

A large yellow rectangular sign with a black border and rounded corners is mounted on a grey metal post. The sign is positioned on a road that curves into the distance under a blue sky with light clouds. In the background, a yellow construction vehicle is visible. The sign contains the text 'Mehr Autonomie' in bold black letters.

**Mehr
Autonomie**

Modellvorhaben
...in der
Physiotherapie

Direct Access in Australien
Ein Baustein zu mehr Autonomie in der Physiotherapie
Methodik und Ergebnisse
Autonomie aus Sicht der Krankenkassen
Wann kommt der bundesweite Direktzugang

Grußworte
Hintergründe
Forschung
Einordnung
Ausblick

IFK-Mitgliedschaft für Physiotherapie- Schüler



Mitmachen, Interessen stärken

- Ständig aktuelle Informationen über Facebook, Twitter, Newsletter, Homepage etc.
- Stellensuche über www.ifk.de

Kostenfreie Servicevorteile

- Abo des IFK-Fachmagazins „physiotherapie“



die physiotherapeuten

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

www.ifk.de

■ grußwort

- 4 Direct Access
First Contact Practitioner in Australien



Prue Galley

Prue Galley war maßgeblich an der Einführung des Direct Access in Australien beteiligt und gilt weltweit als eine Pionierin bei der Professionalisierung des Berufs.

■ hintergründe und meilensteine

- 6 Ein Baustein auf dem Weg zu mehr
Autonomie in der Physiotherapie



Ute Repschläger

Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands
selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

■ methodik

- 10 Praktische
Untersuchungsdurchführung



Peter Kaetsch

Vorstandsvorsitzender der BIG direkt gesund.

- 12 Wissenschaftliche Methodik

- 16 Ergebnisse des Modellvorhabens



Dr. Andrea Mischker

Stellv. Leiterin des Landesverbandes der BIG direkt gesund.
Projektleitung BIG direkt gesund Modellvorhaben Physiotherapie.

■ einordnung

- 20 Die Bedeutung des Modellvorhabens
aus Sicht der Krankenkasse



Prof. Dr. Astrid Schämamm

Stellvertretende Direktorin des Departements Gesundheit der Zürcher Hochschule für
angewandte Wissenschaften (ZHAW).
Leiterin des Instituts für Physiotherapie mit den Leistungsbereichen Lehre, Forschung,
akademische Weiterbildung und Dienstleistung.

■ danksgiving

- 23 Dank an teilnehmende Praxen



Prof. Dr. Markus Wirz

Dozent an der ZHAW
Leitung Forschung und Entwicklung Physiotherapie.

■ ausblick

- 24 Quando vadis – Direktzugang zur
Physiotherapie in Deutschland



Dr. Irina Nast

Dozierende und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der ZHAW.

■ mitgliederservice

- 26 Beitrittserklärung



Michael Heine, M.Sc.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter des IFK.

■ impressum

- 22 Impressum

Direct Access

First Contact Practitioner in

Prue Galley

Am 29. August 1975 stellte ich nach langer, gewissenhafter Prüfung und sorgfältiger Recherche den Artikel „Ethical Principles and Patient Referral“ [1] („Ethische Prinzipien und Überweisung von Patienten“) auf der 14. Biennial Conference der Australian Physiotherapy Association in Sydney vor. Zu der Zeit galt er als äußerst kontrovers, weil darin dem Berufsethos widersprochen wurde, das bis dahin verlangte, dass ein Patient ausschließlich aufgrund einer Verordnung eines niedergelassenen Arztes oder Zahnarztes behandelt werden durfte. Diese Ansicht hatte nahezu 70 Jahre lang Bestand. Nun aber war der Punkt gekommen, an dem eine Änderung zu einer größeren Autonomie des Berufs nötig war, damit er sich entwickeln konnte und nicht stagnierte.

1975 hatte ich argumentiert, dass der physiotherapeutische Beruf sich selbst „in Gefahr bringen würde“, sollte er den Kreis seiner Patienten mit Verordnung auf diejenigen ohne Verordnung ausweiten. Der Direct Access würde die Akzeptanz einer größeren rechtlichen und ethischen Verantwortung der Berufsgruppe als bisher voraussetzen. Ich wies darauf hin, dass der Nutzen für die Gesellschaft erst nach einem längeren Prozess sichtbar sein würde.

Wenn die Physiotherapie ihrem Bedeutungsanspruch nicht gerecht werden könnte, würde sie aussterben, aber wenn sie einen wirklichen Beitrag zum Nutzen der Gesellschaft leisten könnte, würde sie überleben und wachsen.

Prue Galley hat einen Honours Degree in Physiotherapie und einen Masters Degree in Erziehungswissenschaften. Sie ist Ehrenmitglied der Australian Physiotherapy Association sowie der Chartered Society of Physiotherapy (London). Sie hat viele Jahre lang als Dozentin an der University of Queensland, Australien, gearbeitet.

Am 14. August 1976 erlaubte die Australian Physiotherapy Association ihren Mitgliedern unwiderruflich, auch in ethischer Hinsicht als First Contact Practitioner tätig zu sein. Damals galt dies als sehr mutiger Schritt der Australier. Später folgten andere Länder der Welt diesem Beispiel, für weitere sollte es jedoch noch ein sehr langer Weg bis dahin sein [2]. Glücklicherweise konnte ich erleben, dass dieser Schritt hin zu einer größeren Autonomie dem Berufsstand in Australien und anderswo zu einem höheren Ansehen verholfen hat.

Der Weg dorthin war nicht immer einfach und dauert noch an. Manchmal ging es in frustrierend kleinen Schritten voran, obwohl in den vergangenen 42 Jahren viel erreicht wurde.

Natürlich hat sich der Beruf während dieser Zeit jeder Herausforderung gestellt. Das Recht des Patienten, sich direkt und ohne Umweg über einen Mediziner an den Physiotherapeuten zu wenden, wird respektiert. Dieser Direktzugang existiert in Australien nunmehr in beiden Bereichen des Gesundheitswesens, im privaten wie im öffentlichen. Er hat die Erreichbarkeit des Physiotherapeuten für den Patienten spürbar erleichtert und sowohl die stark frequentierten Hausärzte als auch die Orthopäden des öffentlichen Gesundheitswesens, besonders im Spezialbereich Bewegungsapparat, entlastet.

Es hat über 40 Jahre gedauert, dies alles zu erreichen, aber es ist nunmehr sowohl von der breiten Öffentlichkeit als auch von den Angehörigen der medizinischen und physiotherapeutischen Berufe allgemein anerkannt. Ein wesentliches Merkmal ist, dass der private Gesundheitssektor der erste war, der den Direktzugang begeistert angenommen hat, lange vor dem öffentlichen Sektor.

Patienten sind dankbar dafür, in die Lage versetzt worden zu sein, die sofortige physiotherapeutische Zuwendung, die sie benötigen,

SS

Australien



2014: IFK-Vorstandsvorsitzende Ute Repschläger (re) diskutierte im Rahmen ihres Studienaufenthalts in Australien mit Prue Galley (li) über die Erfahrungen mit dem DA.

auch zu erhalten. Dies ist wesentlich angenehmer als einige Zeit zu warten, so lange bis sie einen niedergelassenen Arzt konsultiert haben. Es ermöglicht ihnen, ihre Aktivität eher wiederzuerlangen. Dies hat sowohl für sie selbst als auch für Staat und Gesellschaft ökonomisch vorteilhafte Konsequenzen.

Seit der Einführung des Direct Access sind Ausbildungsprogramme erweitert worden. An Universitäten in ganz Australien werden Bachelor und Master-Studiengänge angeboten. Die Forschung ist exponentiell gewachsen. Fort- und Weiterbildungsprogramme zur klinischen Spezialisierung expandieren, der Praxisbereich wird zunehmend erweitert. Physiotherapeuten können Patienten zur Durchführung von einigen bildgebenden Verfahren überweisen.

Ein Bereich, den die Australian Physiotherapy Association jetzt verfolgt, ist das Recht für Physiotherapeuten, innerhalb ihres Tätigkeitsbereichs Medikamente zu verschreiben, die sich positiv auf die Genesung ihrer Patienten auswirken. Gegenwärtig ist dies Physiotherapeuten in Australien nicht erlaubt. Dieser Schritt ist die nächste große Herausforderung, und ich vertraue darauf, dass die derzeitige Führung des Berufsstandes in Australien dieses Ziel erreichen wird.

Im vergangenen Jahrzehnt war es ein Privileg für mich zu beobachten, wie der IFK in dieser langen Tradition daran arbeitet, es den Patienten zu erleichtern, eine gesicherte und effektive physiotherapeutische Behandlung zu erhalten. Der IFK beweist eindeutige Führungsqualitäten, weil er sich für mehr Autonomie für deutsche Physiotherapeuten einsetzt, und ich hoffe, dass der komplette Direktzugang bald erreicht sein wird, denn zeitnahe physiotherapeutische Intervention garantiert dem Patienten zahlreiche Vorteile. Der IFK und die Krankenkasse BIG direkt gesund sind zu beglückwünschen für ihre Vision und harte Arbeit, diesem Ziel näher zu kommen. Das Projekt, über das in dieser Ausgabe der 'Physiotherapie' berichtet wird und das durch die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) evaluiert wurde, ist ein riesiger Sprung nach vorn.

1976 habe ich ein Papier veröffentlicht, in dem ich meinen Kollegen in Australien die Frage gestellt habe: "Haben wir als Physiotherapeuten das Wissen, den Mut, den Willen und die Vision, diesen unabhängigen Schritt zu machen, obwohl wir ganz genau wissen, dass er eine höhere Verantwortung, größeres Engagement und größere Selbstdisziplin von uns allen verlangen wird?" [3]. Diese Frage gilt nach wie vor, wann immer Physiotherapeuten auf eine größere Autonomie für das Wohl ihrer Patienten hinwirken.

Literaturverzeichnis:

[1] Galley P (1975) „Ethical Principles and Patient Referral.“ Aust. J. Physiother. 21: 3, S. 97-100.

[2] Bury T J & Stokes E K (2013) „A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession.“ Phys. Ther. 93: 4, S. 449-459.

