# Mythen & Fakten im Gesundheitswesen
## – eine physiotherapeutische Betrachtung

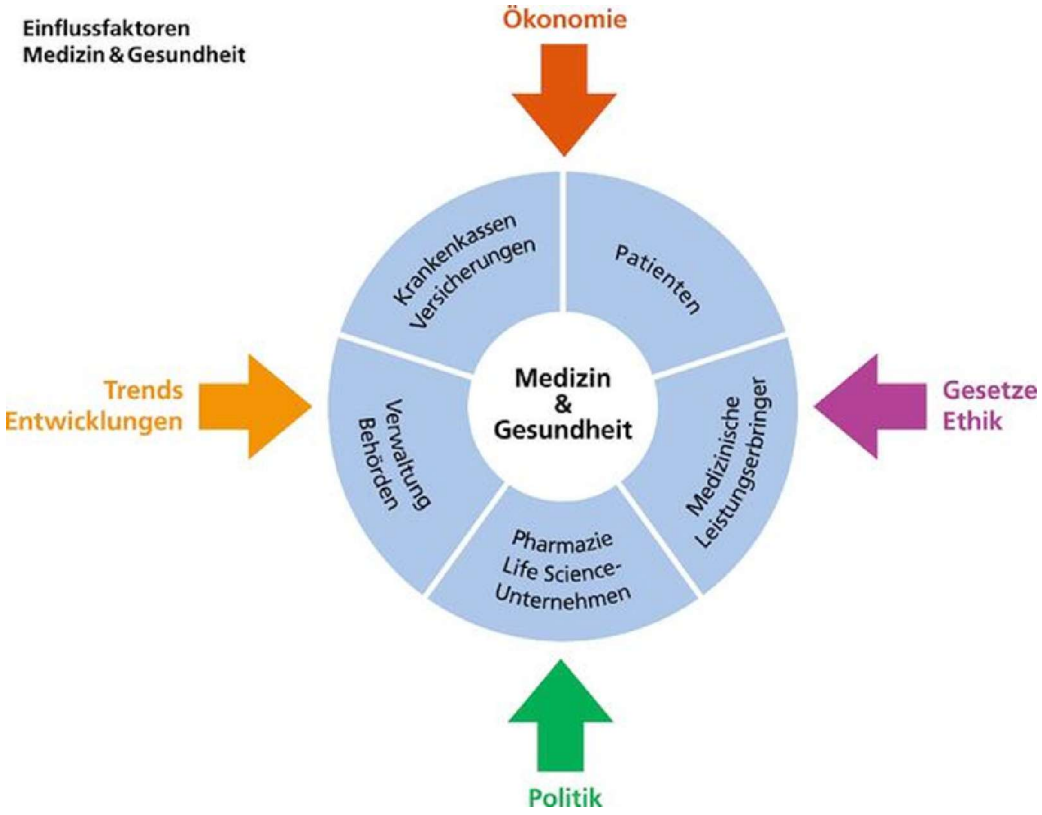
Andreas Alt, Sportclinic Sihlcity, 2021

# Inhalt

- Woraus besteht das Gesundheitssystem?
- Kurzinformation „Ökonomie“
- Kurzinformation „Ethik“
- Kurzinformation „Politik“
- Trends im Gesundheitswesen – „Physiotherapie“
- Klassische Ökonomie vs. Gesundheitsökonomie
- Mythos 1: Werbung
- Mythos 2: Minderversorgung
- Medical Overuse
- Mythos 3: Physiotherapie ohne ärztliche Supervision
- Vorteile des physiotherapeutischen Erstkontakts
- Was bedeute es für die Praxis
- Take-Home message
- Diskussion
- Literatur

