

Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Deutschland: Bereit für den Direktzugang?

Physiotherapy Education in Germany: Ready for Direct Access?

Autoren

R. Konrad¹, A. Konrad¹, M. Geraedts²

Institute

- 1 Praxis, Physiotherapie, Buseck
- 2 Institut für Gesundheitssystemforschung, Fakultät für Gesundheit, Witten

Schlüsselwörter

Direktzugang, Physiotherapie, Professionalisierung, Ausbildung

Key words

direct access, physical therapy, education

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559708>

Online-Publikation: 25.9.2015

Gesundheitswesen 2017; 79: e48–e55

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Ralf Konrad, M. Sc. Phys.

Ulmenring 2

35418 Buseck

physiotherapiekonrad@yahoo.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, ob die Vorgaben für die Physiotherapieausbildung in Deutschland konform zu den Empfehlungen der „World Confederation for Physical Therapy (WCPT) WCPT guideline for physical therapist professional entry level education“ sind. Diese Leitlinie beschreibt Ausbildungsstandards für Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, die in der Lage sind, als selbständige Praktiker und Praktikerinnen, ohne ärztliche Verordnung zu handeln.

Methodik Aus der WCPT-Leitlinie wurde eine Liste der dort beschriebenen Kompetenzen inhaltsanalytisch abgeleitet. Die einzelnen Kompetenzen dienten als Einschätzungsdimensionen zur Beurteilung deutscher Ausbildungsgrundlagen. Die Inhaltsvalidität dieser Einschätzungsdimensionen wurde durch neun Expertinnen und Experten in einem Lawshe-Verfahren ermittelt. Zur Beurteilung der Ausbildungsgrundlagen wurden die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeu-

ten und Physiotherapeutinnen (PhysTh APrV) und alle verfügbaren Länder-Lehrpläne herangezogen und mittels einer skalierenden Strukturierung durch 2 unabhängige Kodierer beurteilt.

Ergebnisse Auf der Basis des Lawshe Verfahrens verblieben 61 von 67 geprüften Einschätzungsdimensionen, die einen Whole Test Content Validity Index (CVI) von 0,84 aufwiesen. Der Kappa Koeffizient nach Cohen für die Interkodierer-Reliabilität lag zwischen 0,71 und 0,97. Die deutschen Ausbildungsgrundlagen zeigten eine hohe Konformität zur WCPT-Leitlinie in vielen theoretischen Grundlagenfächern. Bei den übrigen Anforderungen ergab sich ein heterogenes Bild des Erfüllungsgrads. Vor allem besondere Kompetenzen autonom handelnder Praktiker und Praktikerinnen fehlten weitgehend.

Schlussfolgerung Kein deutscher Ausbildungsstandard entspricht den Anforderungen für den Direktzugang. In Anbetracht der beschriebenen Defizite der deutschen Ausbildungsgrundlagen und des Alters einiger Dokumente scheint eine kontinuierliche Weiterentwicklung der deutschen Physiotherapieausbildung noch nicht in einem für den Direktzugang ausreichenden Maße stattgefunden zu haben. Dies ist in Anbetracht der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion dringend nachzuholen.

ABSTRACT

Objective The aim of this study is to investigate whether the curricula for physiotherapy education in Germany conform to standards recommended in the World Confederation for Physical Therapy (WCPT) guideline for physical therapist professional entry-level education, published by the WCPT. This Guideline specifies education standards for physical therapists that are able to act as independent practitioners, without referral from another health care professional.

Methods To assess the German curricula of physical therapist education, a list of assessment dimensions was derived from the WCPT-Guideline by means of content analysis. The content validity of this list was estimated by nine experts using Lawshe's method. The German Training and Examination Regulations for Physiotherapists (PhysTh-AprV) and all available regional curricula were studied. All documents were evaluated by 2 independent coders who rated the conformity of the documents with the assessment dimensions.

Results Based on the Lawshe procedure, the whole test content validity index of the 61 out of 67 examined assessment dimensions was 0,84. Cohen's kappa coefficient for intercoder reliability was 0,71–0,97. The German curricula showed high correlation with the WCPT Guideline on many theoretical basic subjects. Fulfillment of some of the requirements showed heterogeneous results. Autonomous practitioners largely lacked special competencies.

Conclusions None of the German educational standards meets the expectations of the WCPT Guideline in terms of direct access. Considering the deficits of the German educational standards and the release date of some of them, a continuous development of the German education does not appear to be adequate. This issue needs to be addressed in the current debate on health policy.

Einleitung

Wie in vielen anderen Gesundheitsfachberufen in Deutschland, wird auch für den Bereich der Physiotherapie eine Professionalisierung des Berufsstandes diskutiert. In diesem Zusammenhang fordern einige physiotherapeutische Berufsverbände ein höheres Maß an Autonomie, insbesondere den Direktzugang für Patientinnen und Patienten zu physiotherapeutischen Leistungen [1–3]. Ein Großteil der deutschen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten befürwortet dies und traut sich zu, Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Verordnung zu behandeln [4]. Die politischen Parteien in Deutschland stehen dieser Entwicklung tendenziell positiv gegenüber. Die CDU/CSU Fraktion macht in ihrem Positionspapier vom 24. März 2015 deutlich, dass sie den Direktzugang für qualifizierte Therapeuten prüfen will [5]. SPD und Die Grünen sprechen sich für ein Modell aus, in dem Therapeutinnen und Therapeuten selbst über Art und Umfang der Behandlung entscheiden, während die Partei „die Linke“ sich für einen Direktzugang ausspricht [6]. Demgegenüber spricht sich der deutsche 118. Ärztetag im Mai 2015 in einer Pressemitteilung gegen den Direktzugang, sowie die Substitution ärztlicher Tätigkeiten insgesamt durch akademisierte Gesundheitsfachberufe aus [7]. Die Forderung nach dem Direktzugang wird von den Befürwortern mit zu erwartenden Effekten wie bspw. „geringere Wartezeiten, höhere Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, Senkung der Kosten und einer adäquateren Versorgung“ [8] begründet.

