehe Tab.1: Übersicht über die WCPT-Länder mit vollständigen Direktzugang).

Tabelle 1: Übersicht über die WCPT-Länder mit vollständigen Direktzugang (Quelle: Beyerleisch et al. (2011); Chartered Society of Physiotherapy (2015); Finnlands Fysioterapeuter (2013); Goodman und Snyder (2007); Leinich (2014); Leemrijse et al. (2008); Physiotherapy Board New Zealand (2015a))

Land	Zeitpunkt
Australien	1976
USA (je nach Bundesstaat)	1983 (und später)
Neuseeland	1992
Schweden	2004
Finnland	2005
Niederlande	2006
Großbritannien	2006

Dabei führt Australien seit 1976 den Direktzugang durch und ist damit das Land, das weltweit am längsten dieses System praktiziert (Beyerlein et al., 2011; Semmelweiß, 2010). Als erstes europäisches Land hat Schweden 2004 den vollständigen Direktzugang erhalten (Leinich, 2014).

2.2 Direktzugang und seine Auswirkungen

In diesem Abschnitt werden die im Rahmen einer Literaturrecherche gefundenen Studien und Erfahrungsberichte dargestellt. Es wird ein Überblick über die Wirkungsweise und Effektivität des Direktzuges auf das Gesundheitssystem gegeben. Dabei werden vor allem die Faktoren Krankentage, Kosten, Behandlungsbeginn, Behandlungsdauer und Behandlungsepisode sowie Patientenakzeptanz untersucht.

2.2.1 *Krankentage, Dauer, Behandlungsbeginn und Episondenzahl*

International existieren Studien und Erfahrungsberichte nur aus den Ländern, die den Direktzugang bereits durchführen. Es wird deutlich, dass durch alternde Bevölkerungen und der Chronifizierung von Erkrankungen die Anzahl von erkrankten Menschen zunimmt. Daraus resultiert ein Anstieg der Behandlungsfälle bei Ärzten und Physiotherapeuten (Swinkels, 2014). Eine Studie, die eine fünf Jahres-Entwicklung nach der Einführung des Direktzuges in den Niederlanden untersucht hat, zeigt, dass die Arbeitsbelastung für Ärzte konstant bleibt, die Anzahl der behandelten Patienten in den Physiotherapiepraxen jedoch steigt. Die steigende Zahl an Behandlungen lässt sich auf die oben genannten Entwicklungen (steigende Anzahl älterer Menschen und Zunahme chronischer Erkrankungen) zurückführen (Swinkels, 2014).

Aus den Ergebnissen der Studie von Holdsworth und Webster (2004), wird deutlich, dass Probanden, die den Direktzugang nutzten, schneller arbeitsfähig waren als diejenigen, die zunächst einen Arzt aufgesucht hatten. Dies geht auf eine Untersuchung in Schottland zurück. Dort wird in einigen Landbezirken der Direktzugang bereits umgesetzt. Auch die Anzahl der Arztbesuche reduziert sich, wenn ein Direktzugang zu einem Physiotherapeuten möglich ist (Holdsworth & Webster, 2004; Zigenfus, Yin, Giang & Fo-garty, 2000). Weiterhin kann die Zeitspanne vom Auftreten der Symptome bis zur ersten physiotherapeutischen Intervention durch einen Direktzugang verringert werden (Leemrijse, Swinkels & Veenhof, 2008). Durch die verkürzte Zeitspanne wird eine schnellere Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten erreicht. Probanden, die in der gleichen Studie zunächst einen Arzt konsultiert hatten, waren im Vergleich länger krank. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Untersuchung in den Niederlanden (Leemrijse, Swinkels & Veenhof, 2008).

In einer Review von Robert und Stevens (1997) zeigen die Ergebnisse, dass die Wartezeit bei Physiotherapeuten und deren erste Behandlungstermi-

ne deutlich geringer ist als die Wartezeit und Behandlung bei einem Arzt. Durch den zeitnahen Behandlungsbeginn in der Physiotherapie sind die Erholungszeiten bei einem Direktzugang schneller, als bei denjenigen Probanden, die zunächst einen Arzt aufsuchen. Die verkürzte Wartezeit innerhalb des Direktzuges führt zu einer schnelleren Genesung und die berufliche Tätigkeit kann früher aufgenommen werden (Robert & Stevens, 1997). Dadurch fallen im Gesundheitssystem geringere Kosten pro Patient an (Holdsworth, Webster & McFadyen, 2007; McCallum & DiAngelis, 2012; Robert & Stevens, 1997). Die Kosten-einsparungen sind bei den 3.000 untersuchten Probanden der Studie in den Bereichen der Medikamentenversorgung, Röntgendiagnostik und Krankenhausaufenthalten zu verzeichnen (Holdsworth, Webster & McFadyen, 2007).