[3] Galley P (1976) „Patient Referral and the Physiotherapist“ Aust. J. Physiother. 22: 3, S. 117-120.



Ute Repschläger

Vorstandsvorsitzende des IFK

Über die Modellvorhaben nach § 63 b SGB V wurde 2008 vom Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, neue Versorgungsformen mit mehr Entscheidungsfreiheit für Physiotherapeuten zu erproben. Dementsprechend führten die BIG direkt gesund und der IFK eine Studie durch, die im Studiendesign an internationale Forschungsarbeiten zum Thema Direct Access (DA) anknüpft und deren Evaluation durch die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) erfolgte. Die Ergebnisse des Modellprojekts bilden nun eine wichtige Argumentationsbasis auf dem weiteren Weg zum DA. Ein Meilenstein in der Physiotherapie.

Modellvorhaben BIG direkt Ein Baustein Autonomi

Ute Repschläger

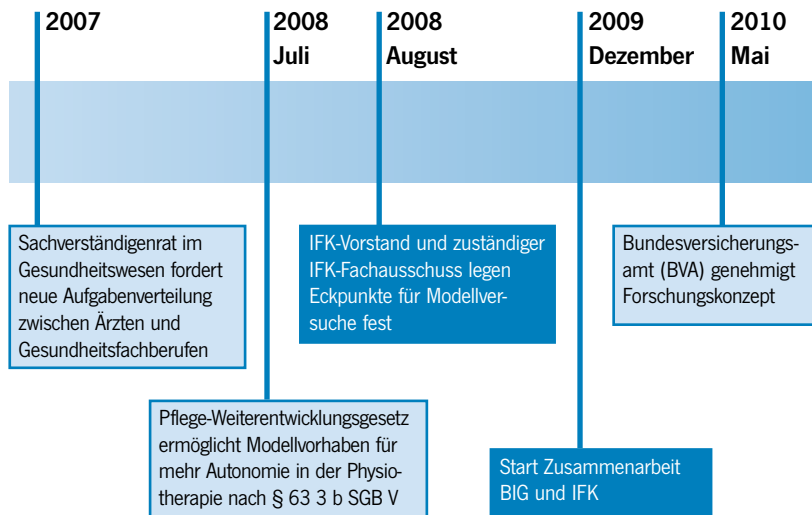


Abb. 1: Die Chronologie des Modellvorhabens für mehr Autonomie in der Physiotherapie.

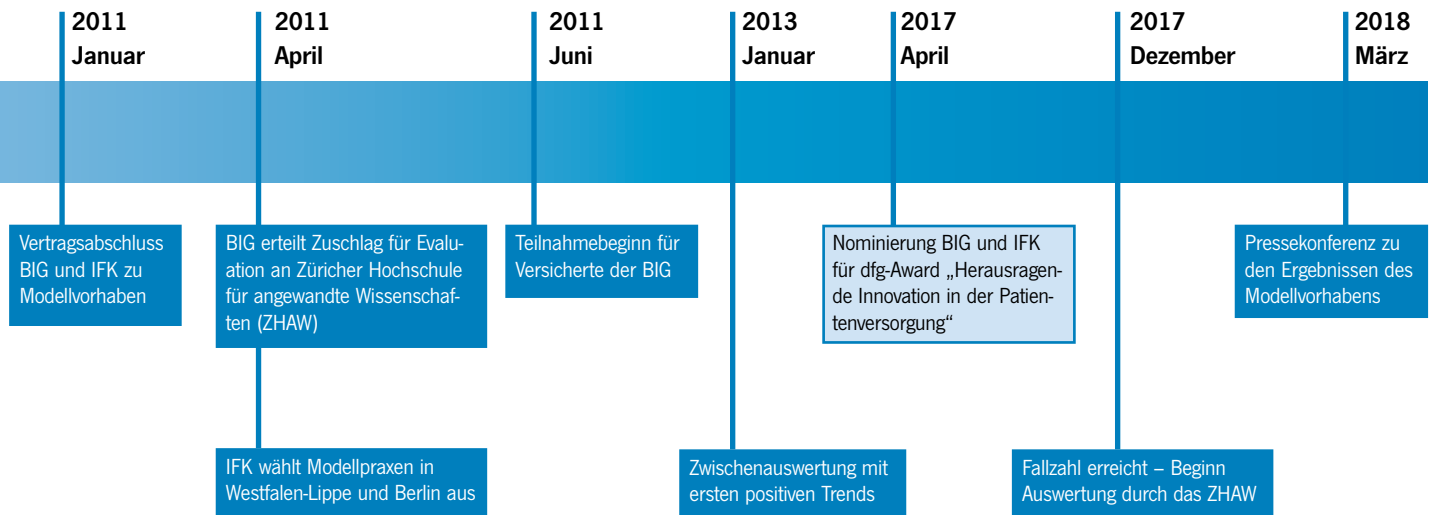
■ Hintergrund Modellvorhaben nach § 63 SGB V

Bereits 2007 forderte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eine Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Ärztliche Aufgaben sollten an andere Gesundheitsberufe abgegeben und ihre Eigenständigkeit gestärkt werden (s. Abb. 1).

Mitte 2008 führte der Gesetzgeber die Möglichkeit ein, eine solche neue Aufgabenverteilung in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Physiotherapeuten durch Modellvorhaben zu erproben. Im sogenannten Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Regelungen getroffen, die sich auf die ambulante physiotherapeutische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehen. Diese ermöglichen die Durchführung von Modellversuchen, bei denen der Arzt zwar weiterhin die Indikation zur physiotherapeutischen Behandlung stellt, der Physiotherapeut dann aber wesentlich mehr Entscheidungsfreiheit in der Therapigestaltung erhält. Gemäß § 63 Abs. 3 b SGB V dürfen Physiotherapeuten die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen (siehe Abb. 2).

Lange hatte der IFK für mehr Freiraum in der Physiotherapie gekämpft. Die neue gesetzliche Regelung wurde daher als großer Erfolg bewertet – als ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum DA. Allerdings wurde schnell mehr als deutlich, wie schwierig es ist, die vom Gesetzgeber eingerichteten Möglichkeiten auch prak-

gesund und IFK auf dem Weg zu mehr e in der Physiotherapie



tisch umzusetzen. Zwei große Stolpersteine waren damals erstens die erforderliche Umsetzung der Modelle im Bereich der Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen sowie zweitens die geforderte Evaluation des Modellvorhabens.

2011 konnten die BIG und der IFK dann Erfolg vermelden. Es kam zum Vertragsabschluss für ein Modellprojekt, das 1:1 dem gesetzlichen Auftrag folgt. Die BIG-Vertragsmanagerin Dr. Andrea Mischker, Prof. Dr. Katharina Scheel (damals wissenschaftliche Mitarbeiterin des IFK) sowie die Autorin hatten dafür ein Forschungskonzept entwickelt – eine multizentrische, randomisierte Interventionsstudie mit Kontrollgruppe. Dementsprechend waren die Signale aus der Politik auf den Vertragsabschluss durchweg positiv.

§ 63 Abs. 3b) SGB V

„Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.“

Abb. 2: Mit dem § 63 Abs. 3 b SGB V wurde die gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Modellversuchen für mehr Autonomie in der Physiotherapie geschaffen.

Mit Spannung hatte der Gesetzgeber darauf gewartet, dass ein von ihm ermöglichtes Modellvorhaben für mehr Autonomie für Physiotherapeuten endlich auf den Weg gebracht wurde.

Die BIG belegte damit ihr hohes Interesse an einer effektiven Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung ihrer Versicherten. Für den IFK war und ist das Modellvorhaben ein wichtiger Beitrag zum berufspolitischen Diskurs, der geeignet ist, das Berufsbild der Physiotherapie in den nächsten Jahren schrittweise aus der Abhängigkeit von der ärztlichen Verordnung zu lösen. Insofern war es nie das Ziel, eine neue Versorgungsform für die Regelversorgung in der GKV zu erproben, sondern Voraussetzungen für weitere Schritte in Richtung DA zu schaffen.

■ Reaktionen zum Modellvorhaben

Zu Anfang gab es starken Gegenwind. BIG direkt gesund und IFK informierten Politik, Presse sowie Partner im Gesundheitswesen zum Startschuss des Modells. Die Fachpresse nahm das Thema mit großem Interesse auf. Sie titelte mit Schlagzeilen wie „BIG direkt gesund unterstützt Autonomiebestrebungen von Heilmittelerbringern“ (dfg), „Erstes Modellvorhaben gestartet“ (Ärzteblatt) oder aber auch „Ehrgeizige Physiotherapeuten“ (Ärzte-



2009: (v.l.n.r.): Bettina Schulze Temming, Torsten Kristant, Marietta Handgraaf, Ute Repschläger, Prue Galley und Katharina Scheel.



2010: Expertenrunde (Bild v. l. n. r.): Monika Hümmelink (IFK-Fachausschuss Fortb./Wiss.), Florian Schneider (ulmkolleg, ZIPT), Marietta Handgraaf (max Q, Hochschule Bochum), Ute Repschläger (IFK-Vorstandsvorsitzende), Margaret Grant (Australian Physiotherapy Council), Prof. Dr. Friederike Baeumer (Hochschule Berlin), Elke Baumann (Thieme-Verlag), Dr. Sandra Schiller (FH-Hildesheim), Verw.-Prof. Axel Schäfer (FH-Hildesheim), Julia Dördelmann und Katharina Scheel (wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des IFK).



2014: Arbeitstreffen in Winterthur. Die Initiatoren des Modellvorhabens für mehr Autonomie in der Physiotherapie trafen sich mit den Wissenschaftlern vom Institut für Physiotherapie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Auch aus Sicht der Forscher konnte ein positives Zwischenfazit gezogen werden.

zeitung). Es wurde deutlich, dass dieses „ehrgeizige Projekt“ für mehr Autonomie einer nicht-ärztlichen Berufsgruppe Sprengstoff für Teile der Ärzteschaft, aber auch Chancen für Patienten liefert.

