



# Heilmittelreport 2022



## Einleitung

Die Therapieberufe im Heilmittelbereich haben enorme Nachwuchsprobleme. Die Ursache für die mangelnde Attraktivität, diese Berufe zu erlernen und dauerhaft auszuüben, wurde vor allem den im Vergleich niedrigen Gehältern zugeschrieben. Dies gilt insbesondere angesichts der erheblichen Einkommensabstände zwischen angestellten Therapeutinnen und Therapeuten im Krankenhaus und denen in den niedergelassenen Praxen. Krankenhäuser sind zumeist tarifgebunden, daher richten sich die Einkommen der Angestellten im Krankenhaus nach den tarifvertraglichen Entwicklungen. Die niedergelassenen Praxen unterliegen jedoch zumeist keinem Tarifvertrag, daher sind die dortigen Einkommen und deren Entwicklung Gegenstand von Vereinbarungen mit den einzelnen angestellten Therapeutinnen und Therapeuten. Mit dem Ziel, diese Einkommen erheblich zu steigern und den Abstand zwischen den Einkommen im Krankenhaus und denen in freier Praxis anzugleichen, wurden in den Jahren 2017 und 2019 Gesetzesvorhaben beschlossen. Diese regelten dauerhaft erhebliche Steigerungen der Leistungsvergütungen für ambulante Heilmittelleistungen und eine Zentralisierung der Vertragsverhandlungen in kollektivvertraglichen Strukturen. Die Leistungsinhalte und -preise der Heilmittel, Qualifikationen, Abrechnungsbestimmungen und vieles mehr werden seit 2020 bundesweit durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Verbände der Leistungserbringenden einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen und Leistungserbringenden abgeschlossen.

Ein zentrales Ziel der Gesetzesvorgaben wurde erfüllt: Seit Beginn der gesetzlichen Maßnahmen 2017 (HHVG – Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung) bis zum Jahr 2021 stiegen die Ausgaben der Krankenkassen durch die vorgegebenen Vergütungsanhebungen von 6,6 Milliarden Euro auf 10,3 Milliarden Euro um 64 Prozent an (Finanzstatistik KJ 1). Wurde auch das weitere Ziel, die Steigerung der Attraktivität der Heilmittelberufe durch entsprechende Gehaltssteigerungen bei den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten erreicht? Hat sich die Lücke der Gehälter zwischen dem stationären und ambulanten Bereich geschlossen? Dies wird im ersten Schwerpunktkapitel des Reports untersucht. Basis hierfür ist die Entgeltstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA, 2022a).

Die Untersuchung der Ordnungsqualität Heilmittel bei Rückenschmerzen bildet den zweiten Schwerpunkt dieses Reports. Physiotherapeutische Leistungen sind zur Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen jeweils mehr oder weniger geeignet. Die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2022a) gibt den verordnenden Ärztinnen und Ärzten dabei wenig Orientierung, welche Heilmittelleistungen für welche Krankheitsbilder besser oder schlechter geeignet sind. Es finden sich dort lediglich Empfehlungen zu vorrangigen Heilmitteln für Diagnosegruppen, die wiederum ein großes Spektrum unterschiedlichster Krankheiten beispielsweise des Bewegungsapparats umfassen. Am Beispiel der Volkskrankheit Rückenschmerz untersuchen wir auf Basis der nationalen Versorgungsleitlinien, welche physiotherapeutischen Leistungen bei dieser Erkrankung verordnet werden und ob die Vorgaben der Leitlinien bundesweit zur Geltung kommen.

## Kurzübersicht der wichtigsten Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse zu den beiden Schwerpunktt Themen in Kürze:

1. Die Gehaltsentwicklung der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in ambulanten Praxen unterschreitet bis 2021 den Zuwachs der Leistungsvergütungen deutlich. Bezogen auf das Jahr 2017 und bereinigt um die Mengenentwicklung kommen weniger als die Hälfte der Zusatzumsätze bei den Angestellten an. Der Abstand zu den angestellten Therapeuten im Krankenhausbereich hat sich zwar minimal verringert, liegt aber immer noch bei bis zu 30 Prozent zu Gunsten der zumeist tarifgebundenen Krankenhausbeschäftigten. Dabei analysieren wir auch das durch die Verbände der Leistungserbringenden beauftragte WAT(Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen)-Gutachten vom Institut für Gesundheitsökonomik, das im August 2020 vorgestellt wurde (IfG, 2020a–d).
2. Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen wird überwiegend Krankengymnastik (GK) verordnet. Dies entspricht den Vorgaben der nationalen Leitlinien, die die Verordnung aktivierender Bewegungstherapie vorsehen. Der Anteil der Verordnung von Krankengymnastik ist jedoch in den neuen Bundesländern deutlich geringer, dort wird statt der Krankengymnastik für Rückenschmerzpatientinnen und -patienten bevorzugt manuelle Therapie (MT) verordnet. Diese hat sowohl aktivierende als auch passive Therapieelemente und wird daher in den Leitlinien nur bedingt und nur für spezifische Indikationen empfohlen. Erfreulich niedrig ist der Anteil rein passiver physiotherapeutischer Maßnahmen wie Massagen, Traktionsbehandlung und Wärmetherapie, die in den Leitlinien als ungeeignet eingestuft werden.

Interessant ist zudem, in welchem Umfang diese regionalen Unterschiede bei Patientinnen und Patienten nach einem Wohnortwechsel zwischen neuen und alten Bundesländern weiterbestehen. Das zeigt empirisch belegt, dass sowohl die ärztliche Einschätzung als auch der Patientenwunsch bei der Art des verordneten physiotherapeutischen Heilmittels Einfluss entfalten.

## Heilmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung

Heilmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA nach § 92 SGB V konkretisiert die Heilmittel als Leistungen der

- Physiotherapie,
- podologischen Therapie,
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST),
- Ergotherapie und
- Ernährungstherapie.

Verordnungsfähige Heilmittel werden unter anderem im zweiten Teil der Heilmittel-Richtlinie, dem sogenannten Heilmittelkatalog, gelistet. Der Katalog enthält für die ärztliche Verordnung die Zuordnung von Gruppen von Krankheitssymptomen zu eventuell geeigneten Heilmittelmaßnahmen.

