

	I-Gruppe (N = 105)		K-Gruppe (N = 404)	
	Mittelwert	Median	Mittelwert	Median
Leistungseinheiten pro Behandlungsfall	21,4	18,4	8,1	6,3
Dauer pro Behandlungsfall (in Tagen)	50,0	42,0	19,4	17,0
Kosten pro Behandlungsfall (in Euro)	270,4	237,7	97,8	90,0

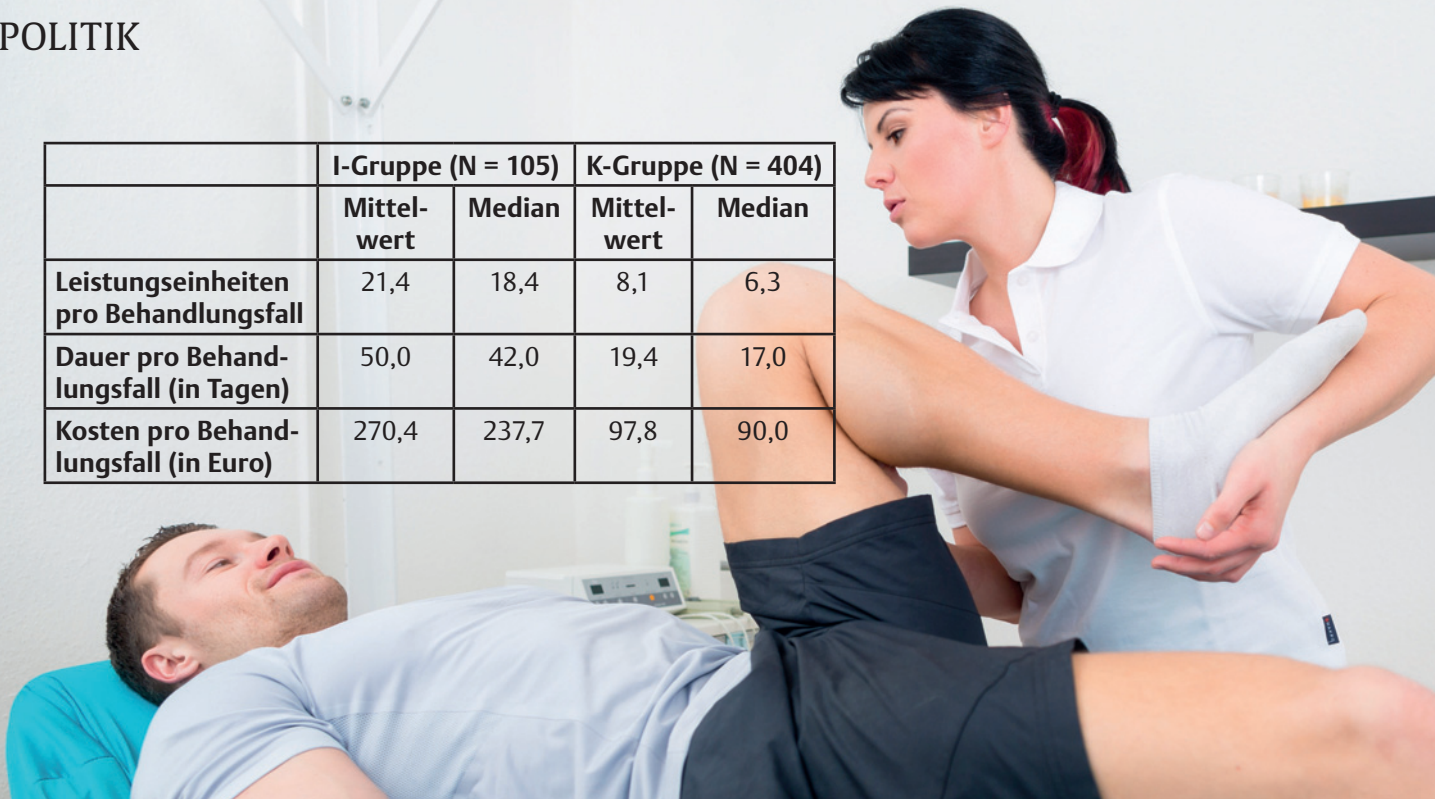


Abb. 1: Die Behandlungsmenge in der Interventionsgruppe (IG) lag mit 21,4 Einheiten pro Fall um gut das 2,5-fache höher als in der Kontrollgruppe (KG). Die Tabelle zeigt Leistungsmenge und Kosten der physiotherapeutischen Behandlung pro Behandlungsfall (Durchschnitts- und Zentralwerte).

