



Direkte Zugänglichkeit, was bedeutet das für den Beruf des Physiotherapeuten?

Rob Ummels, Dozent in der Präha-Physiotherapieausbildung mit der Möglichkeit zum Bachelor of Physiotherapy, NL (Hogeschool Zuyd, Heerlen), in "pt Zeitschrift für Physiotherapeuten" Ausgabe 10/2006

Einleitung

In Ländern wie Australien und Neuseeland ist der Physiotherapeut für Patienten schon lange direkt zugänglich. Seit dem 1. Januar 2006 ist es in den Niederlanden auch möglich, dass ein Patient den Physiotherapeuten ohne Überweisung durch einen Mediziner konsultieren kann. Diese Entwicklung des Berufs in den Niederlanden ist neu und in Deutschland bisher nahezu unbekannt. In diesem Artikel werden die folgenden Fragen beantwortet:

1. Was ist die direkte Zugänglichkeit zur Physiotherapie (DZPh) und
2. welchen positiven Mehrwert hat die DZPh für mich als Physiotherapeut?



Schulung für die Direkte Zugänglichkeit

Die Physiotherapeuten, die in den Niederlanden im Qualitätsregister stehen und das auch weiterhin wollen, müssen vor dem 1. Januar 2006 den Kurs "Direkter Zugang zur Physiotherapie" (DZPh) belegt haben. Daneben haben die Ausbildungseinrichtungen für Physiotherapie die Pflicht, alle Studenten, die nach dem 1. Januar 2005 das Studium abschließen, DZPh-geprüft zu entlassen. Die Hogeschool Zuyd in Heerlen, Fakultät Gesundheit und Technik, Ausbildungsgang Physiotherapie, arbeitet intensiv mit einigen Ausbildungseinrichtungen in Deutschland zusammen: Präha Bildungszentrum Kerpen, SWS-Schule Schwerin, Reha Rhein-Wied Neuwied und BWM-Bildungszentrum Leipzig. Die Studenten, die ihr Staatsexamen an diesen Schulen vollendet haben, können bei der Hogeschool Zuyd ihr Bachelordiplom erreichen. Mit diesem Bachelordiplom erfüllen diese Absolventen die Anforderungen, wenn sie als direkt zugänglicher Physiotherapeut in den Niederlanden arbeiten wollen.

Was ist DZPh?

Durch die wissenschaftlichen Entwicklungen, die fortschreitende Professionalisierung und die angewandte Qualitätspolitik ist der Physiotherapeut innerhalb des Gesundheitswesens zu einem maßgeblichen, herausragenden Sachverständigen auf dem Gebiet von Beschwerden geworden, die mit der Bewegungsfunktionalität zu tun haben. Auf dem Gebiet der Bewegungsfunktionalität übersteigt das



Fachwissen des Physiotherapeuten oft das des Hausarztes. Dadurch ist der Zugang des Patienten zum Physiotherapeuten auf der Basis einer Überweisung nicht mehr zeitgemäß.

- Die direkte Zugänglichkeit bedeutet darum auch konkret, dass der Patient nun auch ohne die Überweisung eines Arztes direkt bei einem Physiotherapeuten Hilfe suchen kann.
- Weil der Patient bei direkter Zugänglichkeit nicht erst vom Hausarzt untersucht wird, ist Sorgfalt geboten. Es kann schließlich um Krankheiten oder Erkrankungen gehen, die außerhalb der Wissensdomäne des Physiotherapeuten liegen und bei denen er dem Patienten raten muss, zuerst mit seinem Hausarzt Kontakt aufzunehmen.

Physiotherapeutisch-methodisches Handeln

Im Berufsprofil der Physiotherapie in den Niederlanden steht, dass die physiotherapeutischen Aktivitäten strukturiert stattfinden müssen: nach den Prinzipien (8 Phasen) des methodischen Handelns (Abb. 1).

1. Anmeldung	diagnostischer Prozess
2. Anamnese	
3. Untersuchung	
4. Analyse	
5. Behandlungsplan	therapeutischer Prozess
6. Behandlung	
7. Evaluation	
8. Abschluss	
Abb. 1: Das physiotherapeutisch-methodische Handeln	

Abb. 1: Das physiotherapeutisch-methodische Handeln

Das methodische Handeln ist eine konsequente und durchdachte Art zu handeln, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Es beinhaltet folgende Elemente:

- zielgerichtet,
- bewusst,
- systematisch und
- prozessbezogen.

Diese Elemente sind charakteristische Merkmale des methodischen Handelns. Es handelt sich um methodisches Handeln, wenn alle vier Elemente im Handlungsprozess vorhanden und erkennbar sind. Das *physiotherapeutisch-methodische Handeln* (PhMH) verläuft in zwei Phasen mit jeweils vier Schritten;

- der diagnostische Prozess (Anmeldung, Anamnese, Untersuchung und Analyse) und der
- therapeutische Prozess (Behandlungsplan, Behandlung, Evaluation und Abschluss).



Jeder Physiotherapeut, der einen Patienten untersucht und/oder behandelt, durchläuft diese Phasen des physiotherapeutisch-methodischen Handelns.