Die Bestimmungen (zum Beispiel Preise, Qualifikation, Zulassung) zur Leistungserbringung der Heilmittel werden in Rahmenverträgen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringenden festgelegt. Diese wurden bis 2019 auf Landesebene vereinbart. Nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind diese Verträge durch bundesweit einheitliche Verträge zu ersetzen. Die jährlichen Preisverhandlungen wurden seit 2019 in kollektivvertragliche Strukturen überführt. Der GKV-SV verhandelt die Verträge und Preise verbindlich für alle Krankenkassen und alle Leistungserbringenden, die an dem Rahmenvertrag teilnehmen.

# 1 Heilmittelversorgung in der BARMER

Die BARMER hat im Jahr 2021 1,4 Milliarden Euro für die Heilmittelversorgung von circa 1,9 Millionen Versicherten ausgegeben. Dabei haben rund 22 Prozent der bei der BARMER versicherten Personen eine Heilmittelverordnung in Anspruch genommen. Im Jahr 2021 waren die Ausgaben für Heilmittel je versorgten Versicherten um 189 Euro höher als im Jahr 2018.

Tabelle 1: Heilmittel, Ausgaben und Versicherte 2018 bis 2021

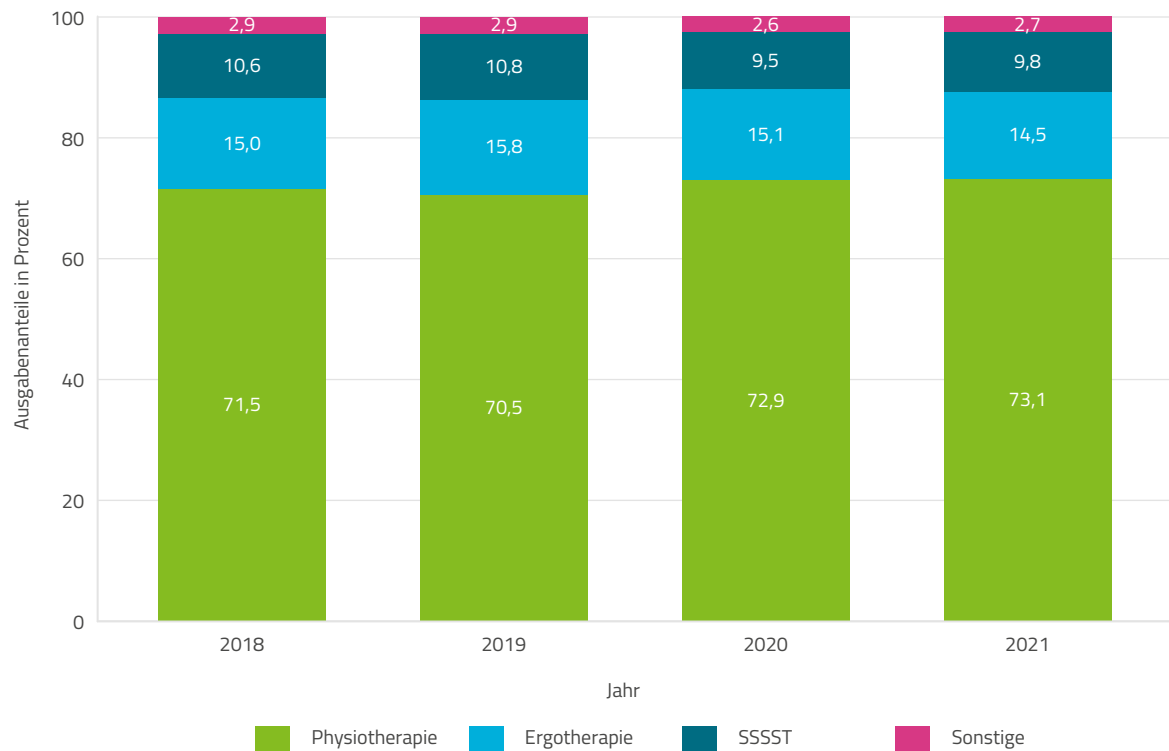
	2018	2019	2020	2021		
<b>Versicherte</b>						
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Veränderung 2021 zu 2020 in Prozent	Veränderung 2021 zu 2018 in Prozent
gesamt	9.259.812	9.113.810	9.038.822	8.843.964	-2,2	-4,5
Männer	3.987.297	3.934.468	3.910.241	3.832.028	-2,0	-3,9
Frauen	5.272.515	5.179.342	5.128.581	5.011.936	-2,3	-4,9
<b>Versicherte mit Heilmittelleistungen</b>						
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anteil an Versicherten insgesamt in Prozent	Veränderung Anteil 2020 zu 2018 in Prozent
gesamt	2.040.902	2.030.127	1.912.141	1.921.883	21,7	-5,8
Männer	678.897	674.018	638.126	636.335	16,6	-6,3
Frauen	1.362.005	1.356.109	1.274.015	1.285.548	25,6	-5,6
<b>Ausgaben für Heilmittel</b>						
	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Veränderung 2021 zu 2020 in Prozent	Veränderung 2021 zu 2018 in Prozent
gesamt	1.107.702.212	1.219.956.336	1.238.856.677	1.406.631.120	13,5	27,0
Männer	373.306.497	409.728.567	412.002.184	460.984.268	11,9	23,5
Frauen	734.395.715	810.227.769	826.854.493	945.646.852	14,4	28,8
<b>Ausgaben je Heilmittelpatient</b>						
	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Veränderung 2021 zu 2020 in Prozent	Veränderung 2021 zu 2018 in Prozent
gesamt	543	601	648	732	13,0	34,8
Männer	550	608	646	724	12,1	31,6
Frauen	539	597	649	736	13,4	36,5

Anmerkung: Berücksichtigt sind alle Versicherten mit mindestens einem Tag Versichertenzeit bei der BARMER mit ihren jeweiligen Versicherungszeiten.

Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Von den Leistungsausgaben für Heilmittel des Jahres 2021 entfielen 74,7 Prozent auf die Physiotherapie, 13,9 Prozent auf die Ergotherapie und 8,5 Prozent auf die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Abbildung 1). Dieses Verhältnis ist in den betrachteten Jahren in etwa konstant, wobei der Anteil der Physiotherapie um circa einen Prozentpunkt angestiegen ist. In dem Segment „Sonstige“ sind die Heilmittelleistungen der Podologie und Ernährungstherapie mit einem geringen Ausgabenanteil von unter einem Prozent zusammengefasst.

Abbildung 1: Ausgabenanteile nach Heilmittelbereich in Prozent

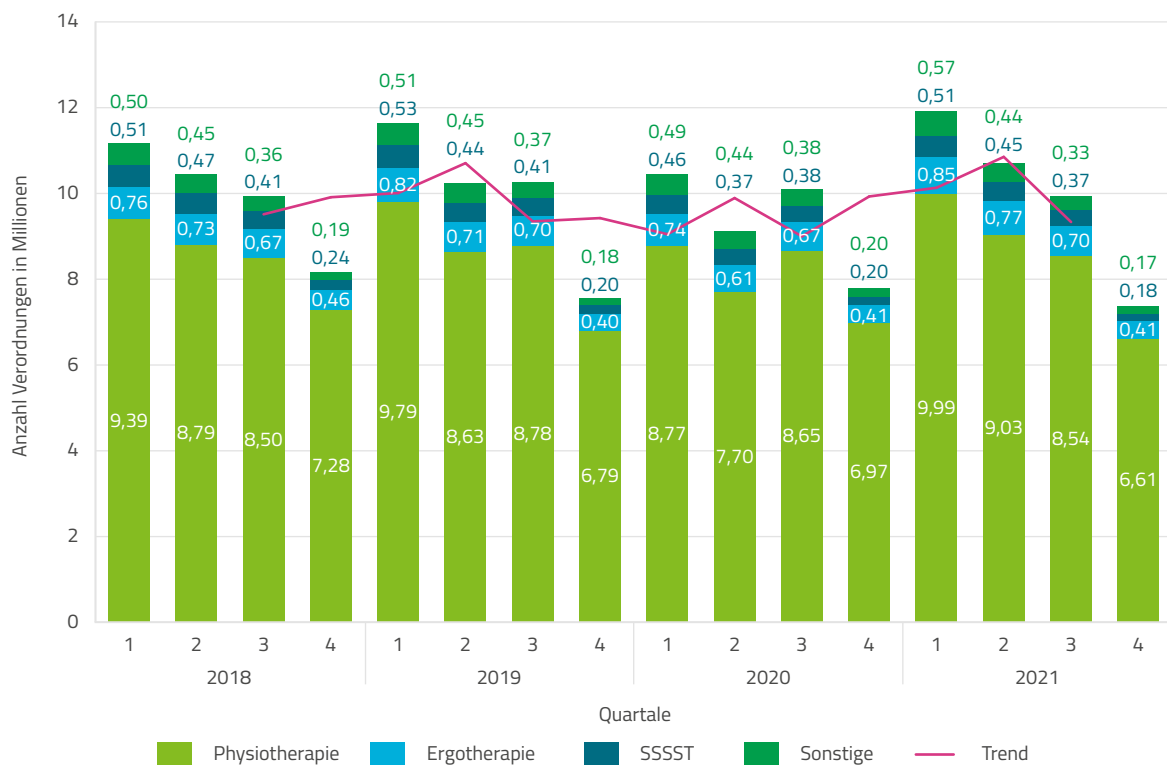


Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

## 2 Heilmittelversorgung in der GKV (Hochrechnung)

Wie bereits im vergangenen Jahr wurden die nun folgenden Zahlen und Kennwerte auf die GKV hochgerechnet. Diese Hochrechnung erlaubt es, geringe Abweichungen in der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen der BARMER und der GKV auszugleichen (siehe Abschnitt Methodik). Als Grundlage dienten die Abrechnungsinformationen der circa 8,7 Millionen Versicherten der BARMER. Die Ergebnisse werden zusätzlich mit den Angaben der GKV-Heilmittel-Schnellinformation (HIS-Berichte, GKV-SV, 2022a) validiert.

**Abbildung 2: Mengenentwicklung (Verordnungen GKV) absolut 2018 bis 2021 in Quartalen mit Trendlinie, gegliedert nach Leistungsarten**



Quelle: BARMER-Daten 2018–2021, hochgerechnet

Abbildung 2 stellt die so hochgerechnete Anzahl an Heilmittelverordnungen auf Quartalsbasis für die Jahre 2018 bis 2021 dar. In der Abbildung ist zweierlei zu erkennen: Erstens zeigt sich die bekannte saisonale Struktur mit unterdurchschnittlicher Verordnungshäufigkeit im vierten Quartal und überdurchschnittlicher Häufigkeit im ersten Quartal. Für diese Struktur ist vor allem der Monat Dezember verantwortlich, in welchem weniger als die Hälfte der durchschnittlichen Verordnungen pro Monat erfolgen. Im ersten Quartal des darauffolgenden Jahres erfolgt eine Kompensation.