2.2.2 *Kosten*

Mitchell und Lissovoy (1997) untersuchten die Auswirkungen eines Direktzuges für Physiotherapeuten im US-Bundesstaat Maryland im Zeitraum von 1989 bis 1993. Ihre Studie kommt zu den Ergebnissen, dass durch einen physiotherapeutischen Direktzugang in den USA die Behandlungsepisode verkürzt wird. In dieser verkürzten Behandlungsepisode benötigt ein Patient weniger medizinische Versorgung, wodurch eine geringere Anzahl von Arztdienstleistungen, wie z.B. dem Röntgen oder eine Sonografie, notwendig ist. Die Behandlungskosten derjenigen Probanden, die in dieser Studie durch den Direktzugang eine Behandlung erhalten haben, liegen im Jahr 1993 bei 1.004 US\$. Während die Behandlungskosten bei den Probanden, die zunächst einen Arzt konsultierten, im selben Jahr bei 2.236 US\$ lagen. Die Behandlungsepisoden, die durch einen Arzt betreut werden, sind somit doppelt so teuer wie die Behandlungsepisoden, die durch physiotherapeutischen Direktzugang entstehen (Mitchell & Lissovoy, 1997). Shoemaker (2012) bestätigte im Wesentlichen die von Mitchell und Lissovoy ermittelten Resultate. Auch er kommt zu dem Resultat, dass es zu einer Reduzierung von Kosten im Gesundheitswesen kommt, wenn die Einführung des Direktzuges ermöglicht wird. Das Resultat geht dabei auf eine Untersuchung im US-Bundesstaat Michigan zurück (Shoemaker, 2012).

Auch Bury und Stokes (2013) unterstützen in ihrer Studie die Aussage von Mitchell und Lissovoy (1997). So kommen sie anhand einer Untersuchung in den EU-Ländern mit Direktzugang zu dem Ergebnis, dass es durch den Direktzugang zur physiotherapeutischen Behandlung zu einer Verringe-

rung von Behandlungseinheiten kommt. Dadurch werden die Gesamtkosten reduziert (Bury & Stokes, 2013; Ojha, Snyder & Davenport, 2014).

2.2.3 *Patientenakzeptanz*

In ihrer Studie im US-Bundesstaat Ohio, in dem seit 2004 der Direktzugang praktiziert wird, konnten McCallum und DiAngelis (2012) feststellen, dass 80 Prozent der 1.266 Befragten einen Direktzugang zu einem Physiotherapeuten bei Bedarf nutzen würden oder bereits genutzt haben. Auch Scheele et al. (2014) können anhand ihrer Untersuchung für den Zeitraum von 2006 bis 2009 in den Niederlanden die Aussage unterstützen, dass die Bevölkerung den Direktzugang nutzt oder bei Bedarf nutzen möchte. Der Direktzugang ist in den Niederlanden seit 2006 erlaubt (siehe Anhang 3). Es konnte festgestellt werden, dass nach einem Jahr der Durchführung des Direktzuges 28,9 Prozent aller registrierten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen durch den Direktzugang bei Physiotherapeuten behandelt wurden. Im Jahre 2009 waren es bereits 52,1 Prozent derjenigen Patienten mit der Diagnose 'unspezifischer Rückenschmerz', die direkt durch den Direktzugang zu einem Physiotherapeuten gelangt sind. Die Anzahl der bei einem Arzt zuerst behandelnden unspezifischen Rückenschmerzpatienten ging damit von 2006 bis 2009 von 71,1 Prozent auf 47,9 Prozent zurück. Ebenso sank die Zahl der Behandlungseinheiten und Behandlungsepisoden bei den Direktzugang-Patienten (Scheele et al., 2014).

Hackett, Bundred, Hutton, O'Brien und Stanley untersuchten bereits im Jahre 1993 in zwei Landkreisen in Großbritannien die Zufriedenheit von 401 Probanden mit Direktzugang und vorheriger Arztkonsultation. Es wurden zwei Landkreise gewählt, in dem der Direktzugang bereits durchgeführt wird. Die Ergebnisse zeigen, dass neun Prozent der Befragten eine höhere Zufriedenheit aufweisen, wenn sie den Direktzugang nutzen konnten als diejenigen, die zunächst den Arzt konsultierten (Hackett, Bundred, Hutton, O'Brien & Stanley, 1993). Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, als oftmals keine oder nur unzureichenden Kenntnisse über den Direktzugang vorliegen. So konnte in zwei Studien aus den USA und Schottland festgestellt werden, dass mehr Aufklärungsarbeit zu leisten ist. Denn Patienten wissen oftmals nicht, was der Direktzugang beinhaltet und welche Aufgabengebiete und Fähigkeiten Physiotherapeuten besitzen (McCallum & DiAngelis, 2012; Webster, Holdsworth, McFadyen & Little, 2008). Auch Beyerlein, Stieger und v. Wietersheim (2011) in Deutschland sowie Jette, Ardleigh, Chandler und McShea (2006) aus den USA sprechen sich für eine Stärkung

der Profession Physiotherapie aus. So sollen der Direktzugang und die dazugehörige Aufklärung weiterverbreitet werden. Denn die Physiotherapeuten, so Flynn (2003) in seiner Studie aus den USA, sind für den Direktzugang ausreichend qualifiziert.