Die Reaktionen aus der Ärzteschaft fielen entsprechend unterschiedlich aus. So sprach beispielsweise der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU) von einer „fragwürdigen Therapieverbesserung“. Das Ärztenetzwerk orthonet-NRW riet sogar von einer Unterstützung des Projekts ab. Von der Bundesärztekammer kamen aber auch positive Signale. Fasst man die Reaktionen zu Anfang zusammen, reichten Sie von der kategorischen Ablehnung bis hin zur sportlichen Zustimmung.

Nach den 2013 veröffentlichten ersten Zwischenergebnissen mit positiven Trends wurde das Feedback zum Projekt zunehmend zustimmend. Die Ärztezeitung titelte „Physiotherapeuten machen's besser“, der dfg „Ärzte können halt nicht alles“ und der Stern fragte „Geht's ohne Arzt besser?“ Letztendlich sorgte allein die Durchführung des Modellvorhabens mit dafür, dass das Thema „Autonomie für Physiotherapeuten“ öffentlich vermehrt wahrgenommen wurde.

■ Modellvorhaben DA

Parallel zur öffentlichen Diskussion wurde vom IFK auch der politische Austausch intensiviert. Zunehmend suchten politische Entscheidungsträger den Dialog zum Thema. Bei der Diskussion konnte auch auf eine gute Studienlage im Ausland zum Thema DA zurückgegriffen werden. In anderen Ländern

wurde bereits belegt, dass der Direktzugang die Effektivität und Effizienz der physiotherapeutischen Versorgung verbessern kann (s. Abb. 3).

Nicht zuletzt in der Folge dieser Gespräche forderte im Juni 2015 die 88. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) das Bundesgesundheitsministerium auf, zu prüfen, ob durch eine gesetzliche Änderung Modellvorhaben zum Direktzugang zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei bestimmten Indikationen ermöglicht werden könnten. Ein Jahr später ging die GMK noch weiter und beschloss, dass durch den Gesetzgeber Modellvorhaben zur Erprobung der Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch Gesundheitsfachberufe ermöglicht werden sollten. Ende September 2016 sprach sich der Gesundheitsausschuss des Bundesrats ebenso für Modellvorhaben zum Direktzugang aus.

Leider wurde trotz dieser Beschlüsse in der letzten Legislaturperiode keine entsprechende Gesetzesänderung durchgesetzt. Vielmehr wurden 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) unter § 64 d SGB V Modelle zur sogenannten Blankoverordnung eingeführt, die verpflichtend bundesweit in allen Ländern durchge-

Internationale Studienlage zum Direct Access

- Versorgung in der Fläche verbessert (Holdsworth et al. 2006)
- Zeitspanne zur Therapie verkürzt (Leinich 2007)
- Weniger Medikamente/bildgebende Verfahren (Ojha et al. 2014)
- Ausräumen der Bedenken, dass PTs Krankheitsbilder übersehen (Daker-White et al. 1999; Leerar, Boissonault, Domholt, Roddey 2007; Slipman et al. 2003; Jarvik, Deyo 2002; Deyle 2006)
- Keine größere Gefahr für Patienten (Moore et al. 2005)

Abb. 3: Internationale Studienlage zum Direct Access.

2016: Projekttreffen in der IFK-Geschäftsstelle mit Veit Schwabe (BIG), Marion Winkler (BIG), Patrick Heldmann (IFK), Peter Schmidt (IFK), Ute Repschläger (IFK), Prof. Dr. Markus Wirz (ZHAW), Dr. Andrea Mischker (BIG), Prof. Dr. Astrid Schämamm (ZHAW) und Dr. Irina Nast (ZHAW) (Bild v. l. n. r.).



führt werden sollen. Es wurde also kein neuer Schritt für die Physiotherapie gewagt. Geprüft werden soll weiterhin nur, wie es sich auswirkt, wenn Physiotherapeuten die Art, Anzahl und Frequenz der Therapie bestimmen. Obwohl diese Modelle wieder auf die klassische hierarchische Rollenverteilung zwischen Arzt und Therapeut aufbauen, kam es erneut zu Abwehrreaktionen insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Baden-Württemberg, die die Modelle als „Frontalangriff gegen die Selbstverwaltung“ bzw. „Experiment am Kranken“ bezeichneten.

Aus Sicht des IFK sind diese Behauptungen/Sorgen unberechtigt. Die Praxis zeigt, dass sich eine Vielzahl insbesondere junger niedergelassener Ärzte eine Entlastung wünscht. Diese wäre durch den Direct Access möglich. Die Gesundheitsversorgung von morgen sollte die Ressourcen aller Gesundheitsfachberufe für eine optimale Patientenversorgung nutzen. Diese Versorgung müsste dann sektorenübergreifend sowie zielgruppenorientiert sein und die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe unter Nutzung der Möglichkeit des DA stattfinden. Wenn der Gesetzgeber das Berufsbild Physiotherapeut attraktiv gestalten möchte, aber neue Versorgungsformen erst prüfen will, sollte genau diese Möglichkeit modellhaft erprobt werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass letztendlich Patienten, Therapeuten und Ärzte vom Direktzugang profitieren. In einer Studie konnte Lesley K. Holdsworth auch belegen, dass sich die Einstellung der Ärzte nach Einführung des DA ändert. In Nachfolgestudien halten 98 % von ihnen den Direktzugang für sinnvoll.

■ Auswertung Modellvorhaben BIG und IFK

Wissenschaftlich begleitet wurde das BIG- und IFK-Modellvorhaben von der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW). Für den IFK wurde es neben Frau Prof. Dr. Scheel von den wissenschaftlichen Mitarbeitern Herrn Heldmann, M. Sc., Herrn Brock, M.A. und Herrn Heine, M.Sc. begleitet. Nachdem die Fallzahl von 620 Teilnehmern im Dezember 2017 erreicht wurde, begann die Auswertung durch das ZHAW.

Aus den nun vorliegenden Ergebnissen kann man folgende Fazite ziehen:

- Es gibt im Modell – durch den erprobten Freiraum in der Physiotherapie – keine Kostenausweitung. Die Physiotherapeuten gehen verantwortlich mit ihrer neuen Rolle um.
- Die Behandlungsqualität der Modellgruppe ist mit der Interventionsgruppe vergleichbar. Es ist somit unerheblich, wer die Verordnung ausstellt.
- Die Behandlungsdauer in der Modellgruppe ist im Vergleich zur Interventionsgruppe signifikant kürzer. Hieraus kann abgeleitet werden, dass Patienten schneller wieder fit werden.
- Über die gesamte Stichprobe zeigt sich, dass höchst signifikante Verbesserungen zu allen Patienten-Outcomes vorliegen. Zusammenfassend ist somit festzustellen: Physiotherapie wirkt!
- In der gesamten Stichprobe ist eine sehr hohe Patientenzufriedenheit zu verzeichnen.

■ Fazit

Insbesondere die demografische Entwicklung und die zunehmende Multimorbidität älterer Menschen stellen die Gesellschaft und das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Gesundheitspolitische Lösungen und ein Umdenken aller Leistungserbringer sind gefragt.

Die Entwicklung innovativer Kooperationsformen sowie die Festlegung klar geregelter neuer Verantwortlichkeiten stellen dabei eine wichtige Voraussetzung für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung der Zukunft dar. Ein Überdenken der bisherigen Aufgabenverteilung innerhalb der Gesundheitsberufe ist längst überfällig. Physiotherapeuten können mit dem Direktzugang einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

Das Modellvorhaben von BIG und IFK ist ein Baustein auf dem Weg zur Neuordnung der Zusammenarbeit von Ärzten und Physiotherapeuten.

Nach seinem erfolgreichen Abschluss müssen nun die nächsten Schritte in Richtung DA in der Physiotherapie ermöglicht werden. Die Patienten haben ein Recht darauf, die Option zu erhalten, den Zugang zur Therapie – über den Arzt oder direkt zum Physiotherapeuten – selbst zu wählen.

Praktische Untersuchungsdu

Michael Heine

Eines der wesentlichen Hauptziele wissenschaftlicher Untersuchungen ist es, Daten zu erheben, um sie anhand von geeigneten statistischen Verfahren zu analysieren. So können im Vorfeld begründet festgelegte Annahmen (Hypothesen) zum Thema überprüft werden. Zur Erstellung des für das Modellvorhaben notwendigen Datensatzes war somit zunächst ein erhebliches Maß an Motivation, Einsatz und Unterstützung durch die an der Untersuchung teilnehmenden Physiotherapiepraxen und Patienten erforderlich. In diesem Artikel ist das dazugehörige Vorgehen zusammenfassend beschrieben.

Insgesamt haben 40 Physiotherapiepraxen im Raum Westfalen-Lippe und Berlin an der Datenerhebung im Rahmen des Modellvorhabens mitgewirkt. Für die teilnehmenden Therapeuten, Rezeptionskräfte und Patienten bedeutete die Mitarbeit an dieser wissenschaftlichen Studie eine gänzlich neue Erfahrung – abseits der üblichen Routine. Um dabei einen möglichst hohen wissenschaftlichen Gütestandard zu gewährleisten und zu realisieren, wurden im Vorfeld entsprechende Qualitätskriterien festgelegt und die teilnehmenden Praxen bei Einschluss in die Studie bezüglich deren Einhaltung umfassend geschult.

Zu Beginn des Untersuchungszeitraums informierte die BIG direkt gesund die Versicherten über den Start des Modellvorhabens. Zudem machten die teilnehmenden Praxen Patienten, die bei der BIG direkt gesund versichert waren und die Einschlusskriterien erfüllten, auf das Modellvorhaben aufmerksam. Zu dieser Gelegenheit wurden die Patienten individuell und umfassend über die Studie und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt. Patienten, die sich daraufhin mit der Teilnahme am Modellvorhaben einverstanden erklärten, unterschrieben zunächst jeweils eine entsprechende Einverständniserklärung. Im Anschluss wurde mit dem Patienten durch die Rezeptionsfachkräfte ein erster Termin zur Anfangsuntersuchung vereinbart.

