

7. Interprofessioneller
Gesundheitskongress
Dresden | 5.- 6. April 2019

 SpringerMedizin

„Ergebnisse des Modellvorhabens der BIG direkt gesund und des IFK e.V. - Implikationen für künftige Modellvorhaben zum Direktzugang zur Physiotherapie“

7. Interprofessioneller Gesundheitskongress, 06.04.2019
Dr. Andrea Mischker

Inhaltsverzeichnis

- BIG direkt gesund
- Ausgangslage
- Direktzugang in Deutschland
- Modellvorhaben - Studienablauf
- Ein- und Ausschlussstatistik
- Ergebnisse
- Zusammenfassung
- Implikationen für Modellvorhaben zum Direktzugang

BIG direkt gesund

- 1. Direktkrankenkasse in Deutschland
- Gründung 1996, Bundesinnung der Hörgeräteakustiker
- Bundesweit 415.000 Versicherte
- Rechtssitz in Berlin, Hauptverwaltung in Dortmund
- > 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- konsequente Onlineausrichtung
- digitaler Lebensstil der Kunden

Ausgangslage – Was heißt DA?

direct access (Direktzugang) DA

Synonyme: „open access“, „primary contact“, „first contact professional autonomy“, „self referral“ oder „first contact practitioner“

Def. der World Confederation of Physical Therapie (WCPT)

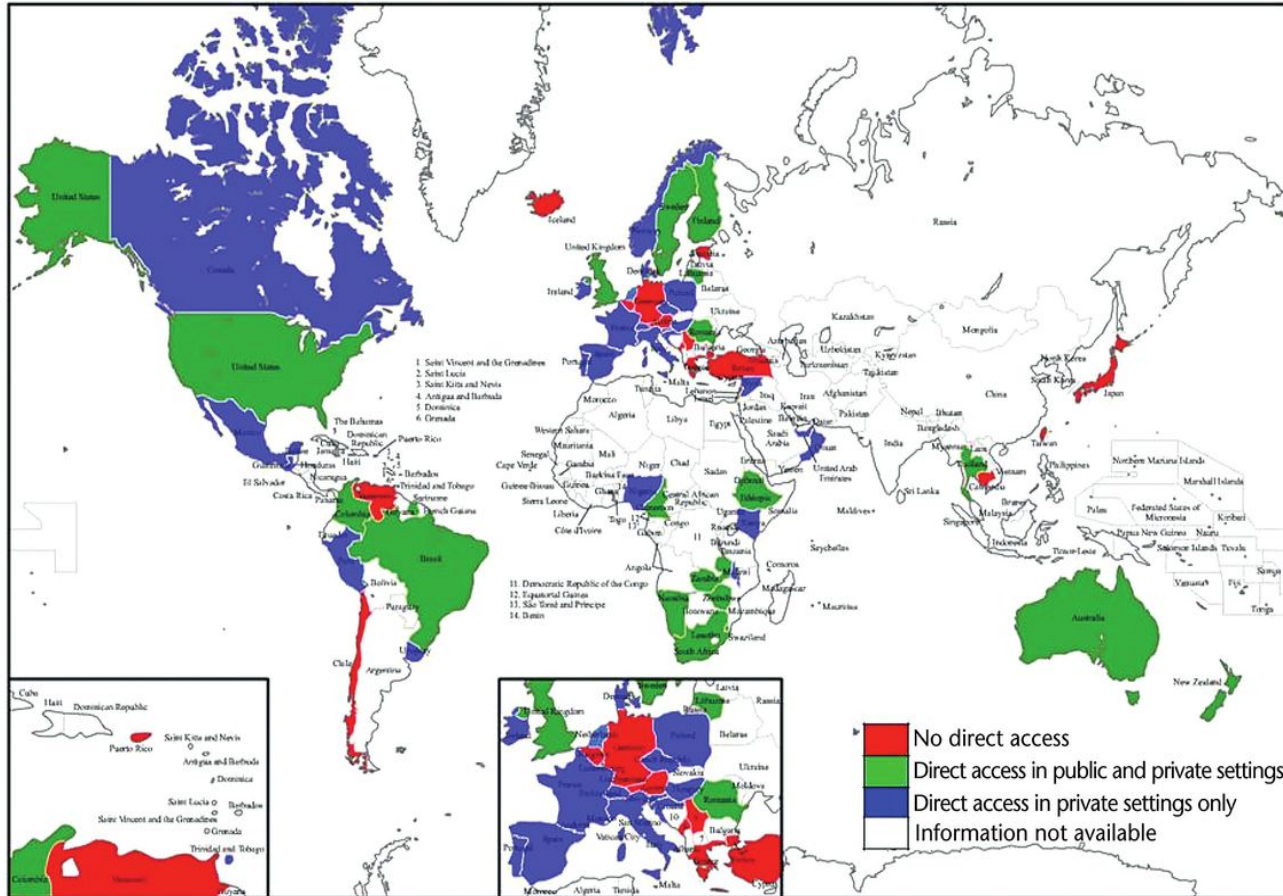
„Die Befähigung, Entscheidungen über das Management bzw. die Behandlung von Patienten auf der Grundlage der eigenen berufsspezifischen Kenntnisse und Erfahrungen zu treffen“