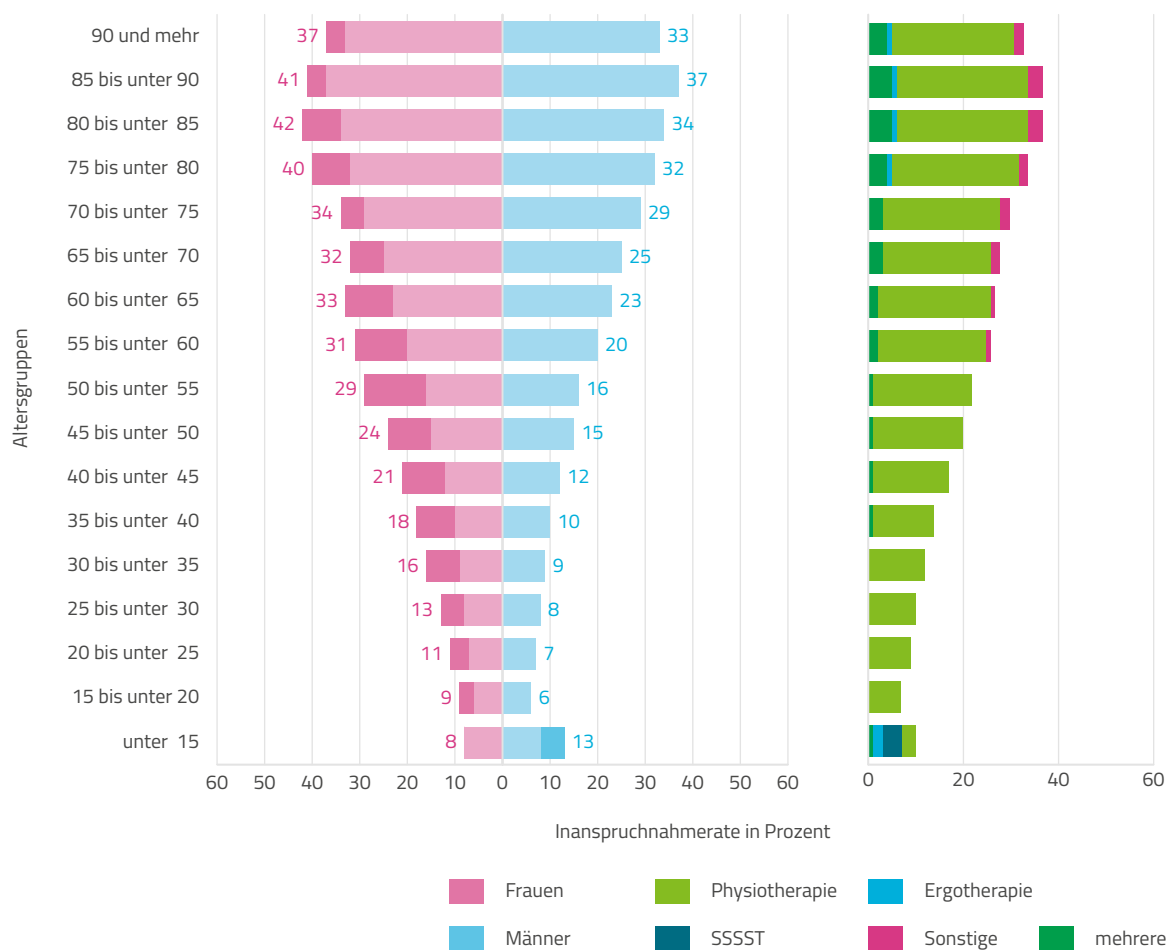
Die zweite Struktur, die erkennbar wird, ist mit der COVID-19-Pandemie verknüpft. Im Jahr 2020 zeigte sich insbesondere in den Quartalen 1 und 2 ein gewisser Rückgang bei der Anzahl an Verordnungen, der für das gesamte Jahr 2020 circa fünf Prozent betrug. Im Jahr 2021 erfolgte ein gegenläufiger Trend in den ersten zwei Quartalen und ein relativ niedriges viertes Quartal. Insgesamt ist 2021 nur im Bereich der Ergotherapie ein ganzjähriger Anstieg der Verordnungen von acht Prozent festzustellen.

## 2.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Heilmittelpatienten 2021

Abbildung 3 zeigt die relativen Anteile an Versicherten mit Heilmittelverordnungen in einer Pyramiden-darstellung. Der jeweilige relative Überhang im Geschlechtervergleich ist verdunkelt eingefärbt.

Menschen höheren Alters benötigen wesentlich häufiger ein Heilmittel als jüngere. Die Ausnahme hier-zu bilden Kinder mit erhöhtem Bedarf, besonders an sprach- und sprechtherapeutischen Leistungen, wobei der Überschussbedarf hauptsächlich von den Jungen unter 15 Jahren ausgeht. Diese nutzen zu etwa 50 Prozent häufiger eine logopädische Behandlung (SSSST) als Mädchen (Rommel et al., 2018).

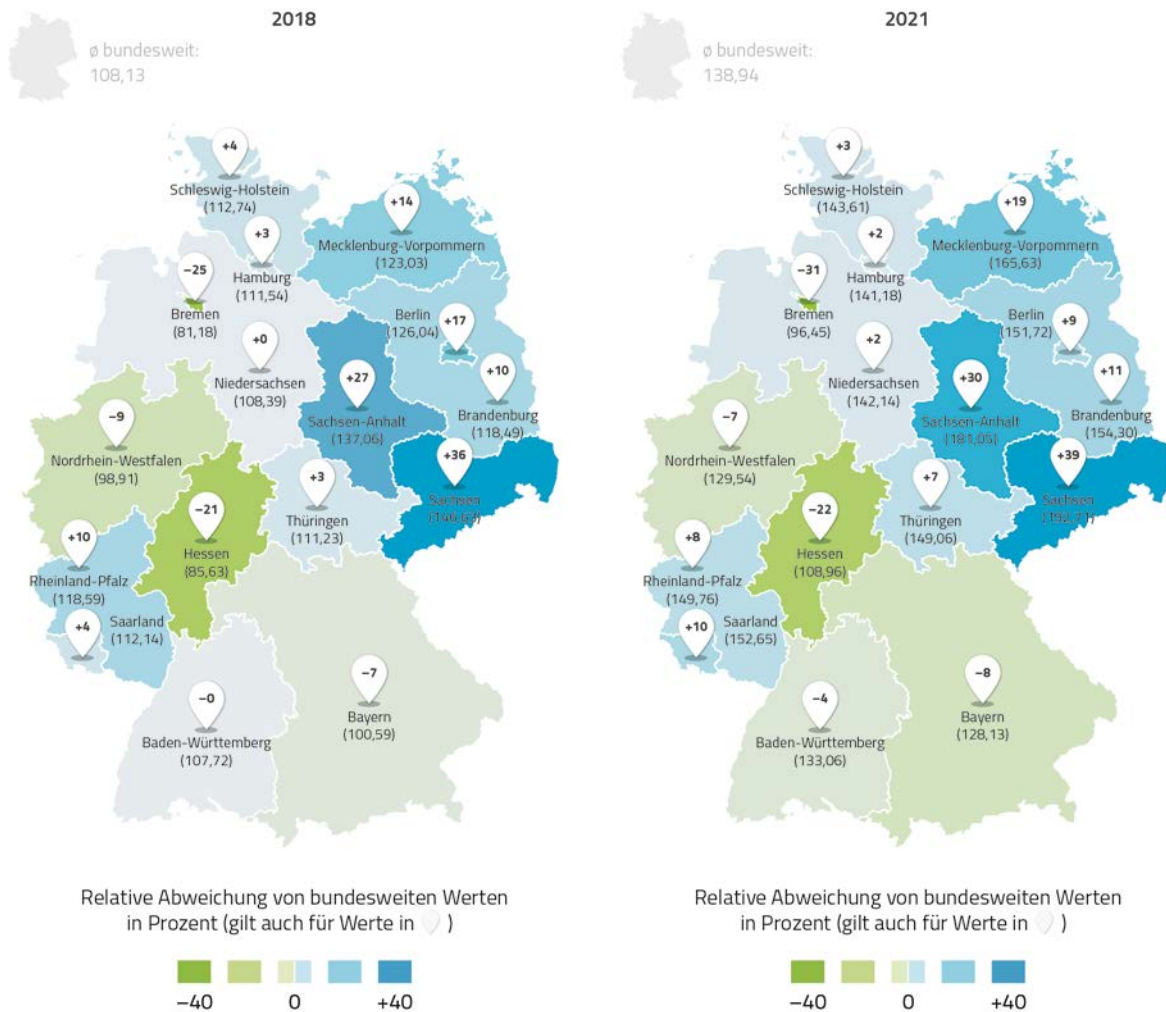
**Abbildung 3: Anteil der Versicherten mit Verordnung von Heilmitteln nach Alter und Geschlecht (links) und nach Leistungsbereichen (rechts) im Jahr 2021**