Im Rahmen dieses ersten Untersuchungstermins, wurden die Patienten zunächst zufällig der Kontroll- oder Modellgruppe zugewiesen. Hierzu schickten Rezeptionsmitarbeiter eine entsprechende Anfrage per E-Mail oder Fax an das wissenschaftliche Institut, die in der Schweiz ansässige Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften – ZHAW. Die entsprechende Information bezüglich der Gruppeneinteilung des Patienten wurde jeweils zeitnah durch die ZHAW an die Praxis zurückgesandt. Des Weiteren führte ein Studenttherapeut anschließend die Anfangsuntersuchung durch, in deren Rahmen die jeweils festgelegten Assessmentverfahren zur späteren statistischen Analyse zu Anwendung kamen, und dokumentierte die entsprechenden Untersuchungsergebnisse. Die Einverständniserklärungen und die standardisierten Befunddokumente wurden nachfolgend an die ZHAW geschickt.

In dem Fall, dass ein Patient der Kontrollgruppe zugeordnet wurde, erfolgte die Behandlung anschließend wie in der Regelversorgung anhand der auf der Verordnung angegebenen ärztlichen Vorgaben zu Heilmittel, Verordnungsmenge und Frequenz. Die entsprechende Verordnung wurde dem Bezugstherapeuten, der für Behandlungsplanung und -durchführung zuständig war, von dem Studenttherapeuten übergeben.

Rechführung

„Zudem beurteilten Patienten anhand eines gesonderten Fragebogens Ihre Zufriedenheit mit der Behandlung.“

Bei Einteilung in die Modellgruppe wurde demgegenüber zunächst eine Kopie der ärztlichen Verordnung durch den Studientherapeuten angefertigt. Auf der Kopie der Vorderseite wurden die ärztlichen Angaben zum Heilmittel, der Verordnungsmenge sowie der Frequenz geschwärzt. Die entsprechend präparierte Verordnungskopie wurde im Anschluss an den die Behandlung durchführenden Bezugstherapeuten ausgehändigt. Dieser legte – im Rahmen der durch den Heilmittelkatalog vorgegebenen Beschränkungen – Art, Gesamtmenge und Frequenz des Heilmittels für die Behandlungsserie fest. Die durchgeführten Leistungen wurden auf der Rückseite der Originalverordnung (Kontrollgruppe) oder der Kopie (Modellgruppe) dokumentiert.

Nach erfolgreicher Therapie der Patienten durch die Bezugstherapeuten, wurde zum Ende einer jeweiligen Behandlungsserie durch den zuständigen Studientherapeut ein Abschluss-Assessment durchgeführt. Zudem beurteilten Patienten anhand eines gesonderten Fragebogens Ihre Zufriedenheit mit der Behandlung. Die zur statistischen Auswertung relevanten Fragebögen sowie die Heilmittel-Verordnungen wurden anschließend an die ZHAW zur weiteren Analyse geschickt.

Zur Vergütung der Behandlung der Patienten in der Modellgruppe sind im Vorfeld der Untersuchung besondere Abrechnungsvereinbarungen mit dem zuständigen Abrechnungszentrum vereinbart worden. Hierzu war es essenziell, dass auf den eingereichten Verordnungen exklusiv für das Modellvorhaben vereinbarte Leistungserbringergruppenschlüssel angegeben wurden.

Die an das wissenschaftliche Institut geschickten Unterlagen und Dokumente sind nach Eingang auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft worden. Somit ist im Verlauf der Untersuchung durch den zuvor beschriebenen, entscheidenden Beitrag der Therapeuten und Patienten ein umfangreicher Datensatz entstanden, der als Grundlage zur statistischen Auswertung dienen konnte.



Michael Heine, M.Sc.



„ Ich erfasse Ihre Daten umgehend und bin bei Fragen für Sie da.“

Christian Lehnhardt ///
Mitarbeiter Fachbereiche
Abrechnung

Die RZH macht Ihre Abrechnung und bietet Ihnen zahlreiche Dienstleistungen, die Sie individuell buchen können.

Profitieren Sie jetzt von umfangreichen Leistungen zu Top-Konditionen.

 Spezialist für Sonstige Leistungserbringer
in der ARZ Haan AG

RZH.



Wir sind für Sie da.

Michael Rest ///
Vertriebsleiter

Telefon 0281/9885-111
www.rzh.de

Wissenschaft

Prof. Dr. Astrid Schämam | Prof. Dr. Markus Wirz | Dr. Irina Nast

■ Studiendesign

Das Modellvorhaben Physiotherapie wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie (=RCT, randomized controlled trial) durchgeführt: Patienten wurden bei Studienbeginn zufällig eingeteilt in die Kontrollgruppe (in der die Behandlung nach ärztlicher Verordnung erfolgte) oder in die Modellgruppe (in der die Physiotherapeuten im Rahmen des Heilmittelkatalogs das Heilmittel frei wählen sowie die Dauer und Frequenz dessen Anwendung selbständig bestimmen konnten). Nach erfolgter Behandlung wurden die Ergebnisse der Patienten in der Kontroll- und in der Modellgruppe verglichen.

■ Auswahl der Praxen

In den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin und Westfalen-Lippe konnten 40 Praxen ihre bei der BIG direkt gesund versicherten Patienten ins Modellvorhaben einschließen. Für die Teilnahme am Modellvorhaben erfüllten die Praxen folgende Kriterien: Sie verfügten über eine Personalstärke von mindestens vier Beschäftigten je Praxis, diese hatten eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und absolvierten regelmäßige Fortbildungen, wie z. B. spezielle Weiterbildungsnachweise (Manuelle Therapie, KG-Gerät, Lymphdrainage). Alle Praxen nahmen an einem Schulungsprogramm teil in dem sie zum Ablauf des Modellvorhabens Physiotherapie sowie zum Umgang mit dem Studienmaterial informiert und eingewiesen wurden. Die Praxis musste sicherstellen, dass die Untersuchung und Behandlung der Teilnehmenden durch zwei verschiedene Personen erfolgte.

■ Auswahl der Patienten

Abbildung 1 zeigt die Einschlusskriterien, welche die Patienten erfüllen mussten. Die Praxen meldeten Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllt und ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie erteilt hatten, bei der ZHAW zur Studie an. Über ein automatisches Beantwortungsverfahren erhielten die Praxen umgehend eine Nachricht mit der auf Zufall basierenden Zuordnung des Patienten zur Modell- bzw. Kontrollgruppe.

Einschlusskriterien für die Patienten

- ▶ Alter: ≥ 18 Jahre
- ▶ Vorliegen einer ärztlichen Verordnung
- ▶ Vorliegen einer Diagnose der Indikationsgruppen WS-1, WS-2 ODER
- ▶ Vorliegen einer Diagnose der Indikationsgruppen EX-1, EX-2, EX-3 (nur untere Extremität)

Abb. 1: Einschlusskriterien für die Patienten.

■ Datensammlung

Für die Evaluation des Modellvorhabens wurden vor Behandlungsbeginn und nach Behandlungsende Patientendaten durch einen Studientherapeuten erhoben. Studientherapeut und behandelnder Therapeut durften nicht dieselbe Person sein. In der Modellgruppe erhielt der behandelnde Therapeut keinen Zugang zu den ärztlichen Angaben bzgl. Heilmittel, Anzahl und Frequenz der Behandlung auf der Heilmittelverordnung: Die Angaben wurden vom Studientherapeuten verblindet.

■ Soziodemografische Angaben zum Patienten

Bei Behandlungsbeginn wurden das Alter, das Geschlecht und der Erwerbstätigkeitsstatus der Patienten erfasst.

■ Gesundheitsbezogene Patientendaten

Um den Behandlungserfolg zu erfassen, wurde bei Behandlungsbeginn und bei Behandlungsende der Gesundheitszustand der Patienten hinsichtlich Schmerz, Lebensqualität und Funktion erhoben.

1. Schmerzen: Um die Schmerzintensität zu erfassen, schätzten die Patienten ihre empfundene Schmerzintensität auf einer 100 mm langen Linie (= VAS, visuelle Analogskala) ein [1, 2]. Der Anfang der Linie (0) entspricht keinem Schmerz und das Ende der Linie (100) dem stärksten vorstellbaren Schmerz.

2. Lebensqualität: Die Lebensqualität wurde mittels des Fragebogens EuroQol (EQ-5D) erhoben. Er wurde Ende der 1980er Jahre von der interdisziplinären EuroQol-Group entwickelt als Instrument zur Erfassung der Lebensqualität [3]. Seit 1995 ist er auch in der deutschen Sprache anwendbar (EQ-5D-D) [4]. Der EQ-5D-D besteht aus zwei Teilen:

liche Methodik




Probleme:	1 keine	2 mäßige	3 extreme
Gesundheitsbezogene Lebensqualität			
1 Beweglichkeit/Mobilität			
2 Für-sich-selbst-sorgen			
3 Allgemeine Tätigkeiten			
4 Schmerzen/körperliche Beschwerden			
5 Angst/Niedergeschlagenheit			

Abb. 2: Prinzip der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Im ersten Teil wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den fünf Dimensionen (1) Beweglichkeit/Mobilität, (2) Für-sich-selbst-sorgen, (3) Allgemeine Tätigkeiten (bspw. Arbeit, Hausarbeit, Familien- und Freizeitaktivitäten), (4) Schmerzen/körperliche Beschwerden und (5) Angst/Niedergeschlagenheit erfasst. Dazu beurteilt der Patient für jede der fünf Dimensionen auf einer dreistufigen Skala, ob er 1) keinen, 2) mäßigen oder 3) extremen Problemen begegnet. Aus den Werten der fünf Dimensionen lässt sich die Summe berechnen (mit Werten zwischen 5 und 15) sowie ein Index für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (mit Werten zwischen 0 (geringste gesundheitsbezogene Lebensqualität) und 1 (höchste gesundheitsbezogene Lebensqualität)).

Im zweiten Teil des EQ-5D-D bewerteten die Patienten ihren aktuellen Gesundheitszustand auf einer visuellen Analogskala (VAS) zwischen 0 und 100 (wobei 100 der beste denkbare Gesundheitszustand bedeutete).

