

Blankverordnung – offene Fragen

Erste Ergebnisse zu Modellvorhaben

Zwei Modellvorhaben zur Blankverordnung sind ausgewertet. Dr. Matthias Psczolla, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer Akutkliniken (ANO), kommentiert die Ergebnisse.

Die Ergebnisse zweier Modellvorhaben zur Blankverordnung auf der Basis von § 63 Abs. 3b SGB V enthalten deutliche Hinweise darauf, dass sich die Behandlungsergebnisse durch eine gezieltere Auswahl der therapeutischen Maßnahmen im Verlauf der Behandlung verbessern können. Hier war in beiden Modellvorhaben

die Verschiebung von der reinen Krankengymnastik (KG) zur „Manuellen Therapie“ (MT), die als Konzept ein breites Spektrum auch an spezifischen Ansätzen bietet, schlüssig. Wertvoll war auch die in beide Modellvorhaben integrierte Anleitung zu Eigenübungen der Patienten. Wie sich allerdings mit dem Modellvorhaben II (siehe auch Seite 23) begründen lassen soll, dass ein Direkt-

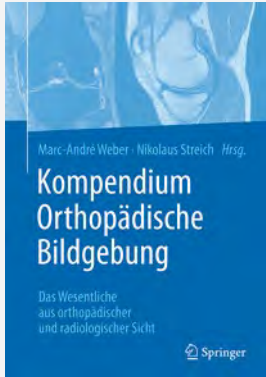
zugang zu Physiotherapeuten sinnvoll wäre, bleibt offen. Es scheint, dass die Auftraggeber dieser Studie hier eine Umdeutung der Fragestellung mit der Absicht vorgenommen haben, die Blankverordnung allein als nicht aussichtsreich darzustellen. Was die Selektion der Patienten im Hinblick auf die Eignung für einen Direktzugang betrifft, so wäre sicher ein anderes Studiendesign ziel-



© Kzenon / Fotolia (Symbolbild mit Fotomodellen)

Die aktuelle Aus- und Weiterbildung der Physiotherapeuten qualifiziert nicht zur Diagnosestellung.

DIE wesentlichen Bereiche der Bildgebung



M.-A. Weber, N. Streich (Hrsg.)
Kompendium Orthopädische Bildgebung
 Das Wesentliche aus orthopädischer und radiologischer Sicht
 2017. XIX, 472 S. Geb.
 € (D) 129,99 | € (A) 133,64 | *sFr 162,00
 ISBN 978-3-662-50524-3
 € 99,99 | *sFr 129,50
 ISBN 978-3-662-50525-0 (eBook)

- Was möchte der Orthopäde/Unfallchirurg bei der Bildgebung vom Radiologen wissen?

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20 % MwSt. für elektronische Produkte. Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Part of **SPRINGER NATURE**

springer.com/Angebot1

A38718

führender gewesen. Grundsätzlich gilt aus ärztlicher Perspektive weiterhin, dass die bestehende Aus- und Weiterbildung von Physiotherapeuten derzeit nicht geeignet ist, sie zur Stellung einer Diagnose zu qualifizieren. Das wird auch mehrheitlich von Gesundheitspolitikern so gesehen.

Auch im Hinblick auf die Kostenentwicklung werfen beide Modellvorhaben Fragen auf.

IFK bevorzugt den Direktzugang

Zum Hintergrund: Seit 2008 hat der Gesetzgeber im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes Modellvorhaben ermöglicht, die es Physiotherapeuten nach einem verpflichtenden Arztkontakt des Patienten erlauben, „Auswahl und Dauer der physikalischen Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen“ zu können. Diese Option namens „Blankorezept“ oder „Blankoverordnung“ und die begonnenen Evaluationen wurden in den letzten Jahren umfangreich zwischen DGOU, BVOU, Bun-

desärztekammer (BÄK) und den physiotherapeutischen Fachverbänden diskutiert. Dabei zeigte sich, dass sich Letztere untereinander durchaus nicht einig sind, in Bezug auf die Blankoverordnung und den Direktzugang ohne Arztkontakt zum Physiotherapeuten. So wird die Blankoverordnung vom Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK) im Grunde abgelehnt und der Direktzugang favorisiert.

