

# Modellprojekt – er

Ute Repschläger | Bochum

Mit Spannung haben wir ihn erwartet, nun liegt er vor – der erste Zwischenbericht zum Modellvorhaben für mehr Autonomie in der Physiotherapie von BIG direkt gesund und IFK. Erfreulich: Der von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW) vorgelegte Zwischenbericht „Prozessevaluation und vorläufige Resultate“ belegt erste, positive Trends bei den in der Modellgruppe erzielten Behandlungsergebnissen. Mehr Freiraum in der Physiotherapie führte danach zu einer tendenziell größeren Schmerzreduktion, einer höheren Zunahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einer größeren Funktionssteigerung.

## ■ Direktzugang in der Physiotherapie

Der erste Teil des Zwischenberichts beschäftigt sich mit der Ausgangslage für Physiotherapeuten in Deutschland sowie internationalen Erfahrungen zur Autonomie in der Physiotherapie. Die rasant ansteigenden Kosten im Gesundheitswesen, die demografische Entwicklung hin zu einem höheren Anteil älterer Menschen und die damit einhergehende Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparats erfordern eine Optimierung der Prozesse im Gesundheitswesen. Der Direct Access (DA) – der direkte Zugang zu physiotherapeutischen Leistungen ohne ärztliche Überweisung und vorgegebene ärztliche Diagnose verbunden mit der Möglichkeit, diese über die öffentliche Gesundheitsversorgung abzurechnen – wird als eine Maßnahme zur Entlastung der bisherigen Grundversorger und als ein Potenzial zur Kostenreduktion diskutiert. Neben der im Gesundheitswesen angestrebten Effizienzsteigerung haben die Physiotherapeuten ein Interesse am Direktzugang, welches sich auf die Autonomie ihrer Profession bezieht. Der Weltverband für Physiotherapie (World Confederation of Physical Therapy, WCPT) definiert die berufliche Autonomie von Physiotherapeuten wie folgt: „Die Befähigung, Entscheidungen über das Management bzw. die Behandlung von Patienten auf der Grundlage der eigenen berufsspezifischen Kenntnisse und Erfahrungen zu treffen“ (World Confederation for Physical Therapy 2007).

Der IFK fordert dementsprechend seit Jahren mehr Autonomie für Physiotherapeuten. Die weltweite Entwicklung steuert schon länger auf den Direktzugang zur Physiotherapie zu. In Europa nehmen dabei die skandinavischen Länder Norwegen und Schweden sowie die Niederlande und Großbritannien eine Vorreiterrolle ein. Sie bieten ihren Bürgern z. T. seit über einem Jahrzehnt die Möglichkeit, den

**Der IFK fordert dementsprechend seit Jahren mehr Autonomie für Physiotherapeuten.**

Direktzugang zur Physiotherapie zu nutzen. Auf internationaler Ebene verfügt Australien als Vorreiter seit mehr als 30 Jahren über diese Möglichkeit, ebenso Kanada sowie die meisten Bundesstaaten der USA. Erfahrungen anderer Länder belegen beim DA unter anderem:

- eine rasche und adäquate Versorgung der Patienten (Leemrijse, Swinkels et al. 2008; Leinich 2008)
- eine hohe Kosteneffizienz (durch die Reduktion von Medikamentenverordnungen, Röntgendiagnostik und Spitalüberweisungen) (Holdsworth, Webster et al. 2008; Leinich 2008)
- eine hohe Patientenzufriedenheit (Holdsworth, Webster et al. 2008; Sørensen 2009)
- weniger Arbeitsausfälle (Holdsworth, Webster et al. 2008)
- dass einmal begonnene Behandlungen häufiger adäquat abgeschlossen werden (Holdsworth, Webster et al. 2008)

Vielen Ländern mit Direktzugang ist gemeinsam, dass sie in Modellprojekten erste Erfahrungen sammelten und diese vor der Einführung des landesweiten DA evaluierten. 2008 wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auch in Deutschland die Möglich-

keit eröffnet, neue Versorgungsmodelle zu erproben. Die BIG direkt gesund und der IFK starteten 2011 das deutschlandweit bislang einzige Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 b SGB V.