Scheermesser in Huber et al., 2011:219.

Ausgangslage – Wer hat den DA?

Appendix.

Global Map of Direct Access and Self-Referral⁹



DA in 40 Ländern, davon in 19 Ländern sowohl in der öffentlichen als auch privaten Gesundheitsversorgung (vgl. Bury et al. 2012)

⁹ Those countries not colored either did not respond to the survey or do not have a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) member organization.

Ausgangslage – Was bringt der DA?

- 👍 Patientenzufriedenheit, Zugang zur Versorgung
- 👎 Wartezeiten, Kosten (Arzt/ AM/ Bildgebung)
- 👍 effektive Behandlungsergebnisse
- 👍 nachgewiesene Patientensicherheit
- 👍 Compliance, Behandlungsabschlüsse
- 👍 volkswirtschaftlicher Nutzen AU-Zeiten
- 👍 Autonomie für PT, Booster zur Akademisierung

Direktzugang in Deutschland

2007 SVR Gutachten

- Entlastungsstrukturen für Ärzte schaffen
- mehr Kompetenzen für nichtärztliche Berufsgruppen durch Modellvorhaben
- Ziel: direkter Zugang für gesetzlich Versicherte
- Effizienzreserven erschließen und nicht ärztliche Professionen aufwerten

Direktzugang in Deutschland

2008 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

- Einführung des § 63 Abs. 3b SGB V Modellvorhaben
- „Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes können die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen.
- Arztvorbehalt § 15 Abs. 1 SGB V ist nicht aufgehoben
- Arzt stellt die weiterhin die Diagnose und verordnet Leistungen zur Physiotherapie
- PT bleibt an den Heilmittelkatalog gebunden

- Delegationsmodell – kein DA

Direktzugang in Deutschland

2009 Bundesverwaltungsgerichtsurteile

- BVerwG, Urteil vom 26.08.2009 – Az. 3 C 19.08 – Umfang Heilpraktikererlaubnis

„der, der Heilkunde ausübt, muss über eine Heilpraktikererlaubnis verfügen oder Arzt sein. Alle Behandlungen dürften von diesen beiden Personenkreisen unter Berücksichtigung weiterer konkreter Normen ausgeführt werden und dürften auch von diesen verordnet werden“

- Einführung des DA mittels sHP
- CAVE: DA für Selbstzahler und privat Versicherte

Direktzugang in Deutschland

2016 GMK Konferenz

- Beschluss TOP: 6.3 Modellvorhaben zur Erprobung der Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch Gesundheitsfachberufe – Substitution

2017 Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

- aus § 63 Abs. 3b SGB V wird § 64d Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung, Delegationsmodell, Erstreckung auf Landesverbände, alle Bundesländer

Direktzugang in Deutschland

2018 SVR Gutachten

- 1172 ff. Plädoyer für Erprobungsmodelle zum Direktzugang!

Direktzugang in Deutschland

2019 i. P. Termin-Serviceversorgungsgesetz (TSGV)

- § 63 Abs. 3b und § 64d SGB V = gestrichen
- Einführung § 125a SGB V Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung = wie § 64d
- Kreis der Beteiligten/Inhalte wurden erweitert – GB-A legt Indikationen fest, Abweichen von den RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 (Inhalte der Verordnung), Regeln der Abrechnung, Dauer der Behandlungseinheiten und Vergütung, Richtwerte, Maßnahmen zur Mengenausweitung, Arztkommunikation

Direktzugang in Deutschland

Fazit

- „Blankverordnung“ heißt jetzt „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“ und wird zur Regelleistung
- Ebene der Delegation wird nicht verlassen.
- Erprobung des Direktzuges ist nicht erlaubt.

Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V



Forschungsfragen

Wenn der PT autonom über der Art, Menge und Frequenz der Heilmittel entscheiden darf,

1. wie effektiv (wirksam) ist die Behandlung gegenüber herkömmlichen Versorgung durch den Arzt?
2. wie effizient (teuer) ist die Behandlung gegenüber herkömmlichen Versorgung durch den Arzt?
3. wie zufrieden sind die Patienten mit der Behandlung gegenüber herkömmlichen Versorgung durch den Arzt?

Kosten für Heilmittel, Arzneimittel und Kosten für ärztliche Leistungen sowie AU Zeiten werden prospektiv für 12 Monate verfolgt

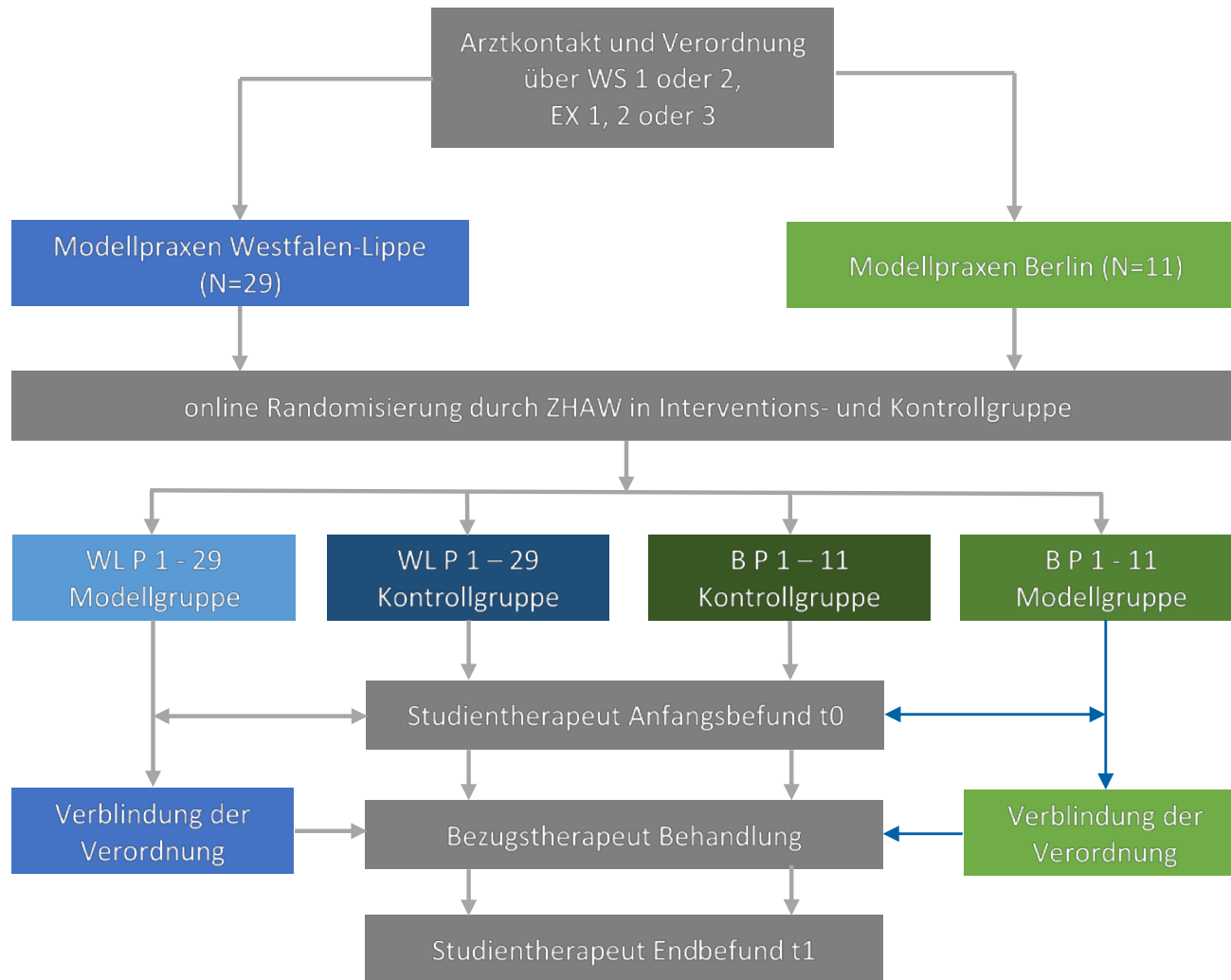
Erhebungsinstrumente

Indikations- gruppe	WS1 + WS2		EX1, EX2 + EX3	
	Baseline t0	t1	Baseline t0	t1
Outcomes				
Soziodemographie	Alter Geschlecht Tätigkeit		Alter Geschlecht Tätigkeit	
