

Autonomie und Verantwortung – Meinungsbilder Berufsangehöriger der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zum Direktzugang

Marcel Konrad¹, Christina Krohn², Kathrin Matuschek¹

¹ Hochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit & Soziales, Idstein ² Therapeutische Ambulanz, Geilenkirchen

Hintergrundinformationen und Zielstellung

Die Therapieberufe befinden sich in Deutschland in einem fortschreitenden Prozess der Akademisierung und Professionalisierung [1,2]. Dieser geht mit mehr Anerkennung, Verantwortung und Berufsautonomie einher [3]. In diesem Zuge stellt die theoretische Konzeption und praktische Einführung eines Direktzugangs (DA; engl. direct access) einen Meilenstein dar [2]. Mit der Einführung eines DA würden die Therapieberufe mehr berufliche Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit zugesprochen bekommen. Studien aus dem Ausland wie z.B. Großbritannien, Niederlande, USA und Australien belegen, dass der DA ein erfolgreiches Versorgungsmodell im Gesundheitswesen sein kann [4,5,6,7]. In Deutschland befindet sich der DA in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. So besteht die Forderung des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände e.V. (SHV) nach einer angemessenen Vergütung, neuer Bildungs- und Qualifikationswege sowie mehr beruflicher Autonomie und einem DA [8,9]. Aktuell bestehen Barrieren, welche eine Umsetzung verhindern, jedoch besteht ein wachsender Einsatz für dieses Thema [10]. Die konkrete Entwicklung hin zu einem DA spiegelt sich vorwiegend in der Physiotherapie (PT) wieder, wie sich in Deutschland im *Modellvorhaben Physiotherapie nach § 63 Abs. 3b SGB V* zeigt [11]. Für die Ergotherapie (ET) und Logopädie (LP) gibt es solche Modellvorhaben bislang nicht. Die Sicht der drei Therapieberufe wurde bisher noch nicht berücksichtigt. Zielstellung war es daher in einer qualitativen Studie die subjektiven Perspektiven von Berufsangehörigen der ET, LP und PT zum berufspolitisch übergreifend relevanten Thema DA anhand folgender Frage zu untersuchen: Wie sehen Berufsangehörige der ET, LP und PT den DA für ihre Profession?

Methode

Zur Erfassung der subjektiven Perspektiven der ET, LP und PT wurden 30 Probanden [10 ET, 10 LP, 10 PT], mittels eines halbstrukturierten Leitfadenterviews befragt. Jedes Interview wurde in das computergestützte Softwareprogramm MAXQDA 11 importiert und anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz [12] iterativ ausgewertet. Das methodische Vorgehen ist in Abb. 2 dargestellt.

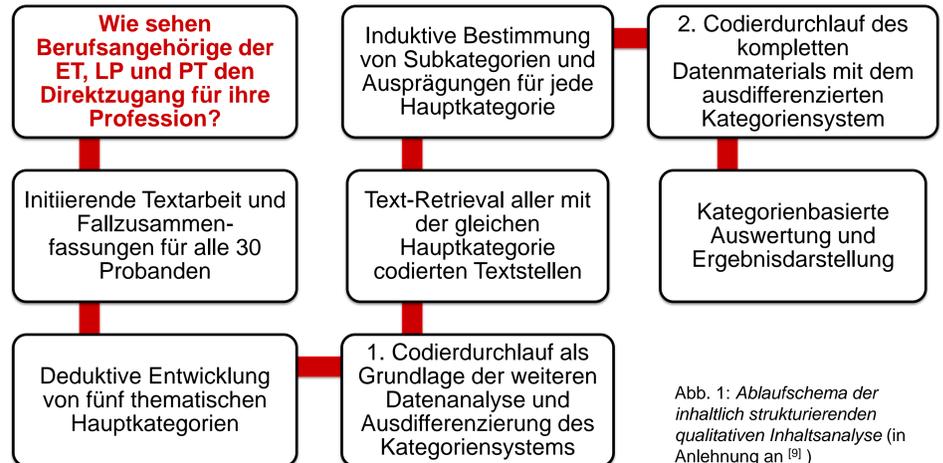


Abb. 1: Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (in Anlehnung an [9])

Ergebnisse

„Also, ich glaube, da gibt es [...] berufspolitisch [...] als aber auch von Seiten der Ärzte zu viele Widerstände im Moment noch oder auch zu viele Grundlagen, die verändert werden müssten, sowohl im Denken als auch wirklich in Paragraphen[...]. Ich glaube nicht, dass das [...] sich zeitnah durchsetzt.“ (akad. Ergotherapeutin)

Standpunkt

- Berufspolitische Hindernisse erschweren die Umsetzung eines DA
- Befürchtung eines Rückgangs der Klientenzahlen aufgrund des vermuteten niedrigen Bekanntheitsgrades

„Und wenn die Hausärzte und die Fachärzte immer noch hingehen und Ergotherapie halt einfach empfehlen und die Patienten darüber aufklären, wär das Problem damit ja auch beseitigt.“ (Ergotherapeutin)

„Es muss eine gute Red Flag-Erkennung da sein, also ein gutes Wissen, wo meine Handlungskompetenzen beginnen und wo sie aufhören und diese Grenzen auch definitiv zu akzeptieren, und das Rückgrat auch zu haben, dem Patienten auch zu sagen ‚Wir können jetzt hier nicht weiterarbeiten.‘“ (akad. Physiotherapeut)

Voraussetzungen

- Individuelle Sozial-, Fach- und Methodenkompetenzen
- Aufklärung über die Therapieberufe
- Evidenzbasiertes Arbeiten durch eine Akademisierung

