

Bericht der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz vom 04.12.2018

Arbeitsbedingungen für die Heilmittelerbringer verbessern – wichtige Gesundheitsberufe stärken

1. Problem

Die Fraktion der CDU hat folgenden Antrag an die Bremische Bürgerschaft gestellt (Drs. 19/1796)

„Der Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich nimmt auch und gerade im Bereich der Heilmittelerbringer zunehmend drastische Formen an. Heilmittelerbringer sind Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseur, medizinische Bademeister und Podologen. Laut aktuellem Gesundheitsberufe-Monitoring fehlen bis 2035 alleine 427 Physio- und über 100 Ergotherapeuten. Wenn diese Lücke in den kommenden Jahren geschlossen werden soll, sind politische Entscheidungen in den Bereichen der Ausbildung, der Erlösgestaltung und der Verbesserung der allgemeinen Rahmenbedingungen notwendig.

Um mehr junge Menschen für eine Ausbildung in diesem Bereich zu begeistern, hat Bremen einen wichtigen Schritt getan und den Einstieg in die Schulgeldfreiheit für Therapieberufe beschlossen und die notwendigen Voraussetzungen im Haushalt geschaffen: Am 6. Juni 2017 hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Rahmen der Beantwortung einer Berichtsbitte in der zuständigen Deputation ihre Absicht bekräftigt, in die Schulgeldfreiheit für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe einzusteigen. Diese Entscheidung ist richtig, um dem immer deutlicher werdenden Fachkräftemangel effektiv zu begegnen und das Land Bremen als modernen Gesundheitsstandort weiter voranzubringen. Durch die Senatorin und den zuständigen Krankenhausplanungsausschuss wurde ein Vorschlag erarbeitet, der den Einstieg in die Schulgeldfreiheit für jene Schülerinnen und Schüler vorsieht, die ab dem Jahr 2018 ihre Ausbildung neu beginnen. Damit sollte einerseits gewährleistet werden, dass der Einstieg sichergestellt wird, die finanziellen Möglichkeiten des Landes Bremen aber andererseits nicht überstiegen werden. Ziel des Vorhabens war eine ausgewogene Finanzierung der Ausbildung zwischen dem Land Bremen, den Krankenkassen und den Trägern der Schulen.

Ein weiterer Grund neben der bislang schwierigen Ausbildungssituation ist auch die derzeitige Erlössituation. Ein Weg, die Gesundheitsfachberufe der Heilmittelerbringer attraktiver zu machen, ist – nach dem Zwischenschritt einer Blankoverordnung – ein Direktzugang zur Regelversorgung. Die Auswertung von Modellprojekten zur Blankoverordnung in allen Bundesländern, wie im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) festgeschrieben, dient als Entscheidungshilfe, ob die Blankoverordnung in die Regelversorgung übernommen wird. Gleichzeitig wäre es aber auch wichtig ein Modellprojekt auf

den Weg zu bringen, das einen direkten Versorgungszugang zu Heilmittelerbringern evaluiert. Denn wie Zwischenergebnisse laufender Modellprojekte zum Direktzugang schon jetzt zeigen, werden durch einen direkten Versorgungszugang zu Heilmittelerbringern das Gesundheitssystem sowie die Versicherten entlastet. So weisen die ersten Zwischenergebnisse des Modellprojekts „Direktzugang zur Physiotherapie“, das die Krankenkasse „BIG direkt gesund“ seit 2011 gemeinsam mit dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e. V.) durchführt, u. a. auf effektivere Behandlungsverläufe sowie eine Steigerung der Kosten-Effizienz hin. Weiterhin haben die vorläufigen Ergebnisse gezeigt, dass der Erfolg der physiotherapeutischen Behandlung nicht von der vertragsärztlichen Verordnung abhängig ist. Darüber hinaus müssen auch die Entgelte leistungsgerechter gestaltet werden. Laut Statistischem Bundesamt lag der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst in Deutschland im Jahr 2016 bei 3.703 Euro. Der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst in Gesundheits- und Sozialberufen im 1. Quartal bei 3.683 Euro. Demgegenüber lag das monatliche Bruttoeinkommen bei Physiotherapeuten, Logopäden sowie Ergotherapeuten im Durchschnitt zwischen 2.237 und 2.365 Euro. Diese Entlohnung kann – vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von Gesundheitsleistungen – als prekär bezeichnet werden und ist zur Abmilderung des Fachkräftemangels nicht geeignet. Durch das HHVG wird in den Jahren 2017 bis 2019 bei Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen die Begrenzung von Vergütungserhöhungen durch die Grundlohnrate aufgehoben und den Heilmittelerbringern dadurch eine Verbesserung der Einkommenssituation ermöglicht. Um jedoch auf Dauer für leistungsgerechte Entgelte zu sorgen, sollten sich die ärztlichen Budgets in diesem Bereich künftig am steigenden Bedarf orientieren.

Schließlich müssen auch die politischen Rahmenbedingungen verbessert und das Berufsfeld nach außen anders vertreten werden. Beispielsweise haben die Heilmittelerbringer im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kein Mitbestimmungs- und Mitspracherecht. Somit können sie im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ über Regelungen, die direkt ihre Arbeit betreffen, nicht mitberaten und demnach ihre Interessen nicht aktiv im G-BA vertreten. Da die Heilmittelerbringer eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen einnehmen und ihre Leistungen künftig weiterhin an Bedeutung gewinnen werden, sollten sie aktiv in Mitbestimmungsprozesse des G-BA und weiterer relevanter Gremien mit einbezogen werden. Des Weiteren wäre es zu begrüßen, wenn sich die Funktion der Heilmittelerbringer als wichtige Säule des Gesundheitssystems stärker in der Öffentlichkeit durchsetzen würde. Über eine Kampagne zur positiven Wertschätzung der Heilmittelerbringer soll nicht nur die gesellschaftliche Wertschätzung der Heilmittelerbringer in Bremen und Bremerhaven verbessert werden, sondern auch junge Menschen als Zielgruppe für die Ausbildungsberufe angesprochen werden. Ein positives Berufsbild kann demnach auch sinkenden Ausbildungszahlen entgegenwirken.

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) möge beschließen:

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) fordert den Senat auf:

1) sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass ein Modellprojekt auf den Weg gebracht wird, mit denen ein direkter Versorgungszugang zu Heilmittelerbringern erprobt wird. Anhand der Ergebnisse soll über den Direktzugang zu Heilmittelerbringern in der Regelversorgung entschieden werden. Im Vorfeld sind dabei die Fragen von Versicherungsschutz, Haftung und Budgetierung zu klären.

2) sich dafür einzusetzen, dass die Vergütung der Heilmittelerbringer leistungsgerechter gestaltet wird. Hierfür sollten die entsprechenden Leistungen künftig an den gestiegenen Bedarf angepasst werden und die Erkenntnisse einfließen, die hinsichtlich der demographischen Entwicklung, der längeren Lebensarbeitszeit und der verkürzten Liegezeiten in Krankenhäusern vorliegen.

3) sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass Vertreter der Heilmittelerbringer ein Mitbestimmungs- und Mitspracherecht im G-BA und weiteren relevanten Gremien, welche über die Interessen und Leistungen von Heilmittelerbringern entscheiden, erhalten.

4) im Rahmen der vorhandenen Stellen und finanziellen Mittel Wege aufzuzeigen, wie die Leistungen der Heilmittelerbringer in Bremen und Bremerhaven öffentlich eine höhere Wertschätzung erfahren können. Hierzu sollten vor allem Imagekampagnen zugunsten der Heilmittelerbringer in den Blick genommen werden.

5) der zuständigen Deputation sowie der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) in einem angemessenen Zeitraum über die vom Senat unternommenen Maßnahmen Bericht zu erstatten.“

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) hat in ihrer Sitzung am 26.09.2018 diesen Antrag zur Beratung und Berichterstattung an die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz überwiesen.

Die Deputation Gesundheit und Verbraucherschutz hat in ihrer Sitzung am 04.12.2018 den Antrag beraten und gibt folgenden Bericht ab:

2. Sachstandsdarstellung

2.1. Heilmittelerbringer – begriffliche Einordnung und Ausbildung

Die therapeutischen Berufe sind definitionsgemäß Gesundheitsfachberufe, die Heilmittel erbringen und gelten damit als „Heilmittelerbringer“.

Heilmittel im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuches sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen, die nur von Angehörigen entsprechender Gesundheitsfachberufe geleistet werden dürfen. Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben grundsätzlich Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln.

Die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert diese Leistungen, demnach fallen unter Heilmittel Maßnahmen der physikalischen Therapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Maßnahmen der Ergotherapie.