Funktion	VAS BPS	VAS BPS	VAS LEFS	VAS LEFS
Partizipation	EQ-5D-D RMDQ	EQ-5D-D RMDQ	EQ-5D-D	EQ-5D-D
Patienten- zufriedenheit		ZUF 8		ZUF 8
Behandlungs- einheiten		Anzahl Dauer Frequenz		Anzahl Dauer Frequenz
Kosten ¹		Ärztliche Leistungen Arzneimittel Physiotherapie		Ärztliche Leistungen Arzneimittel Physiotherapi
Arbeitsunfähigkeit ¹		AU-Tage		AU-Tage
Heilmittel- verordnung		Heilmittel Anzahl Frequenz Diagnose Therapieziele		Heilmittel Anzahl Frequenz Diagnose Therapieziele

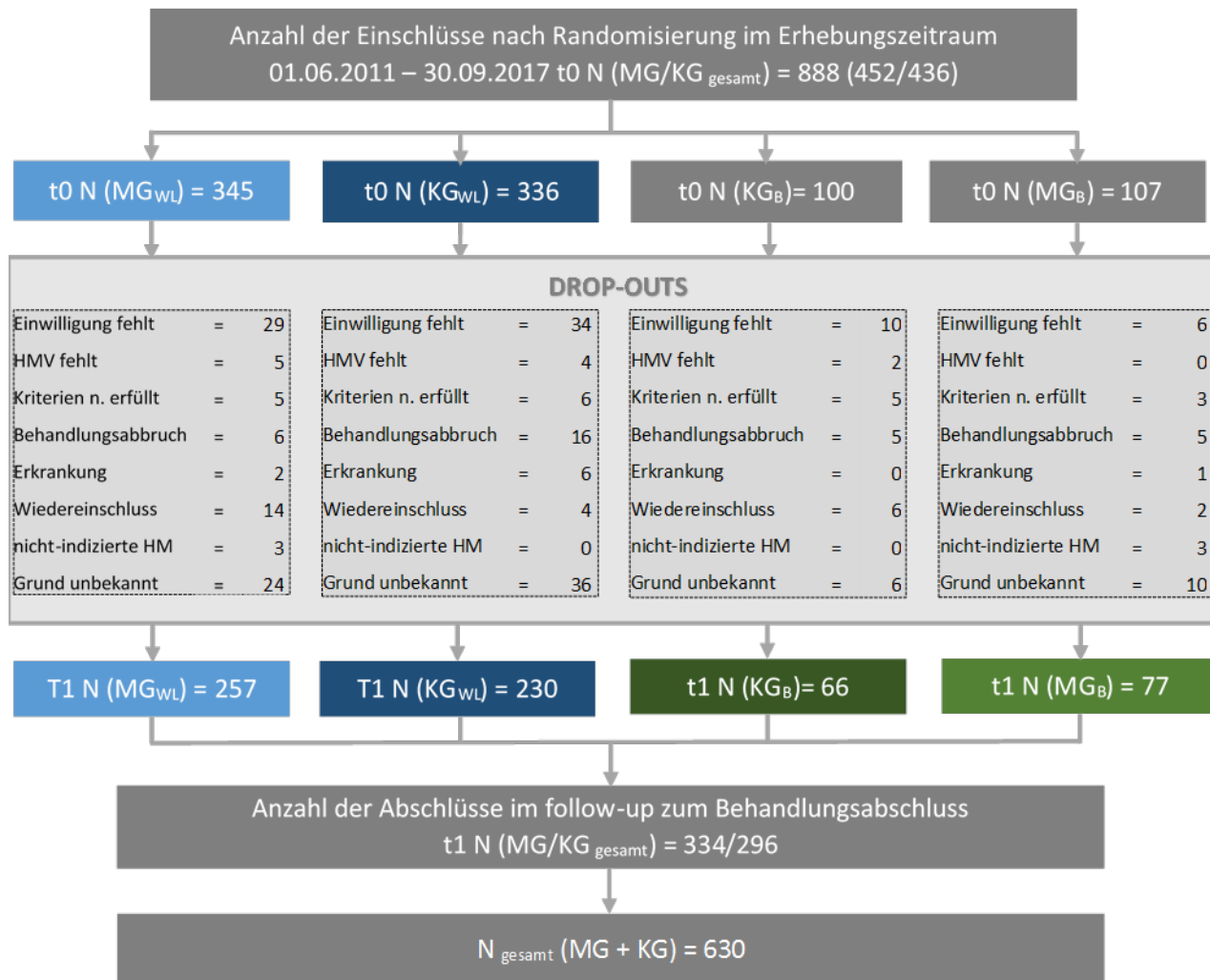
VAS = Visuelle Analogskala
 BPS = Back Performance Scale;
 RMDQ = Roland and Morris Disability Questionnaire;
 LEFS = Lower Extremity Functional Scale;
 EQ-5D-D = EuroQol-5D-D;
 ZUF-8 = Fragebogen Patientenzufriedenheit;
 AU = Arbeitsunfähigkeit