Positive Effekte des Direktzugangs im Vergleich zur konventionellen Versorgung im Rahmen einer ärztlichen Überweisung wurden von Ojah et al. in einer systematischen Übersichtsarbeit bestätigt [9]. Zufriedenheit und Ergebnisse waren in der Direktzugangsgruppe signifikant besser. Die Anzahl der Kontakttermine insgesamt, sowie der verordneten bildgebenden Verfahren und Medikamente waren signifikant geringer. Allerdings bezogen sich die in diese Studie eingeschlossenen Arbeiten auf die Gesundheitssysteme im UK, in Schottland, den USA und den Niederlanden.

Diese Ergebnisse sind nicht ohne Weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem zu übertragen. Denn in Deutschland ist für den Physiotherapeutenberuf eine Ausbildung an Berufsfachschulen ausreichend, während in den genannten Staaten ein akademischer Abschluss verlangt wird. Dabei ist die Gestaltung der Physiotherapieausbildung in Deutschland durch unterschiedliche Vorgaben geregelt. Die einzige verbindliche Vorgabe für alle Bundesländer ist das Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) und die darin enthaltene Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) [10, 11], die als Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft erlassen wurde.

Auf Grundlage dieser Verordnung haben einzelne Bundesländer eigene Ausbildungsgrundlagen erarbeitet [12–17], die als Lehrpläne, Rahmenrichtlinien oder Ausbildungsrichtlinien bezeichnet werden. Darüber hinaus wurde vom Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) 2013 ein Curriculum herausgegeben [18]. Die Begriffe Lehrplan, Curriculum, Rahmenrichtlinie oder Ausbildungsrichtlinie werden sehr unterschiedlich definiert [[19]. Entsprechend folgt die Benennung der genannten Ausbildungsgrundlagen nicht einer erkennbar einheitlichen Definition. Welche Bezeichnung von den Urhebern gewählt wurde, wird daher in dieser Arbeit vernachlässigt.

In Deutschland werden derzeit 2 Modellvorhaben, in denen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten selbständig über die Art der Intervention, sowie über Dauer und Frequenz der Behandlung entscheiden, durchgeführt [20, 21]. Die Trendanalyse des Modellvorhabens der Krankenkasse BIG direkt gesund in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK), zeigt bezüglich der Outcomes Schmerzintensität, Lebensqualität, allgemeiner Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit leichte Vorteile in der Modellgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit konventioneller Patientenversorgung. Durchschnittlich wurden in der Modellgruppe weniger Behandlungseinheiten benötigt [21]. Im Modellprojekt der Innungskasse (IKK) Brandenburg und Berlin in Zusammenarbeit mit dem Verband physikalische Therapie (VPT) Berlin Brandenburg zeigt sich in ersten Trends bei den Patientinnen und Patienten eine Verringerung der Schmerzen von 3 Einheiten auf der 10-stufigen Schmerzskala durch die Behandlung. Eine Vergleichsgruppe ist in dieser Untersuchung nicht vorhanden [22]. In diesen Modellvorhaben verfügen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zwar über mehr Autonomie als im derzeitigen System, die Entscheidung über die Indikation zur Physiotherapie liegt aber nach wie vor in ärztlicher Hand. Untersuchungen über die Effekte eines vollständigen Direktzugangs in Deutschland liegen derzeit nicht vor.

Fraglich ist, ob die heutige Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten überhaupt geeignet ist, eine sichere, effektive und effiziente Patientenbehandlung zu garantieren. Zu untersuchen ist zunächst, ob die Qualität der deutschen Berufsfachschulausbildung der akademischen Ausbildung in Staaten entspricht, in denen der Direktzugang praktiziert wird. In einer ersten Studie von Beyerlein et al. wird beschrieben, dass deutsche Physiotherapeuten bei der Beurteilung von Fallbeispielen in Bezug auf so genannte „Red Flags“ 75,1 % der Fälle richtig einschätzten. Im Vergleich dazu urteilten amerikanische Physiotherapeuten in 85,6 % der Fälle richtig [23]. Die Arbeit von Rohrbach et al. [24] zeigt, dass die für den Direktzugang notwendigen Kompetenzen über das bloße Erkennen von „Red Flags“ hinausgehen. Eine Standortbe-

stimmung der deutschen Ausbildung scheint für politische Entscheidungen in der Frage nach mehr Autonomie daher unerlässlich zu sein.

Methodik

Für eine solche Standortbestimmung kann die Ausbildungsleitlinie der World Confederation for Physical Therapy (WCPT) [25] herangezogen werden. Dieses Dokument wurde auf der Generalversammlung des WCPT im Juni 2007 verabschiedet und im Juni 2011 als WCPT-Leitlinie veröffentlicht. Sie stellt einen Rahmen für die Gestaltung und Qualitätsüberwachung von Ausbildungsprogrammen dar. Aus der ‚WCPT guideline for physical therapist professional entry level education‘ wurden, für die hier vorgelegten Analysen zunächst mittels der von Mayring [26, 27] beschriebenen zusammenfassenden Inhaltsanalyse Kategorien abgeleitet. Dabei wurden die Aussagen der Leitlinie in Anlehnung an die Bloom’sche Taxonomie [28] auf das Abstraktionsniveau von Kenntnissen, Fertigkeiten (Fachkompetenz), Attributen persönlichen beruflichen Verhaltens (Selbst- und Sozialkompetenz), sowie von grundlegenden Elementen der Ausbildung generalisiert.

Formal definierte Aussagen der Leitlinie, wie z. B. „Kenntnisse in Anatomie“, die oberhalb des Abstraktionsniveaus lagen, wurden unbearbeitet übernommen.