Anmerkung: Der jeweilige relative Überhang im Geschlechtervergleich ist verdunkelt eingefärbt.  
Quelle: BARMER-Daten 2021, hochgerechnet

## 2.2 Regionale Ausgabenunterschiede 2018 gegenüber 2021

Abbildung 4: Ausgaben über alle Heilmittel je Versicherten der Jahre 2018 und 2021 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung



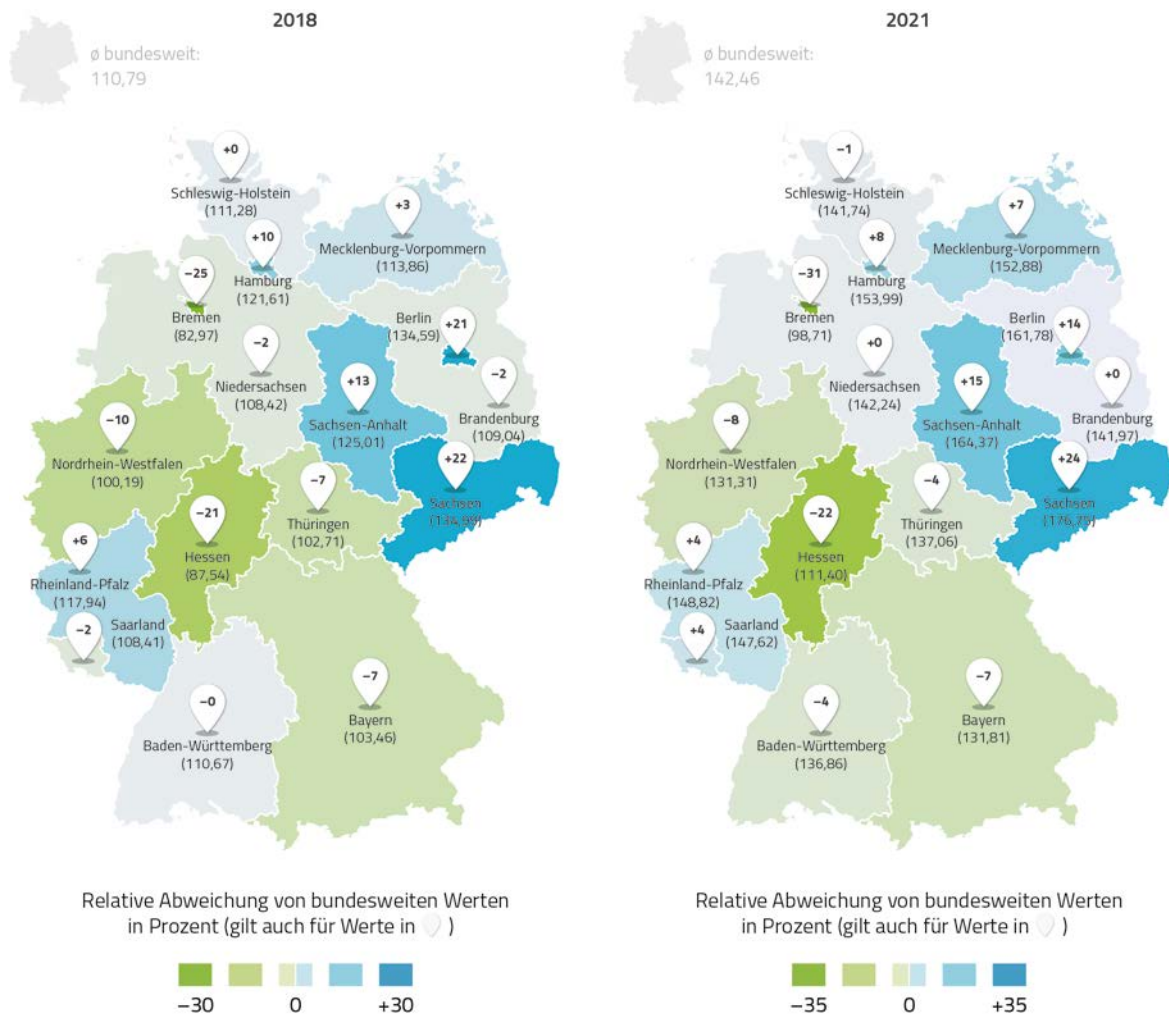
Quelle: BARMER-Daten 2018 und 2021, hochgerechnet

Abbildung 4 zeigt die Kosten je Versichertenjahr aller Heilmittelbereiche je Land mit der relativen Abweichung vom Bundesschnitt. Im linken Abschnitt der Abbildung sind die Werte für das Jahr 2018 dargestellt, während der rechte Abschnitt die Werte für das Jahr 2021 zeigt.