¹ untersuchte Zeiträume: Behandlungszeitraum, 3 Monate, 6 Monate und 12 Monate ab Behandlungsbeginn

RCT im Multicenter - Studienablauf



Ein- und Ausschlussstatistik



Ergebnisse - Stichprobe

- $N_{\text{gesamt}} = 630$, Fallstärke erreicht
- Alter 49 Jahre alt (MW), ♀ (64%), berufstätig (73%)
- Indikationsgruppe WS (85%) in beiden Gruppen
- prognostisch mittelfristiger Behandlungsbedarf
- 94% „KG“ und „MT“ und 6 Einheiten verordnet
- Frequenz 1 – 2 mal wöchentlich (57%),
- 36% < 2 Einheiten wöchentlich
- keine Unterschiede zwischen den Gruppen

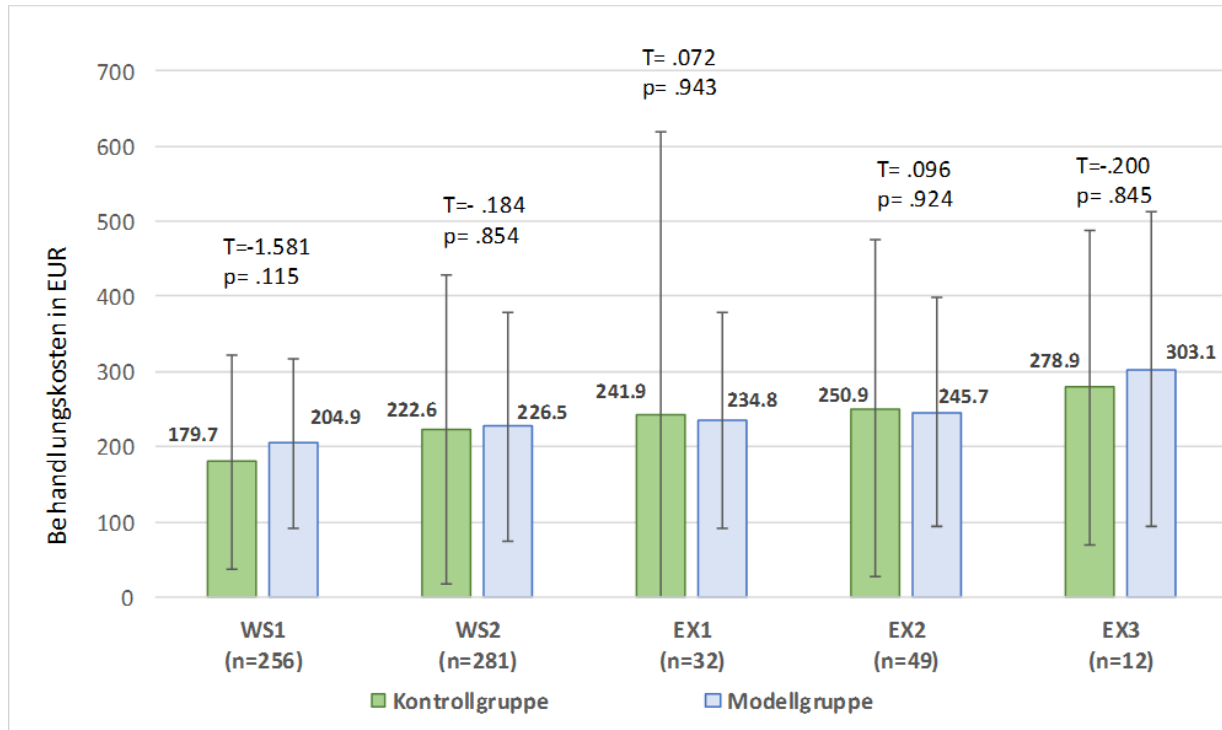
N_{gesamt} t0 auf t1 krankheitsbezogene Indikatoren