Rechtsgrundlage für die Ausbildung der Therapieberufe sind die Berufszulassungsgesetze. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz darf der Bund die Zulassung zu ärztlichen und *anderen Heilberufen* regeln. Zu den Heilberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit „durch die Arbeit am und mit dem Patienten“ gekennzeichnet ist. Allen Heilberufen ist gemeinsam, dass das Führen der Berufsbezeichnung geschützt wird: Die Berufsbezeichnung darf nur mit einer Approbation oder Berufserlaubnis geführt werden. Als Zulassungskriterium ist eine bestimmte Qualifikation vorgeschrieben, deren Grundzüge in dem Berufszulassungsgesetz und einer auf dessen Grundlage erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsordnung näher definiert ist. Die genannten „anderen Heilberufe“ sind u.a. die Kranken-, Kinderkrankenpflege, Medizinisch-technischen Berufe (MTA) sowie die therapeutischen Berufe (Physiotherapie und Ergotherapie sowie Logopädie). Die Ausbildungen aller drei Berufe werden über ein Bundesberufsgesetz (Zulassungsgesetz) und einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Sie dauern drei Jahre und enden mit einer staatlichen Prüfung und einer staatlichen Berufszulassung. Die Zugangsvoraussetzungen sind 10 Schuljahre und der mittlere Bildungsabschluss bzw. erweiterte Hauptschulabschluss.

2.2. Fachkräftelücke

Für den Bereich der Heilmittelerbringer ist in den kommenden Jahren ein erheblich ansteigender Fachkräftebedarf zu erwarten. Nach einer Prognose des Institut SOCIUM i.R. des Gesundheitsberufe-Monitorings in Auftrag der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (SWGv) ist mit dem Fehlen von 427 Physiotherapeut_innen und 119 Ergotherapeut_innen bis 2035 zu rechnen, wenn sich an der derzeitigen Zahl der jährlich Ausgebildeten nichts ändert. Für

den Bereich der Logopädie ist mit keiner nennenswerten Fachkräftelücke zu rechnen, wenn die Ausbildungszahlen auf dem aktuellen Niveau gehalten werden können.

Eine Steigerung der Attraktivität der Berufe der Heilmittelerbringer erscheint deutlich angezeigt. Das bis dato erhobene Schulgeld in den Schulen der therapeutischen Berufe stellte in der Vergangenheit ein Hindernis in der Gewinnung von jungen Menschen für diese Ausbildungszweige dar. Hier sind bereits entsprechende Schritte gegangen worden (s.u.). Darüber hinaus erscheint die Beibehaltung des bremischen therapiewissenschaftlichen Studiengangs in diesem Zusammenhang angebracht.

2.3. Verdienst der Heilmittelerbringer

Die Erlössituation der Heilmittelerbringer kann im Vergleich zu anderen Berufen des Gesundheitswesens – insbesondere der ärztlichen Berufsgruppe – als gering eingestuft werden. Die Höhe der Erlöse unterliegt der Verhandlungslösung gem. § 125 SGB V. Die Einzelheiten der Versorgung und über die Preise verhandeln die Krankenkassen bzw. deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften und die Leistungserbringer bzw. deren Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse (vgl. § 125, Abs. 2 SGB V).

Auf Bundesebene werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln ausgegeben.

Auf die Erlössituation der Heilmittelerbringer sind die direkten Einflussmöglichkeiten des Landes aufgrund der o.g. Verhandlungslösung begrenzt. Dennoch steht fest, dass die Grundlohnsummenanbindung der Heilmittelerbringer zu einer Deckelung ihrer Erlöse führt, welche nicht im Einklang mit einer bedarfsgerechten Vergütung steht.

2.4. Diese Deckelung dauerhaft aufzuheben ist wesentliche Voraussetzung für eine Verbesserung der Erlössituation der Heilmittelerbringer. Direktzugang

Hinsichtlich des Zugangs zu therapeutischen Leistungen durch Heilmittelerbringer ist dieser durch die Bindung an eine ärztliche Verordnung gekennzeichnet. Ein Direktzugang, also die eigenständige Versorgungsverantwortung ist den Heilmittelerbringern derzeit nicht möglich.

Im Rahmen der §§ 63, Abs. 3b und 65 SGB wurde von 2011 bis 2017 von der ein Modell erprobt, nachdem Physiotherapeut_innen eine sog. „Blanko-Verordnung“ mit dem Ziel der größeren Therapiefreiheit erhalten. Unter einer „Blanko-Verordnung“ ist eine ärztliche Verordnung zu verstehen, die den Heilmittelerbringern größtmögliche Freiheiten über die Auswahl, die Dauer und die Abfolge der Therapien einräumt.

Durchführende waren der Bundesverband der selbständigen Physiotherapeuten IFK und die Krankenkasse „BIG direkt gesund“, evaluiert hat die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Hinsichtlich Kostenentwicklung, Effektivität und Effizienz sind die Ergebnisse durchweg positiv. Insbesondere scheint ein besser angepasster Mix von Therapieansätzen zum Tragen zu kommen. Einbezogen in das Modellprojekt mit dem Fokus auf Physiotherapie wurden 888 Patienten; die vorwiegende Problematik waren Symptome und Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich.

Eine gesetzliche Regelung des Direktzugangs wurde bisher nicht umgesetzt. Auch wurde der „echte“ Direktzugang (ohne den Weg über die „Blanko-Verordnung“) bisher nicht erprobt.

Neben der finanziellen Erleichterung für die Auszubildenden durch den Einstieg in die Schulgeldfreiheit gilt es, Maßnahmen zu identifizieren, die geeignet sind, das Arbeitsfeld der Heilmittelerbringer attraktiver und anspruchsvoller zu gestalten. Die positiven Ergebnisse des Modellversuches zur sog. „Blanko-Verordnung“ zeigen, dass eine größere Unabhängigkeit von der Anordnungsverantwortung der Ärzt_innen keine Qualitätseinbußen in der Versorgung befürchten lässt, sondern im Gegenteil die Zufriedenheit der Patient_innen ansteigt. Auch die Auswirkungen auf der Kostenseite sind nicht negativ zu bewerten. Eine größere Verantwortung und eine ausgeweiteter Entscheidungsspielraum sind außerdem geeignet, das Arbeitsfeld der Heilmittelerbringer reizvoller für die Beschäftigten zu gestalten. Gerade im ambulanten Bereich führt die Abhängigkeit vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin zu einer für die Patient_innen und die

Heilmittelerbringer recht umständlichen Situation, da der Versorgungsauftrag nicht vollständig eigenständig und daher indirekten erfolgt. Erfahrungen aus dem o.g. Modellprojekt zeigen, dass die Heilmittelerbringer verantwortlich mit der Entscheidungsfreiheit umgehen.

Vor diesem Hintergrund besteht für Bremen die Möglichkeit, eine Initiative auf Bundesebene zu unterstützen, den Direktzugang ohne „Blanko-Verordnung“ der Heilmittelerbringer zu erproben und ggf. gesetzlich flächendeckend zu ermöglichen.

Der Direktzugang würde die Attraktivität des Berufsfeldes erhöhen – darüber hinaus sind weitere Maßnahmen denkbar, die die aktuell schon vorhandene Attraktivität des Berufsfeldes verdeutlichen. Im Rahmen der finanziellen Mittel können Imagekampagnen in den Blick genommen werden, um jungen Menschen (und deren Erziehungsberechtigten) die Vorteile und den Reiz der Berufe im Bereich der Heilmittelerbringer aufzuzeigen.

Inwieweit die Ermöglichung des Direktzugangs sich auf fachschulische und akademisch ausgebildete Heilmittelerbringer erstrecken sollte, könnte im Zuge möglicher Projekte zur (Teil-) Akademisierung der Heilmittelerbringer (s.o.) untersucht werden.

Auf Seiten der Anbieter der Gesundheitswirtschaft wäre eine Option, von Seiten des Landes Bremen dafür zu werben, die Strukturen in den Kliniken und ambulanten Versorgungssituationen so umzugestalten, dass eine Übertragung von Anteilen der heilkundlichen Verantwortung auf die Heilmittelerbringer inhaltlich sinnvoll und (haftungs-)rechtlich abgesichert vollzogen werden kann.

2.5. Beteiligung der Heilmittelerbringer im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Die Heilmittelerbringer haben im G-BA kein Mitentscheidungsrecht, welches unter den unparteiischen Mitgliedern, den ärztlichen Leistungserbringern (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bzw. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Kassenverbänden aufgeteilt ist. Auch ein Mitberatungsrecht ist den Heilmittelerbringern derzeit nicht eingeräumt. Im Anhörungsverfahren werden stets die betroffenen Verbände angehört, so dass hier auch die Verbände der Heilmittelerbringer ihre Position darlegen können, wenn diese Berufsgruppe thematisch involviert ist.