Die abgeleiteten Kategorien wurden im Rahmen eines Lawshe-Verfahrens [29] einem Team von neun akademisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit Lehrerfahrung in der deutschen Physiotherapieausbildung vorgelegt. Diese Experten und Expertinnen bewerteten die Kategorien dahingehend, ob sie als Einschätzungsdimensionen zur Überprüfung der PhysTh-APrV und der Ausbildungsgrundlagen der Bundesländer und des ZVK entweder „wesentlich“, „nützlich, aber nicht wesentlich“, oder „nicht notwendig“ sind. Durch dieses Vorgehen wurden die für den weltweiten Gebrauch konzipierten Anforderungen der Leitlinie an die nationalen Bedürfnisse der deutschen Ausbildung angepasst.

Außerdem wurde durch dieses Verfahren die Inhaltsvalidität der ermittelten Kategorien als Einschätzungsdimensionen für die Überprüfung der deutschen Ausbildungsgrundlagen abgeschätzt. Den Einschätzungsdimensionen wurden im Kodierhandbuch Beurteilungsmerkmale zugeordnet, die sich aus dem Originaltext der Leitlinie ergaben. Anhand der Liste mit Einschätzungsdimensionen und den damit verbundenen Kriterien wurden die deutschen Dokumente zur Gestaltung der Ausbildung analysiert.

Diese Analyse der deutschen Ausbildungsgrundlagen wurde mittels einer von Mayring [27] im Rahmen der strukturierenden Inhaltsanalyse beschriebenen skalierenden Strukturierung durchgeführt. Die Aussagen der einzelnen Dokumente wurden durch 2 unabhängige Kodierer mithilfe einer 4-stufigen Ordinalskala kodiert. Die Ausprägungen dieser Skala waren wie folgt festgelegt:

Kode „4“ Die Vorgabe der Leitlinie wird vollständig berücksichtigt.

Kode „3“ Die Vorgabe der Leitlinie wird zum überwiegenden Teil berücksichtigt.

Kode „2“ Die Vorgabe der Leitlinie wird zu einem kleinen Teil berücksichtigt.

Kode „1“ Die Vorgabe der Leitlinie wird nicht berücksichtigt.

Bei Abweichungen zwischen den Kodierern wurde ein Konsens gesucht und festgelegt.

Nach Kodierung der PhysTh-APrV wurde die Interkodierer-Reliabilität bestimmt. Bei einem Wert von Cohens-Kappa $< 0,7$ sollte der Kodierleitfaden überarbeitet werden. Nach vollständigem Materialdurchlauf wurde erneut die Interkodierer-Reliabilität für alle Ausbildungsgrundlagen berechnet. Die Berechnung erfolgte im Programmpaket SPSS.

Insgesamt wurden acht Ausbildungsgrundlagen beurteilt (► **Tab. 2**). Im Einzelnen handelt es sich dabei um Dokumente des ZVK und der Bundesländer Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen (NRW). Die übrigen Bundesländer verfügen nicht über eigene Lehrpläne. Hinzu kam die Beurteilung der PhysTh-APrV.

► **Tab. 1** Im Lawshe-Verfahren als „wesentlich“ für die Überprüfung der deutschen Ausbildungsgrundlagen eingestufte Einschätzungsdimensionen.

Fachkompetenz	
Kenntnisse	Einschätzungsdimensionen
Biologische und physikalische Fächer	Anatomie, Histologie, Physiologie, Pathologie, Neurowissenschaft, Bildgebungsverfahren, Pharmakologie
Bewegungswissenschaften	Leistungsphysiologie, Biomechanik/Kinesiologie, Trainingswissenschaft
Verhaltens- und Sozialwissenschaft	Angewandte Physiologie, Ethik und Werte, Kommunikation, Pädagogik
Technologien	Informations- und Kommunikationstechnologien
Klinische Fächer	Kardiovaskuläres System, pulmonales System, endokrines System, Stoffwechselsystem, gastrointestinales System, urogenitales System, Haut, motorische Systeme, spezielle Krankheitslehre
Allgemeine Fächer	Clinical reasoning, evidence based practice, Kenntnisse und Verständnis von wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden, Kenntnisse zur Struktur des Gesundheits- und Sozialwesens des Landes
Grundlegende Elemente der Ausbildung	Beschreibung der Qualifikationen der Lehrkräfte, betreute klinische Praktika, Kompetenz- und problemorientierte Lern- und Lehrstrategien, studentenzentrierte Didaktik, Angabe der Ausbildungsinhalte in einem international üblichen Format (z. B. ECTS)
Fertigkeiten:	Spezifische Fertigkeiten im Direct Access, Fertigkeiten in: Unterrichten, evidenzbasiertem Handeln, Kommunikation, Problemlösung und Entscheidungsfindung, multi- und interprofessionellem Handeln, Erheben einer Anamnese, adäquater Auswahl von Untersuchungstechniken, Erstellen einer physiotherapeutischen Diagnose, Erstellen eines Behandlungsplans, Durchführung von Behandlungen, Management einer therapeutischen Einrichtung, Erster Hilfe, Prävention, Nutzung von Informationsquellen, Dokumentation
Sozial- und Selbstkompetenz	Attribute persönlichen beruflichen Verhaltens

► **Tab. 2** Interkodierer-Reliabilität der acht untersuchten Ausbildungsgrundlagen.