Quelle: Wikimedia

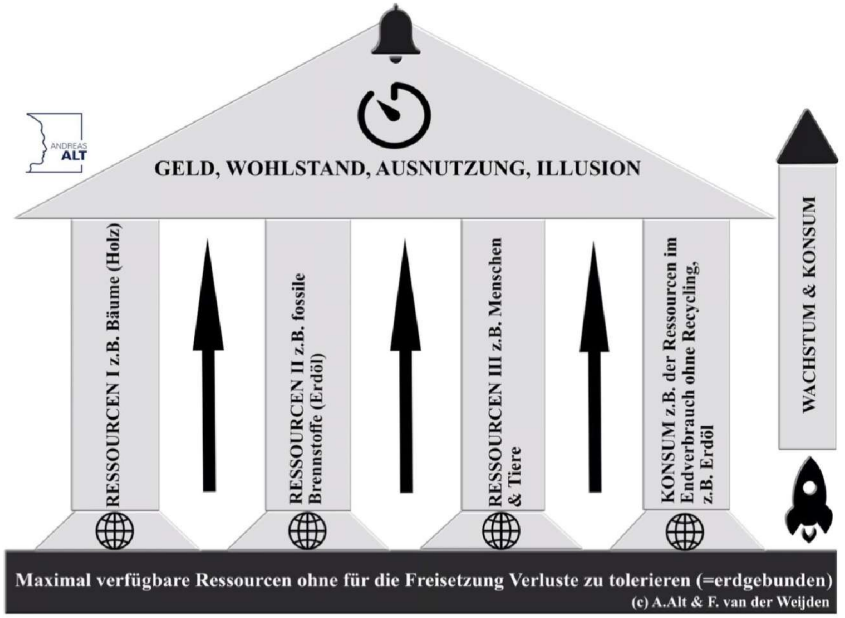
# Woraus besteht das Gesundheitssystem?




Andreas Alt, Sportclinic Sihlcity, 2021

# Kurzinformation „Ökonomie“

- Entstammt „ehrenwerter“ Ethik, wie Medizin (**Utilitarismus, hedonisitischer Ansatz** durch Smith, Ricardo etc.) (Day 1964)
- Wandel in Richtung Profit
- Manipulation (Marketing – Problem – Angst – Lösung etc.) (Alt & VD Weijden 2020)




Quelle: Alt A., v.d. Weijden F. Die Ökonomie der evidenzbasierten Physiotherapie – ein neuer Weg

# Kurzinformation «Ethik»

**Medizinethische Prinzipien** (Alt & VD Weijden 2020)

**Achtung: PHYSIOTHERAPIE IST MEDIZIN!**

- Wohlergehen des Menschen
- das Verbot zu schaden
- Recht auf Selbstbestimmung der Patienten
- das Prinzip der Menschgenwürde
- Evidenz als primäre Orientierung

**Gesetze für evidenzbasierte Basisorientierung:**

Zu beachten: Paragrafen der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G -BA) aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V):

z.B. § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten: Der G -BA fordert eine „Gestaltung von Interventionen nach aktuellen **wissenschaftlichen Leitlinien**, oder, wenn diese nicht verfügbar sind, nach dem **wissenschaftlichen** Konsens bezüglich der optimalen Strategie."

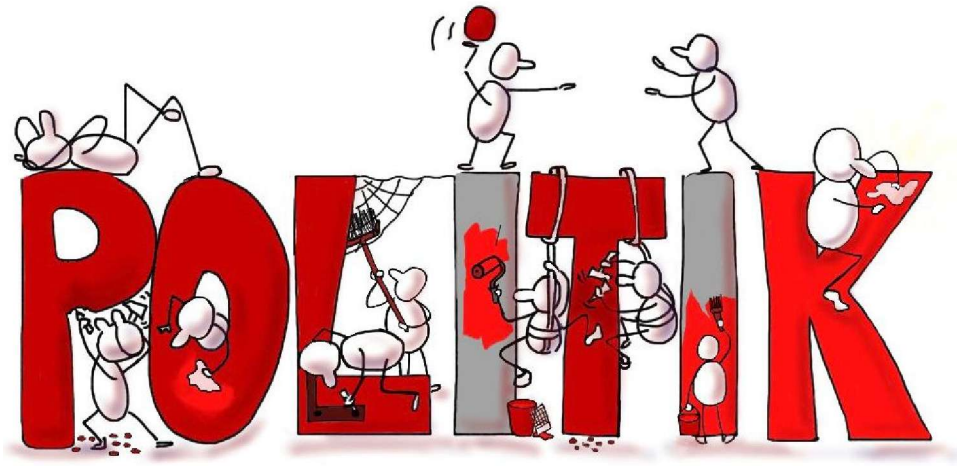
§ 139a IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen): „Bewertungen **evidenzbasierter Leitlinien** für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten. Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten **Standards der EBM** erfolgt."