Ein Ansatz, um den Heilmittelerbringern in der Zukunft eine größere Bedeutung im G-BA zu ermöglichen, wäre es, das Mitberatungsrecht der entsprechenden Verbände eingehend zu prüfen. Dieses muss sich nicht zwingend auf alle Bereiche beziehen, jedoch mindestens auf alle Fragen der Heilmittelversorgung. Bremen könnte im Rahmen einer Länderabfrage ein Meinungsbild erheben und dann ggf. das Thema weiter verfolgen.

2.6. Schulgeldfreiheit

Die Steigerung der Attraktivität der Ausbildungen im Bereich der Heilmittelerbringer ist vor dem Hintergrund – speziell für Bremen – dringend geboten, um mehr Menschen für diesen Berufsweg zu gewinnen. Der im Oktober diesen Jahres begonnen Einstieg in die Schulgeldfreiheit stellt einen wichtigen Baustein dar, um dieses Ziel zu erreichen. Der aktuelle Sachstand hierzu ist so, dass ab Oktober 2018 die Schüler_innen einen Zuschuss zum zu zahlenden Schulgeld über eine Zuwendung des Landes an die Schulen erhalten. Der Umstand, dass die Schulgelder in der Höhe je nach Schule sehr unterschiedlich sind, wird in der Zuwendung rechnerisch berücksichtigt. Daher ist das verbleibende Schulgeld je nach bisher erhobenem Schulgeld unterschiedlich und bewegt sich zwischen 200 € und 274 €.

Der präferierte Weg zur Erreichung der vollen Schulgeldfreiheit ist weiterhin die Einbindung der Krankenkassen in die Kostenübernahme der Ausbildungsgänge. Nach mehreren erfolgten Gesprächen hierzu zeichnet sich nun ab, dass eine Einigung mit den Gesprächsteilnehmer/innen nicht in der ursprünglich angenommenen Kürze der Zeit erreicht werden kann. Es wird weiterhin mit großem Engagement seitens SWGV daran gearbeitet, einen erfolgreichen Abschluss der Gespräche zu erreichen.

Alle genannten Vorhaben (wie Initiierung des Direktzugangs auf Bundesebene, die Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss, die Umsetzung des Einstiegs in die Schulgeldfreiheit) sind aus Sicht von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz ein bedeutender Beitrag um das Renommee der Therapieberufe anzuheben. Zusätzlich gezielte Förderung des öffentlichen Renommees durch Aktivitäten und Kampagnen sind begrüßenswert und das

Land Bremen würden dies, analog zur Begleitung in der Bremer Pflegeinitiative gegen den Fachkräftemangel, unterstützen. Wie bei der Pflegeinitiative bedarf eine solche Aktivität einer Initialzündung und eine dauerhaften Verfolgung der Berufsgruppen selbst.

3. Beschlussvorschlag

Die Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz empfiehlt der Bürgerschaft (Landtag) die Ziffern 1, 2, 3 und 5 des Antrags der Fraktion der CDU vom 28.8.2018 (Drs. 19/1796) zu beschließen und die Ziffer 4 abzulehnen.

Anlage:

Ergebnisse des Modellvorhabens Physiotherapie gem. §63, Abs. 3b SGB V zwischen IFK e.V. und BIG direkt gesund evaluiert nach §65 SGB V von der ZAHW – Institut für Physiotherapie (online: <https://www.bvou.net/wp-content/uploads/2018/03/Fact-sheets.pdf>)

Dr. Magnus Buhlert

Vorsitzender der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz

„Physiotherapie ohne Umwege“
Pressekonferenz am 12.03.2018

Ergebnisse des Modellvorhabens Physiotherapie
gemäß § 63 Abs. 3b SGB V
zwischen



und



evaluiert nach § 65 SGB V von der



erstellt durch Dr. Andrea Mischker, BIG direkt gesund

Quelle: Nast I., Scheermesser M., Wirz M., Schämänn A.: Ergebnisbericht der ZHAW nach § 65 SGB V zum Modellvorhaben Physiotherapie gemäß § 63 Abs. 3b SGB V. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Institut für Physiotherapie, Forschung und Entwicklung. 2018.

Inhalt

1.	Der Direktzugang zur Physiotherapie – Ausgangslage.....	3
2.	Situation zum Direktzugang in Deutschland.....	4
3.	Das Modellvorhaben Physiotherapie des IFK und der BIG direkt gesund.....	4
4.	Ergebnisse.....	6
5.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick	8
6.	Anhang.....	9
Abb. 1	Studienablauf im Modellvorhaben	9
Abb. 2	Ein- und Ausschlussstatistik	10
Tab. 1	Drop-out-Analyse.....	11
Tab. 2	Soziodemografische Merkmale	11
Tab. 3	Indikationsgruppen	11
Tab. 4	Krankheitsbezogene Indikatoren zu t0.....	11
Tab. 5	Verteilung der Indikationsgruppen	12
Tab. 6	Art der Heilmittel nach Heilmittelkatalog: Anwendungshäufigkeit (bezogen auf Patientenanteile)	12
Tab. 6a	Art der Heilmittel nach Heilmittelkatalog: durchschnittliche Anzahl Anwendungen ...	12
Tab. 7	Vergleiche krankheitsbezogene Indikatoren von t0 auf t1 für gesamte Stichprobe	12
Tab. 8	Vergleiche krankheitsbezogene Indikatoren zwischen MG und KG zu t1	13
Tab. 9	Zufriedenheit mit der Behandlung nach t1	13
Tab. 10	Behandlungseinheiten und Behandlungsdauer nach t1	13
Tab. 11	Behandlungsmenge der Heilmittel	13
Tab. 12	Heilmittelkosten im Behandlungszeitraum.....	14
Tab. 13	Heilmittelkosten nach Indikationsgruppe im Behandlungszeitraum	14
Tab. 14	Heilmittelkosten und Abschlussrate im Verlauf von drei, sechs und zwölf Monaten... ..	14
Tab. 15	Kosten für ärztliche Leistungen im Verlauf von drei, sechs und zwölf Monaten	14
Tab. 16	Kosten für Arzneimittel im Verlauf von drei, sechs und zwölf Monate	14
Tab. 17	AU Zeitenvergleich in Modell- und Kontrollgruppe.....	15
Tab. 18	Gesamtkostenbetrachtung (Heilmittel, Arztkosten, Arzneimittel) im Verlauf.....	15
Tab. 19	Analyse Zusammenhänge Heilmittelkosten.....	15
Tab. 20	Analyse Zusammenhänge Kosten ärztliche Leistungen.....	16
Tab. 21	Vergleich DA - Gruppe Soziodemografie und krankheitsbezogene Indikatoren.....	17
Tab. 22	Vergleich DA – Gruppe Kosten	18

1. Der Direktzugang zur Physiotherapie – Ausgangslage

Der Direktzugang (DA)¹ meint den Kontakt des Patienten zum Therapeuten ohne ärztliche Diagnose und ohne ärztliche Verordnung. Im DA können Physiotherapeuten selbstständig Patienten untersuchen, behandeln und/oder an den Arzt verweisen.

In den 40 Ländern, in denen der DA bereits etabliert ist, wird er jeweils von 40 % bis 60 % der Patienten in Anspruch genommen. In 31 Ländern ist der DA in der privaten Gesundheitsversorgung erlaubt. In 19 Ländern wird der DA sowohl in der öffentlichen als auch in der privaten Gesundheitsversorgung als weiterer Zugang angeboten. Die Einführung des DA erfolgte in anderen Ländern oft über Modellvorhaben.

Den DA zur Physiotherapie nehmen Patienten mit muskuloskeletalen Beschwerden, wie Nacken-, Rücken- oder Kniebeschwerden, mit einem kurz- und mittelfristigen Behandlungsbedarf am häufigsten in Anspruch.

Die wesentlichen Erkenntnisse über die Effekte nach Einführung des DA u. a. aus Schweden, Norwegen, Niederlande und England sind:

- hohe Patientenzufriedenheit, Verhinderung von Wartezeiten, schneller Zugang zur Versorgung
- effektive Behandlungsergebnisse
- nachgewiesene Patientensicherheit
- höhere Compliance des Patienten
- volkswirtschaftlicher Nutzen durch die Verringerung von AU-Zeiten
- Einsparungen bei Arztkosten, Arzneimittelkosten, Kosten für bildgebende Verfahren
- Weiterentwicklung der Ausbildung und Qualifikation der Physiotherapeuten

Deutschland gehört noch nicht zu den Ländern, in denen der Direktzugang zum Physiotherapeuten möglich ist. Allerdings ist der direkte Zugang über den Umweg des sektoralen Heilpraktikers seit 2009 für Selbstzahler und privat Versicherte durch die Rechtsprechung erlaubt.

¹ International werden synonym die Begriffe "direct access", „open access“, „primary contact“, „first contact professional autonomy“, „self referral“ oder „first contact practitioner“ verwendet.