„Was ist Ergotherapie? Eltern sehen: mein Kind ist schusselig. Aber dann sagen sie halt ‚Ach ja, der fällt über seine Füße.‘ Dass das vielleicht irgendwie einen Hintergrund hat, dass da die Wahrnehmungsverarbeitung nicht richtig funktioniert, [...] das ist den Eltern ja auch gar nicht bewusst.“ (akad. Ergotherapeutin)

„Weniger Büroarbeit, weniger Telefonate mit Ärzten, weniger Arztberichte, mehr Zeit für die Therapie, mehr Zeit für die Patienten.“ (Ergotherapeutin)

Folgen

- Weniger Bürokratie und mehr Zeit für den Klienten
- Freie Handlungsfähigkeit, berufliche Autonomie und gesteigerte Effizienz

„[...] ich wär nicht mehr an den Satz des Rezeptes gebunden, [...] ich bin unabhängiger und kann dadurch effizienter arbeiten.“ (akad. Physiotherapeut)

„Klar, viele sind jetzt schon akademisiert. Aber die Ergos sind halt immer noch die Basteltanten“ (akad. Ergotherapeutin)

Fremd- und Selbstbild

- Geringe Wertschätzung gegenüber dem Berufsbild wegen Vorurteilen
- Uneinheitlicher Bildungshintergrund und vermutete mangelnde Kompetenz von Kollegen

„Ich glaube einfach, dass der Standard draußen unter den Therapeuten nicht so auf der Höhe ist, dass ich den Direktzugang für Deutschland im Moment günstig finde.“ (akad. Physiotherapeutin)

Schlussfolgerungen

Gegenwärtig nimmt die Ärzteschaft die Position des Alleinverantwortlichen für die Diagnosestellung und Auswahl der notwendigen Behandlung ein [3]. Der DA würde zu einer Abkehr des ursprünglichen Rollenbildes führen [13,14]. Die Argumentation der Bundesärztekammer, dass Therapeuten über keine ausreichende Qualifikation für diese Tätigkeit verfügen, wurde vom Verwaltungsgerichtshof in Baden-Württemberg im Jahr 2009 aufgehoben und vom Bundesverwaltungsgericht bestätigt [3]. Die Urteilsprechung bezog sich auf PTs, welche durch das Modellvorhaben Bestrebungen zur Einführung des DA zeigen. Eine hochschulische Qualifikation blieb in der Rechtsprechung bisher unberücksichtigt [3]. Die Bedenken der Probanden hinsichtlich finanzieller Vorteilnahme und unwirtschaftlichem Handeln aufgrund fehlender Kontrollinstanzen wurden bisher nicht untersucht [3]. Auch eine Entwicklung mit sinkenden Klientenzahlen kann in neueren Untersuchungen nicht bestätigt werden [5,15]. Eine quantitative Studie [16] zeigt zudem, dass Berufserfahrung, Fortbildungen, Geschlecht, Status der beruflichen Tätigkeit, Arbeitsbereich, Arbeitszeit und das Klientel einen signifikant positiven Einfluss auf die Befürwortung und das Zutrauen zum DA haben. Die Anpassung der Curricula, Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen für Screening und Diagnostik sind schlussfolgernd Voraussetzungen für die Einführung eines DA [10].

[1] Gründkemeyer, A., & Zalpou, C. (2010). Querschnittstudie: First-Contact-Practitioner in Deutschland. *Physiotherapie*, 2, 12-16.
 [2] Küther, G. (2014). Der Direktzugang zu Heilmittelerbringern in Deutschland: Eine kritische Übersicht. *Phys Med Rehab Kuror*, 24, 173-182.
 [3] Lauer, N. (2014). Gestern Arbeit – heute Beruf – morgen Profession? *Forum Logopädie*, 3(38), 25-27.
 [4] Ferris, T.G., Chang, Y., Blumenthal, D., & Pearson, S.D. (2001). Leaving gatekeeping behind – Effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *The New England Journal of Medicine*, 18, 1312-1317.
 [5] Holdsworth, L.K., & Webster, V.S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy*, 90, 64-72.
 [6] Holdsworth, L.K., Webster, V.S., & McFadyen, A.K. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 93(1), 3-11.
 [7] Leermijse, C.J., Swinkels, I.C.S., & Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy*, 88, 936-946.
 [8] Krüger-Brand, H.E. (2014). Neugründung: Spitzenverband der Heilmittelverbände. *Dtsch Arztebl*, 111(4), A-101.
 [9] Konrad, M., Krohn, C., & Matuschek, K. (2014). Therapie Direkt. Risiken und (Neben-) Wirkungen aus Sicht von Therapeuten. *Et Reha*, 53(10), 23-26.
 [10] Kühne, R. (2015). Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden. Zugriff am 20.02.2015 unter http://www.dr-roy-kuehne.de/images/kuehne/newsletter/150127_HeilmittelKuehne.pdf
 [11] Scheel, K. (2012). Modellvorhaben: Physiotherapie zwischen Autonomie und Fremdkontrolle. *Public Health Forum*, 20(77), 20e1-20.e2.
 [12] Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
 [13] Galley, P.(1977). Physiotherapists as first-contact-practitioners – new challenges and responsibilities in Australia. *Physiotherapy*, 63, 246-248.
 [14] Bundesärztekammer (BÄK). (2013). Ausführlicher Bericht über die Sitzung vom März 2013. Zugriff am 19.07.2014 unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.17.3619.11424>
 [15] Leermijse, C.J., Swinkels, I.C.S., & Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy*, 88, 936-946.
 [16] Beyerlein, C., Stieger, A., & von Wietersheim, J. (2011). Direktzugang in der Physiotherapie - Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung zum Direktzugang? *Manuelle Therapie*, 15, 3-9.



Abb. Hochschule Fresenius