Quelle: Deutscher Naturheilbund eV

# Politik

**Geprägt von:**

- Berufsverband
- Ökonomie
- Fachliche Dominanz – Ärzte?
- Ethik?
- **Demokratie?**




Quelle: Rosalux.de

# Trends im Gesundheitswesen – „Physiotherapie“

**Trends beeinflussen:**

- Patient_innen (Erwartungen/Ueberzeugungen)
- Versicherungen (Angebot/Nachfrage)
- Fachleute (z.B. Physiotherapeut_innen, Aerzt_innen, Trainer_innen etc.)
- Kosten (Relevanz/Irrelevanz)

Quelle: trendmut.com

SP1

# Unterschied „klassische Ökonomie“ vs. „Gesundheitsökonomie“

**Unterschiede**

- Angebot vs. Nachfrage ist von Versicherung abhängig
- Patienten werden von Aerzten geschickt und sind verpflichtet die medizinische Leistung (PT) anzunehmen – Kunden müssen “angeworben” werden
- Bsp. wahrscheinlich klagt kaum jemand, wenn eine Elite teuere Autos kaufen kann, aber viele, wenn „Medizin” nur einer Elite zur Verfügng stünde
- Medizinethik
- Werbung

# Mythos 1

- *«Werbung im Gesundheitswesen und in der Medizin (auch Physiotherapie) ist gleichbedeutend mit der klassischen, industriellen Werbung!»*

- **Falsch!** Medizin ist ein **Menschenrecht** und beinhaltet ökonomische Einschränkungen, wie z.B. versprechende Werbung, aber auch Vorteile, wie z.B. die **«unabkömmliche Relevanz»**

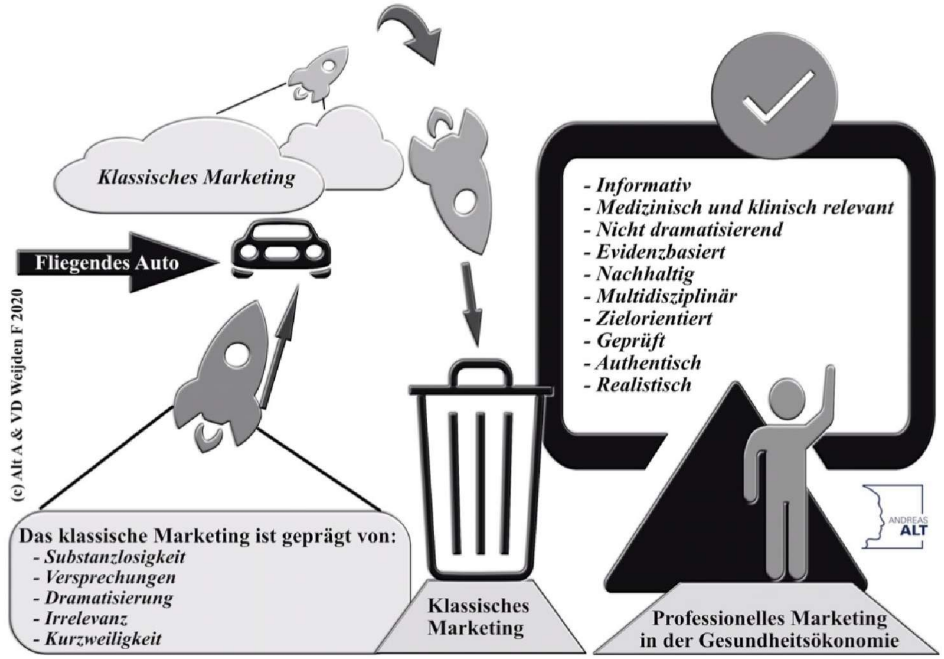
# Werbung in der Medizin vs. Werbung in der Industrie