2. Situation zum Direktzugang in Deutschland

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) forderte 2007 in seinem Gutachten, Entlastungsstrukturen für Ärzte zu schaffen. Dafür sollen nicht-ärztliche Berufsgruppen durch Modellvorhaben mehr Kompetenzen erproben. Ziel ist es, gesetzlich Versicherten einen direkten Zugang zu Heilmittelerbringern, wie Physiotherapeuten, zu ermöglichen, um Effizienzreserven zu erschließen und nicht-ärztliche Professionen aufzuwerten.

2008 wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der § 63 Abs. 3b SGB V eingeführt. Dieser erlaubt Modellvorhaben, die 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 Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen“ können.

Der Arztkontakt bleibt in diesem Modell verpflichtend. Der Arztvorbehalt gilt gemäß § 15 Abs. 1 SGB V. Der Arzt stellt weiterhin die Diagnose und verordnet Leistungen der Physiotherapie. Der Physiotherapeut kann dann „die Art, Dauer und Frequenz des Heilmittels verändern“; er bleibt jedoch an den Heilmittelkatalog gebunden.

Der Direktzugang zum Physiotherapeuten (Substitution) ist mit dem hier dargestellten Modellvorhaben unter § 63 Abs. 3b SGB V nicht möglich, denn auch im Jahr 2018 gilt der Arztvorbehalt (Delegation) und demzufolge das Verbot jeglicher Modellversuche zur Substitution nach dem SGB V.

3. Das Modellvorhaben Physiotherapie des IFK und der BIG direkt gesund

2010 beschlossen der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e. V.) und die BIG direkt gesund die gemeinsame Umsetzung des Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3b SGB V.

Ziel war es, die bereits international berichteten Erkenntnisse zu mehr Therapiefreiheit auch national zu überprüfen bzw. im Rahmen der geltenden gesetzlichen Einschränkungen zu simulieren. Hierzu wurden Effektivität und Effizienz der Behandlung, Therapiekosten/Arztkosten/Kosten für Arzneimittel, Zufriedenheit, Lebensqualität sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) im Gruppenvergleich untersucht. Im Vorher-Nachher-Vergleich der physiotherapeutischen Behandlung wurde anhand mehrerer Faktoren die individuelle Situation der Teilnehmer erhoben. Jeder abgeschlossene Behandlungsfall wurde noch zwölf Monate nach Behandlungsabschluss verfolgt, um potentiell geeignete DA-Fälle zu analysieren. Zudem wurde eine Recherche in europäischen Ländern mit Direktzugang zu den Fragen Finanzierungsmodelle, kostenregulatorische Prozesse, Kostenanalysen, Qualifikationsmodelle und der Aufgabenumfang von PT im Direktzugang durchgeführt.

2011 wurden 40 Modellpraxen in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Westfalen-Lippe und Berlin ausgewählt und geschult. Das Modellvorhaben

Physiotherapie startete am 01.06.2011 und endete zum 31.12.2017. Der Einschlusszeitraum war vom 01.06.2011 bis zum 30.09.2017 (vgl. Abb. 1).

Das Modellvorhaben wurde unter Einhaltung wissenschaftlicher Standards im Studiendesign eines RCT (randomized controlled trial) im Multicenter (Evidenzgrad Ib) geplant, angelegt und durchgeführt.

Am Modellvorhaben konnten Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit muskuloskeletalen Erkrankungen der unteren Körperhälfte oder der Wirbelsäule mit kurz- und mittelfristigem Behandlungsbedarf teilnehmen.

Patienten mit diesen Beschwerden und einer entsprechenden ärztlichen Verordnung konnten sich an eine der 40 Modellpraxen wenden. In den Modellpraxen erfolgten Aufklärung und Information zum Ablauf des Modellvorhabens.

Nach Einwilligung zur Teilnahme am Modellvorhaben, wurden die Patienten in die Modell- oder Kontrollgruppe (MG/KG) eingeteilt. Diese Einteilung erfolgte zufällig.

Datenerhebung und Behandlung wurden getrennt. Studientherapeuten erhoben die Daten für das Modellvorhaben. Die Behandlung führte ein Bezugstherapeut durch. Für die Modellgruppe wurde der Verordnungsinhalt auf der ärztlichen Verordnung durch den Studientherapeuten unkenntlich gemacht.

Die Kontrollgruppe erhielt die physiotherapeutische Versorgung gemäß der vertragsärztlichen Verordnung.

Alle Patienten, die zufällig in die Modellgruppe eingeteilt wurden, erhielten physiotherapeutische Leistungen, über die der Physiotherapeut entscheiden konnte. Der Physiotherapeut blieb an den Heilmittelkatalog gebunden, konnte innerhalb des Kataloges, jedoch die Art, Dauer und Frequenz der Leistungen selbst bestimmen.

Nach Behandlungsabschluss führte der Studientherapeut einen Abschlussbefund durch.

4. Ergebnisse

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 % (vgl. Tab. 1). 630 Patienten schlossen das Modellvorhaben ab (vgl. Abb. 2). Davon befanden sich 296 Patienten in der Kontroll- und 334 in der Modellgruppe.

Die Teilnehmer der Modell- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht in Bezug auf Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Schweregrad der Erkrankung sowie Auswahl und Menge der verordneten Heilmittel (vgl. Tab. 2-5). Die Teilnehmer der gesamten Stichprobe waren im Durchschnitt 49 Jahre alt, überwiegend weiblich (64 %) und mehrheitlich berufstätig (73 %).

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. In 5 % der Fälle wurden mehr als zwei Behandlungseinheiten wöchentlich verschrieben.

Zu Beginn der Studie gaben alle Patienten der Stichprobe moderate Schmerzen und moderate Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie mäßig reduzierte Funktionsfähigkeiten an (vgl. Tab. 4).

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. Tab. 7).

Alle Teilnehmer beider Gruppen waren sehr zufrieden mit der Behandlung (vgl. Tab. 9).

Die Teilnehmer der Stichprobe erhielten im Mittel 15 Behandlungseinheiten (vgl. Tab. 10).

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 (vgl. Tab. 6a). Eine solche Kombination erhielten mehr Teilnehmer in der Modellgruppe (vgl. Tab. 6). Dabei wurden insgesamt weniger Heilmittleinheiten abgegeben (vgl. Tab. 11).

Die Behandlungsdauer betrug im Mittel für die gesamte Stichprobe ca. 11 Wochen. In der Modellgruppe war die Behandlungsdauer der Patienten im Mittel um zwei Wochen kürzer als in der Kontrollgruppe (vgl. Tab. 10).

Die Behandlungskosten für physiotherapeutische Heilmittel im Behandlungszeitraum betrugen für die Gesamtstichprobe im Mittel ca. 215 EUR je Fall (vgl. Tab. 12).

Auch bei den Vergleichen der Kosten für Heilmittel im Behandlungszeitraum je Indikationsgruppe zeigt sich kein Unterschied im Vergleich zwischen Kontroll- und Modellgruppe (vgl. Tab. 13).

In der Modellgruppe fallen weniger Kosten für ärztliche Leistungen im Behandlungszeitraum an (vgl. Tab. 15).

Im Behandlungszeitraum waren die Kosten für Arzneimittel über beide Gruppen vergleichbar (vgl. Tab. 16).

Bei Betrachtung der AU-Tage unterschieden sich die Gruppen über den Behandlungszeitraum nicht (vgl. Tab. 17).

In der Gesamtkostenbetrachtung zeigt sich im Behandlungszeitraum kein Unterschied. Drei Monate nach Behandlungsbeginn lagen die Gesamtkosten im Mittel in der Modellgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Diese Unterschiede bestanden nicht für den Zeitraum nach sechs Monaten, jedoch aber für den Zeitraum von zwölf Monaten nach Behandlungsbeginn (vgl. Tab. 18).

Mit den Kostenanalysen für Heilmittel, Arzneimittel und ärztlichen Behandlungskosten im zwölf Monate Verlauf sollten Patienten, die sich für den Direktzugang eignen, aus der Gesamtstichprobe selektiert werden (vgl. Tab. 19). Zunächst wurde untersucht, welche Zusammenhänge mit höheren Behandlungskosten für Physiotherapie bestehen.

Personen mit höheren Behandlungskosten für Heilmittel sind weniger erwerbstätig und berichten über eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Behandlungskosten und der Höhe der Einschränkungen der Funktionen (vgl. Tab. 19). Höhere Kosten für ärztliche Leistungen hängen mit Lebensalter, Erwerbsstatus sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität zusammen (vgl. Tab. 20).

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 (vgl. Tab. 21).