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 _{WSgesamt} = 537 BPS (MW ± SD)	3.3 ± 3.2	2.3 ± 2.5	-1.0 ± 2.5	p=.000***
N _{WSgesamt} = 537 RMDQ (MW ± SD)	7.0 ± 4.4	4.6 ± 4.2	-2.4 ± 3.8	p=.000***
N _{uEXgesamt} = 93 LEFS (MW ± SD)	47.0 ± 16.4	59.0 ± 15.0	+12.1 ± 14.2	p=.000***

Die ambulante physiotherapeutische Behandlung ist wirksam.

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.



Die Kosten im Behandlungszeitraum sind in MG und KG gleich hoch.

Behandlungseinheiten und -dauer

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*

Die Behandlungseinheiten sind in der MG vergleichbar mit der KG.

Die Behandlungsdauer ist in der MG kürzer als in der KG.

Behandlungsmenge

Auswahl Heilmittel	Durchschnittliche Behandlungsmenge bei Wahl des Heilmittels (Auswahl $p < 0.05^*$)		
	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)	$p = .016^*$

Die Behandlungsmenge der Einheiten ist in der MG geringer als in KG, es werden passive und aktive Heilmittel miteinander kombiniert.

Dieser Heilmittelmix wird bei vielen Teilnehmern in der MG verwendet.

Heilmittelkosten und Abschlussrate

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**

In der MG schließen mehr Teilnehmer die Behandlung ab.

Zufriedenheit

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.

Die Patientenzufriedenheit ist in beiden Gruppen sehr hoch.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- 👍 Behandlungsergebnisse von t0 auf t1 (effektiv)
- 👍 Behandlungsergebnisse von MG und KG (effektiv)
- 👍 Methodenmix (passiv /aktiv) in MG (effektiv)
- 👍 keine Ausweitung der Behandlungsanzahl (effizient)
- 👍 keine Ausweitung der Behandlungskosten (effizient)
- 👍 verkürzter Behandlungszeitraum in MG (effizient)
- 👋 AU-Zeiten, Arzneimittelkosten, Behandlungskosten
Wartezeit (OHNE DA nicht zu messen)
- 👋 50% der Stichprobe für DA geeignet

Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Physiotherapie wirkt!
2. Es ist unerheblich, wer die Verordnung ausstellt.
3. PT gehen verantwortlich mit ihrer neuen Rolle um.
4. PT kombinieren Heilmittel individuell, wenn sie die Möglichkeit dazu haben.

Implikationen für Modellvorhaben zum DA

1. Modellvorhaben zum Direktzugang im SGB V verankern
2. Aufhebung des Arztvorbehaltes gemäß § 15 Abs. 1 SGB V für die Dauer von Modellvorhaben zur Substitution

Implikationen für Modellvorhaben zum DA

3. Ziele von Substitutionsmodellen sollten sein:

- Nachweis von Effektivität und Effizienz der Behandlung
- Vergleich unterschiedlicher Qualifikationsniveaus
- Analyse DA affine Patientengruppen
- Patientensicherheit im DA Modell
- Wirtschaftlichkeitsmodellen
- gesundheitsökonomische Kostenanalysen
- Controlling- und Vertragsmodelle
- Evidenz für geeignete Therapiemaßnahmen schaffen

Implikationen für Modellvorhaben zum DA

Beitrag von Substitutionsmodellen:

- Attraktivität der Therapieberufe
- Ad on Zugang für Versicherte
- Therapiewissenschaften
- volkswirtschaftlicher Nutzen
(Produktionsausfallkosten 75 Mrd. EUR; Anteil Muskel-Skelett Erkrankungen 22,8% = **17,1 Mrd. EUR**; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA), Quelle DESTATIS 2016)
- Entlastung Vertragsärzte

Weitere Informationen

vollständiger Bericht von Nast et al. als pdf unter:

<https://www.big-direkt.de/de/ueber-die-big/unternehmen/engagement/modellvorhaben-physiotherapie.html>

Kontaktinformation:

andrea.mischker@big-direkt.de

0231 5557 1245