

# Der physiotherapeutische Direktzugang – ein Versorgungsmodell für Deutschland?

## Eine qualitative Studie mit Expert\*innen

A. Jarck<sup>1</sup>, K. Balzer<sup>2</sup>, L. Rašo<sup>1</sup>, K. Lütke<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Universität zu Lübeck, Institut für Gesundheitswissenschaften, Lübeck, Schleswig-Holstein, Deutschland  
<sup>2</sup> Universität zu Lübeck, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Lübeck, Schleswig-Holstein, Deutschland

### Hintergrund

- Versorgung von Patient\*innen aufgrund des Fachkräftemangels ein großes Problem im deutschen Gesundheitswesen<sup>1</sup>
- Trotz steigender Anzahl der Ärzt\*innen kann wachsender Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden<sup>2</sup>  
→ Folgen: erhöhte Arbeitslast für Ärzt\*innen, lange Wartezeiten für Patient\*innen<sup>3</sup>
- Einführung des physiotherapeutischen Direktzugang zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung gefordert<sup>4</sup>  
→ Definition: direkte Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlung ohne ärztliche Verordnung zulasten gesetzlichen Krankenversicherung<sup>5</sup>
- International mit verschiedenen Modellen erfolgreich erprobt<sup>6-8</sup>, Gesetzgebung sieht in Deutschland bisher keinen Direktzugang vor

- 1 Klinische und sozioökonomische Effekte?
- 2 Fördernde und hemmende Kontextfaktoren?
- 3 Wahrgenommener Bedarf?
- 4 Voraussetzungen und mögliche Ausgestaltung?

### 1. + 2. Systematische Evidenzsynthese

**Recherche** in 8 Datenbanken (z.B. CINAHL via EBSCOhost, Cochrane Library, MEDline via Pubmed) + Handsuche in Google Scholar/ LIVIVO und mittels Vorwärts-/ Rückwärtssuche über Zitationen

<b>P</b>	Pat. mit muskuloskeletalen Beschwerden (MSK)	<b>Filter:</b> 1. Frage – RCT; 2. Frage – alle Studientypen, Zeitraum: 01.03.2018– 31.08.2022
<b>I</b>	Physiotherapeut. Direktzugang	
<b>C</b>	Hausärztlich geleitete Versorgung	<b>Ausschluss:</b> Pat. mit neurol. Beschwerden, Studien außerhalb des Suchzeitraums
<b>O</b>	Primär: patientenrelevant Sekundär: sozioökonomisch	

**Datenextraktion und –synthese:** meist strukturiert-narrativ, Metaanalyse mit FE-Modell und Sensitivitätsanalysen, Logisches Modell+ CICI-Framework<sup>9</sup>

### 3. + 4. Experteninterviews + Fokusgruppe

#### Untersuchungsgruppe und Stichprobenbildung

**Einschluss:** Angehörigkeit Interessensgruppe: Physiotherapie (n=3), Medizin (n=3), Patient\*innen (n=2), Kostenträger (n=4), Politik (n=2), Recht (n=2)

**Rekrutierung:** über Dachorganisationen je nach Vorkontakten mittels Schneeballprinzip<sup>10</sup>

**Datenerhebung:** (Zeitraum: Ende Juli bis Mitte Oktober 2023)

- Semistrukturierte Leitfadeninterviews (einzeln oder als Fokusgruppe)
- Kurzfragebogen zum demografischen und beruflichen Hintergrund

**Datenanalyse:** Deskriptive Auswertung der Fragebogen-Daten mit Microsoft® Excel®, Verwaltung + Analyse der Interview-Daten in MAXQDA 2022 by VERBI, deduktiv-induktives Vorgehen mit thematisch strukturierender Inhaltsanalyse<sup>10</sup>