Modell Blanko-Verordnung: Kosten-Nutzen-Betrachtung

In einer Artikelserie stellt Prof. Jutta Rübiger die **Evaluationsergebnisse** des Modellversuchs Blanko-Verordnung von VPT und IKK BB vor. Die medizinischen Effekte und die Qualitätsbewertung aus Patientensicht wurden bereits beschrieben. Nun sollen Kosten und Nutzen in Relation gesetzt werden. Die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse führt zu Empfehlungen für nachfolgende Modellversuche.

Bei der Durchführung und Evaluation des Modellprojektes haben die medizinische Wirksamkeit und die Patientenzufriedenheit im Vordergrund gestanden. Die Auswirkungen auf die Kosten waren von nachrangiger Bedeutung, wurden aber zum Teil mit untersucht. Daher ist – zumindest ansatzweise – eine Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen möglich.

Kosten der physiotherapeutischen Behandlung

Auf der Kostenseite wurden die (direkten) Kosten der physiotherapeutischen Behandlungen in der Interventionsgruppe (IG) und in der Kontrollgruppe (KG) anhand der mit der Kasse/IKK BB abgerechneten Leistungen erfasst. Hinsichtlich der Vergütung war in dem Modellversuch bewusst keine neuartige, z.B. pauschalierte Vergütungsform erprobt worden. Jede erbrachte Leistung konnte mit der Kasse abgerechnet werden (Einzelleistungsvergütung). Die mengenmäßig intensivere Behandlung (mehr Maß-

nahmenkombinationen) und die längere Behandlungsdauer (erweiterter zeitlicher Rahmen der Blanko-VO) bei den Patienten der IG hatte somit höhere Kosten zur Folge als die Behandlung der Patienten in der KG, die den Restriktionen ärztlicher Verordnung und der Heilmittelrichtlinie unterlag.

Die erbrachten Behandlungsmengen in der IG lagen mit durchschnittlich 21,4 Einheiten pro Fall um gut das 2,5-fache höher als in der KG (im Mittel 8,1 Einheiten). Für die Behandlungskosten ergab sich in etwa das gleiche Verhältnis (siehe Tabelle ► **Abb. 1**). In dem Modellversuch waren ausschließlich Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen einbezogen, die Kontrollgruppe wurde nach dem Zwillingspaar-Verfahren gebildet, wies also die gleichen Diagnosen auf wie die Patienten der IG. Lediglich zu Vergleichszwecken sei an dieser Stelle erwähnt, dass, wenn man sämtliche Behandlungskosten eines Patienten – unabhängig von der jeweiligen Diagnose – über ein Jahr (2016) auf-

FAZIT

„Der größte und nachhaltigste Gewinn aus den Modellversuchen zur Blanko-VO dürfte darin bestehen, dass Physiotherapeuten, Patienten und Ärzte gemeinsam Verantwortung übernehmen und im Idealfall zu einer Kooperationsgemeinschaft zusammenwachsen. Die Politik ist gefragt, die Weichen so zu stellen, dass alle drei Partner von der neuen Aufgaben- und Verantwortungsverteilung profitieren.“

Prof. Jutta Rübiger, Alice Salomon Hochschule Berlin

summiert, die Kosten in der IG um den Faktor 1,5 höher liegen als in der KG (343,2 gegenüber 216,2 Euro pro Person und Jahr).

Nutzen in Form möglicher Kostenersparnisse

Der intensiveren Behandlung mit höheren Kosten in der Interventionsgruppe steht auch ein höherer Nutzen gegenüber: Die IG-Patienten haben die medizinische Wirkung der Behandlung unter der Blanko-VO deutlich höher bewertet als die Patienten der Kontrollgruppe im herkömmlichen System der Voll-Verordnung. Auch die Zufriedenheit mit dem Behandlungsprozess war bei den Patienten der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Darüber ist ausführlich in dem vorausgegangenem Artikel (VPTMAGAZIN 8/2017) berichtet worden.