Bei Behandlungsbeginn berichtet die fiktive DA-Gruppe über weniger Einschränkungen in ihrer allgemeinen Lebensqualität sowie über ein besseres persönliches Gesundheitsempfinden. Für die fiktive DA-Gruppe fallen nach drei, sechs und zwölf Monaten weniger Kosten für ärztliche Leistungen an.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Die Ergebnisse unseres Modellverfahrens zeigen:

1. Es gibt durch den erweiterten Freiraum in der Physiotherapie keine Kostenausweitung. Die Physiotherapeuten gehen verantwortlich mit ihrer neuen Rolle um.
2. Die Behandlungsqualität beider Gruppen ist vergleichbar hoch. Es ist somit unerheblich, wer die Verordnung ausstellt.
3. Physiotherapeuten kombinieren mehr aktive und passive Heilmittel miteinander, wenn sie die Möglichkeit dazu haben.
4. Mit mehr Therapiefreiheit 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 höchst signifikante Verbesserungen zu allen Patienten-Outcomes vorliegen. Zusammenfassend ist somit festzustellen: Physiotherapie wirkt!

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

Dieses Ergebnis bestätigt die internationalen Evaluationen im Hinblick auf die Effektivität und Effizienz der Behandlung. Aufgrund der Einschränkungen im Delegationsmodell konnten hingegen international berichtete Ergebnisse über 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.

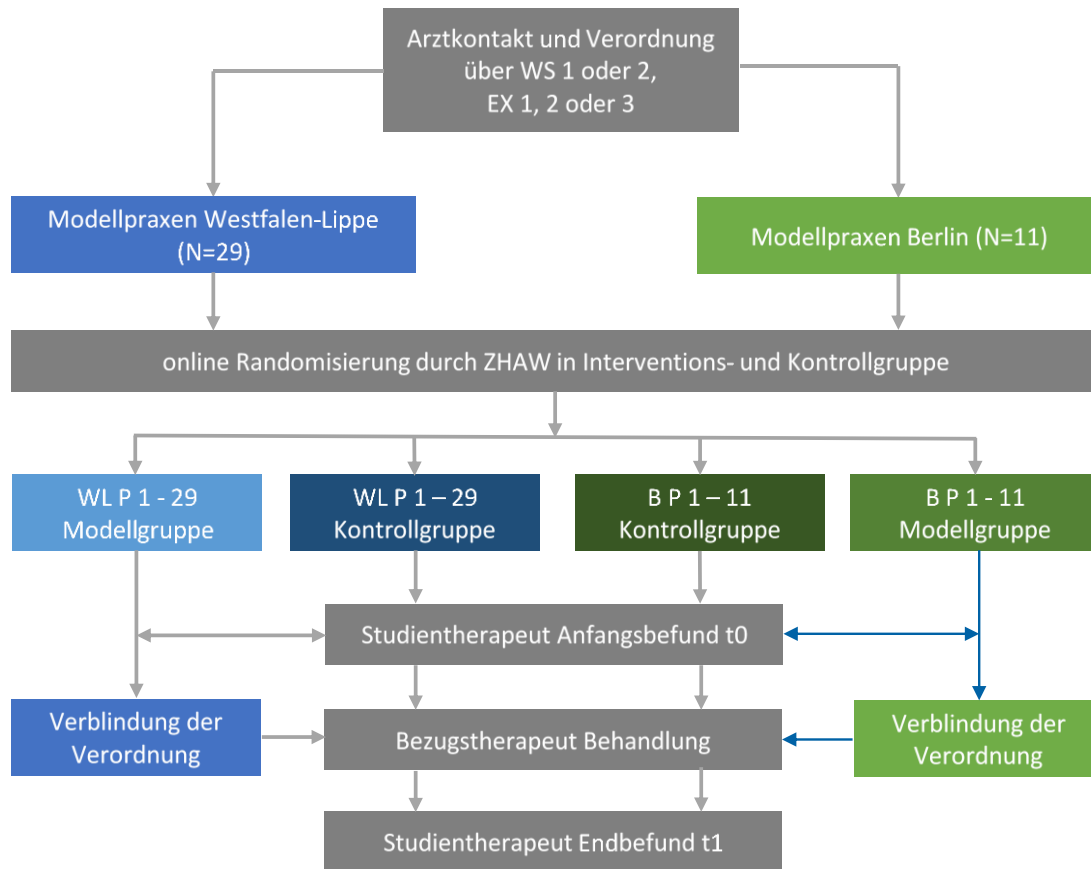
Im Simulationsmodell konnten ca. 50 % Patienten identifiziert werden, die für den Direktzugang geeignet sein könnten.

BIG direkt gesund und IFK fordern anhand dieser Ergebnisse jetzt den Gesetzgeber dazu auf, einen Schritt weiter zu gehen und Modellvorhaben zum Direktzugang in der Physiotherapie im Rahmen des SGB V zu ermöglichen.

Die Steigerung der gesellschaftlichen Anerkennung, die Stärkung der Berufsrolle in der Physiotherapie und die nachhaltige Sicherstellung der Patientenversorgung werden nicht allein mit monetärer Zuwendung erreicht, sondern auch durch die Weiterentwicklung des Berufsbildes.

6. Anhang

Abb. 1 Studienablauf im Modellvorhaben



Legende

WS = Indikationsgruppe für Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzfristigem (WS1) oder prognostisch länger andauerndem (WS2) Behandlungsbedarf

EX = Indikationsgruppe für Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der unteren Extremitäten und des Beckens mit prognostisch kurzzeitigem (EX1), prognostisch mittelfristigem (EX2) prognostisch längerem (EX3) Behandlungsbedarf

WL = Westfalen-Lippe

B = Berlin

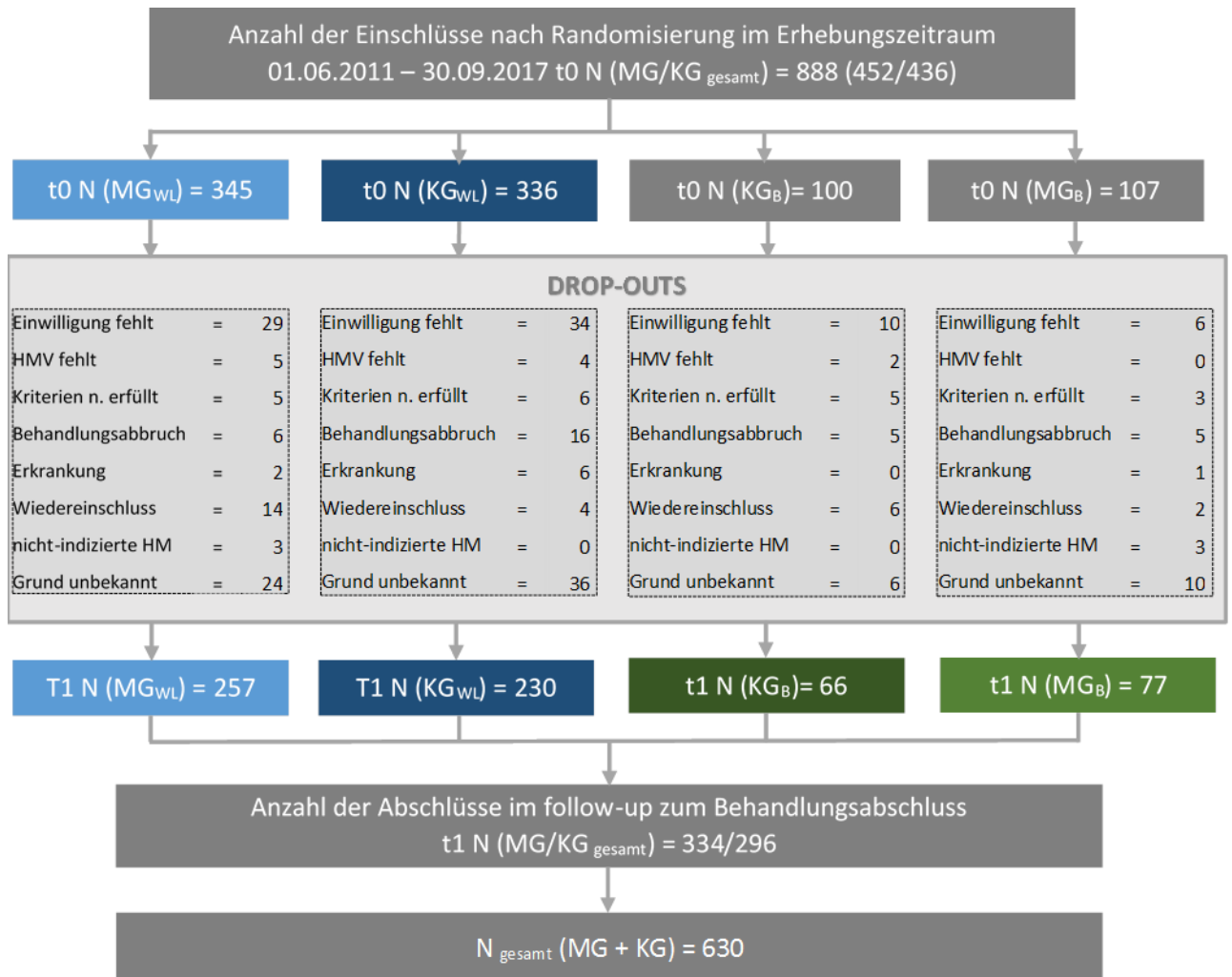
P = Praxis

t0 = Anfangsbefund Baseline

t1 = Endbefund Zeitpunkt des follow-up

N = Anzahl

Abb. 2 Ein- und Ausschlussstatistik



Legende

- MG = Modellgruppe
- KG = Kontrollgruppe
- WL = Westfalen-Lippe
- B = Berlin
- t0 = Anfangsbefund Baseline
- HMV = Heilmittelverordnung
- n. = nicht
- HM = Heilmittel
- t1 = Endbefund Zeitpunkt des follow-up
- N = Anzahl