DGOU, BVOU und BÄK stehen den entsprechenden Modellvorhaben generell skeptisch, aber offen gegenüber – wenn als Zielrichtung vorgesehen ist, die Patientenversorgung gemäß den gesetzlichen Vorgaben zu verbessern und die bestehenden Budgetgrenzen im Sinne der geforderten Qualitätsverbesserung zu erweitern. Nicht diskutierbar ist aus Sicht dieser ärztlichen Akteure allerdings der Arztvorbehalt für die Diagnose- und Indikationsstellung. Nicht diskutierbar ist ebenso wenig die Notwendigkeit einer guten Abstimmung zwischen den Berufsgruppen, wenn eine

Studie I: Mehr manuelle Therapie, höhere Kosten

Seit Herbst 2017 liegen Ergebnisse des ersten Modellversuchs zur Blankoverordnung vor. Initiatoren waren die Innungskrankenkasse Berlin Brandenburg (IKK BB) und der Verband Physikalische Therapie (VPT). Evaluiert hat ihn die Alice Salomon Hochschule Berlin.

- Start: Formal 2011, drei Jahre Vorbereitung und Testung. Eigentliche Studie: 2014 bis 2016.
- Modellregionen: Berlin und Brandenburg. Keine formale Unterstützung durch die dortigen Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Inhaltlicher Bezug auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, die den Indikationsgruppen WS, EX und CS im Heilmittelkatalog zugeordnet werden konnten.
- Vollständig auswertbare Befundbögen: Am Ende zu 196 Patienten aus 27 Praxen, überwiegend aus Berlin.
- Vorgehen: In teilnehmenden Praxen wurde für die relevanten Patienten die herkömmliche ärztliche Verordnung zur Blankoverordnung erklärt. Auf Grundlage der ärztlichen Diagnose trafen die Physiotherapeuten dann ihre eigenen therapeutischen Entscheidungen.

Ergebnisse: Es wurden andere Maßnahmen und Maßnahmenkombinationen eingesetzt als im Heilmittelkatalog vorgesehen. Deutlich häufiger wurde die Manuelle Therapie angewandt, in der Interventionsgruppe bei 75,2 %, in der Kontrollgruppe bei 41,4 % der Patienten. Als Folge war die Zahl der Behandlungseinheiten in der Interventionsgruppe auch dreifach höher als in der Kontrollgruppe.

Weitere Besonderheit: 97 % der Patienten nach Blankoverordnung erhielten eine Anleitung zu häuslichen Eigenübungen.

Sabine Rieser

Quelle: Dreiteilige Artikelserie im VPT Magazin,
Autorin: Prof. Jutta Rübiger, wissenschaftliche Leiterin des Modells

Therapie keine Verbesserung des Zustands bewirkt oder „Yellow/Red Flags“ den erneuten Arztkontakt eines Patienten erfordern.

DGOU, BVOU und BÄK haben zudem immer wieder darauf hingewiesen, dass ein wichtiger Aspekt bei der Blankoverordnung die geltende Budgetierung ist. Sobald eine Blankoverordnung einem Physiotherapeuten die Möglichkeit eröffnet, Art, Umfang und Dauer der vom Arzt indizierten Behandlung selbst zu bestimmen, muss folgerichtig auch die Budgetierung der jeweiligen Behandlung auf die physiotherapeutische Berufsgruppe übergehen.

Auch Fragen der Haftpflicht wären politisch und gesetzlich zu klären, bevor die Blankoverordnung nach einer Phase der Modellversuche zu einem Teil der Regelversorgung würde.

Widersprüchliche Ergebnisse aus beiden Modellvorhaben

Vor diesem Hintergrund sind die beiden Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V zu beurteilen, deren Ergebnisse im Herbst 2017 und jetzt im März 2018 veröffentlicht wurden. In beide Studien wurden Patienten mit akuten und chronischen muskuloskelettalen Erkrankungen einbezogen. Im Modellvorhaben II handelte es sich um leichte bis mittelschwere Fälle bezüglich Schmerz und Funktionseinschränkung. Die postulierte Simulation, dass die Hälfte dieser Klientel für einen Direktzugang infrage käme, wird nicht weiter unterlegt. Die diagnostischen Unterscheidungskriterien werden nicht dargelegt. Während sich die Behandlungsfrequenz der Patienten im Modellvorhaben I auf das Dreifache erhöhte und sich die Behandlungszeit mehr als verdoppelte, was in der Regelversorgung erhebliche Kosteneffekte hätte, hat sich die Behandlungsfrequenz der Patienten im Modellvorhaben II nicht verändert. Die Behandlungsdauer ging sogar deutlich nach unten.