In Bezug auf die Nachhaltigkeit der Behandlung gab es Hinweise, dass ein Großteil der am Anfang des Modellvorhabens behandelten Patienten in den Folgejahren nicht wiederholt behandelt werden musste. Um zur Nachhaltigkeit abschließend valide Aussagen treffen zu können, ist im nächsten Jahr eine Nachuntersuchung geplant. Dass die Patienten im Modellversuch fast alle (zu 97%) eine Anleitung zu häuslichen Eigenübungen erhalten haben, kann als ein Indiz gewertet werden, dass die Behandlung von länger anhaltender Wirkung sein könnte, empirisch belegt ist das aber noch nicht.

Auch wenn im Rahmen der beauftragten Projekt-Evaluation keine vollständige Kosten-Nutzen-Analyse möglich war, wurde versucht, den Nutzen in Form von potenziellen Kostenersparnissen zu erfassen, die sich durch die Blanko-Verordnung ergeben. Bereiche, in denen aufgrund der höheren Intensität und Wirksamkeit der Behandlung möglicherweise Kostenreduktionen resultieren könnten, sind z.B. Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeitstage, nicht zuletzt auch Arztbesuche und die ärztlich veranlassten Leistungen wie Röntgenbilder oder Arzneimittelverordnungen. Dieser potenzielle Nutzen der Blanko-VO in Form von Kosteneinsparungen wäre den erhöhten Behandlungskosten gegenüberzustellen. Er wurde allerdings in dem Modellversuch nur ansatzweise untersucht.

KOMMENTAR DES VPT ZUM MODELLPROJEKT BLANKOVERORDNUNG



Das Ziel eines verbesserten Versorgungsablaufes mittels der Blankoverordnung Physiotherapie wurde bereits mit diesem ersten Pioniermodell der IKK BB mit dem VPT zumindest teilweise erreicht. Wenn man die grundlegende Gedankenstruktur aus dem Jahr 2010 berücksichtigt, als wir dieses Modellvorhaben gemeinsam initiiert haben, ist dies eine beachtenswerte Leistung aller Beteiligten.

Erstmals konnte die hohe Wirksamkeit und hohe Patientenzufriedenheit für eine direkt vom Therapeuten gewählte Therapie nachgewiesen werden. Eine kritische Erkenntnis, wie z.B. die Versorgung bisweilen mehrerer Regelfälle der Patienten mittels einer Blankoverordnung, führte abrechnungstechnisch zu einer teureren Kostendarstellung einer Regelfallbehandlung. Geschuldet ist dies der üblicherweise gelebten Standardversorgung in der GKV.

Durch die bisher gewonnenen Erkenntnisse lassen sich nachfolgende bundesweite Modellversuche zur Erprobung der Blankoverordnung sicherer ausgestalten.

Ziel muss es sein, eine befundadaptierte Individualtherapie zu erreichen. Bei der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ist in jedem Fall der Blick auf die Gesamtkosten nötig. Dabei müssen die Anzahl der Krankheitstage, stationäre Aufenthalte, Arztbesuche, Medikamentenkosten, Radiologiekosten sowie die Nachhaltigkeit und der Selbstwirksamkeitserfolg der Patienten Berücksichtigung finden.

Karl-Heinz Kellermann und Hans Ortman, VPT-Bundesvorsitzende

KOMMENTAR DER IKK BB ZUM MODELLPROJEKT BLANKOVERORDNUNG



Als IKK BB haben wir mit diesem bundesweit ersten, regionalen Modellversuch Neuland betreten. Unser Interesse als regionale Krankenkasse ist es, vor allem diejenigen politischen Entwicklungen zu fördern, die die gesundheitliche Versorgung in einem weitläufigen Flächenland wie z.B. Brandenburg langfristig adäquat sicherstellen helfen. Die hierfür gebotenen gesetzlichen Möglichkeiten im Heilmittelbereich haben wir genutzt und uns insbesondere in der physiotherapeutischen Versorgung stark gemacht:

In dem gemeinsamen Modellversuch von IKK BB und VPT konnten Physiotherapeuten die Behandlung ihrer Patienten erstmals autonom, flexibel und individuell abgestimmt gestalten. Erprobt wurde eine „Blankoverordnung“, die die übliche Vollverordnung nach der Diagnose des Arztes hier versuchsweise ersetzt und damit Behandlungsentscheidungen an praxiserprobte Physiotherapeuten delegiert. Im Mittelpunkt des Modellvorhabens standen Versorgungsqualität und Wirksamkeit der Versorgung. **Das Feedback der Teilnehmenden ermutigt: Die Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt wurde deutlich höher bewertet als nach Vollverordnung.** Die hohe Patientenzufriedenheit im Versuch gibt Hoffnung für nun folgende Modellversuche, zu denen der Gesetzgeber die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit den Verbänden der Heilmittelerbringer verpflichtet hat. **Wir gehen davon aus, dass Erfahrungen und Ergebnisse unseres Pilotprojekts einen Beitrag zu Gestaltung, Verlauf und Ergebnissen nachfolgender Modelle leisten können.**

Karin Rahn, Leiterin Vertragsbereich Arznei- und Heilmittel bei der IKK BB

Verglichen wurden die Krankenhauskosten und die Arbeitsunfähigkeit der Patienten in der Interventions- und der Kontrollgruppe. Für diese beiden Indikatoren lagen morbiditätsbezogene Daten in den Versichertendateien der IKK BB vor. Dabei hat sich gezeigt, dass im System der Blanko-VO weniger Patienten mit kürzeren Verweildauern ins Krankenhaus kamen, sodass sich Einsparungen bei den Krankenhauskosten in dreistelliger Höhe ergaben bzw. ergeben könnten. Aufgrund der zu geringen Fallzahlen konnten hierzu aber keine validen Aussagen getroffen werden. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit (AU) ließ sich kein Vorsprung für die IG-Patienten erkennen, aber auch hier waren aufgrund der geringen Fallzahlen (geringer Prozentanteil an Patienten mit AU-Tagen) keine verlässlichen Aussagen möglich.

Mehr Verantwortung für die Physiotherapeuten

Wenn Physiotherapeuten ihre Patienten im System der Blanko-VO verstärkt zu Eigenübungen anleiten, spricht das auch dafür, dass die Berufsgruppe ihre erhöhte Verantwortung annimmt und in praktisches Handeln umsetzt. Im herkömmlichen System, in dem die Physiotherapeuten lediglich eine Verordnung *abarbeiten* fehlte allerdings bisher jeder Anreiz, sich in die Übernahme finanzieller Verantwortung einzuüben.

Rolle der Ärzte und resultierende Vorteile

Für Modellprojekte zur Blanko-Verordnung sind die Ärzte wichtige Partner. Ihre Mitwirkung ist sowohl für die Durchführung als auch für den Erfolg dieser Projekte von großer Bedeutung. Schließlich sind sie es, die die Blanko-VO ausstellen, die Patienten zur Teilnahme an dem Modellversuch motivieren, ihre Behandlung unterstützen und die Fortschritte der physiotherapeutischen Behandlung überprüfen. Umso verwunderlicher ist es, dass die Ärzte als Partner der Modellversuche in den Gesetzen (§63, Abs. 3b; 64 d SGB V) keine Erwähnung finden.

Nicht nur für die Patienten und Krankenkassen, auch für die Ärzteschaft verspricht die Blanko-VO Vorteile. Für Ärzte ergäbe sich eine Zeitersparnis aufgrund der reduzierten Anzahl an Arztbesuchen (wiederholte Besuche zwecks Verlängerung der Physiotherapie-Verordnung entfallen). Zum anderen wären Ärzte im Fall der Blanko-VO von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen der Krankenkassen in großen Teilen befreit, denn nicht sie, sondern die Physiotherapeuten bestimmen hierbei die Art und Menge der Behandlung. Hier schließt sich die Frage an, wie es in künftigen Modellversuchen und wie es bei Übernahme der Blanko-VO in die Regelversorgung geregelt wird, dass parallel zur Verlagerung der therapeutischen Verantwortung von Ärzten auf Physiotherapeuten auch die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit ganz oder teilweise auf die Heilmittelerbringer übergeht.