Anhand des ebenfalls angegebenen Durchschnittswerts wird ersichtlich, dass sich die Heilmittelausgaben je Versicherten um circa 31 Euro (28 Prozent) in den drei Jahren erhöht haben. Unverändert zeigte sich indes das Ausmaß der regionalen Ausgabenvariation. Versicherte aus den neuen Bundesländern sind weiterhin am ausgabenträchtigsten. Insbesondere Versicherte aus den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern verursachen die im Durchschnitt höchsten Leistungsausgaben. Im Jahr 2018 waren bis zu 36 Prozent Mehrkosten gegenüber dem Bundesdurchschnitt zu verzeichnen, im Jahr 2021 stieg dieser Wert sogar bis auf 39 Prozent (Sachsen) an.

Abbildung 5 zeigt die gleiche Kennzahl mit der alternativen Sicht einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Hierbei wird für jedes Bundesland eine Standardbevölkerung unterstellt, die sich auch im Zeitverlauf nicht ändert. Mit diesem Verfahren können Bundesländer ungeachtet der jeweiligen Alters- und Geschlechtsstruktur auch über einen längeren Zeitraum verglichen werden, da Ausgabenunterschiede, die allein auf diese unterschiedliche Bevölkerungsstruktur zurückzuführen sind, damit ausgeblendet werden.

**Abbildung 5: Ausgaben über alle Heilmittel je Versicherten der Jahre 2018 und 2021 nach Bundesländern mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung**

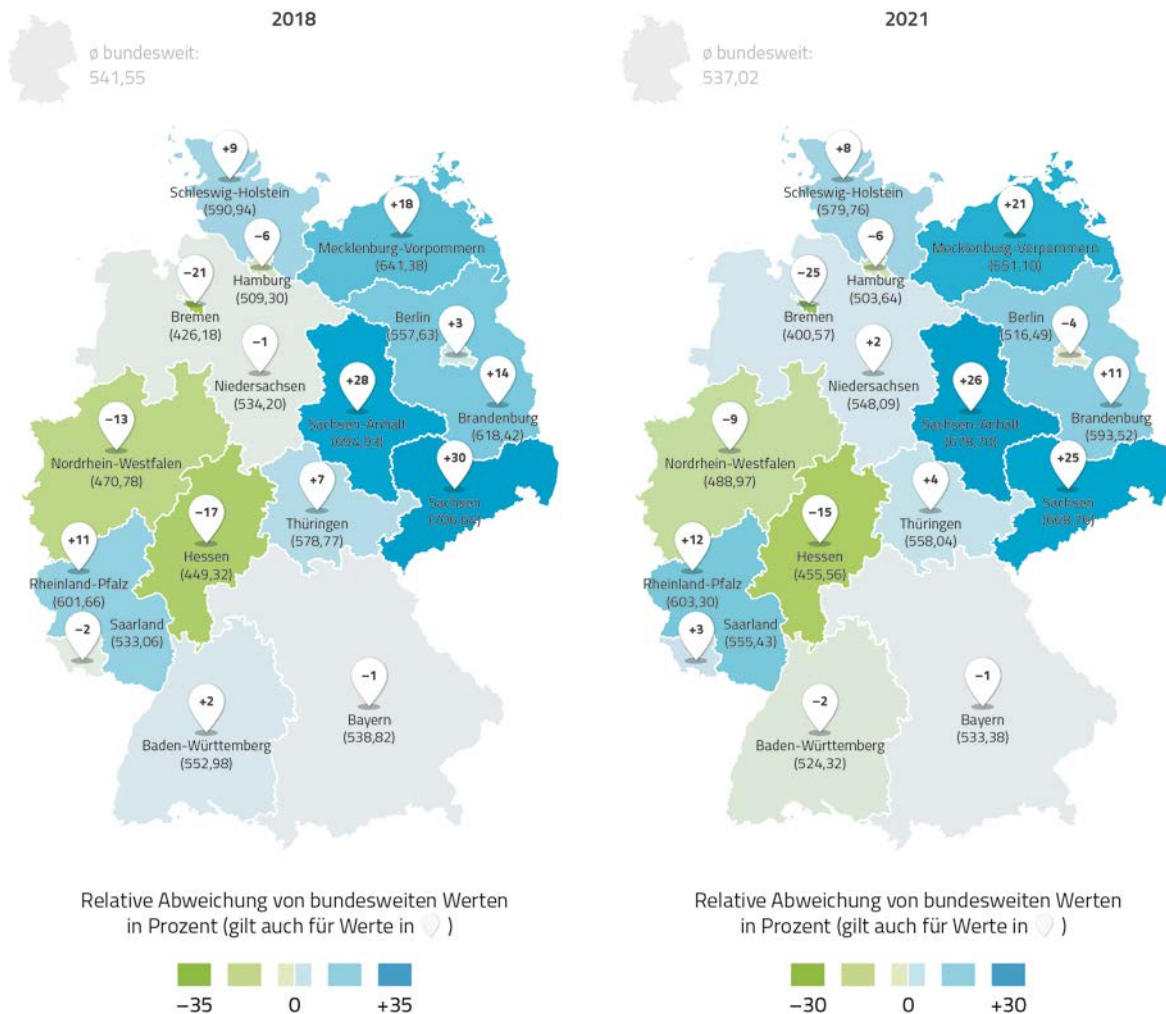


Quelle: BARMER-Daten 2018 und 2021, hochgerechnet

Abbildung 5 zeigt deutlich, dass durch die Standardisierung der Ausgabenüberhang der neuen Bundesländer zwar abgemildert wird, jedoch weiterhin besteht. Auch ist mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung eine von 2018 bis 2021 zunehmende Spreizung zwischen den Bundesländern zu erkennen. Bei den regionalen Unterschieden handelt es sich somit nicht um einen demografischen Effekt, und die Unterschiede nehmen im Laufe der letzten Jahre sogar zu. Führt man diesen Effekt auf Verordnungstraditionen zurück, die noch aus DDR-Zeiten prägenden Einfluss haben, wäre mit dem sukzessiven ärztlichen Generationswechsel eigentlich eine Angleichung der Ausgabenunterschiede zwischen Ost und West zu erwarten. Das Gegenteil scheint aber der Fall zu sein – die Unterschiede wachsen, anstatt zu schrumpfen, und das auch unter Berücksichtigung der zunehmenden Alterung der Bevölkerung.