Ausbildungsgrundlage	Cohens-Kappa
PhysTh-APrV	0,74
Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie, Bayern	0,76
Rahmenrichtlinien für die Ausbildung in der Physiotherapie, Niedersachsen	0,71
Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatliche Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen	0,76
Vorläufige Rahmenrichtlinien Berufsfachschule – Physiotherapie, Sachsen-Anhalt	0,97
Lehrpläne für die Berufsfachschule – Physiotherapeut/Physiotherapeutin, Sachsen	0,91
Thüringer Lehrplan für berufsbildende Schulen – Physiotherapeut/Physiotherapeutin	0,94
Curriculum 2013, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.	0,91

► **Tab. 3** Erfüllungsgrad der in der WCPT-Leitlinie geforderten Kenntnisse und grundlegenden Elemente der Ausbildung (Kodierung: 1 = nicht erfüllt; 2 = gering erfüllt; 3 = überwiegend erfüllt; 4 = vollständig erfüllt).

	PhysTh-APrV*	Bayern	Niedersachsen	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen	ZVK
Bildgebung	1	1	1	1	1	2	1	2
Pharmakologie	1	1	1	2	1	1	1	2
Kommunikation	2	4	4	4	2	2	2	4
Informations- und Kommunikationstechnologien	1	2	2	3	1	1	2	1
Wissenschaftliche Untersuchungsmethoden	2	4	4	4	2	2	2	2
Beschreibung der Qualifikationen der Lehrkräfte	1	1	1	2	1	1	1	1
Kompetenz- und problemorientierte Lern- bzw. Lehrstrategien	1	4	4	4	2	1	3	1
Schülerzentrierte Didaktik	1	3	4	4	1	1	3	1
Beschreibung der Ausbildungsanteile in einem international üblichen Format	1	1	1	1	1	1	1	1

* Genaue Benennung der Ausbildungsgrundlagen: siehe ► **Tab. 2**

Da die PhysTh-APrV bundesweit verbindlich ist, müssen die Ausbildungsgrundlagen der genannten sechs Bundesländer und des ZVK als Ergänzung zu dieser gesehen werden. Daher wurde die Ausbildungsgrundlage eines Bundeslandes, bzw. des ZVK immer im Zusammenhang mit der PhysTh-APrV als eine Untersuchungseinheit gesehen und kodiert.

Ergebnisse

Aus den inhaltsanalytisch abgeleiteten, zunächst 67 Einschätzungsdimensionen wurden im Rahmen des Lawshe Verfahrens 6 Einschätzungsdimensionen aus der Liste entfernt. Der Whole Test Content Validity Index (CVI) betrug danach 0,84. Die verbliebenen Einschätzungsdimensionen sind in ► **Tab. 1** dargestellt.

Der Cohen's kappa-Wert für die Interkodierer-Reliabilität über die acht untersuchten Lehrpläne hinweg lag zwischen 0,71 und 0,97 (► **Tab. 2**).

Bei der Analyse der Ausbildungsgrundlagen zeigte sich in den folgenden Bereichen eine große Übereinstimmung mit der WCPT-Leitlinie:

Kenntnisse in:

- Biologischen und physikalischen Fächern mit Ausnahme der Fächer Bildgebung und Pharmakologie
- Bewegungswissenschaften
- Angewandter Psychologie
- Ethik und Werte
- Pädagogik

- Klinischen Fächern
 - Struktur des Gesundheits- und Sozialwesens des Landes
- Fertigkeit in:
- Erste Hilfe
 - Prävention
 - der Durchführung von Behandlungen
 - Betreute klinische Praktika

Defizite der deutschen Ausbildungsgrundlagen im Vergleich zur WCPT-Leitlinie werden in den ► **Tab. 3, 4** dargestellt.

Bezogen auf Kenntnisse und allgemeine Elemente der Ausbildung zeigen die Ausbildungsgrundlagen durchweg Schwächen bei den Anforderungen im Bereich der Bildgebung, Pharmakologie und der Beschreibung der Ausbildungsanteile in einem international üblichen Format. Mit Letzterem ist im europäischen Bildungsraum die Berechnung der Arbeitsbelastung gemeint, die Lernende durchschnittlich zum Erwerb einer Leistung benötigen. Die Arbeitsbelastung setzt sich aus Kontakt- und Eigenarbeitsstunden zusammen, wobei im Rahmen des European Credit Transfer System (ECTS) eine Arbeitsbelastung von 25–30 Stunden einem Kreditpunkt entspricht. Die erforderliche Qualifikation der Lehrkräfte wird in den untersuchten Ausbildungsunterlagen nicht beschrieben. Sie ist, abhängig vom jeweiligen Bundesland, an anderer Stelle geregelt [30]. Bei den übrigen Anforderungen ergibt sich ein heterogenes Bild des Erfüllungsgrads beim Vergleich der untersuchten Ausbildungsgrundlagen (► **Tab. 3**).

► **Tab. 4** zeigt, dass keine der Ausbildungsgrundlagen die Anforderungen der Leitlinie im Hinblick auf die spezifische Fachkom-

► **Tab. 4** Erfüllungsgrad der in der WCPT-Leitlinie geforderten Fertigkeiten, sowie Selbst- und Sozialkompetenz (Kodierung: 1 = nicht erfüllt; 2 = gering erfüllt; 3 = überwiegend erfüllt; 4 = vollständig erfüllt).