2.2.4 Zusammenfassung der vorliegenden Literatur

Zur besseren Übersicht werden die wichtigsten Ergebnisse der recherchierten Studien zusammengefasst. Dabei werden die untersuchten Faktoren Krankentage, Kosten, Behandlungsbeginn, Behandlungsdauer und Behandlungsepisode sowie Patientenakzeptanz den jeweiligen Studien zugeordnet (siehe Tab.2: Zuordnung der untersuchten Faktoren in Bezug zu den recherchierten Studien). Der Effekt bezieht sich dabei auf das Vorliegen eines Direktzugesangs zur Physiotherapie.

Tabelle 2: Zuordnung der untersuchten Faktoren in Bezug zu den recherchierten Studien (Quelle: eigene Darstellung)

Faktor	Studie
Reduktion der Krankentage	Holdsworth & Webster (2004) Robert & Stevens (1997)
Reduktion der Behandlungskosten	Bury & Stokes (2013) Holdsworth, Webster & McFadyen (2007) McCallum & DiAngelis (2012) Mitchell & Lissovoy (1997) Ojha, Snyder & Davenport (2014) Robert & Stevens (1997)
Behandlungsdauer/ Behandlungsepisode verkürzt	Bury & Stokes (2013) Mitchell & Lissovoy (1997) Zigenfus, Yin, Giang & Fogarty (2000)
Schnellerer Behandlungs- beginn	Leemrijse, Swinkels & Veenhof (2008) Robert & Stevens (1997)
Patientenakzeptanz steigt	Hackett, Bundred, Hutton, O'Brien & Stanley (1993) McCallum & DiAngelis (2012) Scheele et al. (2014)

Es wird deutlich, dass sechs Studien eine Reduktion der Behandlungskosten durch den Direktzugang feststellen konnten. Drei Studien unterstützen die Aussage, dass durch den Direktzugang die Behandlungsdauer verkürzt wird und die Anzahl der Behandlungen pro Jahr zurückgehen. Weitere drei Stu-

dien machen deutlich, dass die Bevölkerung den Direktzugang akzeptiert und stetig mehr nutzt. Es wird allerdings in den Studien von McCallum und Di-Angelis (2012), Webster, Holdsworth, McFadyen und Little (2008) sowie Jette, Ardleigh, Chandler und McShea (2006) auch darauf hingewiesen, dass eine intensivere Aufklärungsarbeit geleistet werden muss. Denn viele Bürger wissen nicht, was der Direktzugang ist und welche Fähigkeiten die Physiotherapeuten besitzen.

Die Studien von Leemrijse, Swinkels und Veenhof (2008) sowie Robert und Stevens (1997) zeigen einen schnelleren physiotherapeutischen Behandlungsbeginn bei einem Direktzugang. Ebenfalls wurde durch zwei Studien bestätigt, dass die Anzahl der Krankentage durch den Direktzugang reduziert werden kann.

2.3 Physiotherapie in Deutschland

Es sollen in diesem Kapitel einige empirische Angaben zur aktuellen Situation der Physiotherapeuten bzw. der Physiotherapie in Deutschland gemacht werden. Weiterhin wird das Thema Direktzugang in Deutschland aufgegriffen und ein Meinungsbild von Ärzten und Physiotherapeuten dargestellt. Es wird ebenfalls auf ein Modellprojekt eingegangen, das von 2001 bis Ende 2015 läuft. Zum Abschluss des Kapitels werden Ausbildung- und Prüfungsinhalte in Bezug auf das 'Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie' und die 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' von 1994 beschrieben.

2.3.1 *Aktueller Stand zur Berufssituation in Deutschland*

In diesem Kapitel soll der Beruf des Physiotherapeuten und dessen Gesetzmäßigkeiten in Deutschland dargestellt werden. Es wird die berufliche Situation der Physiotherapeuten in Deutschland beleuchtet sowie ein Überblick über die Ausbildungsmöglichkeiten und die Möglichkeiten für ein Studium gegeben. Es soll das Thema Heilmittelverordnungen durch Ärzte und ein Meinungsbild dazu dargestellt werden. Abschließend wird das Kapitel den aktuellen Stand des Direktzuges in Deutschland beleuchten.

Die Berufsbezeichnung und Zulassung zum Physiotherapeuten wird in Deutschland in dem 'Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie', auch Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) genannt, geregelt (Bundes-

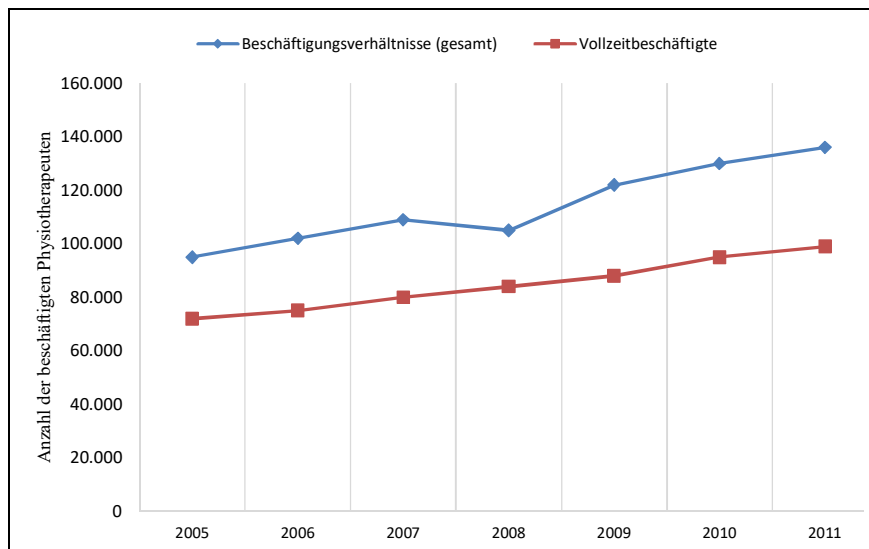


Abbildung 1: Übersicht über die Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse in der Physiotherapie (Quelle: Deutscher Verband für Physiotherapie (2015))

ministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2011). Mit der Änderung des Berufsrechts 1994 wurde der Begriff 'Krankengymnast/in' in den Begriff 'Physiotherapeut/in' geändert, da dieser ebenfalls international vertreten ist. Zu den Aufgabenfeldern zählen laut dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz die Prävention, Kuration und Rehabilitation von Patienten. Physiotherapeuten tragen somit in jeder Form der Erkrankung zur Genesung des Patienten bei.

In Deutschland gab es laut dem Deutschen Verband für Physiotherapie (2015), dem ZVK, im Jahre 2011 insgesamt etwa 136.000 Physiotherapeuten, die die Berufsbezeichnung durch das MPhG sowie den Fachschulen erhalten haben und aktuell beruflich tätig sind (siehe Abb.1: Übersicht über die Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse in der Physiotherapie). Zur Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse lässt sich sagen, dass die Zahl von etwa 95.000 Personen im Jahre 2005 auf 136.000 Personen im Jahre 2011 gestiegen ist. Somit ist die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse um über 40.000 oder 43,2 Prozent angestiegen und damit deutlich stärker als in anderen Berufsgruppen (Anstieg der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesamtdeutschland im Zeitraum von 2005 bis 2011: 8,4 Prozent). Die 136.000 Physiotherapeuten arbeiten entweder selbstständig oder als Ange-

stellte in einer der 37.390 bundesweit zugelassenen Praxen oder als Angestellte in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen. Damit ist der Beruf des Physiotherapeuten zu einem wichtigen Bestandteil des Dienstleistungssektors geworden.

Die positive Lage für diesen Beruf zeigt sich auch bei einem Blick auf die Arbeitslosigkeit. So waren im ersten Halbjahr 2015 bei der Bundesagentur für Arbeit nur 1.782 Physiotherapeuten arbeitslos gemeldet. Dies entspricht bei einer Gesamtanzahl von 136.000 Physiotherapeuten (Basis 2011) einer Arbeitslosenquote von 1,3 Prozent der bundesweiten Physiotherapeuten (Arbeitslosenquote Deutschland insgesamt im Juni 2015: 6,2 Prozent). Die Anzahl der arbeitslosen Physiotherapeuten nimmt dabei Jahr für Jahr stetig ab. So waren 2001 noch 3.275 Physiotherapeuten arbeitslos. Diese Zahl hat sich in den letzten 14 Jahren damit in etwa halbiert, bei einer steigenden Zahl an Physiotherapeuten insgesamt.

An den 266 Physiotherapieschulen erhalten jährlich über 6.000 Absolventen die Berufsurkunde. So waren es im Schuljahr 2012/2013 4.254 Frauen und 1.932 Männer, die die Abschlussprüfung erfolgreich bestanden haben. Insgesamt lässt sich allerdings ein rückläufiger Trend der Anzahl der Physiotherapieschüler erkennen (siehe Abb. 2: Anzahl der Physiotherapieschüler und deren Entwicklung). Waren deutschlandweit im Schuljahr 2007/2008 insgesamt 25.087 Physiotherapieschüler in allen drei Ausbildungsjahrgängen sank die Anzahl im Schuljahr 2011/2012 auf 22.557 Schüler.

Die Fachschulen haben für den Unterricht der Physiotherapieschüler bundesweit keinen einheitlichen Ausbildungsstandard oder Curriculum, sondern richten sich nach dem Inhalt der 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' (Bundesärztekammer, 2009), in dem die Fächer und Stundenangaben gelistet sind (siehe Anhang 1 und 2). Ihr genauer Inhalt wird zu einem späteren Zeitpunkt näher erläutert. Zusätzlich zu den Fachschulen ist es in Deutschland seit 2001 möglich, den Bachelor für Physiotherapie zu erwerben (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2013). Seit 2006 gibt es die ersten Masterstudiengänge in Deutschland.