Insgesamt widersprechen sich einige Ergebnisse beider Modellvorhaben, weshalb sich zahlreiche Fragen ergeben. Interessanterweise hat sich bei beiden Studien die Behandlungsmethode von der reinen KG weg hin zu MT verschoben, die effektiver ist, weil sie dem Behandler ein breites Spektrum bietet. Dies ist ein

Studie II: Mehr manuelle Therapie, mehr Methodenmix

Mitte März 2018 präsentierten die Krankenkasse BIG direkt gesund und der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V. (IFK) in Berlin die Ergebnisse eines Modellprojekts zur Blankoverordnung. Ausgewertet wurde es vom Institut für Physiotherapie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

— Studiendauer: 1. Juni 2011 bis 31. Dezember 2017.

— Modellregionen: Berlin und Westfalen-Lippe, Auswahl von 40 Praxen.

— Patienten mit Interesse am Modellvorhaben wurden in eine Modell- oder Kontrollgruppe eingeteilt. Die Modellgruppe erhielt physiotherapeutische Leistungen, über die der Therapeut entschied, die Kontrollgruppe physiotherapeutische Versorgung gemäß vertragsärztlicher Verordnung.

— Eingeschlossen wurden 888 Fälle, abgeschlossen 630.

— Teilnehmer: Frauen und Männer mit muskuloskelettalen Erkrankungen der unteren Körperhälfte oder der Wirbelsäule mit kurz- beziehungsweise mittelfristigem Behandlungsbedarf. Erkrankungen an der Wirbelsäule: in beiden Gruppen mit 85% am häufigsten.

Ergebnisse: Die Behandlungsqualität war in beiden Gruppen gleich hoch. Vorher-Nachher-Vergleiche: signifikante Verbesserungen im Hinblick auf Schmerzentwicklung, Lebensqualität und Funktionsfähigkeiten.

Bei den Patienten, über deren Therapie der Physiotherapeut autonom entschied, verkürzte sich die Behandlungsdauer für Patienten um etwa zwei Wochen. Mehr Teilnehmer schlossen dann auch die Behandlung ab. Autonome Physiotherapeuten verwendeten weniger allgemeine Krankengymnastik und mehr manuelle Therapie, und sie ergänzten diese mit weiteren Heilmitteln, sodass ein Mix aus aktiven und passiven Therapiemethoden entstand.

Kosten: Kaum Unterschiede bis auf die Kosten für ärztliche Leistungen.

Sabine Rieser

Quelle: Unterlagen Pressekonferenz

erfreuliches Ergebnis beider Studien, das zeigt, dass bei den für Funktionsstörungen und Schmerz gezielter einsetzbaren manualtherapeutischen Techniken die Behandlungsqualität steigt. Im Modellvorhaben II wurde hier das Gesamtergebnis zwar nicht beeinflusst, aber die Behandlungsdauer hat sich verkürzt. Auch daraus lässt sich auf positive Effekte der MT schließen. Die verlaufsadäquate Wahl des breiten therapeutischen Spektrums im Rahmen der Blankoverordnung ist auch positiv zu bewerten. Ob dadurch wirklich langfristig Kostenvorteile in der Patientenbehandlung zu erzielen sind, bleibt unklar und wäre weiter zu evaluieren. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten verkürzten sich nicht (Studie II) beziehungsweise dieser Aspekt wurde nicht weiter untersucht (Studie I).

Fazit aus ärztlicher Sicht

Aus ärztlicher Sicht thematisieren beide Ergebnisse der Modellvorhaben interes-

sante Aspekte einer von physiotherapeutischer Seite geforderten Blankoverordnung. Dass ein Direktzugang Vorteile hätte, lässt sich aus den Studien nicht ablesen. Wünschenswert wäre, die Effekte der Blankoverordnung unter der Voraussetzung des bestehenbleibenden Arztvorbehaltes in weiteren Modellvorhaben und durch gezieltere Studiendesigns auch bezüglich der Langzeitwirkung auf die Ergebnisqualität und die Kosten zu evaluieren.



Die Kommentierung in voller Länge:
www.bvou.net und www.dgou.de



Dr. Matthias Psczolla
Oberwesel
Geschäftsführer ANOA

© M. Psczolla