**Medizin**

- Evidenzbasiert
- Medizinisch & klinisch relevant
- Effektiv
- Realistisch
- Patientenzentriert

**Industrie**

- Dramatisierend (problemfokussiert)
- Übertrieben
- Keine Evidenz
- Profitorientiert
- Irrelevant



# Werbung in der Medizin – «Gesetze»

**Heilmittelwerbegesetz (HWG)**

- **§1 Abs.1 HWG**: Das Gesetz gilt für Werbung in Bezug auf: Arzneimittel, Medizinprodukte und **Therapie** (medizinische Leistungen), andere Mittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände sowie medizinisch nicht indizierte Therapiemaßnahmen (Evidenz?)
- **Verbot irreführender Werbung**

  **§2 HWG:** Irreführende Werbung oder Werbung für nicht zugelassene medizinische

  Leistungen ist generell verboten.
- Neben der Tatsache, dass Maßnahmen zur reinen Gewinnmaximierung im monetären Sinne aus den bereits vielgenannten Gründen in der Medizin fehlplatziert scheinen, entsprechen die Medizin und die Gesundheit den **Menschenrechten** (vergl. „Ethik“ und WHO 1946). Zudem könnte man als Vertreter der professionellen Gesundheitsökonomie auch souverän davon ausgehen, dass die Medizin zu wichtig ist, um sie mit dergleichen Einfachheit zu ummanteln (Vergl. „klassischer Markt“).

# Mythos 2

*«Wir leiden an einer medizinischen Minderversorgung!»*

**Falsch!** Der medizinische Nutzen entspricht in der westlichen Welt nicht ausschliesslich der medizinischen und klinischen Relevanz.

# Medical Overuse

Auffällig ist nicht nur die **Umsatzgewalt** durch die Anwendung und Durchführung von Operationen und Medikamenten für Beschwerden und Einschränkungen, die **risikofreier** therapiert werden könnten, sondern auch die

Quelle: www.maxq.net

**therapeutische** Überbehandlung (Holmgren 2012, Saltychev 2015, Morgan 2018).

Quelle: www.maxq.net

# Sind es wirklich immer nur die «Anderen»?

- Sind es nur die «Pharmaindustrie» und die «Chirurgen», die übertherapieren?

- «Medical Overuse» ist ein derzeit weltweit erkennbares Problem in nahezu allen Sektoren der Medizin (Pausch et al. 2020). Die Motivation diesebzüglich konnte bisher nicht nachgewiesen warden. In Anbetracht der enormen Umsätze aller medizinischer Akteure, egal, ob Pharmaindustrie oder andere, lässt sich nur spekulieren (Alt A, VD Weijden 2020, HBS 2020, Chassin 1998).
- Erklärung: **Nächstenliebe…?**

# Mythos 3

*«Physiotherapie ohne ärztliche Supervision ist nicht möglich!»*

Falsch! Entsprechende Untersuchungen aus anderen Ländern zeigen den Vorteil einer Physiotherapie «ohne» ärztliche Supervision (Direct Access = DA) (Karen 2017).

# Vorteile des physiotherapeutischen Erstkontaktes

**1. Entlastung des Gesundheitswesens:**

Die Kosteneinsparungen (Effizienz) durch den physiotherapeutischen DA konnten in unterschiedlichen Ländern belegt werden (Karen 2017, Yang 2021).

**2. Krankheitsdauer**

Unnötige, medizinisch nicht relevante, Therapieverlängerungen würden verhindert, bzw. sind auf eine zeitlich effiziente Umsetzungen hin geplant (Traeger et al. 2017)

**3. Vermeidung von Risiken**

Dramatisierung, Chronifizierung, Ausfall von Patient_innen (Reddington et al. 2018)

**4. Arbeitsqualität**

Mehr Verantwortung aber auch mehr Achtung für Therapeuten (Sandstrom 2007)

# Was bedeutet es für die Praxis?

- Die Akteur_innen in medizinischen Disziplinen, worunter auch die Physiotherapie fällt, stehen unter wirtschaftlichem Zugzwang, um zu überleben.
- «Medical Overuse» wächst stetig an.
- **Konsequenz:** Der_die Patient_in selbst, sieht sich dadurch eher wie ein «Kunde», was zu einer entsprechenden Erwartung führen «kann».
- Professionelle Mediziner_innen müssen für Anerkennung und Professionalität kämpfen.