Die Anzahl der Hochschulabgänger ist jedoch im Vergleich zu den Absolventen der Fachschulen gering. So liegt die Anzahl der Bachelorabsolventen laut der Hochschulbefragung 2013 im Zeitraum von 2003 bis 2013 bei 2.759 Personen, die Anzahl der Masterabsolventen im Zeitraum von 2006 bis 2013 liegt bei 167 Personen (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2013). Das Bachelorstudium ist in drei Varianten durchführbar. Seit 2009 kann der Bachelor in Physiotherapie auch ohne Fachschulausbildung in einem grund-

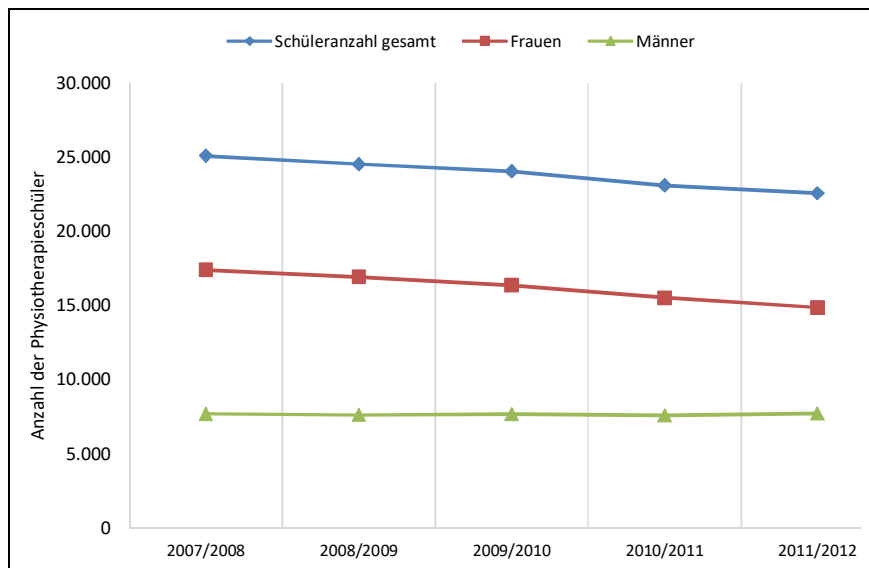


Abbildung 2: Anzahl der Physiotherapieschüler und deren Entwicklung (Quelle: Deutscher Verband für Physiotherapie (2015))

ständigen Studium erlangt werden. Ausbildungsintegrierend kann ebenfalls parallel das Bachelorstudium durchlaufen werden. Die dritte Variante beinhaltet Ausbildung und Studium nacheinander. Das bedeutet, dass zunächst die dreijährige Ausbildung abgeschlossen ist, ehe das Studium begonnen wird.

Physiotherapeuten zählen in Deutschland genauso wie die Ergotherapeuten und Logopäden zu den Heilhilfsberufen. Diese gehören zu den therapeutischen Berufen der Gesundheitsfachberufe, die Patienten nicht ohne deren vorherige Arztkonsultation behandeln dürfen. Die Physiotherapeuten sind damit in Deutschland dem behandelnden Arzt gegenüber weisungsabhängig. Dies bedeutet, dass die Physiotherapeuten in Deutschland erst dann einen Patienten behandeln dürfen, wenn eine dementsprechende Heilmittelverordnung von einem Arzt vorliegt. Auch die Frequenz der Behandlung sowie das Heilmittel werden vom Vertragsarzt festgelegt. Gesetzlich ist diese Regelung im SGB V, dem fünften Sozialgesetzbuch (2014), enthalten. Dort ist festgelegt, dass der Arzt Diagnose, Heilmittel, Frequenz und Dauer der physiotherapeutischen Behandlung vorgibt, da dieser die Kompetenz zur Differentialdiagnose besitzt (Sozialgesetzbuch, 2014). Dies bedeutet, dass er

alleine über die diagnostischen Mittel und das notwendigen Wissen verfügt um auch andere Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen auszuschließen.

2.3.2 *Meinungsbild in Deutschland zum Thema Direktzugang*

In diesem Kapitel werden die Stimmen der Befürworter und Gegensprecher zum Thema Direktzugang in Deutschland dargestellt. Die Ärzte positionieren sich dabei als Gegensprecher. Sie begründen ihre Meinung damit, dass sie das Wissen der Physiotherapeuten als nicht ausreichend ansehen, differentialdiagnostisch korrekt zu agieren und die richtige Behandlungsmethode zu wählen. So hat sich die Bundesärztekammer (2009) aus den vermeintlichen Gründen der Patientensicherheit gegen den Direktzugang für Physiotherapeuten ausgesprochen. Auf dem 112. Deutschen Ärztetag im Mai 2009 hielten die teilnehmenden Ärzte in ihrem Protokoll fest, dass Physiotherapeuten aufgrund ihrer lediglich nur drei Jahre dauernden Berufsausbildung nicht die umfassende differentialdiagnostische Kompetenz besitzen um die diagnostisch-therapeutische Methodenauswahl ohne Patientengefährdung durchführen zu können. Im Vergleich dazu stellen sie ihre etwa elfjährige Aus- und Weiterbildung als Arzt, wodurch sie ein erweitertes Wissen im Vergleich zu einem Physiotherapeuten erlangen können. Sie sehen vielmehr eine spezifische Kompetenz zur Befunderhebung und Therapie im Rahmen der berufsfeldbezogenen Aufgaben. Dabei verwiesen sie auf die Inhalte der 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' (Bundesärztekammer, 2009).