## ■ Auftraggeber und Kooperationspartner

Das Modellvorhaben wurde von Dr. Andrea Mischker (BIG direkt gesund), Prof. Katharina Scheel und Ute Repschläger (IFK) entwickelt. Prof. Astrid Schämamm, Prof. Jan Kool und Irina Nast von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) begleiten das Modellprojekt auf der wissenschaftlichen Ebene. Zum Auftrag der ZHAW gehört insbesondere die Registrierung der Probandeneinschlüsse, die Zuordnung der Probanden zur

# ste Trends positiv

Kontroll- bzw. Modellgruppe, die Einforderung und Kontrolle der Daten, deren Auswertung sowie die Verschriftung der Ergebnisse.

## ■ Ziele und Konzeption des Modellvorhabens

Im herkömmlichen Versorgungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung werden sowohl die Art des physiotherapeutischen Heilmittels als auch die Dauer und Frequenz der Anwendung durch den behandelnden Arzt festgelegt. Ziel des Modellvorhabens ist es daher festzustellen, welche Auswirkungen die Bestimmung der genannten Parameter durch den Physiotherapeuten sowohl auf die Versorgungsqualität der Patienten als auch auf die Kostenentwicklung in der Physiotherapie hat. „Frequenz“ wird dabei als Häufigkeit der physiotherapeutischen Behandlung in einer Woche definiert, „Dauer“ als Länge einer Behandlungsserie.

### Folgende Hypothesen werden geprüft:

Wählt der Physiotherapeut die Art des Heilmittels, die Dauer und die Frequenz der Heilmittelerbringung selbst,

- steigert dies die Effektivität der physiotherapeutischen Versorgung von Patienten,
- steigert dies die Patientenzufriedenheit,
- führt dies zur Kostenersparnis gegenüber herkömmlicher Heilmittelerbringung,
- führt dies zur Verkürzung der Arbeitsfähigkeitszeiten des Patienten gegenüber herkömmlicher Heilmittelerbringung – sofern eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Insgesamt werden Versicherte der BIG direkt gesund durch 40 Praxen in Berlin bzw. Westfalen-Lippe rekrutiert und von der ZHAW zufällig der Kontroll- oder Modellgruppe zugeordnet. In der

Kontrollgruppe werden die Patienten wie herkömmlich nach ärztlicher Verordnung behandelt. In der Modellgruppe kann der Physiotherapeut die Art des Heilmittels sowie die Dauer und Frequenz dessen Anwendung selber wählen. Allerdings bleibt er dabei an die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie gebunden – insbesondere bezogen auf die Zuordnung der Heilmittel zu den vom Arzt definierten Indikationsschlüsseln.

Als Outcomes dienen die Arbeitsfähigkeitszeiten sowie die Effektivität der Behandlung (operationalisiert in Schmerz, Funktion und Beweglichkeit), die Patientenzufriedenheit und die Behandlungskosten. Das Forschungsprojekt wurde durch die ZHAW beim Deutschen Register Klinischer Studien als randomized controlled trial registriert.

## ■ Auszug aus der Datenerhebung

Seit Beginn der Datenerhebung im Juni 2011 wurden bis zum 5. September 2012 bereits 139 Versicherte in die Studie eingeschlossen. Von den in der Kontrollgruppe behandelten Patienten sind bislang 66 Anfangsbefunde und von der Modellgruppe 73 Anfangsbefunde eingegangen (s. Abb. 1). Der Rücklauf in Bezug auf die angemeldeten Patienten in den beiden Gruppen ist demnach vergleichbar (Rücklaufquoten: 59 % vs. 61 %). Aus Westfalen-Lippe sind 92 und aus Berlin 47 Anfangsbefunde eingegangen. Der Rücklauf in Berlin (75 %) ist damit um einiges höher als der Rücklauf in Westfalen-Lippe (55 %). Weibliche Personen sind mit 64 % etwas häufiger vertreten als männliche Personen. Das mittlere Alter liegt bei 48 Jahren. Die meisten der Teilnehmer (68 %) sind erwerbstätig, ein weiterer erheblicher Anteil ist Rentner (18 %). Etwa vier von fünf Patienten werden aufgrund einer Erkrankung im Wirbelsäulenbereich behandelt, ca. jeder fünfte Patient aufgrund einer Erkrankung im Bereich der unteren Extremitäten.