3. Funktion: Um funktionale Einschränkungen der Patienten zu erfassen, wurden je nach Indikation (Wirbelsäule oder untere Extremität) unterschiedliche Tests bzw. Fragebogen verwendet:

Für Patienten mit einer Indikation im Wirbelsäulenbereich (WS1 oder WS2) wurde die Funktion erfasst mittels eines Tests und eines Fragebogens: mit dem Test Back Performance Scale (BPS) wird die Beweglichkeit der Wirbelsäule eingeschätzt. Der Test besteht aus fünf Aufgaben, die sich aus Aktivitäten aus dem täglichen Leben zusammensetzen [5]: (1) Socken-Test, (2) Aufhebe-Test, (3) Finger-Boden-Test, (4) Hebe-Test und (5) Langsitz-Test. Die Werte der einzelnen

Tests reichen von 0 (keine Beeinträchtigung der Aktivität) bis 3 Punkten (große Beeinträchtigung der Aktivität).

Der Fragebogen Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ) ist eines der am häufigsten verwendeten Instrumente zur Erfassung von spezifischem, dysfunktionalem Verhalten aufgrund von Rückenbeschwerden [6]. Er enthält 24 Aussagen (z. B. «Aufgrund meiner Rückenschmerzen brauche ich zum Ankleiden länger als üblich» oder «Aufgrund meiner Rückenschmerzen achte ich darauf, mich so wenig wie möglich zu bücken oder niederzuknien»). Die Aussagen werden angekreuzt, wenn sie zum Zeitpunkt des Ausfüllens zutreffen. Damit ergibt sich eine mögliche Gesamtpunktzahl von 0-24.

Bei Patienten mit einer Indikation im Bereich der unteren Extremitäten wurde die Lower Extremity Functional Scale (LEFS) eingesetzt [7]: Sie erfragt bei 20 Aktivitäten (z. B. Ein-/Aussteigen ins Auto, Schuhe anziehen, knien) den funktionellen Status. Antwortende beurteilen auf einer Skala von 0-4, ob die Ausführung einer Tätigkeit für sie überhaupt nicht bzw. nur mit extremer Einschränkung (0), mit erheblicher Einschränkung (1), mit moderater Einschränkung (2), mit wenig Einschränkung (3) oder ganz ohne Einschränkung (4) möglich ist. Daraus ergibt sich ein Wert zwischen 0 (tiefes funktionelles Niveau) und 80 (hohes funktionelles Niveau).

■ Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patienten wurde am Ende der Behandlung mittels des Fragebogens ZUF-8 erhoben [8]. Der Fragebogen erfasst die Zufriedenheit mit der Dienstleistungsqualität und dem Behandlungsergebnis. Er enthält acht Fragen (z. B. «Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?» oder «Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Praxis empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?»). Die Patienten wählten aus vier Antworten unterschiedlicher Ausprägung die für sie zutreffende aus (z. B. «ziemlich unzufrieden», «leidlich oder leicht unzufrieden»,

«weitgehend zufrieden» oder «sehr zufrieden»). Den Ausprägungen dieser Antworten sind die Werte 1 (geringste Zufriedenheit) bis 4 (höchste Zufriedenheit) zugeordnet, so dass sich mindestens acht bis maximal 32 Punkte in der Zufriedenheit ergeben.

■ Informationen aus der Heilmittelverordnung (HMV)

Der HMV wurden folgende Informationen entnommen: Indikationsschlüssel (WS-1, WS-2, EX-1, EX-2, EX-3) mitsamt dazugehöriger Leit-symptomatik, Diagnose, verordnete Heilmittel sowie deren Anzahl und Frequenz, Behandlungsziele. Es wurde jede Verordnung erfasst, welche im Behandlungsverlauf ausgestellt worden ist (d. h., in der Kontrollgruppe wurden nach der Erst- auch alle Folgeverordnungen erfasst).

■ Angaben zur Heilmittelanwendung

Die behandelnden Physiotherapeuten dokumentierten die Art und Anzahl verwendeter Heilmittel pro Behandlungswoche.

■ Kosten

Es wurden drei Kategorien von Kosten (Physiotherapiekosten, Kosten für medizinische Leistungen, Kosten für Arzneimittel) erfasst für vier Zeiträume:

- Behandlungszeitraum
- drei Monate ab Behandlungsbeginn
- sechs Monate ab Behandlungsbeginn
- zwölf Monate ab Behandlungsbeginn

Die Physiotherapiekosten für den Behandlungszeitraum wurden errechnet aufgrund der Angaben der Physiotherapeuten über die verwendeten Heilmittel und den jeweils zugrundeliegenden Preislisten für Berlin und Westfalen-Lippe. Die Kosten für medizinische Leistungen und Arzneimittel sowie die Physiotherapiekosten in den Zeiträumen von drei, sechs und zwölf Monaten ab Behandlungsbeginn wurden berechnet aufgrund der von der BIG direkt gesund zur Verfügung gestellten Daten.

■ Arbeitsunfähigkeitstage

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage wurde ermittelt aufgrund der Daten der BIG direkt gesund für die oben beschriebenen Zeiträume.

■ Datenauswertung

Die Auswertung und Analyse der Daten erfolgte mittels der Statistik- und Analysesoftware SPSS 24. Mittels T-Tests wurden die Verteilungen zweier (unabhängiger) Stichproben auf Unterschiedlichkeit geprüft (z. B. der Unterschied zwischen Kontroll- und Modellgruppe in Schmerz und

Funktion bei Behandlungsbeginn). Mittels univariater Varianzanalysen wurde auf Zwischensubjekteffekte bzw. auf Unterschiede metrisch verteilter Variablen zwischen mehr als zwei Gruppen geprüft. χ^2 -Tests dienten der Prüfung des Zusammenhangs zwischen nominalskalierten Variablen (z. B. Zusammenhang zwischen der Behandlungsgruppe (Kontroll- oder Modellgruppe) und Behandlungsabschluss (erfolgt oder nicht-erfolgt)).

■ Ethik

Das zuständige Bundesversicherungsamt (BVA) genehmigte der BIG direkt gesund das Modellvorhaben inkl. dem zugrundeliegenden Forschungskonzept. Das Modellvorhaben wurde in die Satzung der BIG aufgenommen. Patienten wurden mündlich und schriftlich über Inhalt und Ziele des Modellvorhabens informiert und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme.



Prof. Dr.
Astrid Schämam



Prof. Dr.
Markus Wirz



Dr.
Irina Nast

Literaturverzeichnis:

- [1] Waddell, G. (1998). The back pain revolution. New York: Churchill Livingstone.
- [2] Wilkie, D., Lovejoy, N., Dodd, M., & Tesler, M. (1990). Cancer pain intensity measurement: concurrent validity of three tools—finger dynamometer, pain intensity number scale, visual analogue scale. *The Hospice journal*, 6(1), 1-13.
- [3] EuroQol-Group. (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- [4] Graf von der Schulenburg, J. M., Claes, C., Greiner, W., & Uber, A. (1995). The German version of the EuroQol quality of life questionnaire. In: Badia, X., Herdman, M., Segura, A. (Eds). *EuroQol Plenary Meeting, Barcelona 1995, October 3-6*.
- [5] Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., & Ljunggren, A. E. (2002). Back performance scale for the assessment of mobility-related activities in people with back pain. *Physical Therapy*, 82(12), 1213-1223.
- [6] Roland, M., & Morris, R. (1983). A Study of the Natural-History of Back Pain .1. Development of a Reliable and Sensitive Measure of Disability in Low-Back-Pain. *Spine*, 8(2), 141-144.
- [7] Binkley, J. M., Stratford, P. W., Lott, S. A., & Riddle, D. L. (1999). The lower extremity functional scale (LEFS): Scale development, measurement properties, and clinical application. *Physical Therapy*, 79(4), 371-383.
- [8] Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Satisfaction with Inpatient Care Development of a Questionnaire and 1st Validity Assessments. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 39(7), 248-255.

RÜCKLÄUFER BRAUCHT KEINER

Schützen Sie sich mit
dem AktivSchutz Premium
vor Zahlungsausfällen!

**AktivSchutz Premium jetzt zu
vergünstigten Konditionen sichern!**
optadata-gruppe.de/abrechnung-heimi

Besuchen Sie uns auf der
FIBO Köln!
12.-15.04.2018
Halle 7, Stand E28

Prof. Dr. Astrid Schämann
Prof. Dr. Markus Wirz
Dr. Irina Nast

Ergebnisse des

■ Patienteneinschlüsse und Datenrücklauf

Vom 01.06.2011 bis zum 30.09.2017 wurden 888 Patienten in das Modellvorhaben eingeschlossen. Die Teilnahme am Modellvorhaben haben 259 Patienten nicht abgeschlossen. Die Abbruchrate (drop-out) lag bei 29 %. 630 Patienten schlossen das Modellvorhaben ab. Davon befanden sich 296 Patienten in der Kontroll- und 334 in der Modellgruppe (vgl. Tab. 1).

	Gesamt (n=630)	Kontrollgruppe (n=296)	Modellgruppe (n=334)	Teststatistik KG-MG
Alter (MW ± SD)	48.8 ± 11.9	49.2 ± 11.6	48.4 ± 12.3	T = .794 p= n.s.
Geschlecht (n (%))				X ² = 2.621 p= n.s.
männlich	221 (35 %)	114 (39 %)	107 (32 %)	
weiblich	406 (64 %)	182 (62 %)	224 (67 %)	
keine Angabe	3 (1 %)	0	3 (1 %)	
Erwerbstätigkeit (n (%))				X ² = 1.711 p= n.s.
erwerbstätig	462 (73 %)	220 (75 %)	242 (72 %)	
ohne Arbeit	31 (5 %)	16 (6 %)	15 (4 %)	
Hausfrau/Hausmann	13 (2 %)	6 (2 %)	7 (2 %)	
Rentner/-in	96 (15 %)	43 (15 %)	53 (16 %)	
Schüler/-in	10 (2 %)	3 (1 %)	7 (2 %)	
Student/-in	9 (1 %)	4 (1 %)	5 (1 %)	
Keine Angabe	9 (1 %)	4 (1 %)	5 (1 %)	

Legende: MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Stichprobengrösse; KG = Kontrollgruppe; MG = Modellgruppe; n.s. = Unterschied/Zusammenhang nicht signifikant

Tabelle 1: Soziodemografische Angaben der Stichprobe.