### 2.3 Regionale Mengenunterschiede 2018 gegenüber 2021

Abbildung 6: Verordnungen je Versicherten der Jahre 2018 und 2021 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung



Quelle: BARMER-Daten 2018 und 2021, hochgerechnet

Die Struktur der Länder mit über- und unterdurchschnittlicher Häufigkeit von Heilmittelverordnungen je 1.000 GKV-Versicherte zeigt sich in den Jahren 2018 und 2021 nahezu unverändert. Die bundesdurchschnittliche Verordnungsmenge je 1.000 Versicherte ist ebenfalls mit einem Abstand von vier Jahren fast unverändert (541 zu 537). Im Unterschied zur zunehmenden Spreizung zwischen den Ländern bei den Ausgaben je Versicherten (Abbildung 4), sinken die länderbezogenen Abstände zum Bundesschnitt bei der Betrachtung der Verordnungen je Versicherten leicht. In Sachsen ist der Abstand zum Bundesschnitt um fünf Prozentpunkte gesunken, während er bei den Ausgaben je Versicherten um drei Prozentpunkt anstieg.

Weiter gehende Analysen kann der Leser interaktiv mit den umfangreichen Analysemöglichkeiten des Heilmittel-Atlas zu selbst gewählten Fragestellungen vornehmen (siehe Kapitel 2.6).

## 2.4 Analyse der Hygienepauschale 2020 und 2021

Heilmittelerbringer dürfen seit Mai 2020 im Zusammenhang mit der Coronapandemie eine Hygienepauschale zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erheben. Die Pauschale stellt hierbei einen Ausgleich für die Kosten von erhöhten Hygienemaßnahmen (zum Beispiel Mundschutz) dar und wurde mit 1,50 Euro je Verordnung vergütet.

Nachfolgend werden der Anteil an Verordnungen mit Hygienepauschale sowie die Kosten der Pauschale für die BARMER dargestellt.

Abbildung 7: Anteil an Verordnungen mit Hygienepauschale und monatliche Ausgaben 2020 und 2021



Quelle: BARMER-Daten 2020 und 2021

Der in Abbildung 7 dargestellte Verlauf des Verordnungsanteils mit Hygienepauschale zeigt eindeutig, dass die neu eingeführte Abrechnungsposition binnen zwei Monaten von den Leistungserbringenden flächendeckend abgerechnet wurde. Seit der Einführung wurden nahezu alle Verordnungen mit der zusätzlichen Hygienepauschale versehen. Mit Auslaufen der Hygienepauschalenverordnung war die Hygienepauschale nur bis Ende Juni 2022 abrechnungsfähig. Hierdurch sind in den beiden Jahren 2020 und 2021 für die BARMER Kosten in Höhe von circa 12,4 Millionen Euro angefallen. Hochgerechnet auf die GKV entspricht dies einem Wert von 88,6 Millionen Euro.

## 2.5 Struktur und Entwicklung der Heilmittelleistungserbringenden

Über die Anzahl und die Verteilung der niedergelassenen Heilmittelbetriebe in Deutschland ist verhältnismäßig wenig bekannt. Durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist die Information verfügbar, dass 166.042 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2021 tätig waren. Wie sich die niedergelassenen Physiotherapeuten verteilen und welche Leistungen sie anbieten, bleibt jedoch unklar. Eine Auszählung der abrechnenden Institutionskennzeichen (IK) der Leistungserbringenden ist auch nicht zielführend, denn jeder Betrieb kann über mehrere IK abrechnen, was zu einer Überschätzung der Anzahl führt. So weist der WIdO-Heilmittelbericht 2020 nach dieser Zählmethode für das Jahr 2019 67.392 Heilmittelbetriebe aus (WIdO, 2020, S. 11).

Im Folgenden wollen wir durch eine Auswertung der Vertrags- und Zulassungsdaten des Verbands der Ersatzkassen (vdek, LEO-Datenbank) eine möglichst zutreffende Aufstellung zur Anzahl, Entwicklung und Struktur der Leistungserbringenden vornehmen. Hierbei zählen wir alle Heilmittelbetriebe mit Anerkennung des TSVG-Vertrags. Dabei handelt es sich um die Institutionen, die der GKV eine Rechnung für erbrachte Heilmittelleistungen stellen können. Die Größe der Betriebe und die Anzahl der dort angestellten Therapeuten sind aus diesen Daten allerdings nicht ablesbar. Zusätzlich enthalten die Daten Angaben zu den Zusatzqualifikationen, die wiederum zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen berechtigen. Von den Physiotherapiebetrieben dürfen 95 Prozent Lymphdrainagen abrechnen, circa 83 Prozent manuelle Therapie und circa 44 Prozent Krankengymnastik ZNS.