Abb. 1: Beschreibung der bisher eingeschlossenen Versicherten.

n = 139		
<b>Gruppenzuordnung</b>	Kontrollgruppe 66 (47.5 %)	Modellgruppe 73 (52.5 %)
<b>KV-Region</b>	Westfalen-Lippe 92 (66.2 %)	Berlin 47 (33.8 %)
<b>Geschlecht</b>	weiblich 89 (64.0 %)	männlich 49 (35.3 %)
<b>Alter</b>	MW ± SDa 48.4 ± 12.3	Range 19-79
<b>Indikationsgruppe</b>	Wirbelsäule 110 (79.1 %)	untere Extremität 29 (20.9 %)
<b>Erwerbstätigkeit</b>	erwerbstätig 95 (68.3 %)	
	ohne Arbeit 5 (3.6 %)	
	Hausfrau/Hausmann 6 (4.3 %)	
	Rentner/in 25 (18.0 %)	
	Schüler/in 0 (0 %)	
	Student/in 7 (5.0 %)	
	Keine Angabe 1 (0.7 %)	

# Modellprojekt – erste Trends

Abb. 2: Beschreibung der Stichprobe für die Trendanalysen (n=59).

	Kontrollgruppe (n=27)	Modellgruppe (n=32)
<b>KV-Region</b> (Westfalen-Lippe   Berlin)	21 (77.8 %)   6 (22.2 %)	27 (85.4 %)   5 (15.6 %)
<b>Geschlecht</b> (weiblich   männlich)	17 (63.0 %)   10 (37.0 %)	23 (71.9 %)   9 (28.1 %)
<b>Alter</b> (MW ± SDa   Range)	51.6 ± 14.0   24 – 79	45.1 ± 13.6   19–75
<b>Indikationsgruppe</b> (Wirbelsäule   untere Extremität)	24 (88.9 %)   3 (11.1 %)	25 (78.1 %)   7 (21.9 %)

Für den Zwischenbericht wurden 59 Endbefunde stichprobenartig ausgewertet. Abb. 2 beschreibt die beiden Vergleichsgruppen in Bezug auf Region, Indikationsgruppe und soziodemografische Variablen.

## ■ Erste Trends

Die Stichprobe des Zwischenberichts zeigt bei den Outcomes zur Effektivität der Behandlung erste positive Resultate. Hier auszugsweise einige Beispiele:

Auf einer Visuellen Analogskala von 0-100 mm zum Schmerz vor und nach der Therapie werden signifikant weniger Schmerzen nach der Behandlung (post) als bei Behandlungsbeginn (pre) berichtet, unabhängig von der Behandlungsgruppe. Bemerkenswerterweise berichten die Patienten in der Modellgruppe dabei tendenziell über eine größere mittlere Schmerzreduktion als die Patienten in der Kontrollgruppe (s. Abb. 3).

Auch bezogen auf die Lebensqualität – hinsichtlich der Parameter Beweglichkeit, Selbstständigkeit, Funktion, Schmerzen und Ängstlichkeit – konnte bei den Patienten der Studie – unabhängig von der Behandlungsgruppe – nach der Behandlung eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität festgestellt werden. Tendenzuell ist sie auch in diesem Fall bei den Probanden in der Modellgruppe größer als bei den Probanden der Kontrollgruppe (s. Abb. 4).

Ein weiteres Beispiel ist der Gesundheitszustand, eingeschätzt auf einer Visuellen Analogskala (von 0 denkbar schlechtesten Gesundheitszustand bis 100 denkbar besten Gesundheitszustand). Unabhängig von der Behandlungsgruppe schätzten die Patienten ihren Gesundheitszustand nach der Behandlung als signifikant besser ein als vor der Behandlung. Tendenzuell lässt sich auch hier in der Modellgruppe eine stärkere durchschnittliche Verbesserung nachweisen als in der Kontrollgruppe (s. Abb. 5).

Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde mit dem ZUF-8 gemessen (mögliche Werte 8-32 Punkte, wobei 32 eine sehr hohe Zufriedenheit bedeutet) und war in beiden Behandlungsgruppen hoch und in etwa

gleich. So betrug der Mittelwert in der Kontrollgruppe 28.4 und in der Modellgruppe 29.2. Das zeigt, dass Physiotherapeuten insgesamt patientenzentriert arbeiten.