■ Stichprobe

Die Teilnehmer der Modell- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht in Bezug auf Alter, Geschlecht und Erwerbsstatus. Die Teilnehmer der gesamten Stichprobe waren im Durchschnitt 49 Jahre alt, überwiegend weiblich (64 %) und mehrheitlich berufstätig (73 %) (vgl. Tab. 1). Des Weiteren bestanden keine Unterschiede hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung sowie Auswahl und Menge der verordneten Heilmittel.

■ Gesundheitszustand der Stichprobe bei Behandlungsbeginn

Zu Beginn der Studie gaben die Patienten der Stichprobe im Durchschnitt moderate Schmerzen (vgl. Abb. 1) und moderate Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Abb. 2) sowie mäßig reduzierte Funktionsfähigkeiten an. Erkrankungen an der Wirbelsäule waren in beiden Gruppen mit 85 % am häufigsten. Bei 94 % der Fälle wurden Leistungen der „Allgemeinen Krankengymnastik“ und der „Manuellen Therapie“ verordnet. In ebenfalls 94 % aller Fälle wurden sechs Einheiten verschrieben. 57 % der Patienten wurde eine Frequenz von zwei wöchentlichen Behandlungen verordnet. Dagegen erhielten 36 % der Patienten weniger als zwei Behandlungseinheiten wöchentlich verordnet. In 5 % der Fälle wurden mehr als zwei Behandlungseinheiten wöchentlich verordnet.

Modellvorhabens

Veränderungen des Gesundheitszustands im Behandlungsverlauf

Im Vorher-Nachher-Vergleich der Behandlung zeigte die gesamte Stichprobe sowohl gruppen- als auch indikationsunabhängig erhebliche Verbesserungen bei der Schmerzentwicklung, in der Lebensqualität und ihren Funktionsfähigkeiten (vgl. Abb. 1, 2). Die Teilnehmer beider Gruppen waren sehr zufrieden mit der Behandlung und erhielten im Mittel 15 Behandlungseinheiten.

In Bezug auf die Art und Menge der angewandten Heilmittel sowie zur Höhe des damit versorgten Patientenanteils lagen deutliche Unterschiede vor. In der Modellgruppe wurde weniger „Allgemeine Krankengymnastik“, dafür mehr „Manuelle Therapie“ verwendet. Diese wurde mit weiteren Heilmitteln ergänzt, so dass ein Mix aus aktiven und passiven Therapiemethoden vorlag. Eine solche Kombination erhielten mehr Teilnehmer in der Modellgruppe. Dabei wurden insgesamt weniger Heilmittleinheiten abgegeben.

Die Behandlungsdauer betrug für die gesamte Stichprobe im Mittel ca. 11 Wochen. In der Modellgruppe war die Behandlungsdauer der Patienten im Mittel um 2 Wochen kürzer als in der Kontrollgruppe.

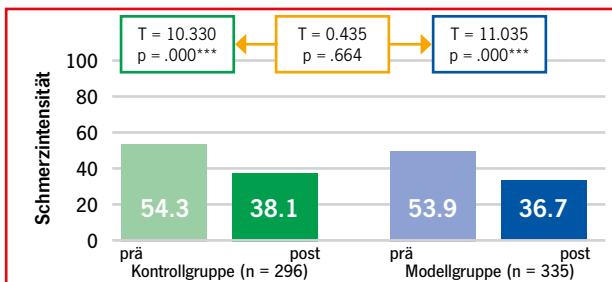


Abb. 1: Schmerzintensität in den beiden Behandlungsgruppen vor (prä) und nach (post) der Behandlung.

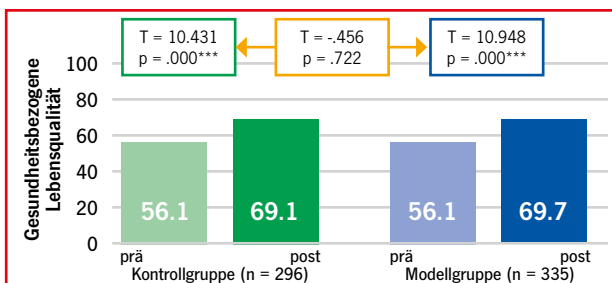


Abb. 2: Gesundheitsbezogene Lebensqualität in den beiden Behandlungsgruppen vor (prä) und nach (post) der Behandlung.

Kosten

Die Behandlungskosten für physiotherapeutische Heilmittel im Behandlungszeitraum betragen für die Gesamtstichprobe im Mittel rund 215 EUR je Fall. Auch bei den Vergleichen der Kosten für physiotherapeutische Heilmittel im Behandlungszeitraum zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Vergleich zwischen Kontroll- und Modellgruppe (vgl. Tab. 2).

In der Modellgruppe fielen weniger Kosten für ärztliche Leistungen im Behandlungszeitraum an. Während der Zeiträume von 3, 6 und 12 Monaten nach Behandlungsbeginn hingegen waren die Kosten für ärztliche Leistungen in den beiden Behandlungsgruppen vergleichbar.

Ebenso waren die Kosten für Arzneimittel in beiden Gruppen in allen Behandlungszeiträumen vergleichbar. Bei Betrachtung der Arbeitsfähigkeits-Tage (AU) unterschieden sich die Gruppen über den Behandlungszeitraum nicht.

In der Gesamtkostenbetrachtung zeigt sich im Behandlungszeitraum kein signifikanter Unterschied. 3 Monate und 12 Monate nach Behandlungsbeginn lagen die Gesamtkosten im Mittel in der Modellgruppe etwas höher als in der Kontrollgruppe. Dem gegenüber unterschieden sich die Kosten 6 Monate nach Behandlungsbeginn nicht signifikant.

Mit den Kostenanalysen für Heilmittel, Arzneimittel und ärztlichen Behandlungskosten im 12-Monats-Verlauf sollten Patienten, die sich für den Direktzugang eignen könnten, aus der Gesamtstichprobe selektiert werden.

Kosten Physiotherapie (EUR)	Kontrollgruppe (n=279)	Modellgruppe (n=300)	Teststatistik
Behandlungszeitraum (MW ± SD)	209.64 ± 197.71	221.03 ± 137.71	T = -.846 p = .398
3-Monate (MW ± SD)	197.63 ± 123.50	234.35 ± 158.95	T = -3.115 p = .002**
6-Monate (MW ± SD)	246.53 ± 190.42	268.16 ± 190.80	T = -1.364 p = .173
12-Monate (MW ± SD)	305.01 ± 256.51	348.29 ± 275.97	T = -1.951 p = .052

Tabelle 2: Mittlere Kosten für Physiotherapie in den beiden Behandlungsgruppen nach Beobachtungszeitraum.

„In der Gesamtkostenbetrachtung zeigt sich im Behandlungszeitraum kein signifikanter Unterschied.“

Zunächst wurde untersucht, welche Zusammenhänge mit höheren anfallenden Behandlungskosten für Physiotherapie bestehen.

Personen mit höheren Behandlungskosten für physiotherapeutische Heilmittel sind weniger häufig erwerbstätig und berichten über eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Behandlungskosten und der Höhe der Einschränkungen der Funktionen. Höhere Kosten für ärztliche Leistungen hängen mit Lebensalter, Erwerbsstatus sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität zusammen.

■ Schlussfolgerung

Die Ergebnisse des Modellvorhabens zeigen:

1. Es gibt durch den erweiterten Freiraum in der Physiotherapie keine Kostenausweitung im Behandlungszeitraum.
2. Die Behandlungsqualität beider Gruppen ist vergleichbar.
3. Physiotherapeuten kombinieren mehr aktive und passive Heilmittel miteinander, wenn sie die Möglichkeit dazu haben.
4. In der Modellgruppe ist die Behandlung der Patienten schneller abgeschlossen – sie dauert zumeist nicht länger als drei Monate.
5. Insgesamt ist die Behandlungszufriedenheit sehr hoch.
6. Über die gesamte Stichprobe zeigte sich, dass statistisch höchst signifikante und klinisch relevante Verbesserungen zu allen Patienten-Outcomes vorliegen.

Physiotherapeuten verwendeten in der Modellgruppe gegenüber der Kontrollgruppe eine Auswahl von aktiven und passiven Heilmitteln, die im Behandlungszeitraum nicht zur Ausweitung der Behandlungseinheiten und Kosten führte.

Aufgrund der Einschränkungen im Delegationsmodell konnten hingegen international berichtete Ergebnisse über die Verringerung von Wartezeiten, volkswirtschaftlichen Nutzen durch die Verringerung von AU-Zeiten und Einsparungen bei ärztlichen Leistungen nicht direkt nachgewiesen werden.

Die Zufriedenheit mit der Behandlung war in beiden Gruppen hoch, wenngleich auch hier die Option des DA fehlte. Der Zusammenhang von Zufriedenheit und Zugangsweg zur Therapie konnte somit nicht überprüft werden.

Von den 630 Fällen schlossen 52 % die physiotherapeutische Behandlung innerhalb der ersten drei Monate ab und wurden aufgrund des kurzen Behandlungszeitraums als für den Direktzugang geeignete Gruppe definiert. Diese wurden mit der Gruppe der Fälle verglichen, die länger als drei Monate behandelt werden mussten. Bei Behandlungsbeginn berichtet die erstgenannte Gruppe über weniger Einschränkungen in ihrer allgemeinen Lebensqualität sowie über ein besseres persönliches Gesundheitsempfinden. Für diese theoretisch angenommene Gruppe fallen nach 3, 6 und 12 Monaten weniger Kosten für ärztliche Leistungen an.



Prof. Dr.
Astrid Schämänn



Prof. Dr.
Markus Wirz



Dr.
Irina Nast



EINFACH. SICHER.



Gesamtlösung für
Therapeuten im Verband

PhysioMINT 

- › Sichere Rezeptabrechnung
- › Perfekte Abläufe – intelligente Praxissoftware
- › Einfach Befunde erstellen
- › Top-Service

Eine Brancheninitiative von:



www.Physio-MINT.de (089) 9 21 08-2 00





Systemische Sichtweise der BIG:

Die Bede Modellvo Sicht der

Peter Kaetsch

Vorstand BIG direkt gesund

Der Direktzugang ist international etabliert. Physiotherapie gilt als sicher für den Patienten und ist als „low risk treatment“ anerkannt. Auch die BIG als Direktkrankenkasse, denkt Versorgung direkt und aus der Perspektive ihrer Kunden.