Untersuchte Ausbildungsgrundlagen Fertigkeiten & Kompetenzen	PhysTh-APrV *	Bayern	Niedersachsen	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen	ZVK
Spezifische Fertigkeiten im Direktzugang	1	1	1	1	1	1	1	2
Fertigkeit zu unterrichten	2	2	4	4	2	2	3	4
Fertigkeit zu evidenzbasiertem Handeln	1	4	3	4	1	1	1	1
Fertigkeiten in der Kommunikation	2	4	4	4	2	2	2	4
Fertigkeiten zu Problemlösung und Entscheidungsfindung	1	4	4	4	1	1	1	2
Fertigkeiten zu multi- und interprofessionellem Handeln	2	2	3	3	2	2	2	2
Fertigkeiten zur Erhebung einer Anamnese	1	3	3	3	2	2	1	3
Fertigkeiten zur adäquaten Auswahl von Untersuchungstechniken	2	2	3	4	2	2	2	3
Fertigkeit zum Erstellen einer physiotherapeutischen Diagnose	2	3	3	4	2	2	2	2
Fertigkeit zum Erstellen eines Behandlungsplanes	2	2	4	4	2	2	2	2
Fertigkeiten zum Management einer therapeutischen Einrichtung	1	1	3	3	1	1	1	1
Fertigkeit Informationsquellen zu nutzen	2	2	4	4	2	2	2	2
Fertigkeit zur Dokumentation	2	2	2	4	2	3	2	2
Attribute persönlichen beruflichen Verhaltens	1	3	4	3	3	1	2	3

* Genaue Benennung der Ausbildungsgrundlagen: siehe ► **Tab. 2**

petenz für den Direktzugang erfüllt. Gemeint sind Fertigkeiten, die notwendig sind, um als autonomer Praktiker oder als autonome Praktikerin zu arbeiten. Das ist vor allem die Fertigkeit zu beurteilen, ob Patientinnen oder Patienten sofort eine physiotherapeutische Behandlung erhalten können, oder zunächst zur differenzialdiagnostischen Abklärung überwiesen werden müssen. Die Leitlinie erwartet aber auch die Fertigkeit, zusätzlichen Ressourcenbedarf zu erkennen, zu beurteilen und die entsprechenden Ressourcen sicherzustellen, um die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, ihrer Angehörigen und der Pflegenden zu erfüllen. In diesem Zusammenhang wird die Fertigkeit erwartet, Patientinnen und Patienten bei Bedarf an andere Fachkräfte oder Einrichtungen im Gesundheitswesen zu überweisen. Ein heterogenes Bild ergibt sich bei den übrigen Anforderungen. Dabei versteht die Leitlinie unter der Fertigkeit zur Erhebung einer Anamnese nicht nur das Erfassen der Patientenhistorie, sondern ein Screening auf spezifische Erkrankungen und das Erfassen von Kontextfaktoren wie emotionaler Status, Kognition, Sprache und Lernstil der Patientinnen und Patienten. Die Fertigkeit zur adäquaten Auswahl von Untersuchungstechniken umfasst sowohl die Anwendung hypothetisch deduktiver Strategien, die Berücksichtigung von Validität und Reliabilität der Untersuchungsverfahren, als auch kultureller und das Lebensalter betreffender Gesichtspunkte. Die Fertigkeit zur Dokumentation beinhaltet, dass die Dokumentation unter Verwendung international akzeptierter Standards und in einer Art und Weise erfolgt, die die Verwendung der Daten für Forschungszwecke, Administration und Statistik ermöglicht. Zuletzt wird in Bezug auf „Attribute persönlichen beruflichen Verhaltens“ beschrieben, dass Elemente der Selbst- und Sozialkompetenz Erwähnung finden sollten wie: Zuverlässigkeit, Altruismus, Mitgefühl, kulturelle Kompetenz, ethisches Verhalten, Integrität, Bereitschaft zur persönlichen beruflichen Weiterentwicklung (lifelong learning), Einhaltung beruflicher Pflichten sowie soziale Verantwortlichkeit und Engagement. Der im Vergleich der Ausbildungsgrundlagen heterogene Erfüllungs-

grad, der in der Kategorie „Fertigkeiten“ und „Selbst- und Sozialkompetenz“ erfassten Elemente, wird in ► **Tab. 4** dargestellt.

Diskussion

In Anbetracht der von Ojah et. Al [6] beschriebenen Effekte auf Kosten, Behandlungshäufigkeiten, bildgebende Diagnostik, Medikamente, Patientenzufriedenheit und sonstige patientenbezogene Outcomes im UK, in Schottland, den USA und den Niederlanden, scheint die Einführung des Direktzugangs in Deutschland zunächst wünschenswert zu sein. Die ersten positiven Tendenzen in den Trendanalysen der beiden deutschen Modellprojekte [20, 21] lassen einen ähnlichen Schluss zu. Dabei ist aber zu bedenken, dass es sich bei den Trendanalysen noch nicht um valide Aussagen handelt. Außerdem beziehen sich Aussagen, die sich aus den deutschen Modellvorhaben ableiten lassen, auf ein Versorgungssystem, in dem die Indikationsstellung für Physiotherapie ärztliche Aufgabe ist. Lediglich die Entscheidung über Art und Umfang der Behandlung fällt in den Verantwortungsbereich der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

Die Frage, ob ein Direktzugang zu befürworten ist oder nicht, ist im Grunde überholt. Infolge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 26. August 2009 ist dieser über den Umweg einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis bereits Realität. Im Rahmen dieses Urteils stellt das BVerwG in einem Leitsatz fest: „Die Heilpraktikererlaubnis kann auf die Ausübung der Physiotherapie beschränkt werden. Ein ausgebildeter Physiotherapeut muss sich zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer eingeschränkten Überprüfung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten unterziehen.“ [31]. Die an dieser Stelle verlangte Überprüfung wird von den Bundesländern sehr unterschiedlich gestaltet. Die Länder Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt ermöglichen Bewerbern um eine sektorale Heilpraktikererlaubnis, diese ohne schriftliche oder mündliche Überprüfung, nur nach Aktenlage, zu erhalten [32]. Somit bleibt nur zu

klären, ob ein Direktzugang auf Kosten der Krankenversicherungen eingeführt werden soll.

Diskussion der Ergebnisse

Die Analyseergebnisse belegen, dass die PhysTh-APrV als Grundlage für die Ausbildung von autonom handelnden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wenig geeignet erscheint. In der PhysTh-APrV fehlt insbesondere die Nennung erforderlicher Kompetenzen. Diese wären als Grundlage für das von der Kultusministerkonferenz für die Ausbildung an berufsbildenden Schulen geforderte, kompetenzorientierte Lernfeldkonzept [36] unabdingbar.