Auch die 'Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.', kurz DGOU, sprach sich 2015 in einer Pressemitteilung gegen den geplanten Direktzugang für Physiotherapeuten aus. So sehen die Mitglieder der DGOU die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung als nicht mehr gegeben an, wenn der Direktzugang für Physiotherapeuten möglich wäre. Ebenso bezweifeln sie die Einsparpotentiale, die mit der Einführung des Direktzuges einhergehen könnten. Physiotherapeuten, so die DGOU, sind in ihren Kenntnissen und Fähigkeiten, wenn es um die Analyse eines Blutbildes und die Interpretation von Röntgenbildern geht, nicht ausreichend geschult. Dementsprechend sind sie in ihren diagnostischen Möglichkeiten den Ärzten unterlegen (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., 2015).

Im Gegensatz dazu sehen die Befürworter des Direktzuges dadurch eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. In einer von Beyerlein, Stieger und v. Wietersheim (2011) erstellten und in Deutsch-

land durchgeführten Meinungsumfrage befürworten 75,7 Prozent der befragten Physiotherapeuten den Direktzugang. Dabei würden sich 61,8 Prozent der Befragten die Durchführung des Direktzuges durchaus zutrauen. Es sind in der Mehrzahl die Physiotherapeuten aus dem orthopädischen Arbeitsbereich, die sich für den Direktzugang aussprechen (Beyerlein, Stieger & v. Wie-tersheim, 2011). Die Verbände der Physiotherapeuten in Deutschland haben ebenfalls eine Mitgliederbefragung durchgeführt und Positionspapiere entworfen, in denen sie sich ausdrücklich für den Direktzugang aussprechen. Unterstützt wird dies durch ein Positionspapier der CDU/CSU, in dem die Mitglieder der AG Gesundheit die Aufwertung des Berufstandes fordern (AG Gesundheit, 2015). Dazu gehört unter anderem der Direktzugang in Bezug auf die physiotherapeutische Behandlung.

Potenzial sieht die AG Gesundheit (2015) auch in dem Modell der Direktkrankenkasse 'BIG direkt gesund' und dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK). In diesem Modellprojekt wird aktuell ein Teil des Direktzuges erprobt (Versorgungsforschung Deutschland, 2014). Seit Januar 2011 ist es Physiotherapeuten in 40 Modellpraxen in den Regionen Westfalen-Lippe (Nordrhein-Westfalen) sowie in Berlin gestattet, die Art, Dauer und Frequenz der Behandlung festzulegen. Sie dürfen dies bei Versicherten der Direktkrankenkasse 'BIG direkt gesund' anwenden, die vom Arzt eine Heilmittelverordnung mit dem Indikationsschlüssel 'WS1', 'WS2' oder 'EX1', 'EX2' oder 'EX3' erhalten haben. Eine Überweisung vom Arzt und somit auch die Diagnose müssen vorliegen, über die Behandlung entscheidet der Physiotherapeut. Ziel ist es zu untersuchen, wie sich die Autonomie der Physiotherapeuten auf Qualität und Kosten der Behandlung auswirkt. Die Untersuchung findet dabei randomisiert bei der Modellgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe statt. Die Datenbank der Versorgungsforschung Deutschland zeigt Zwischenergebnisse der Studie. So konnten Teilnehmer der Modellgruppe im Vergleich zu den Teilnehmern der Kontrollgruppe stärker von der Behandlung profitieren. Ebenso weisen die Probanden in der Modellgruppe weniger Schmerzen und schneller eine höhere Lebensqualität nach der Behandlung auf. Auch die Kosten sind in der Modellgruppe niedriger. Weitere Untersuchungen folgen noch, da das Modellvorhaben noch bis Ende des Jahre 2015 laufen wird (Versorgungsforschung Deutschland, 2014).

Verbesserungsbedarf sieht die AG Gesundheit (2015) jedoch noch in den Ausbildungsstandards. Sie möchte die Qualität der Ausbildung anheben und notwendige Zusatzqualifikationen in den Curricula integrieren. Dazu würde die Schulung von Patientenscreening, der Diagnosestellung und daraus resultierend die Verordnungskompetenz zählen. Diese Kompetenzen

werden derzeit unabhängig von der physiotherapeutischen Ausbildung in der Ausbildung zum sektoralen Heilpraktiker angeboten. Denn wer diese Zusatzausbildung hat, kann in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt unabhängig vom SGB V agieren und ohne Weisungsabhängigkeit vom Arzt arbeiten. So können Physiotherapeuten mit der Ausbildung zum sektoralen Heilpraktiker seit 2009 den Beruf der Physiotherapie als abgrenzbaren Heilberuf ausüben, ohne eine Verordnung eines Arztes haben zu müssen (Fortmann, 2015). Der Physiotherapeut erhält durch die zusätzliche Ausbildung zum sektoralen Heilpraktiker die Fähigkeit, wie Ärzte differentialdiagnostisch zu handeln und Diagnosen zu stellen (Richter, 2015). Physiotherapeuten können somit im Direktzugang arbeiten, müssen jedoch die zusätzliche Ausbildung zum (sektoralen) Heilpraktiker absolvieren. Die AG Gesundheit (2015) fordert nun, diese Qualifikationen direkt in die Ausbildung der Physiotherapeuten zu integrieren, sodass diese auch ohne zusätzliche sektorale Heilpraktikerausbildung weisungsunabhängig handeln können.