Das macht uns besonders und war unser Antrieb, als wir uns im Jahr 2010 mit dem Thema Direktzugang auseinandersetzen. Seitdem glauben wir an die Idee, dass der Direktzugang zur Physiotherapie auch in Deutschland möglich sein muss. Und mehr noch: der Direktzugang zur Physiotherapie ist ein entscheidender Meilenstein zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Berufsrollen für alle nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Gesundheitswesens.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits im Jahr 2007 dazu aufgerufen, Entlastungsstrukturen für Ärzte zu schaffen und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe aufzuwerten und ihnen mehr Verantwortung zu übertragen. Jedoch fehlen überall Fachkräfte! So auch bei den Therapeuten und Pflegekräften. Die Steigerung der Attraktivität therapeutischer und pflegerischer Berufe erreichen wir nicht ausschließlich über monetäre Zuwendungen, sondern zwingend über die Neuausrichtung der Berufsrollen. Ich spreche hier von mehr Verantwortung

utung des rhabens aus Krankenkasse

für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen und einem kooperativen Miteinander aller Berufsgruppen und nicht von einem hierarchisch geprägten Über-, Unter- oder Nacheinander in der mehr als 100jährigen bismarckschen Historie des Arztvorbehaltes. Denn wir sind besorgt darüber, dass Deutschland mit seinem tradierten Rollenverständnis abgehängt wird, dass unsere Ausbildungen international nicht den Stellenwert besitzen, den sie verdienen.

Auch viele weitere Krankenkassen haben ein großes Interesse daran, dass die Wirtschaft für die Vorteile des Direktzugangs zur Physiotherapie sensibilisiert wird. Ich bin überzeugt davon, dass die Volkswirtschaft in Deutschland einen messbaren Nutzen erzielen wird, wenn es auch Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich wird, schnell, direkt und ohne Umweg in eine Physiotherapiepraxis zu gehen und dort untersucht und behandelt zu werden. Mal abgesehen von der Erhöhung der Patientenzufriedenheit sowie den systemseitig eingesparten Kosten für nicht durchgeführte bildgebende Verfahren, nicht verschriebene Arzneimittel und nicht entstandene Arztkosten.

Aus Sicht der BIG direkt gesund kann es nur eine gute Idee sein, den Wettbewerb zu fördern und unseren Versicherten weitere Wahlmöglichkeiten im Zugang zu Leistungen zu ermöglichen. Der Direktzugang trägt zur Ermüdung aller gesetzlich Versicherten bei. Denn nur wer eine Wahl hat, kann sich auch entscheiden!

Von der Politik wünschen wir uns nunmehr, den mehr als überfälligen Wandel einzuleiten und aus dem Delegationsmodell endlich ein Substitutionsmodell zu entwickeln, indem der Arztvorbehalt in Modellvorhaben zur Physiotherapie aufgehoben wird.

Abschließend möchte ich mich bei allen an diesem Projekt Beteiligten ganz herzlich für ihren unermüdlichen Einsatz bedanken. Mein besonderer Dank gilt unseren Versicherten für das entgegengebrachte Vertrauen in das Projekt sowie den vor Ort tätigen Physiotherapeuten in den 40 Modellpraxen für die geleistete Arbeit als auch den vielen Mitarbeitern der BIG und des IFK die für dieses Projekt gebrannt und unermüdlich daran gearbeitet haben.

social network

Intelligent
verbindenSeid dabei
und folgt uns...Bundesverband selbstständiger
Physiotherapeuten – IFK e. V.

www.ifk.de

anzeige

physiotherapie

Fachmagazin des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

**Herausgeber/Verlag
und Redaktion:**Bundesverband selbstständiger
Physiotherapeuten – IFK e. V.
Gesundheitscampus-Süd 33 | 44801 Bochum
Telefon: 02 34 977 45-0 | Telefax: 02 34 977 45-45
E-Mail: ifk@ifk.de | Internet: www.ifk.de**Chefredaktion:****Ute Repschläger**
Dr. Björn Pfadenhauer**Verbandsredaktion:****Rick de Vries | Burkhard Sprenger**
Ulrike-Christin Borgmann | Dr. Michael Heinen | Nursel Aybey | Tim
Buse | Michael Heine
alle erreichbar in der IFK-Geschäftsstelle**Wissenschaftlicher Beirat:****Prof. Dr. N. Annunciato**, Institut für Neurowissenschaften, Abt.
Entwicklungsstörungen, Universität Mackenzie, Sao Paulo, Brasilien | **Prof.**
Dr. D. H. W. Grönmeyer, Institut für Radiologie und Mikrotherapie,
Universität Witten/Herdecke | **Prof. Dr. C. Grüneberg**, Fachhochschule
für Gesundheit, Bochum | **Prof. Dr. C. Gutenbrunner**, Klinik für
Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover | **Prof.**
Dr. C. Zalpour, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, FH Osna-
brück | **Dr. T. Ewert**, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit, Erlangen**Anzeigenleitung:****Irmhild Ribbe**
Telefon: 02 34 977 45-333 | Telefax: 02 34 977 45-535 | E-Mail: ribbe@
ifk.de**Anzeigenschluss:**Ausgabe SOA 2018: 19. März 2018 | Zurzeit gilt die Preisliste in den
Mediadaten 01-2018.**Redaktionsschluss:**

19. März 2018

Layout:

Erich Füllgrabe | Herne | null@gmdf.de

Produktion:

Print Office | Postfach 10 14 06 | 44606 Herne

Erscheinungsweise:

6 x jährlich

Bezugspreis:jährlich EUR 33,00 einschl. Postgebühren + MwSt., für Mitglieder des IFK im
monatlichen Mitgliederbeitrag enthalten.**Zahlungsbedingungen:**Innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang ohne Abzug. Bei Ertei-
lung einer Einzugsermächtigung 2 % Skonto.**Erfüllungsort und Gerichtsstand:**

Bochum

Auflage:

11.000 Exemplare

Nachdruck:Fotomechanische Wiedergabe, sonstige Vervielfältigungen sowie
Übersetzung des Text-, Bild- und Anzeigenteils, auch auszugsweise, nur mit
ausdrücklicher Genehmigung des Verbands. Für unverlangt eingesandte
Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Persönlich
gekennzeichnete Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung des IFK wie-
der.

ISSN 0934-9421

Fotonachweis:IFK-Archiv | Autoren | ©JISign - stock.adobe.com



Dank an die teilnehmende Praxen

Liebe Unterstützer des Modellvorhabens,

als wir im Jahr 2010 mit den Planungen für das Modellvorhaben starteten, waren wir voller Zuversicht und optimistisch, mit diesem Modellvorhaben die Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland voranbringen zu können. Was ist daraus geworden? Es war ein langer Weg, doch Erfolg ist kein Zufall, sondern basiert auf Einsatz und Leidenschaft. Gerade dieses Engagement zeigten die an der Umsetzung des Modellvorhabens beteiligten Praxen immer wieder neu.



IFK-Vorstand (v.re.n.li.): Ute Repschläger, Rick de Vries, Mark Rietz.

Sie leisteten Pionierarbeit und übernahmen eine Schlüsselrolle, denn ohne sie wäre es schlicht nicht möglich gewesen, ein solches Vorhaben über die Dauer von sechs Jahren umzusetzen. Dieser Einsatz hat sich bezahlt gemacht: Unsere Ergebnisse sprechen für sich und beweisen, dass Physiotherapeuten bestens aufgestellt sind, um mehr Verantwortung zu übernehmen.

Nun ist es an der Zeit, den nächsten Schritt zu gehen und weitere Modellvorhaben zur Erprobung des Direktzugangs auf den Weg zu bringen. Hier ist nun die Politik gefordert, entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Und all das wäre ohne den Enthusiasmus unserer Modellpraxen unmöglich gewesen.

Hierfür nochmals ein herzliches Dankeschön!

Der IFK-Vorstand

Ute Repschläger

Rick de Vries

Mark Rietz

Quando vadis – Direktzugang zur Physio

Dr. Andrea Mischker

„Das können Physiotherapeuten heute doch gar nicht!“; „Die Behandlungseinheiten werden aus-
geweitet!“; „Das wird viel zu teuer!“; „Physiotherapeuten haben doch gar nicht das richtige
Qualifikationsniveau!“; „Es ist zu früh für den Direktzugang!“ So oder so ähnlich wurden in den
vergangenen sechs Jahren Ängste und Vorbehalte von den Akteuren des Gesundheitswesens for-
muliert. Mit den Resultaten unseres Modellvorhabens ist es uns – und ich hoffe nachhaltig –
gelingen, diese Ängste und Vorbehalte durch Fakten Sachargumente entgegen zu stellen. Unsere
Ergebnisse zeigen, dass Vertrauen in die Profession Physiotherapie für alle weiteren
Entscheidungen handlungsleitend sein sollte.

Auch das Thema Haftung und Therapiesicherheit sollte von jetzt an nicht mehr rein gefühlsmäßig, sondern faktengeleitet diskutiert werden. Hierzu wäre ein Weg, auch für Deutschland die international geltende Anerkennung der Physiotherapie als „low risk treatment“ zu evaluieren. Begonnen werden könnte mit der Veröffentlichung aller zahlenmäßig erfassten und kategorisierten Behandlungsfehler durch Physiotherapeuten in Deutschland. Im Rahmen der Delegation verursacht, müsste jeder betroffene Vertragsarzt darüber in Kenntnis gesetzt worden sein. Es gäbe noch die Evaluation über die Zahl der eingetretenen Haftpflichtfälle seit der Erlaubnis zur Behandlung von Selbstzahlern nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes aus dem Jahr 2009.

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD des Jahres 2005 findet sich die Vereinbarung, dass geprüft werde, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepte einbezogen werden können (KoaV. 2005; S.105). Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD des Jahres 2013 war vereinbart, dass Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung aufgelegt und evaluiert werden sollen. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt. (KoaV. 2013; S.54). Im aktuellen Koalitionsvertrag 2018 von CDU/CSU und SPD steht in den Zeilen 4699-4700: „Die Ergebnisse der Modellprojekte der Heilberufe werden wir berücksichtigen“.