Das physiotherapeutische Handeln kann mit einem Prozess verglichen werden, der sich auf die Lösung eines (vorhandenen oder möglicherweise drohenden) Gesundheitsproblems eines Patienten richtet [1]. In der Klassifikation "International Classification of Function (ICF)" wird der Gesundheitszustand des Patienten beschrieben [2].

Ein Patient, der auf Überweisung eines Arztes zum Physiotherapeuten kommt, durchläuft den bekannten Betreuungs- und Behandlungsprozess [1]; die acht Schritte des methodisch-physiotherapeutischen Handelns (Abb. 1).

Falls ein Patient die direkte Zugänglichkeit nutzt (also ohne Überweisung durch einen Arzt kommt), muss ein Screening stattfinden. Während dieses Screenings wird bestimmt, ob es eine Indikation für eine weitere physiotherapeutische Untersuchung gibt. Falls das der Fall ist, geht der Betreuungs- und Behandlungsprozess bei Schritt 2 weiter (Abb. 2) [3, 4, 5, 6, 7].

1a. Anmeldung	Screeningprozess
1b. Inventarisierung der Bitte um Hilfe	
1c. Screening "in Ordnung/nicht in Ordnung"	
1d. Informieren & beraten	
2. ergänzende Anamnese	diagnostischer Prozess
3. ergänzende Untersuchung	
4. Analyse	therapeutischer Prozess
5. Behandlungsplan	
6. Behandlung	
7. Evaluation	
8. Abschluss	

Abb. 2: Der Screeningprozess bei der direkten Zugänglichkeit der Physiotherapie

Abb. 2: Der Screeningprozess bei der direkten Zugänglichkeit der Physiotherapie



Der Screeningprozess

Screenen ist etwas anderes als Diagnostizieren. Der Unterschied ist essentiell für das richtige Verständnis des Screeningprozesses im Rahmen der DZPh (im Niederländischen DTF).

- Diagnostizieren ist die Einordnung eines Symptomkomplexes in eine Krankheitsklasse oder anders formuliert: "Diagnostizieren ist ein Prozess, bei dem observierte Daten in die Namen von Krankheiten umgesetzt werden".

Der *Screeningprozess* im Rahmen der direkten Zugänglichkeit der Physiotherapie wird umschrieben als:

- "ein Prozess, bei dem das Identifizieren eines Symptommusters, das auf die mögliche Anwesenheit einer Erkrankung hinweist, für die eine medizinische Expertise erwünscht bzw. notwendig ist, im Vordergrund steht". [3, 4, 5, 6].

Es kann einen Unterschied darin geben, was für den individuellen Physiotherapeuten ein erkennbares Muster ist. Das ist unter anderem von Erfahrung und zusätzlicher Schulung abhängig.

Wie aus dem oben Genannten ersichtlich ist, soll bei einem Screening keine Diagnose gestellt werden. Jedem Patienten muss geraten werden, Kontakt mit seinem Hausarzt für eine weitere Untersuchung, Diagnose und/oder Behandlung aufzunehmen, wenn bei ihm das Gesamtbild der Symptome ein unbekanntes Muster für den Physiotherapeuten bildet, oder wenn rote Indikatoren (das sind Symptome oder Zeichen bei einem Patienten, die als "Warnsignale" aufzufassen sind oder Risiko-Indikatoren für eine mehr oder weniger ernsthafte zugrunde liegende Störungen [2]) vorliegen.

- Während des Screenings im Rahmen der DZPh geht es primär um das Erkennen von Risikofaktoren und nicht um die Bindung dieser Risikofaktoren an ein Krankheitsbild (keine medizinische Diagnostik).
- Nicht nur während des Screeningprozesses, sondern auch während eventueller Folgesitzungen müssen Sie aufmerksam auf Abweichungen vom Muster achten und rote Indikatoren finden.

Dieser Screeningprozess ist eine spezielle Ergänzung von Schritt 1 des methodisch-physiotherapeutischen Handelns (s. Abb. 2). Wichtig ist, dass der Physiotherapeut während des gesamten Behandlungsprozesses screenen muss, auch wenn die überweisende Stelle eine Diagnose gestellt hat. Das Beschwerdemuster kann sich während der physiotherapeutischen Behandlungen schließlich anders entwickeln als erwartet.

DZPh macht dem Physiotherapeuten seine screenende Rolle bewusster; er geht folgendermaßen vor:

Schritt 1a: Anmeldung

Der Patient, der die direkte Zugänglichkeit der Physiotherapie nutzt (also ohne Überweisung von einem Arzt kommt), wird über das Verfahren des Screeningprozesses informiert.

Schritt 1b: Inventarisierung der Bitte um Hilfe

Der Grund für den Kontakt zum Physiotherapeuten wird inventarisiert und die konkrete Bitte um Hilfe wird besprochen, zusammengefasst und, nach Zustimmung des Patienten, festgelegt.