Differenzierte Aussagen zur Art und Häufigkeit der verwendeten Heilmittel können erst bei einer größeren Stichprobe getroffen werden. Ein erster Trend ist, dass vor allem Allgemeine Krankengymnastik und Manuelle Therapie bei mehr Patienten in der Modellgruppe angewendet wurden als bei Patienten in der Kontrollgruppe. Wenn sie allerdings zum Einsatz kamen, erfolgten in der Kontrollgruppe durchschnittlich mehr Behandlungseinheiten als in der Modellgruppe.

Abb. 3: Schmerzen (VAS).

	Alle (n=59)	Kontrollgruppe (n=27)	Modellgruppe (n=32)
<b>MW ± SD pre</b>	49.1 ± 22.0	51.5 ± 20.5	47.0 ± 23.2
<b>MW ± SD post</b>	32.7 ± 25.2	39.8 ± 27.4	26.8 ± 21.8
<b>T (p)</b>	4.49 (0.000)	2.2 (0.038)	1.1 (0.000)

Abb. 4: Gesundheitsbezogene Lebensqualität.

	Alle (n=56)	Kontrollgruppe (n=27)	Modellgruppe (n=32)
<b>MW ± SD pre</b>	7.2 ± 1.1	7.4 ± 1.2	7.0 ± 1.0
<b>MW ± SD post</b>	6.8 ± 1.4	7.2 ± 1.7	6.5 ± 1.2
<b>T (p)</b>	2.5 (0.016)	1.03 (0.313)	2.38 (0.024)

Abb. 5: Allgemeiner Gesundheitszustand (VAS).

	Alle (n=54)	Kontrollgruppe (n=24)	Modellgruppe (n=30)
<b>MW ± SD pre</b>	54.5 ± 17.3	55.8 ± 18.1	53.6 ± 16.9
<b>MW ± SD post</b>	69.4 ± 18.4	67.8 ± 21.8	70.7 ± 15.4
<b>T (p)</b>	-5.69 (0.000)	-3.54 (0.002)	-4.47 (0.000)

## s positiv

## ■ Fazit

Der vorliegende Zwischenbericht kann selbstverständlich noch keine umfassenden Aussagen treffen, liefert aber erste Trends und Tendenzen.

Die Trendanalyse zeigt: Sowohl die Patienten in der Kontroll- als auch in der Modellgruppe waren mit der erhaltenen Behandlung weitgehend zufrieden. In der Modellgruppe wurden mehr Patienten mit Allgemeiner Krankengymnastik und Manueller Therapie behandelt, dafür in durchschnittlich weniger Behandlungseinheiten. Diese Unterschiede lassen auf ein zielgerichtetes Behandlungsregime der behandelnden Physiotherapeuten schließen. Insgesamt berichten die Patienten in der Modellgruppe tendenziell über eine größere Schmerzreduktion, eine stärkere Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und ihres aktuellen Gesundheitszustands sowie ihrer Funktionen im Alltag. Die Ergebnisse der Trendanalyse sind weitgehend konform mit den positiven Erfahrungen anderer Länder, in denen Physiotherapeuten eigenständig die Art des Heilmittels sowie die Häufigkeit und Frequenz dessen Anwendung bestimmen. Es besteht also guter Grund zur Hoffnung, dass sich auch in Deutschland die ersten Tendenzen zu klaren positiven Ergebnissen entwickeln.

Zu einem späteren Zeitpunkt werden die beiden Behandlungsgruppen einander auch hinsichtlich ihrer Kosteneffektivität gegenübergestellt. Sofern sich die Behandlung in der Modellgruppe auch als kosteneffizienter erweist und sich die Verbesserungen am Ende in der Gesamtstichprobe in dieser Weise auch bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage präsentieren, kann dieses Modell als erfolgreich betrachtet werden.

Bis dahin ist es noch ein weiter, aber – wie der Zwischenbericht zeigt – machbarer Weg. Unser Dank gilt insbesondere den teilnehmenden Modellpraxen, die zusätzlichen Aufwand betreiben müssen, um unseren Berufsstand positiv weiterzuentwickeln.



Ute Repschläger  
ist Vorsitzende des IFK-Vorstands.



**Neuen  
Hauptkatalog  
anfordern!**

Wallerheimer Weg 13-19

D-56070 Koblenz

Tel.: 02 61/9724932

Mail: [info@physiothek.de](mailto:info@physiothek.de)

[www.physiothek.de](http://www.physiothek.de)

PHYSIOTHEK