Koalitionsvertrag 2018, Zeilen 4699-4700:

„Die Ergebnisse der
Modellprojekte der
Heilberufe werden
wir
berücksichtigen“.

Nun, die Lösung zur Berücksichtigung unserer Ergebnisse lautet: Die Aufhebung des Arztvorbehalt gemäß § 15 Abs. 1 SGB V für Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V sowie § 64d SGB V. Mehr braucht es nicht!

Diese Lösung schafft den notwendigen kreativen Raum, um den Weg zum Direktzugang zur Physiotherapie für Deutschland weiter auszu-
loten. Dabei sollen sich alle Beteiligten von der Absicht leiten lassen, die
Versorgung so weiterzuentwickeln, dass der Direktzugang zu Physio-
therapie in die Landschaft der deutschen Gesundheitsversorgung passt.

Mit der Erlaubnis der Substitution in Modellvorhaben wäre die
Möglichkeit gegeben, sich den Fragen nach
dem Qualifikationsniveau sowie dem Kom-
petenzumfang für Physiotherapeuten zu
stellen. Eines ist dabei besonders zu berück-
sichtigen: Physiotherapeuten, die heute die
Versorgung der Versicherten sowohl in der
privaten als auch der gesetzlichen Kranken-
versicherungen sicherstellen, müssen auch
künftig die Chance haben, am Direktzugang
teilzunehmen, wenn sie es denn möchten.

Was sollen Physiotherapeuten im Rahmen
der vertikalen Substitution also dürfen? Die Forderung einer
Vollakademisierung vor Einführung des Direktzuges ist abzulehnen.
Generationen an qualifiziertem Personal den Zugang zu verwehren,
wäre ein fataler Fehler; dieser wurde bereits in der Pflege begangen,
denn dort blicken wir auf acht Jahre des totalen Stillstands aller

therapie in Deutschland



Substitutionsbestrebungen seit Einführung des § 63 Abs. 3c SGB V zurück.

Mit Erlaubnis der Substitution könnten Modelle erprobt werden, die zum einen den Substitutionsbereich z. B. von muskuloskelettalen Erkrankungen ausloten und zum anderen Krankenkassen und Verbänden der Physiotherapeuten die Gelegenheit geben, gemeinsam Vertragsmodelle und Controllingssysteme zu entwickeln.

Ebenso böte sich im Sinne der Förderung der Therapiewissenschaft die Chance, Anwendungsmethoden von physiotherapeutischen Maßnahmen auf Evidenz für anvisierte Substitutionsbereiche zu überprüfen.

Für die weitere Wegbeschreibung ist es notwendig, dass Therapiewissenschaften und Berufsverbände sich nun mit der Beschreibung von Qualifikationsniveaus und Kompetenzumfang für die Einführung des Direktzuges auseinanderzusetzen.

Wichtig wäre in Substitutionsmodellen auch die Parameter zu erfassen, die mit Delegationsmodellen unbeweisbar bleiben; dies wären Nachweise für den Patientennutzen durch die Vorteile des direkten Zugangs, den volkswirtschaft-

liche Nutzen durch die Einsparung von AU-Zeiten, der Nachweis von Einsparungen für Arzneimittel, Arztkosten und bildgebende Verfahren.

In der Überzeugung, dass unter kontrollierten Bedingungen der Substitution in Modellvorhaben die nötigen Voraussetzungen für den Weg zum Direktzugang zur Physiotherapie in Deutschland geschaffen werden können, appellieren wir an die Bundesregierung, die nötigen Voraussetzungen dafür zu schaffen.



Dr. Andrea Mischker

Ich bitte hiermit um Aufnahme in den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

ab:

als: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. **Ordentliches Mitglied** (1 | 2)
freiberuflich tätiger Physiotherapeut
(Monatsbeitrag 31,00 Euro)
2. **Außerordentliches Mitglied** (2 | 3)
juristische Person mit Kassenzulassung zur Abgabe physiotherapeutischer/krankengymnastischer Leistungen (Monatsbeitrag 31,00 Euro)
3. **Fördermitglied I** (1)
angestellt tätiger Physiotherapeut (Monatsbeitrag 8,00 Euro), ermäßigte Kursteilnahme wird nur Fördermitgliedern gewährt, die in der Praxis eines ordentlichen/außerordentlichen Mitglieds tätig sind
4. **Fördermitglied II** (4)
Schüler/Studenten in der Ausbildung an staatlich anerkannten Physiotherapieschulen bzw. an grundständigen oder dualen Studiengängen (beitragsfrei)
5. **Fördermitglied III** (5)
der Physiotherapie nahestehende Person (Monatsbeitrag 3,00 Euro)

Der Bezug des Fachmagazins „physiotherapie“ ist in den Mitgliedsbeiträgen enthalten.

abonnement

Hiermit bestelle ich das Fachmagazin „physiotherapie“ (6 Ausgaben/Jahr) zum jährlichen Bezugspreis von 33,00 Euro inkl. Versand und MwSt. ab der nächsten Ausgabe für ein Jahr. Sollte ich das Abonnement nicht 3 Monate vor Ablauf dieser Frist kündigen, verlängert es sich jeweils um ein weiteres Jahr.

Name | Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Ort | Datum

Unterschrift

Bitte deutlich lesbar ausfüllen!

Name | Vorname

Geburtsdatum

PLZ | Ort

Straße | Hausnummer

Telefon (tagsüber)

Telefax

E-Mail

Internet

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten – zum Zwecke der Mitgliederverwaltung – gespeichert und verarbeitet werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort | Datum

Unterschrift

IK-Nummer:

(geplantes) Zulassungsdatum:

- Bitte staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/in beifügen.
- Bitte Zulassungsbescheid oder Nachweis über die freiberufliche Tätigkeit beifügen.
- Bitte staatliche Anerkennung des fachlichen Leiters beifügen.
- Bitte Schul-/Studienbescheinigung beifügen.
- Bitte Bescheinigung über den Grund der (gegenwärtigen) Nicht-Tätigkeit beifügen.

Praxisstempel

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ0000327416

- Hiermit ermächtige ich den IFK, den **Mitgliedsbeitrag** ab dem halbjährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFK auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

- Hiermit ermächtige ich den IFK, den **Bezugspreis** des Fachmagazins „physiotherapie“ jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFK auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name | Vorname

PLZ | Ort

Straße | Hausnummer

BIC

IBAN

Ort | Datum

Unterschrift

Qualitätsmanagement: ... mit uns können Sie sich das leisten.

Es gibt zumindest drei gute Gründe für Praxisinhaber,
jetzt ein Qualitätsmanagementsystem in ihrer Praxis zu implementieren.

Erstens:

Das Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung (IQH) e. V. bietet Praxisinhabern ein Qualitätsmanagementsystem, das man sich leisten kann. Dies gilt sowohl für den zeitlichen Aufwand als auch für die Kosten.

Zweitens:

Heilmittelerbringer und ihre Patienten profitieren in der Praxis täglich von einem sinnvollen Qualitätsmanagementsystem. Ein professionelles Praxismanagement, Mitarbeiterentwicklung und patientenorientierte Behandlungsabläufe sind eine wichtige Basis, um für die Herausforderungen der Zukunft optimal gewappnet zu sein.

Drittens:

Qualitätsmanagement ist zukunftsorientiert und wird bei der Vorbereitung auf die weiteren Entwicklungen des deutschen Gesundheitswesens zunehmend wichtiger.

Dokumentieren Sie Qualität und unterscheiden Sie sich dadurch von anderen Praxen!
Nutzen Sie diesen Wettbewerbsvorteil!

Workshop Qualitätsmanagement I

20.04. – 21.04.2018 in Bochum oder
09.11. – 10.11.2018 in Bochum oder
30.11. – 01.12.2018 in Nürnberg

Workshop Qualitätsmanagement II

25.05.2018 in Berlin oder
22.06.2018 in Bochum oder
25.01.2019 in Bochum

Referent: Dr. Eckhard Becker

Kosten pro Workshop: 420,00 EUR (M) | 526,00 EUR (NM)

Unterrichtseinheiten: 18 (pro Workshop)

Fortbildungspunkte: 18 (pro Workshop)

Referent: Dr. Eckhard Becker

Kosten pro Workshop: 210,00 EUR (M) | 265,00 EUR (NM)

Unterrichtseinheiten: 9 (pro Workshop)

Fortbildungspunkte: 9 (pro Workshop)



Institut für Qualitätssicherung in der
Heilmittelversorgung e. V. (IQH)

Gesundheitscampus-Süd 33 Tel.: 0234 97745-36
44801 Bochum Fax.: 0234 97745-536

E-Mail: info@iqhv.de
www.iqhv.de

Arbeitszeitverwaltung mit THEORG



Arbeitszeiten schnell und
einfach erfassen

übersichtliche Monats-
abrechnung erstellen

Urlaubs- und
Fortbildungstage planen

Überstundenkonto
führen

Ganz gleich, worum es geht: Patienten- und Rezeptverwaltung, Terminplanung, Abrechnung, maschinelle Rezept erfassung, Preislistenservice oder Verwaltung von Heilpraktikerleistungen – THEORG bietet **vielseitige Funktionen für die professionelle Praxisorganisation**.

Durch den **modularen Aufbau** ist die Software für große Einrichtungen sowie für kleine Praxen geeignet. Daneben bietet THEORG auch **passende Hardware, regelmäßige Updates** und **freundlichen kompetenten Service** für Ihren erfolgreichen Alltag.

Besuchen Sie
uns auf der
FIBO in Köln!
Vom **12.04.**
bis **15.04.2018**
in **Halle 8, Stand E41.**

SOVDWAER GmbH
Franckstraße 5
71636 Ludwigsburg
Tel. 0 71 41 / 9 37 33-0
info@sovdwaer.de
www.sovdwaer.de

THEORG

Software für THErapieORGanisation

SGN 2.884.1

Weitere Informationen finden Sie unter www.theorg.de