Auch der Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), der unter anderem die Interessen der Physiotherapieverbände Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) und Verband Physikalische Therapie (VPT) vertritt, sieht Potenzial in einem Direktzugang für seine Mitglieder. Dieser fordert neue Bildungs- und Qualifikationswege um die berufliche Autonomie der Physiotherapeuten in Deutschland zu stärken. Dabei wird der Direktzugang als Ziel genannt (Krüger-Brand, 2014). Jäger (2012) beschreibt, dass Ärzte weniger qualifiziert in dem Verschreiben der Physiotherapieverordnung sind, da sie weniger gut die Therapieart und Frequenz der Behandlung im Vergleich zu Physiotherapeuten einschätzen können. Auch Liu und Fletcher (2006) unterstützen die Aussagen von Jäger. Sie zeigen auf, dass die genannten Diagnosen und Therapiearten auf den Verordnungen ungenau sind. Dadurch sind die Physiotherapeuten gezwungen, sich selbstständig eine Diagnose zu erarbeiten und weitere Schritte in der Therapieentscheidung eigenverantwortlich zu entwickeln (Jäger, 2012; Liu & Fletcher, 2006). Das bedeutet, dass Physiotherapeuten somit gezwungen sind, die Erstellung der Diagnose und die Wahl der Therapieart zu überdenken und gegebenenfalls zu übernehmen, obwohl diese Aufgabe rechtlich gesehen in den Händen der Ärzte liegt (Küther, 2014).

2.3.3 Ausbildungs und Prüfungsinhalt in Deutschland

In diesem Kapitel sollen die Ausbildungsinhalte der Fachschulen in Deutschland und deren Gesetzmäßigkeiten beschrieben werden. Ebenso werden Prü-

fungsinhalte und der Ablauf des Examens dargestellt. Die aktuelle Anzahl der Fachschulen liegt bei 266 Schulen im gesamten Bundesgebiet (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2015). Diese sind in ihren Ausbildungsinhalten an die 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten', kurz PhysTh-APrV, gebunden (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013). Diese wurde im Jahre 1994 verabschiedet. Mit dem Gesetz wurde die Berufsbezeichnung 'Krankengymnast/in' durch 'Physiotherapeut/in' ersetzt, die international auch geläufig und durch den WCPT verbreitet ist (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2011). Für die Zulassung zur Ausbildung benötigen die Anwärter mindestens die mittlere Reife und müssen mindestens 16 Jahre alt sein.

2.3.3.1 Vorgaben zum Ausbildungsinhalt

Die Prüfungsverordnung beschreibt allgemeine Vorschriften zum Thema Ausbildungsinhalte und legt die Anzahl der Unterrichtsstunden fest (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013). Der theoretisch-praktische Unterricht in den Fachschulen ist mit einem Umfang von 2.900 Stunden festgelegt, die praktische Ausbildung ist in 1.600 Stunden innerhalb von drei Jahren zu absolvieren (siehe Anhang 1). Bei einer möglichen Umschulung vom 'Masseur und medizinischer Bademeister' zum Physiotherapeuten gilt die reduzierte Stundenzahl von 1.400 Stunden im theoretisch-praktischen Unterricht, sowie 700 Stunden in der praktischen Ausbildung. Die Umschulung kann, je nach Fachschule, in neun, zwölf oder 18 Monaten absolviert werden.

Die praktische Ausbildung für Physiotherapieschüler findet als Praktikum in Facheinrichtungen (Praxen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen) statt. Sie beinhaltet dabei Fachpraktika, die in sieben Bereichen absolviert werden müssen. Dazu gehören Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie und Gynäkologie. Diesen ist eine bestimmte Mindeststundenzahl zugeordnet (siehe Anhang 2). Genaue Inhalte, wie zum Beispiel zu behandelnde Krankheitsbilder, werden nicht festgelegt.

Die Praktika, die im praktischen Teil der Ausbildung zu absolvieren sind, werden „außerhalb des Lehrgangs an einem zur Annahme von Praktikanten ermächtigtem Krankenhaus unter Aufsicht eines Krankengymnasten oder eines Physiotherapeuten und unter ärztlicher Verantwortung“ durchgeführt (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013). Welche Stundenzahl als Betreuungszeit von den in den Praktikaeinrichtungen arbeitenden Physiotherapeuten für die Schüler bereitgestellt werden muss, ist im Gesetz nicht geregelt. Der genaue Praktikumsablauf ist ebenfalls nicht

durch das Gesetz geregelt. Die Fachschulen können somit individuell die Durchführung und den Ablauf festlegen. Eine Betreuung im Praktikumszeitraum durch eine an der Fachschule angestellte Lehrkraft ist durch das Gesetz vorgegeben. Diese Fachkraft muss einmal in der Woche für zwei Stunden den Schülern zur Verfügung stehen und diese im Praktikum betreuen. Dieser Aspekt wird nicht in jedem Bundesland, wie zum Beispiel in Niedersachsen, berücksichtigt. Die Praktikumszeit kann insgesamt eine Dauer von bis zu zwölf Monaten annehmen (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013).