Fazit aus den Evaluationsergebnissen

Die wesentlichen Ziele bzw. Erwartungen des Modellversuchs von IKK BB und VPT – hohe Wirksamkeit, hohe Patientenzufriedenheit – dürfen aufgrund der Evaluationsergebnisse als erfüllt betrachtet werden. Dass die intensivere physiotherapeutische Behandlung zu höheren Kosten führte als im herkömmlichen System, war abzusehen. Die Gründe dafür sind insbesondere die Lösung von den mengen- und zeitbezogenen Begrenzungen des

Heilmittelkatalogs sowie die Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung. In diesem ersten Modellversuch sollten die Physiotherapeuten ihre Therapieentscheidungen bedarfsbezogen treffen können und sich nicht von Kostenüberlegungen leiten lassen.

Die Frage, ob die Behandlungsmengen und -kosten im Modellversuch zu hoch oder in der Normalversorgung zu niedrig sind, konnte anhand der durchgeführten Studie letztendlich nicht beantwortet werden. Nachfolgende Modellvorhaben werden möglicherweise Kostenaspekten eine höhere Priorität einräumen. Die Krankenkassen und Berufsverbände sind als Projektträger frei, neuartige, z.B. pauschalierte Formen der Vergütung zu erproben, um den Wegfall der Mengengrenzung in den Heilmittelrichtlinien zu kompensieren. Eine solche Entscheidung wäre sorgfältig zu bedenken: Die Art der Vergütung könnte die Behandlungsweise der Physiotherapeuten beeinflussen und ebenso ihre Bereitschaft, am Modellprojekt teilzunehmen. Andererseits dürfte die Form der Vergütung für die Realitätsnähe des Modellversuchs und seine spätere Übernahme in die Regelversorgung aus Sicht des Gesetzgebers von großer Bedeutung sein.

In den mit dem HHVG neu eingeführten § 64 d SGB V *Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung* zeichnet sich ab, dass der Gesetzgeber nicht nur an die Verlagerung der therapeutischen sondern auch der finanziellen Verantwortung denkt, indem von einer „mit dem Modellvorhaben verbundene(n) höhere(n) Verantwortung der Heilmittelerbringer, insbesondere im Hinblick auf künftige Mengenentwicklungen“ die Rede ist. Dass die Berufsgruppe gewillt ist, mehr Verantwortung zu übernehmen, zeigt die Vielzahl der jetzt entstehenden Modellversuche. Die Übernahme finanzieller Verantwortung bedarf sicherlich einer gewissen Eingewöhnungszeit, denn im herkömmlichen System haben die Physiotherapeuten lediglich Verordnungen *abzuarbeiten*, ein Anreiz, *gesamtwirtschaftlich* zu denken und zu handeln, fehlt.

Nimmt man die Vielzahl der potenziellen Einspareffekte in den Blick, liegt die Vermutung nahe, dass die im Falle der Blanko-VO erhöhten Behandlungskosten durch Einsparungen in gleichem oder größerem Umfang bei den Folgekosten einer physiotherapeutisch weniger intensiven Behandlung kompensiert oder sogar überkompensiert werden könnten. Wissenschaftlich belegt ist das mangels ausreichend hoher Fallzahlen bisher allerdings nicht. Wünschenswert wäre, dass in künftige Modellvorhaben größere Patientengruppen einbezogen werden, sodass statistisch fundierte Aussagen zu den potenziellen Kosteneinsparungen – z.B. in den Bereichen Krankenhaus und Arbeitsunfähigkeit/Krankengeld – getroffen werden können.

Die ökonomischen Effekte sollten künftig stärker beachtet werden, aber nicht vor die Ziele *medizinische Wirksamkeit* und *Patientenzufriedenheit* treten. *Effektivität vor Effizienz* war der Leitgedanke im Modellversuch von IKK BB und VPT. Und diese Devise wird nicht nur für die Physiotherapeuten, sondern auch für die Ärzte gelten, für die der Behandlungserfolg Vorrang vor Kostenaspekten hat. Der größte und nachhaltigste Gewinn aus den Modellversuchen zur Blanko-VO dürfte darin bestehen, dass Physiotherapeuten, Patienten und Ärzte gemeinsam Verantwortung übernehmen und im Idealfall zu einer Kooperationsgemeinschaft zusammenwachsen. Die Politik ist gefragt, die Weichen so zu stellen, dass alle drei Partner von der neuen Aufgaben- und Verantwortungsverteilung profitieren können. ◀