Das Gleiche gilt für die Ausbildungsgrundlagen aus Sachsen und Sachsen-Anhalt, die im Übrigen mit Erscheinungsdatum 2003 bzw. 2005 schon sehr alt sind und naturgemäß die fachliche und didaktische Entwicklung der letzten Dekade nicht berücksichtigen können. Der Thüringer Lehrplan aus dem Jahre 2008 weist im Vergleich zur jüngeren WCPT-Leitlinie im Bereich „Fertigkeiten“ und „Attribute persönlichen beruflichen Verhaltens“ ebenfalls große inhaltliche Defizite auf.

Das Curriculum des ZVK ist sehr umfangreich und detailliert. Es finden dort aber wichtige Elemente zeitgemäßer Physiotherapie wie „Evidenzbasierte Medizin“ oder „Clinical Reasoning“ keine Erwähnung. Die ICF [33] wird nicht thematisiert, während sich die Leitlinienempfehlungen bei Diagnose und Behandlungsplanung an den Komponenten dieses weltweit wichtigsten Standards zur Ermittlung und Dokumentation der funktionalen Gesundheit orientieren.

Auch Fertigkeiten zum Management therapeutischer Einrichtungen sind kein Bestandteil dieses Curriculums.

Die Ausbildungsgrundlagen aus Niedersachsen und NRW sind, im Vergleich zu den Vorgaben des WCPT, etwas vollständiger als der Lehrplan aus Bayern. Die im Curriculum des ZVK fehlenden Elemente „Evidenzbasierte Medizin“, „Clinical Reasoning“ und „ICF“ sind in diesen Dokumenten berücksichtigt.

Die im Ergebnisteil beschriebenen spezifischen Fertigkeiten für den Direktzugang werden lediglich im Curriculum des ZVK teilweise erwähnt. Das Curriculum des ZVK beschränkt sich dabei im Wesentlichen auf rechtliche Aspekte einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis und auf die Fertigkeit, Hinweise auf ernsthafte spezifische Erkrankungen („Red Flags“) und Kontraindikationen zu identifizieren. Alle anderen erforderlichen Fertigkeiten fehlen.

Zudem sind die Ausbildungsgrundlagen, die in dieser Studie geprüft wurden, sehr unterschiedlich aufgebaut. Die von der Kultusministerkonferenz verlangte, kompetenzorientierte Didaktik findet in den Dokumenten aus Bayern, Niedersachsen, Thüringen und NRW Anwendung. Die Ausbildungsgrundlagen aus Sachsen-Anhalt, Sachsen, des ZVK und die PhysTh-APrV sind nach Unterrichtsfächern und Lerneinheiten strukturiert. Lernziele sind in der Regel in Form von Kenntnissen oder Fertigkeiten angegeben.

Demgegenüber sind in der Leitlinie des WCPT die erforderlichen theoretischen Grundlagenfächer aufgeführt und generelle Praxisanforderungen formuliert, die in Form von Handlungscharakteristika präzisiert werden.

Lediglich die „Attribute persönlichen beruflichen Verhaltens“ werden in allen genannten Dokumenten in Form von konkreten Aussagen zu beruflichem Verhalten auf einem vergleichbaren Abstraktionsniveau beschrieben.

Methodenkritik

Die in dieser Arbeit als Vergleichsstandard gewählte Ausbildungsleitlinie des WCPT wurde in einem achtjährigen Entstehungsprozess unter Beteiligung der Mitgliedsorganisationen entwickelt, von der Generalversammlung verabschiedet, und im Jahre 2011 veröffentlicht. Die in der Leitlinie beschriebenen Anforderungen an die Ausbildung können demzufolge als Konsens der Mitgliedsorganisationen aus 112 Nationen gelten. Zu den Mitgliedsorganisationen gehört auch der deutsche ZVK.

Die Leitlinie beschreibt als Ausbildungsziel in Bezug auf die Autonomie der Berufsgruppe: „They are able to act as first contact practitioners and patients/clients may seek direct services without referral from another health care professional“ [25]. Ein nationaler Standard, der die Anforderungen an nichtärztliche Erstkontakt-Therapeutinnen und Therapeuten beschreibt, existiert in Deutschland nicht. Aus diesem Grund musste zur Beantwortung der Studienfrage auf internationale Dokumente zurückgegriffen werden. Mit Erscheinungsdatum 2011 handelt es sich bei der WCPT-Leitlinie um den aktuellsten verfügbaren internationalen Standard zur Ausbildung von Erstkontakt-Physiotherapeuten. Das European Physiotherapy Benchmark Statement der Europäischen Sektion des WCPT aus dem Jahre 2003, das für diese Studie als Vergleichsstandard ebenfalls infrage kommen könnte, ist nicht mehr aktuell.

Die Empfehlungen der Leitlinie basieren auf Beiträgen einzelner Mitgliedsstaaten, sowie auf den politischen Vorstellungen des Weltverbandes zur Physiotherapieausbildung und den Elementen der Physiotherapie. Empfehlungen zur physiotherapeutischen Diagnose, Behandlungsplanung und Dokumentation orientieren sich an den Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [33] und an den Grundsätzen der evidence based practice [34]. Für die Empfehlung zu studentenzentrierter Didaktik gibt es ausreichend empirische Evidenz [35]. Wissenschaftliche Grundlagen der Leitlinienempfehlungen in Bezug auf den Direktzugang sind nicht beschrieben.