Die Unterrichtsstunden der theoretisch-praktischen Fächer sind in der 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' mit den zu behandelnden Inhalten aufgelistet. Diese finden an den Fachschulen direkt statt. Ein einheitliches, deutschlandweit gültiges Curriculum liegt nicht vor. In der Anlage der PhysTh-APrV wird eine Mindeststundenzahl den Unterrichtsfächern zugeordnet. Eine vorgeschriebene oder empfohlene Abfolge der Unterrichtsfächer wird nicht genannt.

Sowohl die 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' als auch das 'Masseur- und Physiotherapeutengesetz' machen keine Angaben zu den Lehrkräften. Es wird keine Voraussetzung oder Qualifikation genannt, die eine Fachkraft für die Ausbildung der Schüler besitzen muss. Lediglich für das Examen werden Personen aufgelistet, die bei der Prüfung anwesend sein müssen. Festgelegt ist, dass zu dem Prüfungsausschuss mindestens ein Arzt, entweder eine Lehrkraft mit dem Abschluss als Physiotherapeut oder ein (Diplom-)Medizinpädagoge mit dem Abschluss als Physiotherapeut und eine weitere Lehrkraft, die an dieser Fachschule arbeitet, gehören muss (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013). Da die Qualifikation der Lehrer nicht gesetzlich geregelt ist, haben die Bundesländer eine Regelung entworfen (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2014). In der Bundesländerregelung zur Qualifikation von Lehrkräften in der Physiotherapieausbildung fordert der ZVK mit den zuständigen Landesbehörden die ansässigen Fachschulen zur Einhaltung einer Vielzahl von Qualifikationen und Voraussetzungen an Lehrkraft und Schulleitungen auf. Beispielsweise fordern die neuen Bundesländer zunehmend einen Hochschulabschluss oder eine pädagogische Zusatzausbildung von ihren Lehrkräften. Die alten Bundesländer setzen dies nicht dringend voraus (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2014).

2.3.3.2 Vorgaben zur Prüfung

Die Prüfung erfolgt nach der dreijährigen Ausbildung durch ein Staatsexamen. Die zu prüfenden Fächer werden in der folgenden Tabelle dargestellt (siehe Tab. 3: Übersicht der zu leistenden Prüfungen im Rahmen des physiotherapeutischen Staatsexamens). Dabei erfolgt eine schriftliche Prüfung in vier Fächergruppen und drei mündliche Prüfungen. Spezielle Krankheitslehre beinhaltet in den schriftlichen, wie auch mündlichen Prüfungen der speziellen Krankheitslehre die Bereiche Orthopädie, Chirurgie, Neurologie, Gynäkologie, Innere Medizin und Pädiatrie. Innerhalb der mündlichen Prüfung wird ein Fach der speziellen Krankheitslehre im Zufallsprinzip dem Prüfling zugeteilt, innerhalb der schriftlichen Prüfung müssen alle Fächer bearbeitet werden. Die praktische Prüfung findet in der Fachschule und am Patienten statt. Diese werden in der 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' in drei Prüfungsabschnitte gegliedert und beinhaltet die Fächer Behandlungstechniken, Bewegungserziehung, Massagetherapie, Elektrotherapie und Hydrotherapie. Die Vorbehandlung am Patienten erfolgt in zwei unterschiedlichen Fachbereichen (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013).

Wie bereits erwähnt, wird die Konstellation des Prüfungsausschusses durch die 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' festgelegt. Es muss mindestens ein Arzt anwesend sein. Ebenso eine Lehrkraft, die an dieser Fachschule arbeitet und eine weitere Lehrkraft, die den Abschluss als Physiotherapeut besitzt oder ein Diplom in Medizinpädagogik mit dem Abschluss als Physiotherapeut vorweisen kann (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013).

Nach bestandener Prüfung durch den Prüfungsausschuss erfolgt laut der 'Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten' die Berufszulassung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz oder durch das Gesundheitsamt des Bundeslandes, in dem sich die Fachschule befindet (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2013). Die Bildungshoheit ist in Deutschland dezentralisiert, daher gilt in jedem Bundesland eine unterschiedliche Regelung über die Zuständigkeit. Die Bildungshoheit liegt bei den Bundesländern.

Tabelle 3: Übersicht der zu leistenden Prüfungen im Rahmen des physiotherapeutischen Staatsexamens (Quelle: Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2013))

Schriftliche Prüfung	Fächergruppe I Berufskunde/Gesetzeskunde/Staatskunde Psychologie/Pädagogik/Soziologie Fächergruppe II Physik & Biomechanik Trainingslehre Bewegungslehre Fächergruppe III Prävention & Rehabilitation Methodische Anwendungen Fächergruppe IV Spezielle Krankheitslehre
Mündliche Prüfung	Anatomie Physiologie Spezielle Krankheitslehre
Praktische Prüfung	Prüfung I Krankengymnastische Behandlungstechniken und Bewegungserziehung Prüfung II Massagetherapie, Elektro-, Licht- und Strahlentherapie, Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie Prüfung III Vorbehandlung am Patienten

Der physiotherapeutische Direktzugang in Deutschland
Internationaler Vergleich ausbildungsinhaltlicher und
struktureller Bedingungen

Weeber, S.J.

2017, XIX, 108 S. 9 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-16767-7