Tab. 1 Drop-out-Analyse

Drop-out-Quote	N_{gesamt} = 259	29%
Dominierende Gründe	Einwilligungserklärung fehlt (N _{drop-out} =79), Grund unbekannt (N _{drop-out} =76)	
Unterschiede in der Verteilung	MG= 118 (26%)/ KG = 140 (32%); p=.049*	
Subgruppenanalyse	N=154 (bekannte t0 Daten)	
mindestens. p<.05*	↗ uEX; ↘ Lebensqualität, ↘ Funktion RMDQ	
n.s.	Alter, Geschlecht, Erwerbstatus, Schmerz, EuroQol, BPS, LEFS	

Tab. 2 Soziodemografische Merkmale

	N_{gesamt} = 630	MG = 334	KG= 296	Teststatistik
Alter (MW/SD)	MW 48.8 ± 11.9	48.4 ± 12.3	49.2 ± 11.6	n.s.
Geschlecht (m) N (%)	221 (35%)	107 (32%)	114 (39%)	
Geschlecht (w) N (%)	406 (64%)	224 (68 %)	182 (62%)	
Keine Angabe N (%)	3 (1%)	3 (1%)	0 (0%)	
Erwerbstätig N (%)	462 (73%)	242 (74%)	220 (75%)	

Tab. 3 Indikationsgruppen

Indikationsgruppe	N_{gesamt} = 630	MG = 334	KG= 296	Teststatistik
Wirbelsäule (WS) N (%)	537 (85%)	283 (85%)	254 (86%)	n.s.
untere Extremität (uEX) N (%)	93 (15%)	51 (15%)	42 (14%)	

Tab. 4 Krankheitsbezogene Indikatoren zu t0

t0 vor Beginn der Behandlung	N_{gesamt} = 630	MG = 334	KG= 296	Teststatistik
VAS Schmerz (MW ± SD) (1-100; 1 = keine Schmerzen)	54.1 ± 21.5	53.9 ± 21.7	54.3 ± 21.3	n.s.
EuroQuol-5D (MW ± SD) (5-15; 5 = keine Einschränkung)	7.7 ± 1.5	7.6 ± 1.5	7.8 ± 1.5	n.s.
VAS Gesundheitszustand (MW ± SD) (1-100; 1 = schlechtester Zustand)	56.1 ± 19.1	56.1 ± 19.5	56.1 ± 18.7	n.s.
Funktion (WS)	N_{WS gesamt} = 537	MG = 283	KG = 254	
BPS (MW ± SD) (0-15; 0 = keine Einschränkung)	3.3 ± 3.2	3.4 ± 3.3	3.2 ± 3.1	n.s.
RMDQ (MW ± SD) (0-24; 0 = keine Einschränkung)	7.0 ± 4.4	6.8 ± 4.2	7.1 ± 4.6	n.s.
Funktion (uEX)	N_{uEX gesamt} = 95	MG = n=51	KG = 44	
LEFS (MW ± SD) (0-80; 0 = hohe Einschränkung)	47.0 ± 16.4	46.2 ± 17.1	47.2 ± 15.8	n.s.

VAS = Visuelle Analogskala; EuroQuol-5D = Lebensqualität;
 BPS = Back Performance Scale; RMDQ = Roland and Morris Disability Questionnaire;
 LEFS = Lower Extremity Functional Scale;
 Teststatistik prüft Vergleichbarkeit und Unterschiede in der Verteilung zwischen MG und KG.

Tab. 5 Verteilung der Indikationsgruppen

Wirbelsäule	N _{WS gesamt} = 537	MG = 283	KG = 254	Teststatistik
WS 1 N (%)	256 (41%)	138 (41%)	118 (40%)	n.s.
WS 2 N (%)	281 (45%)	145 (43%)	136 (46%)	
untere Extremitäten	N _{uEX gesamt} = 95	MG = n=51	KG = 44	
EX 1 N (%)	32 (5%)	17 (5%)	15 (5%)	
EX 2 N (%)	49 (8%)	28 (8%)	21 (7%)	
EX 3 N (%)	12 (2%)	6 (2%)	6 (2%)	

Tab. 6 Art der Heilmittel nach Heilmittelkatalog: Anwendungshäufigkeit (bezogen auf Patientenanteile)

	N _{gesamt}	MG	KG	Teststatistik
Allgemeine Krankengymnastik N (%)	461 (73.2%)	239 (71.6%)	222 (75.0%)	n.s.
Manuelle Therapie N (%)	140 (22.6%)	75 (23.1%)	65 (22%)	p=.000***
Andere Heilmittel N (%)	40 (6.5%)	23 (7.1%)	17 (5.8%)	p=.000***

Tab. 6a Art der Heilmittel nach Heilmittelkatalog: durchschnittliche Anzahl Anwendungen

	N _{gesamt}	MG	KG	Teststatistik
Allgemeine Krankengymnastik MW± SD	8.1 ± 10.0	6.8 ± 7.2	9.7 ± 12.2	p=.000***
Manuelle Therapie MW± SD	3.9 ± 6.0	4.9 ± 5.8	2.8 ± 6.0	p=.000***
Andere Heilmittel MW± SD	3.2 ± 6.6	4.1 ± 5.9	2.2 ± 7.1	p=.000***

Tab. 7 Vergleiche krankheitsbezogene Indikatoren von t0 auf t1 für gesamte Stichprobe

N _{gesamt} = 630	t0	t1	Differenz	Teststatistik
VAS Schmerz (MW ± SD)	54.1 ± 21.5	37.4 ± 25.6	-16.7 ± 27.7	p=.000***
VAS Gesundheitszustand (MW ± SD)	56.1 ± 19.1	69.4 ± 19.4	+13.4 ± 22.2	P=.000***
EuroQol-5D (MW ± SD) Summenscore	7.7 ± 1.5	6.8 ± 1.4	-0.88 ± 1.37	p=.000***
EuroQol Veränderung Gesundheits-zustand 12 Monate (n (%)) „besser“	83 (13%)	343 (54%)	+ 260 (41%)	p=.000***
N _{WS gesamt} = 537 BPS (MW ± SD)	3.3 ± 3.2	2.3 ± 2.5	-1.0 ± 2.5	p=.000***
N _{WS gesamt} = 537 RMDQ (MW ± SD)	7.0 ± 4.4	4.6 ± 4.2	-2.4 ± 3.8	p=.000***
N _{uEX gesamt} = 93 LEFS (MW ± SD)	47.0 ± 16.4	59.0 ± 15.0	+12.1 ± 14.2	p=.000***

Tab. 8 Vergleiche krankheitsbezogene Indikatoren zwischen MG und KG zu t1

Krankheitsbezogene Indikatoren	MG = 334	KG = 296	Teststatistik
VAS Schmerz (MW ± SD)	36.7 ± 25.5	38.1 ± 25.6	n.s.
EuroQol-5D Beweglichkeit/Mobilität (MW ± SD)	1.26 ± 0.43	1.26 ± 0.44	n.s.
EuroQol-5D Autonomie (MW ± SD)	1.05 ± 0.22	1.07 ± 0.27	n.s.
EuroQol-5D Allgemeine Tätigkeiten (MW ± SD)	1.35 ± 0.48	1.44 ± 0.51	p=.036*
EuroQol-5D Schmerz/Beschwerden (MW ± SD)	1.84 ± 0.47	1.94 ± 0.44	p=.004**
EuroQol-5D Angst/Niedergeschlagenheit (MW ± SD)	1.24 ± 0.47	1.23 ± 0.47	n.s.
EuroQol-5D Summenscore (MW ± SD)	6.75 ± 1.40	6.94 ± 1.46	n.s.
EuroQol Veränderung Gesundheitszustand 12 Monate Auswahl: „besser“(n (%))	187 (56.0%)	155 (52.4%)	n.s.
VAS Gesundheitszustand (MW ± SD)	69.7 ± 19.5	69.1 ± 19.4	n.s.
N _{WS gesamt} = 537 BPS (MW ± SD)	2.3 ± 2.5	2.3 ± 2.5	n.s.
N _{WS gesamt} = 537 RMDQ (MW ± SD)	4.3 ± 3.9	4.9 ± 4.5	n.s.
N _{uEX gesamt} = 93 LEFS (MW ± SD)	59.7 ± 15.7	58.2 ± 14.3	n.s.