Für das Lawshe Verfahren wurden 4 Physiotherapeutinnen und fünf Physiotherapeuten ausgewählt, die die folgenden Voraussetzungen erfüllten:

- Um die Anforderungen an den Beruf einschätzen zu können, sollten sie über eine mehrjährige Berufserfahrung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin verfügen.
- Um die spezifischen Anforderungen an eine Tätigkeit im Direktzugang einschätzen zu können, sollten sie über Lehrerfahrung in einem Konzept verfügen, in dem der Direktzugang unterrichtet wird. Dies war in unterschiedlichen deutsch/niederländischen Studien-Kooperationen mit der Hogeschool van Amsterdam, der Hogeschool Utrecht und der Hoogeschool Thim van der Laan gegeben, in denen deutsche Studenten einen niederländischen Abschluss erwerben können oder konnten.
- Alle sollten über einen akademischen Abschluss verfügen.

Darüber hinaus waren acht der neun Experten an Berufsfachschulen in Bayern, Sachsen, Mecklenburg Vorpommern, NRW und Hamburg tätig und einer an der niederländischen Hogeschool Thim van der Laan.

Die Aufgaben der Kodierer wurde vom Autor (Ralf Konrad) und der Koautorin (Anke Konrad) übernommen.

Die Koautorin (Anke Konrad) verfügt über einen Abschluss als BBA, Fachbereich Gesundheit und Sozialwesen. Durch ihre Bachelorarbeit zur Akademisierung in der Physiotherapie in Deutschland verfügt sie über die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten für diese Aufgabe.

Als Physiotherapeut mit Abschluss als Master of Science in Physiotherapie, sowie langjähriger Berufs- und Lehrerfahrung verfügt der Autor (Ralf Konrad) ebenfalls über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten. Der berufliche Hintergrund, und damit die Perspektive der beiden Kodierer auf die zu bearbeitenden Texte, ist sehr unterschiedlich. Durch das wiederholte Überarbeiten des Kodierleitfadens konnten bezüglich der Interrater-Reliabilität aber akzeptable Werte erreicht werden.

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Dokumente in den anderen Bereichen, mussten die Anforderungen der Leitlinie so weit abstrahiert werden, dass eine Vergleichbarkeit mit den deutschen Ausbildungsgrundlagen gegeben war. Dazu wurde für den Bereich „Kenntnisse“ das Abstraktionsniveau von theoretischen Unterrichtsfächern gewählt. Auf diesem Niveau waren alle Dokumente miteinander zu vergleichen. Für den Bereich „Grundlegende Elemente der Ausbildung“ wurde das Abstraktionsniveau von konkreten Aussagen zur Didaktik oder Ausbildungsstruktur gewählt. Dadurch war in diesem Bereich ebenfalls die erforderliche Vergleichbarkeit gegeben. Die größte Herausforderung bestand darin, die Vergleichbarkeit aller Dokumente bezüglich der Fertigkeiten herzustellen.

Zu diesem Zweck wurden zunächst die Praxisanforderungen der Leitlinie mit den dazugehörigen Handlungscharakteristika auf das Niveau von Fertigkeiten abstrahiert. Diesen einzelnen Fertigkeiten wurden Erfüllungskriterien zugeordnet, die in den entsprechenden Originaltextstellen der Leitlinie enthalten waren. Durch die Verwendung dieser Erfüllungskriterien konnte das Maß der Übereinstimmung der geforderten Fertigkeiten zu den Lernfeldern innerhalb der Ausbildungsgrundlagen mit kompetenzorientierten Lernfeldern ermittelt werden.

Auch die Vergleichbarkeit zu den als Fertigkeiten formulierten Ausbildungszielen der Ausbildungsgrundlagen ohne kompetenzorientierte Lernfelder erschien durch die Verwendung der Erfüllungskriterien akzeptabel. Die PhysTh-APrV beschreibt als einzige Ausbildungsgrundlage nur Unterrichtsthemen, aber keine Fertigkeiten. Deshalb wurden im Rahmen der Kodierung, wo möglich, praktische Unterrichtsthemen den geforderten Fertigkeiten zugeordnet.

Durch das methodische Vorgehen ergeben sich folgende Limitierungen:

- A) Trotz der oben beschriebenen Abstraktion der Anforderungen der Leitlinie blieb im Bereich „Fertigkeiten“ ein gewisser Interpretationsspielraum bei der Kodierung der deutschen Ausbildungsgrundlagen. Dieser Spielraum war in den Ausbildungsgrundlagen ohne kompetenzorientierte Lernfelder, vor allem aber in der PhysTh-APrV, größer als in den übrigen Dokumenten. Um den Einfluss durch die persönliche Interpretation eines Kodierers auf die Untersuchungsergebnisse zu verringern, wurden die Dokumente von 2 unabhängigen Kodierern beurteilt.
- B) Im Bereich „Kenntnisse“ wurde infolge des Abstraktionsniveaus von theoretischen Grundlagenfächern nicht berücksich-

tigt, welche detaillierten Unterrichtsinhalte innerhalb dieser Fächer unterrichtet werden.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Im Besonderen danke ich allen, die am Lawshe Verfahren als Gutachter beteiligt waren.