Schritt 1c: Screening "in Ordnung/ nicht in Ordnung"

Im allgemeinen Sinn achtet der Physiotherapeut beim Screening "in Ordnung/nicht in Ordnung" aufmerksam auf Mustererkennung und auf die Identifizierung von eventuell vorhandenen roten Indikatoren. Während des Screenings können sich fünf Situationen ergeben:



- Situation I: Falls die präsentierten Symptome ein für den Physiotherapeuten erkennbares Muster bilden, überlegt und beschließt der Physiotherapeut, ob eine weitere physiotherapeutische Untersuchung sinnvoll und notwendig ist.
- Situation II: Wenn die präsentierten Symptome ein für den Physiotherapeuten nicht erkennbares Muster bilden, muss der Physiotherapeut den Patienten darüber in Kenntnis setzen und ihm raten, Kontakt mit dem Hausarzt aufzunehmen.
- Situation III: Die präsentierten Symptome bilden zwar ein bekanntes Muster, aber ein oder mehrere Symptome passen nicht in dieses Muster. Auch jetzt muss der Physiotherapeut den Patienten darüber in Kenntnis setzen und ihm raten, Kontakt mit dem Hausarzt aufzunehmen.
- Situation IV: Der Verlauf eines oder mehrerer Symptome weicht nach dem Verständnis des Physiotherapeuten ab. In dieser Situation gilt dieselbe Handlungsweise wie in Situation III.
- Situation V: Der Physiotherapeut konstatiert einen oder mehrere "rote Indikatoren" und rät, Kontakt mit dem Hausarzt aufzunehmen.

Schritt 1d: Informieren & Beraten

Die Befunde aus Schritt 1c führen zu der Schlussfolgerung "in Ordnung" oder "nicht in Ordnung" aus der Perspektive des Physiotherapeuten. Bei der Schlussfolgerung "in Ordnung" (Situation I) wägt der Physiotherapeut ab, ob eine weitere physiotherapeutische Diagnostik sinnvoll und notwendig ist. Wenn ja, folgt Schritt 2 des Betreuungs- und Behandlungsprozesses bei DZPh.

Wenn der Physiotherapeut zu der Schlussfolgerung "nicht in Ordnung" (Situation II-V) kommt, informiert er den Patienten darüber und rät ihm, Kontakt mit dem Hausarzt aufzunehmen. "Informieren" bedeutet hier: Er teilt dem Patienten mit, dass ein oder mehrere Symptome hinsichtlich Art oder Verlauf von ihm nicht als Bestandteil eines bekannten Musters erkannt werden.

Die Vorteile von DZPh

Die Einführung von Direkter Zugänglichkeit bietet nicht nur für den Physiotherapeuten Chancen, sondern auch Patienten und Krankenversicherer werden von dieser Entwicklung profitieren. Chancen für die Patienten sind u. a. adäquatere und effektivere Versorgung; für Krankenversicherer bringt es eine Kosteneinsparung. Die Vorteile für den Physiotherapeuten sind Förderung und Anerkennung der Professionalität des Berufs, besserer und schnellerer Zustrom von Patienten und mehr Befriedigung in der Arbeit.

Mit der Einführung von DZPh in den Niederlanden werden die Anstrengungen der Berufsgruppe Physiotherapie anerkannt: Qualitätspolitik, wissenschaftlichen Entwicklungen und fortschreitende Professionalisierung des Physiotherapeuten im Gesundheitswesen. In Deutschland gibt es den direkten Zugang zum Physiotherapeuten bis heute nicht. Physiotherapeuten, die ihre Ausbildung in den Niederlanden genossen haben und in Deutschland arbeiten, werden ihre Kenntnisse und Fertigkeiten einsetzen, um in Deutschland eine Anerkennung des Physiotherapie-Berufs zu erreichen, wie das schon in Australien, Neuseeland und den Niederlanden der Fall ist.



Literatur:

1. P.E.J. Ummels, In hoeverre past de methode Mckenzie in het Methodisch handelen?, Fysiopraxis, September 2003
2. World Health Organization 2001, ICF, Bohn Stafleu Van Logherr 2002
3. Directe toegankelijkheid Fysiotherapie, Module en reader, KNGF, April 2004
4. Koele, D., Directe toegankelijkheid voor fysiotherapie of niet, Fysiopraxis 2003
5. Melis B., Directe toegankelijkheid - een tussenstand, Fysiopraxis 2003
6. Dolder, R. van. Directe toegankelijkheid Fysiotherapie, Fysiopraxis 2004
7. Geffen, Directe toegankelijkheid Fysiotherapie biedt kansen, Fysiopraxis 2005
8. The chartered society of physiotherapy, Selfreferral to physiotherapy services, Londen 2004.
9. Kirstaedter, U., Der Clinical Reasoning Prozess in der Ausbildung von Schülern der Physiotherapie oder Clinical Reasonong als Schlüsselqualifikation in der Physiotherapieausbildung, Zeitschrift für Physiotherapeuten, 2004/1
10. Marhauer, S Anforderungen des Clinical Reasoning Prozess an die Fähigkeiten von Physiotherapeuten. Z. f. Physiotherapeuten, 2004/8
11. Marhauer, S., Welche Kompetenzen befähigen Physiotherapeutenschüler zum Clinical Reasoning? Z. f. Physiotherapeuten, 2005/1