Tab. 9 Zufriedenheit mit der Behandlung nach t1

t1	N _{gesamt} = 630	MG =334	KG = 296	Teststatistik
ZUF-8 (MW ± SD) (8-32; 8 = geringe Zufriedenheit)	29.4 ± 3.1	29.6 ± 2.9	29.2 ± 3.2	n.s.

Tab. 10 Behandlungseinheiten und Behandlungsdauer nach t1

t1	N _{gesamt} = 630	MG =334	KG = 296	Teststatistik
Behandlungseinheiten (MW ± SD)	15.2 ± 13.1	15.8 ± 10.6	14.7 ± 15.4	n.s.
Behandlungsdauer in Wochen (MW ± SD)	10.7 ± 9.9	9.7 ± 13.2	11.8 ± 5.4	p=.011*

Tab. 11 Behandlungsmenge der Heilmittel

Auswahl Heilmittel	Durchschnittliche Behandlungsmenge bei Wahl des Heilmittels (Auswahl p<05*)		
	KG	MG	Teststatistik
Allgem. KG	12.9 ± 12.5 (n=222)	9.4 ± 6.9 (n=239)	p=.000***
MT	11.5 ± 7.0 (n=72)	8.6 ± 5.2 (n=191)	p=.002**
WT Fango	15.7 ± 15.9 (n=25)	8.5 ± 6.5 (n=76)	p=.035*
WT Heißluft	6.8 ± 1.8 (n=5)	3.9 ± 2.2 (n=23)	p=.011*
Traktionsbehandlung	11.0 (n=1)	3.7 ± 2.3 (n=9)	p=.016*

Tab. 12 Heilmittelkosten im Behandlungszeitraum

Kosten in EUR	N _{gesamt} = 630	MG =334	KG = 296	Teststatistik
Heilmittelkosten (MW ± SD)	215.68 ± 168.54	221.03 ± 137.71	209.64 ± 197.71	n.s.

Tab. 13 Heilmittelkosten nach Indikationsgruppe im Behandlungszeitraum

Indikationsgruppe und Heilmittelkosten	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Teststatistik
WS 1 N = 256 (MW ± SD)	204.9 ± 113.1 (n = 138)	179.7 ± 142.0 (n = 118)	n.s.
WS 2 N = 281 (MW ± SD)	226.5 ± 151.2 (n = 145)	222.6 ± 206.5 (n = 136)	n.s.
EX 1 N = 32 (MW ± SD)	234.8 ± 142.8 (n = 17)	241.9 ± 377.1 (n = 15)	n.s.
EX 2 N = 49 (MW ± SD)	245.7 ± 152.1 (n = 28)	250.9 ± 223.5 (n = 21)	n.s.
EX 3 N = 12 (MW ± SD)	303.1 ± 209.4 (n = 6)	278.9 ± 209.3 (n = 6)	n.s.

Tab. 14 Heilmittelkosten und Abschlussrate im Verlauf von drei, sechs und zwölf Monaten

Heilmittelkosten (EUR)	Modellgruppe (n=289)	Kontrollgruppe (n=275)	Teststatistik
3-Monate ab Behandlungsbeginn (MW ± SD)	232.96 ± 144.65	198.19 ± 124.07	p=.002**
6-Monate ab Behandlungsbeginn (MW ± SD)	265.83 ± 178.16	245.33 ± 189.33	n.s.
12-Monate ab Behandlungsbeginn (MW ± SD)	344.83 ± 266.70	302.61 ± 249.73	n.s.
Abschlussrate 3-Monate ab Behandlungsbeginn %	76%	72%	n.s.
Abschlussrate 6-Monate ab Behandlungsbeginn %	99%	93%	p=.000***
Abschlussrate 12-Monate ab Behandlungsbeginn %	100%	98%	p=.005**

Tab. 15 Kosten für ärztliche Leistungen im Verlauf von drei, sechs und zwölf Monaten

Kosten Medizinische Leistungen (EUR)	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Teststatistik
Behandlungszeitraum (MW ± SD)	55.86 ± 84.39 (n=316)	78.37 ± 116.50 (n=280)	p=.008**
3-Monate ab Behandlung (MW ± SD)	70.13 ± 87.78 (n=316)	70.99 ± 81.54 (n=280)	n.s.
6-Monate ab Behandlung (MW ± SD)	126.14 ± 133.17 (n=312)	129.63 ± 132.94 (n=277)	n.s.
12-Monate ab Behandlung (MW ± SD)	226.82 ± 196.83 (n=303)	210.75 ± 185.19 (n=269)	n.s.

Tab. 16 Kosten für Arzneimittel im Verlauf von drei, sechs und zwölf Monate

Kosten Arzneimittel (EUR)	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Teststatistik
Behandlungszeitraum (MW ± SD)	9.42 ± 51.23 (n=329)	7.39 ± 27.41 (n=292)	n.s.
3-Monate ab Behandlung (MW ± SD)	11.53 ± 69.33 (n=329)	7.64 ± 36.58 (n=288)	n.s.
6-Monate ab Behandlung (MW ± SD)	19.84 ± 116.57 (n=322)	14.80 ± 67.58 (n=283)	n.s.
12-Monate ab Behandlung (MW ± SD)	31.79 ± 139.41 (n=315)	25.13 ± 125.15 (n=280)	n.s.

Tab. 17 AU Zeitenvergleich in Modell- und Kontrollgruppe

Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage	Modellgruppe (MW ± SD) (n)	Kontrollgruppe (MW ± SD) (n)	Teststatistik
Behandlungszeitraum	1.94 ± 11.98 (n=330)	3.14 ± 14.48 (n=294)	n.s.
3 Monate ab Verordnungsdatum	2.28 ± 13.40 (n=330)	3.24 ± 16.06 (n=290)	n.s.
6 Monate ab Verordnungsdatum	4.27 ± 21.56 (n=323)	5.86 ± 25.85 (n=283)	n.s.
12 Monate ab Verordnungsdatum	10.56 ± 41.54 (n=310)	10.99 ± 42.78 (n=271)	n.s.

Tab. 18 Gesamtkostenbetrachtung (Heilmittel, Arztkosten, Arzneimittel) im Verlauf

Gesamtkosten HeiMi, AM, AK	Modellgruppe (MW ± SD) (n)	Kontrollgruppe (MW ± SD) (n)	Teststatistik
Behandlungszeitraum	284.55 ± 181.60 (n=316)	296.60 ± 274.54 (n=280)	n.s.
3 Monate ab Behandlung	312.42 ± 196.78 (n=284)	278.48 ± 158.65 (n=266)	p=.026*
6 Monate ab Behandlung	412.12 ± 270.64 (n=280)	391.90 ± 252.20 (n=263)	n.s.
12 Monate ab Behandlung	611.21 ± 423.83 (n=272)	540.23 ± 356.52 (n=255)	p=.039*

Tab. 19 Analyse Zusammenhänge Heilmittelkosten

	Tiefe Kosten ≤ 135.63 EUR (n=211)	Mittlere Kosten 135.64 - 226.50 EUR (n=209)	Hohe Kosten ≥ 226.51 EUR (n=210)	Test- statistik
Alter MW ± SD	48.4 ± 12.1 (18-80)	48.6 ± 11.7 (19-75)	49.3 ± 12.0 (18-77)	r=.019 p=.638
Geschlecht (m) / (w) in %	(35%) / (65%)	(34%) / (66%)	(37%) / (63%)	χ ² =.289 p=.866
Erwerbstätigkeit				
erwerbstätig	166 (80%)	150 (74%)	146 (70%)	χ ² =6.350 p=.042*
nicht erwerbstätig	41 (20%)	54 (27%)	64 (31%)	
VAS Schmerz zu t0 MW ± SD (0-100)	53.5 ± 22.6 (0-100)	53.5 ± 20.3 (0-100)	55.3 ± 21.5 (0-100)	r=-.021 p=.604
EuroQoI-5D zu t0 MW ± SD (5-15; 5 = keine Einschränkung)	7.5 ± 1.4 (5-13)	7.7 ± 1.4 (5-13)	8.0 ± 1.6 (5-14)	r=.127 p=.001**
VAS Euro QoI zu t0 MW ± SD (1-100; 1 = schlechtester Zustand)	58.9 ± 19.3 (10-100)	55.8 ± 18.6 (3-91)	53.5 ± 19.1 (0-100)	r=-.112 p=.005**
Funktion WS : BPS MW ± SD (0-15; 0 = keine Einschränkung)	3.1 ± 3.1 (0-13) (n=185)	3.3 ± 3.2 (0-14) (n=178)	3.6 ± 3.4 (0-14) (n=174)	r=.059 p=.172
RMDQ MW ± SD (0-24; 0 = keine Einschränkung)	6.3 ± 3.9 (0-22) (n=185)	6.8 ± 3.9 (0-20) (n=178)	7.9 ± 5.2 (0-22) (n=174)	r=.112 p=.009**
LEFS MW ± SD (0-80; 0 = hohe Einschränkung)	55.7 ± 15.0 (30-77) (n=30)	43.6 ± 16.3 (6-76) (n=31)	43.5 ± 15.5 (16-77) (n=36)	r=-.254 p=.014*