FAZIT

Kein deutscher Ausbildungsstandard entspricht den Anforderungen für den Direktzugang. In Anbetracht der beschriebenen Defizite der deutschen Ausbildungsgrundlagen und des Alters einiger Dokumente scheint eine kontinuierliche Weiterentwicklung der deutschen Physiotherapieausbildung nicht in ausreichendem Maße stattzufinden. Dies erscheint schon in der aktuellen Situation bedenklich. Sollte aber der Direktzugang in Deutschland gewollt sein und in der Patientenversorgung Realität werden, würde die Verantwortung der Therapeutinnen und Therapeuten nachvollziehbar steigen. In diesem Falle scheint eine Ausbildung, die aktuelle fachliche und didaktische Entwicklungen berücksichtigt, unverzichtbar zu sein. Dazu müssten die bestehenden Ausbildungsgrundlagen überarbeitet werden.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten. Modellvorhaben für mehr Autonomie (ohne Datum) im Internet: www.ifk.de; Stand 21.12.2014
- [2] Deutscher Verband für Physiotherapie. Gesundheitspolitische Forderungen des Deutschen Verbandes für Physiotherapie an die Parteien (07.2013) im Internet: www.physio-deutschland.de; Stand: 29.09.2014
- [3] Verband Physikalische Therapie. Mitgestalten statt verwalten (07.2014) im Internet www.vpt.de; Stand: 29.09.2014
- [4] Beyerlein C, Stieger A, Wietersheim Jv. Direktzugang in der Physiotherapie – Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung zum Direktzugang? *manuelletherapie* 2011; 15: 3–9
- [5] Dr. Roy Kühne Mitglied des Deutschen Bundestages. Positionspapier Heilmittelerbringer beschlossen (24.03.2015) im Internet: dr-roy-kuehne.de; Stand: 03.06.2015
- [6] Sieben Fragen an die Parteien. *Physiopraxis* 2013; 6: 12–13
- [7] 118. Deutscher Ärztetag. Verantwortung für Diagnose und Therapie muss beim Arzt liegen (15.05.2015) im Internet: <http://www.bundesaeztekammer.de>; Stand: 03.06.2015
- [8] Beyerlein C, Gooßes M, CSchmidt C et al. Zwei Welten. *Physiopraxis* 2014; 12: 48–50

- [9] Ojah HQ, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care – a systematic review. *Phys Ther* 2014; 94: 14–30
- [10] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – (MPhG) (1994). Im Internet: www.gesetze-im-internet.de Stand: 29.09.2014
- [11] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). 1994; Im Internet: www.gesetze-im-internet.de Stand: 29.09.2014
- [12] Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie (2009). Im Internet: www.isb.bayern.de Stand: 29.09.2014
- [13] Niedersächsisches Kultusministerium: Rahmenrichtlinien für die Ausbildung in der Physiotherapie (12.2007). Im Internet: www.nibis.de Stand: 29.09.2014
- [14] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen (09.2005). Im Internet: www.mags.nrw.de Stand: 29.09.2014
- [15] Kultusministerium Sachsen-Anhalt. Vorläufige Rahmenrichtlinien Berufsfachschule Physiotherapie (03.2003). Im Internet: www.bildung-isa.de Stand: 29.09.2014
- [16] Sächsisches Staatsministerium für Kultus. Lehrpläne für die Berufsfachschule Physiotherapeut/Physiotherapeutin (08.2005). Im Internet: www.schule.sachsen.de Stand: 29.09.2014
- [17] Thüringer Kultusministerium. Thüringer Lehrplan für berufsbildende Schulen Beruf Physiotherapie (01.05.2008). Im Internet: www.schulportal-thueringen.de Stand: 29.09.2014
- [18] Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). e.V. Curriculum 2013 zur Ausbildung von Physiotherapeuten (02.2013). Im Internet: www.physio-deutschland.de Stand: 29.09.2014
- [19] Scholl D. Sind die traditionellen Lehrpläne überflüssig?: Zur lernplantheoretischen Problematik von Bildungsstandards und Kernlehrplänen [Dissertation]. Köln, Deutschland: Universität zu Köln; 2008
- [20] Verband Physikalische Therapie. Mehr Therapiefreiheit für Physiotherapeuten – erste Erfolge eines Modellprojektes von IKK und VPT (21.01.2014). im Internet: www.vpt.de Stand: 03.06.2015
- [21] Versorgungsforschung Deutschland. Modellvorhaben Physiotherapie nach §63 SGB V BIG direkt gesund und Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (06.01.2014). im Internet: <http://www.versorgungsforschung-deutschland.de> Stand: 01.06.2015
- [22] Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.. Modellprojekt – er (01.2013). Im Internet: www.ifk-ev.de Stand: 03.06.2015
- [23] Beyerlein C, Stieger A, Wietersheim Jv. Erkennen deutsche Physiotherapeuten anhand von Fallbeispielen Risikofaktoren (Red Flags) für die Behandlung? *manuelletherapie* 2010; 14: 184–192
- [24] Rohrbach N, Grafe M, Zalpour C. Ermittlung notwendiger Kompetenzen im Patient Self-Referral – Vorschlag zur Analyse des Bildungsbedarfs deutscher Physiotherapeuten. *physioscience* 2013; 9: 23–30
- [25] World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education (2011). Im Internet: www.wcpt.org Stand: 29.09.2014
- [26] Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5. Überarb. u. neu ausg Aufl Weinheim: Beltz; 2002
- [27] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz; 2010
- [28] Bloom B, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives - Book 1: Cognitive domain. London: Longman; 1956
- [29] Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28: 563–575
- [30] Deutscher Verband für Physiotherapie. Bundesländerregelungen zur Qualifikation von Lehrkräften in der Physiotherapieausbildung (08.10.2013). im Internet: www.physio-deutschland.de Stand: 28.12.2014
- [31] Bundesverwaltungsgericht. VG Ansbach VG AN 9 K 07.03319 (26.08.2009) im Internet: <http://www.bverwg.de> Stand: 04.06.2015
- [32] Dr. Boxberg Erlaubniserteilung für eine sektorale Heilpraktikererlaubnis in der Physiotherapie im Internet: dr-boxberg.de; Stand: 04.06.2015
- [33] World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (22.05.2001). Im Internet: www.who.int Stand: 25.12.2014
- [34] McKibbin KA. Evidence based practice. *Bulletin of the Medical Library Association* 1998; 86: 396–401
- [35] Cornelius-White J. Learner-Centered Teacher-Student Relationships Are Effective: A Meta Analysis. *Review of Educational Research* 2007; 77: 113–117
- [36] Kultusministerkonferenz. Deutscher Qualitätsrahmen Für Lebenslanges Lernen (01.05.2013).im Internet: www.kmk.org Stand: 28.12.2014