# Take-Home message

- Nicht der «Medical Overuse» - scheint die Lösung, sondern die **qualitative** Medizin
- Wissenschaft ist wahrscheinlich der stärkste Leistungsträger der professionellen Medizin und sollte darum in der Praxis geachtet werden
- Auch wenn es schwer fällt, den derzeitigen Mythen und politischen Bestimmungen des Gesundheitswesens Folge zu leisten, sollte die Physiotherapie zeigen, was sie **wirklich** leisten kann
- Jedes einzelne Mal, wenn wir das Beste geben, haben wir etwas Positives erreicht

# Diskussion

- Fragen
- Einwände
- Kritiken

Quelle: Can Stock Photo

**Vielen Dank!**

# Literatur


1) Alt A., V. D. Weijden F. (2020). DIE ÖKONOMIE DER EVIDENZBASIERTEN PHYSIOTHERAPIE – ein neuer Weg. Amazon Books. ISBN: 9798635137321. S. 41

2) Day, J. P. (1964). John Stuart Mill. In D. J. O'Connor (Ed.), A critical history of Western philosophy (pp. 341–364). New Yor k: The Free Press

3) Alt A., V. D. Weijden F. (2020). DIE ÖKONOMIE DER EVIDENZBASIERTEN PHYSIOTHERAPIE – ein neuer Weg. Amazon Books. ISBN: 9798635137321. S. 51 – 56

4) Culyer A. J. (2001). Economics and ethics in health care. Journal of medical ethics, 27(4), 217–222. https://doi.org/10.1136/jme.27.4.217

5) WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health zuletzt aufgerufen am 23.3.2021

6) Morgan, D. J., Dhruva, S. S., Coon, E. R. et al. (2018). 2017 Update on Medical Overuse: A Systematic Review. *JAMA internal medicine*, *178*(1), 110–115. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.4361

7) Holmgren T. (2012). Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome, BMJ, 344:e787

8) Saltychev M. (2015). Conservative treatment or surgery for shoulder impingement: systematic review and meta-analysis, Disabil Rehabil, 37(1):1-8

9) Pausch, M., Schedlbauer, A., Weiss, M., Kuehlein, T., & Hueber, S. (2020). Is it really always only the others who are to blame? GP's view on medical overuse. A questionnaire study. *PloS one*, *15*(1), e0227457. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227457

10) Harvard Business School (HBS). (2020). The economics of healthcare: https://bit.ly/2wbcqPP

11) Chassin M.R., Galvin R.W. (1998). The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtab le on Health Care Quality. JAMA: the journal of the American Medical Association, 280(11):1000–5

12) World Confederation for Physical Therapy (WCPT). (2011). Policy statement. Direct access and service users' self -referral to physical therapy. 13.

13) Bury TJ, Stokes EK (2013) Direct access and patient/client self -referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy 99:285- 291

14) Karen M. (2017). Give patients direct access to physiotherapy. They want it, and it would benefit GPs too. British journa l of sports medicine, 51(13), 1041. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-h6844rep

15) Yang M., Bishop A., Sussex J. et al. (2021). Economic Evaluation of Patient Direct Access to NHS Physiotherapy Services. Physiotherapy. (Article in press). https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.12.005

16 ) Traeger, A., Buchbinder, R., Harris, I., & Maher, C. (2017). Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *189*(45), E1386–E1395. https://doi.org/10.1503/cmaj.170527

17) Reddington, M., Walters, S. J., Cohen, J., Baxter, S. K., & Cole, A. (2018). Does early intervention improve outcomes in the physiotherapy management of lumbar radicular syndrome? Results of the POLAR pilot randomised controlled trial. *BMJ open*, *8*(7), e021631. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021631

18) Sandstrom R. W. (2007). The meanings of autonomy for physical therapy. *Physical therapy*, *87*(1), 98–106. https://doi.org/10.2522/ptj.20050245