Legende: VAS = Visuelle Analogskala; BPS = Back Performance Scale; RMDQ = Roland and Morris Disability Questionnaire; LEFS = Lower Extremity Functional Scale; Die Teststatistik prüft Vergleichbarkeit und das Maß auf Unterschiede in der Verteilung der Patienten in der Kontroll- und Modellgruppe hinsichtlich der krankheitsbezogenen Indikatoren bei Behandlungsbeginn. r = Spearman-Rho

Tab. 20 Analyse Zusammenhänge Kosten ärztliche Leistungen

	Tiefe Kosten ≤ 112.60 EUR (n=190)	Mittlere Kosten 112.61 – 243.50 EUR (n=191)	Hohe Kosten ≥ 243.51 EUR (n=191)	Teststatistik
Alter MW ± SD	46.5 ± 12.4 (18-79)	48.7 ± 12.1 (19-80)	51.8 ± 10.7 (21-76)	r=.180 p=.000***
Geschlecht				
männlich	76 (40%)	68 (36%)	61 (32%)	$\chi^2=2.981$ p=.225
weiblich	112 (60%)	123 (64%)	130 (68%)	
Erwerbstätigkeit				
erwerbstätig	146 (77%)	145 (77%)	127 (67%)	$\chi^2=6.981$ p=.030*
nicht erwerbstätig	43 (23%)	43 (23%)	63 (33%)	
VAS Schmerz zu t0 MW ± SD (0-100)	52.7 ± 22.1 (0-100)	52.3 ± 22.6 (0-100)	57.0 ± 19.7 (0-100)	r=.082 p=.049*
EuroQoI-5D zu t0 MW ± SD (5-15; 5 = keine Einschränkung)	7.5 ± 1.4 (5-12)	7.6 ± 1.5 (5-14)	8.0 ± 1.5 (5-13)	r=.160 p=.000**
VAS Euro QoI zu t0 MW ± SD (1-100; 1 = schlechtester Gesundheitszustand)	57.8 ± 19.1 (0-100)	58.7 ± 19.5 (2-100)	52.3 ± 18.6 (3-90)	r=-.118 p=.005**
Funktion WS : BPS MW ± SD (0-15; 0 = keine Einschränkung)	2.9 ± 2.9 (0-13) (n=164)	3.1 ± 3.1 (0-14) (n=168)	4.1 ± 3.6 (0-14) (n=156)	r=.139 p=.002**
RMDQ MW ± SD (0-24; 0 = keine Einschränkung)	6.6 ± 4.1 (0-20) (n=164)	6.3 ± 4.0 (0-22) (n=168)	8.2 ± 5.1 (0-22) (n=156)	r=.128 p=.005**
LEFS MW ± SD (0-80; 0 = hohe Einschränkung)	50.4 ± 17.0 (6-77) (n=26)	48.9 ± 16.3 (25-77) (n=23)	42.9 ± 16.6 (11-76) (n=35)	r=-.188 p=.086
Legende: VAS = Visuelle Analogskala; BPS = Back Performance Scale; RMDQ = Roland and Morris Disability Questionnaire; LEFS = Lower Extremity Functional Scale; Die Teststatistik prüft Vergleichbarkeit und das Maß auf Unterschiede in der Verteilung der Patienten in der Kontroll- und Modellgruppe hinsichtlich der krankheitsbezogenen Indikatoren bei Behandlungsbeginn. r = Spearman-Rho				

Tab. 21 Vergleich DA - Gruppe Soziodemografie und krankheitsbezogene Indikatoren

	fiktive DA-Gruppe PT-Kosten < 3 Monate (n=328)	Patienten mit PT- Kosten > 3 Monate (n=251)	Teststatistik
Soziodemografie			
Alter (MW ± SD)	48.3 ± 12.2	49.7 ± 11.4	T=-1.455, p=.146
Geschlecht (n (%)) männlich / weiblich	120 (37%) /206 (63%)	87 (35%) /164 (65%)	$\chi^2=.285$, p.594
Erwerbstätigkeit (n (%)) Erwerbstätig / nicht erwerbstätig	252 (78%) /72 (22%)	177 (72%) /70 (28%)	$\chi^2=2.808$, p=.094
Krankheitsbezogene Indikatoren – Behandlungsbeginn			
VAS Schmerz (MW ± SD) (0-100)	52.9 ± 21.6	54.4 ± 20.8	T=-.868, p=.386
EuroQol-5D (MW ± SD) (5-15; 5 = keine Einschränkung)	7.5 ± 1.4	7.9 ± 1.5	T=-2.825, p=.005**
VAS Euro Qol (MW ± SD) (1-100; 1 = schlechtester Gesundheitszustand)	58.1 ± 19.0	53.7 ± 18.2	T=2.779, p=.006**
Funktion WS: BPS (MW ± SD) (0-15; 0 = keine Einschränkung)	3.2 ± 3.2 (n=278)	3.4 ± 3.1 (n=217)	T=-.490, p=.624
Funktion WS: RMDQ (MW ± SD) (0-24; 0 = keine Einschränkung)	6.9 ± 4.2 (n=278)	7.0 ± 4.5 (n=217)	T=-.343, p=.732
Funktion EX: LEFS (MW ± SD) (0-80; 0 = hohe Einschränkung)	48.1 ± 16.9 (n=50)	43.7 ± 16.0 (n=34)	T=1.183, p=.240
Krankheitsbezogene Indikatoren – Behandlungsende			
VAS Schmerz (MW ± SD) (0-100)	36.2 ± 25.4	38.4 ± 25.7	T=-1.039, p=.299
EuroQol-5D (MW ± SD) (5-15; 5 = keine Einschränkung)	6.7 ± 1.3	7.0 ± 1.5	T=-2.532, p=.012*
VAS Euro Qol (MW ± SD) (1-100; 1 = schlechtester Gesundheitszustand)	71.1 ± 19.1	67.1 ± 19.8	T=2.455, p=.014*
Funktion WS: BPS (MW ± SD) (0-15; 0 = keine Einschränkung)	2.3 ± 2.6 (n=278)	2.3 ± 2.4 (n=217)	T=.038, p=.970
Funktion WS: RMDQ (MW ± SD) (0-24; 0 = keine Einschränkung)	4.4 ± 4.0 (n=278)	4.8 ± 4.4 (n=217)	T=-1.051, p=.294
Funktion EX: LEFS (MW ± SD) (0-80; 0 = hohe Einschränkung)	58.0 ± 15.5 (n=50)	57.9 ± 15.1 (n=34)	T=.043, p=.966

Tab. 22 Vergleich DA – Gruppe Kosten

	fiktive DA-Gruppe PT- Kosten < 3 Monate (n=328)	Patienten mit PT- Kosten > 3 Monate (n=251)	Teststatistik
Kosten für medizinischen Leistungen (MW ± SD)			
Behandlungszeitraum	53.2 ± 87.4 (n=307)	84.7 ± 116.8 (n=243)	T -3.614, p=.000***
3-Monate ab Behandlungsbeginn	65.0 ± 81.9 (n=307)	80.3 ± 89.2 (n=243)	T=-2.092, p=.037*
6-Monate ab Behandlungsbeginn	107.1 ± 114.7 (n=302)	160.6 ± 149.7 (n=241)	T=-4.720, p=.000***
12-Monate ab Behandlungsbeginn	178.1 ± 164.2 (n=294)	285.9 ± 205.5 (n=233)	T=-6.528, p=.000***
Kosten für Arzneimittel (MW ± SD)			
Behandlungszeitraum	6.2 ± 44.0 (n=322)	11.4 ± 40.9 (n=250)	T=-1.443, p=.150
3-Monate ab Behandlungsbeginn	8.0 ± 64.2 (n=319)	10.7 ± 40.9 (n=250)	T=-.596, p=.552
6-Monate ab Behandlungsbeginn	13.6 ± 113.9 (n=311)	21.0 ± 63.5 (n=246)	T=-.911, p=.363
12-Monate ab Behandlungsbeginn	18.9 ± 119.6 (n=303)	38.2 ± 135.3 (n=244)	T=-1.746, p=.081