

**„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

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



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	Soziodemographische 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	Vergleich krankheitsbezogener 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 Monaten	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 Soziodemographie 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 nichtärztliche 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 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 96% 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 betragen 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.

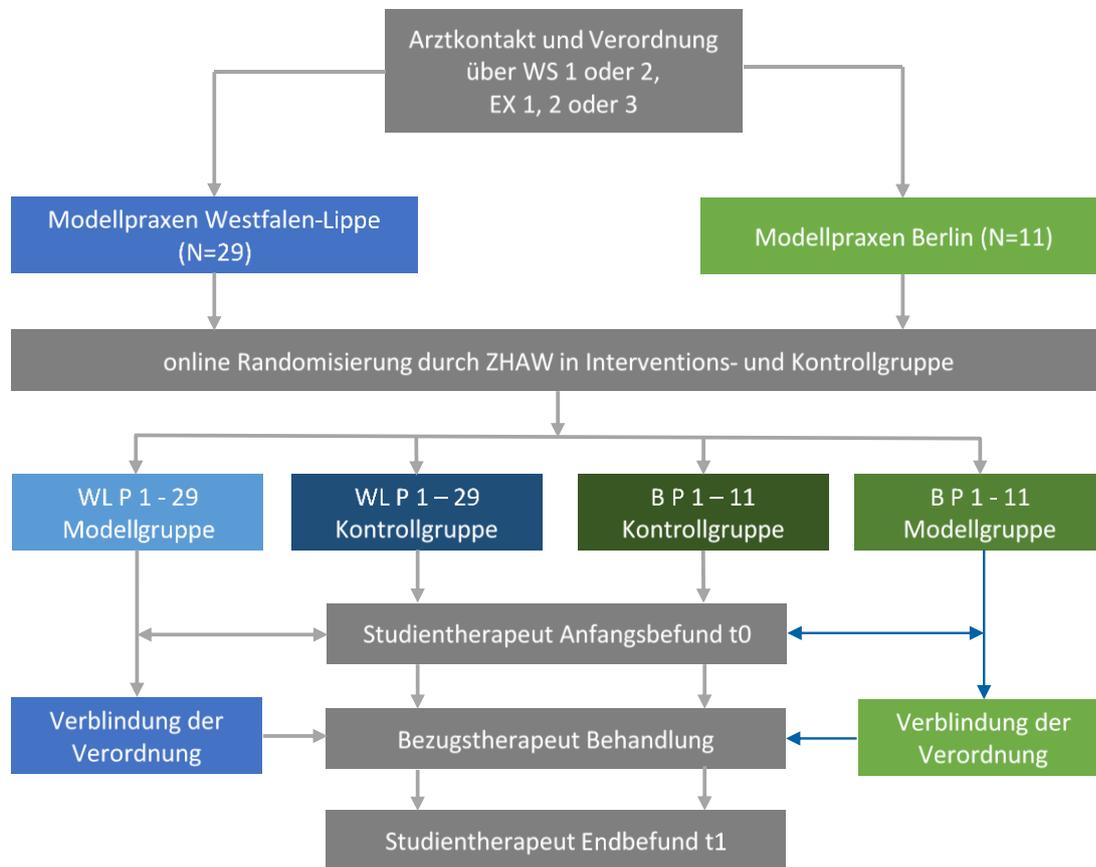
Im Simulationsmodell konnten ca. 50% Patienten identifiziert werden, die für den Direktzugang geeignet sein könnten.