### Methodik

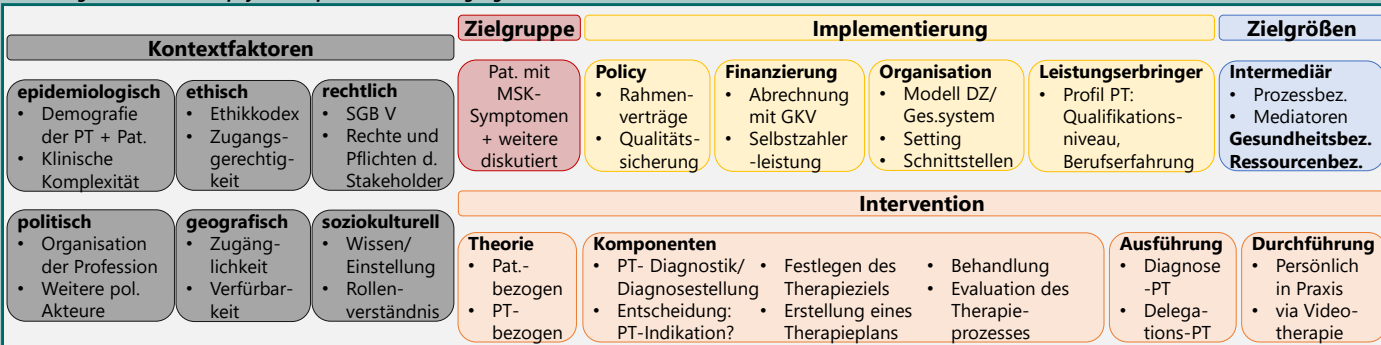
Einschluss (von 1.347 Studien): n=4 (→Effekte), n=30 (→Kontextfaktoren)

Tab. 1 Ergebnisse Evidenzsynthese+ Verzerrungsrisiko (Rob 2-Tool<sup>11</sup>)

	Schmerz	Funktio-nalität	Lebens-qualität	Adverse Ereignisse
<b>Anzahl Studien (↑ Bias-Risiko)</b>	4 (3)	3 (2)	2 (1)	4 (3)
<b>N</b>	1.261	283	94	352
<b>Prä-Post-Veränderung</b>	IG: ↑ KG: ↑	IG: ↑ KG: ↑	IG: ↑ KG: ↑	Ø bis milde Ereignisse
<b>IG vs. KG (Nach-beobachtung)</b>	⇔ (4 Studien) Metaanalyse: SMD -0,13, 95%-KI -0,32; 0,06, p= 0,18	↑ (1 Studie)	⇔ (2 Studien)	⇔ (4 Studien)

**Legende** Veränderung: ↑ gesundheitlich günstig, ↓ gesundheitlich ungünstig, ↔ keine Veränderung/Indifferenz, SMD: Standardisierte Mittelwertsdifferenz, KI: Konfidenzintervall

Abb. 1 Logisches Modell zum physiotherapeutischen Direktzugang in Deutschland



12 Interviews, inkl. einer Fokusgruppe (n=5), mit N=16 Teilnehmenden

Tab. 2 Auszugsweise Darstellung des Bedarfs und der Chancen und Risiken

Bedarf		
+ DZ als Lösung für Versorgungslücke bei ↑ Multimorbidität + Ärztemangel		
– DZ ohne Notwendigkeit, da kein Versorgungsproblem besteht		
	Chancen	Risiken
<b>Pat.</b>	↓ Wartezeit/ Anzahl Termine • Passung von Diagnose + Therapie	• Gefährdung/Fehldiagnostik ↑ Wartezeit auf Termin
<b>PT</b>	• Entbürokratisierung ↑ Berufsattraktivität	• Spaltung d. Berufsgruppe ↑ Missbrauchsrisiko
<b>Med.</b>	• Entlastung	• Kompetenzgerangel mit PT
<b>KK</b>	Ø Doppelbefundung	↑ Kosten

**Legende** Auf Ebene der Pat.-Patient\*innen, PT-Physiotherapie, Med.-Medizin, KK-Kostenträger

### Ergebnisse

### Diskussion

- Evidenzsynthese: Direktzugang ist sicher
- Heterogene Sichtweisen auf Bedarf des Direktzugangs
- Chancen vermehrt auf Prozessebene zu finden
- Modellvorhaben meist als sinnvoll eingestuft → bundesweit mehrere Projekte mit vergleichbarer Methodik erforderlich
- Wichtige Faktoren: Kompetenzniveau der PT + Gesundheitskompetenz der Pat.

### Schlussfolgerung

- Physiotherapeutischer Direktzugang ist im Nutzen-Schaden-Profil eine vergleichbare Alternative zur ärztlich initiierten Versorgung
- Bei Uneinigkeit über die Notwendigkeit des physiotherapeutischen Direktzugangs besteht Forschungsbedarf zur Klärung offener Fragen in Modellvorhaben
- Diese Studie kann als Grundlage für zukünftige Gespräche und Verhandlungen zwischen den Akteuren dienen