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

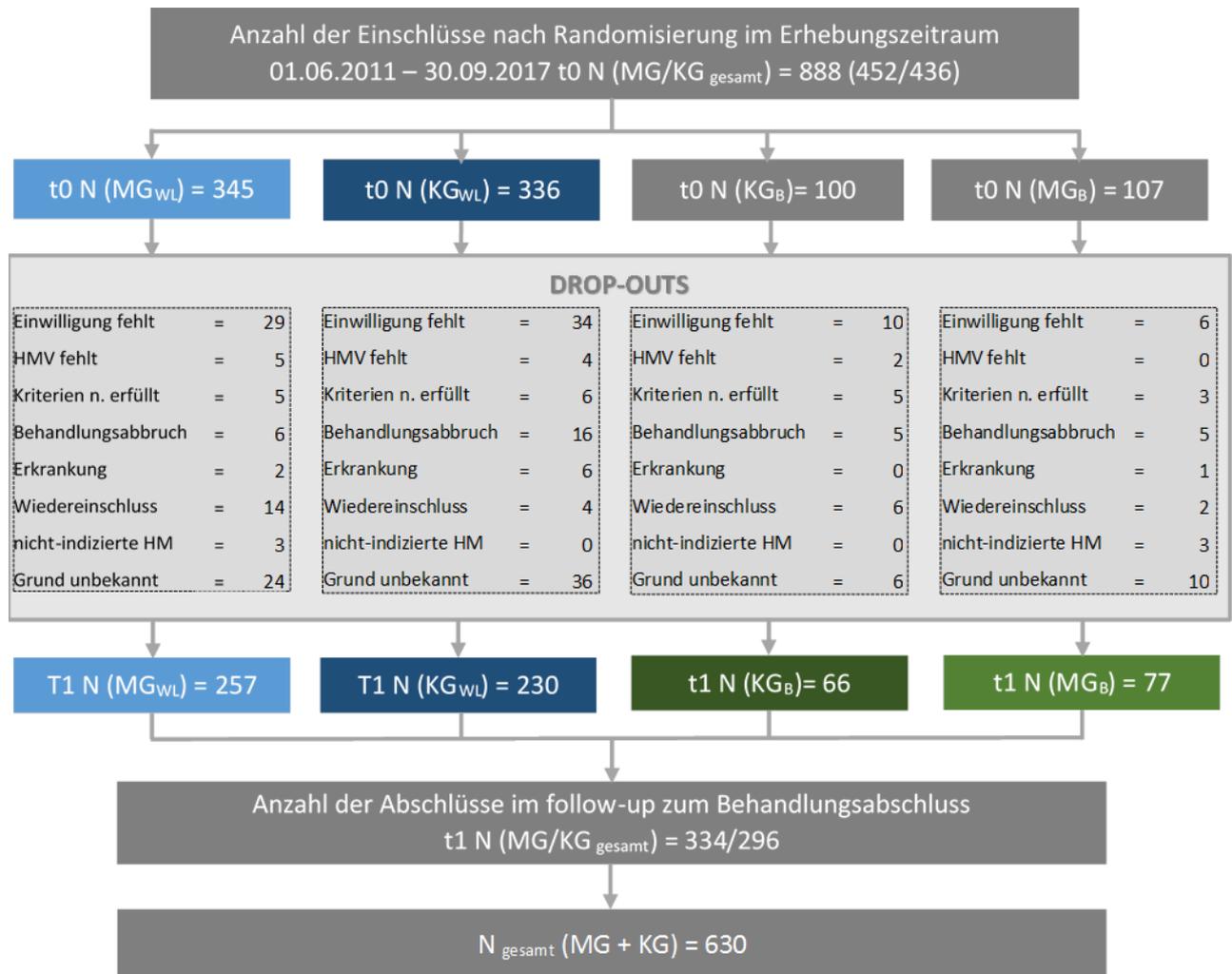
Abb. 1 Studienablauf im Modellvorhaben



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, Erwerbsstatus, Schmerz, EuroQol, BPS, LEFS	

Tab. 2 Soziodemographische 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.
EuroQol-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; EuroQol-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 Vergleich krankheitsbezogener 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***
EuroQoI-5D (MW ± SD) Summenscore	7.7 ± 1.5	6.8 ± 1.4	-0.88 ± 1.37	p=.000***
EuroQoI 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.
NWS gesamt = 537 BPS (MW ± SD)	2.3 ± 2.5	2.3 ± 2.5	n.s.
NWS gesamt = 537 RMDQ (MW ± SD)	4.3 ± 3.9	4.9 ± 4.5	n.s.
NuEX 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 Monaten

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 Funktional 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 Funktional 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