**Abbildung 8: Anzahl Heilmittelbetriebe nach Berufsgruppen und Qualifikationen (Physiotherapie) über die Jahre 2018 bis 2021 und prozentuale Entwicklung von 2018 zu 2021**



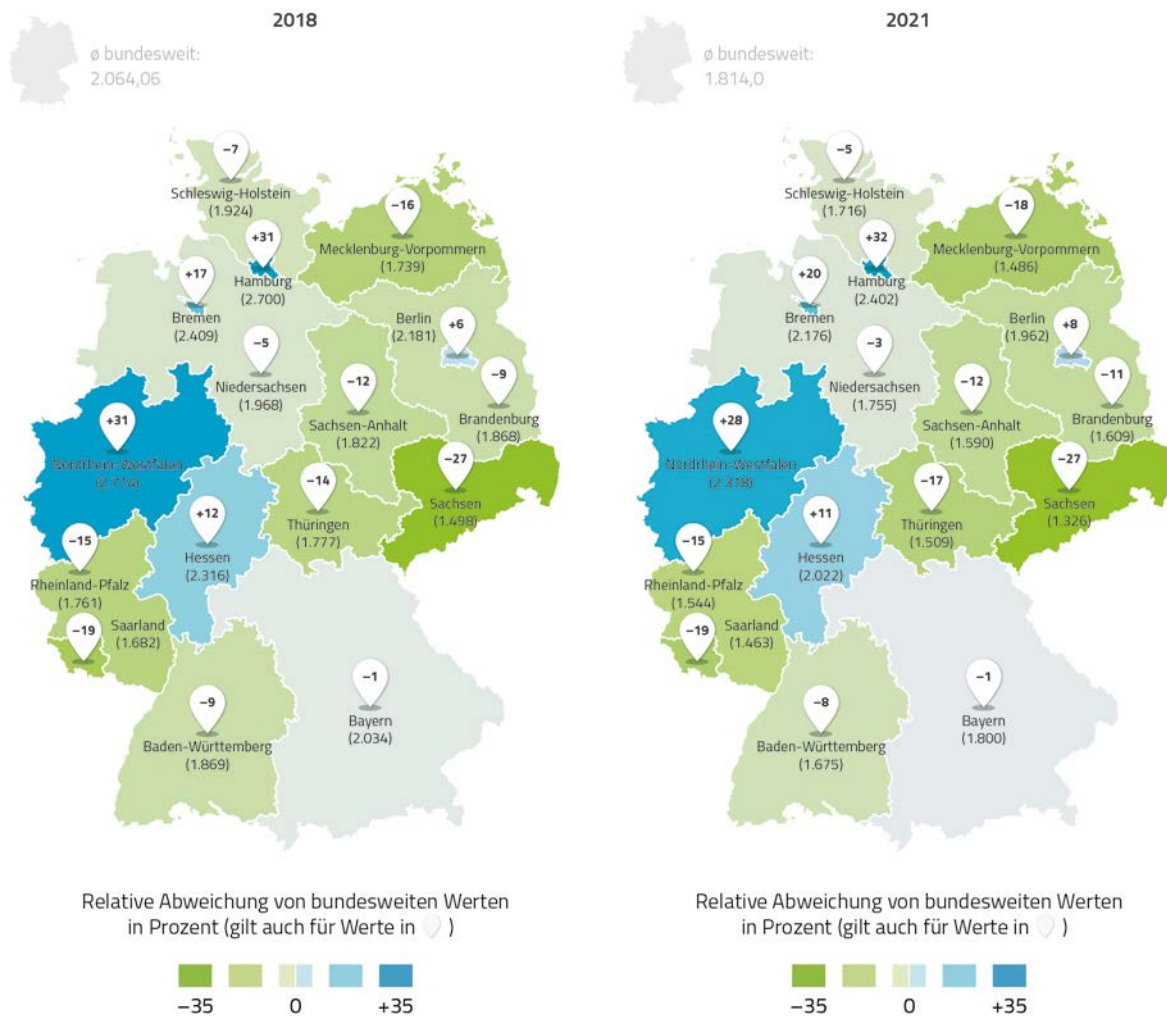
Quelle: LEO-Daten des vdek 2018–2021

Die Zahl der zugelassenen Leistungserbringenden steigt im Zeitraum von 2018 bis 2021 deutlich an. Insgesamt hatten 65.472 Heilmittelbetriebe im Jahr 2021 eine Zulassung der Krankenkassen. Dies bedeutet eine Steigerung zum Jahr 2019 um elf Prozent. Der absolut größte Zuwachs an Betrieben ist in der Physiotherapie mit zehn Prozent zu verzeichnen, die Ergotherapeuten liegen bei 14 Prozent und Logopäden bei elf Prozent. Die unterschiedlichen Ergebnisse der Zählmethoden nach abgerechnetem IK beziehungsweise nach Zulassung lassen sich quantifizieren. Für 2019 weist das WIdO 67.392 verschiedene IK von Heilmittelbetrieben aus, während tatsächlich 59.030 verschiedene Betriebe zugelassen waren.

Die Steigerung bei der Anzahl der Betriebe könnte durch einen Schub an Betriebsgründungen verursacht worden sein, der wiederum durch die deutlich bessere wirtschaftliche Situation aufgrund erheblicher Vergütungssteigerungen bedingt wurde. Dies führt zu dem positiven Effekt, dass auf Basis einer recht gleichbleibenden Verordnungsmenge die Versicherten unter einer stets zunehmenden Anzahl verschiedener Betriebe den geeigneten Therapeuten auswählen können.

Die Verteilung der Physiotherapiebetriebe in Relation zur Anzahl der Versicherten stellt sich auf Landesebene sehr differenziert dar und blieb in den betrachteten Jahren 2018 und 2021 nahezu unverändert (Abbildung 9). Während in Sachsen im Jahr 2021 ein Betrieb pro 1.326 Versicherte tätig ist, liegt dieser Wert in NRW, Bremen und Hamburg deutlich höher bei knapp beziehungsweise über 2.300 Versicherten pro Betrieb. In den neuen Bundesländern korrespondiert die höhere Dichte an Physiotherapiebetrieben mit einer überproportionalen Ausgabensituation je Versicherten (Abbildung 4) und einer höheren Verordnungsmenge (Abbildung 6). Es gibt allerdings auch Länder wie Hamburg, die eine sehr geringe Dichte von Heilmittelbetrieben aufweisen, während die Ausgaben und die Verordnungsmengen im Land nahe des Bundesschnitts liegen. Zur jeweiligen Größe der Betriebe liegen allerdings keine Informationen vor. Zudem ist die Betriebsgröße vermutlich kein stabiler Faktor, denn Änderungen bei Anstellungen, Teilzeiteinbarungen und der jederzeit mögliche Einsatz freier Mitarbeiter werden kontinuierlich die Kapazität der Betriebe verändern.

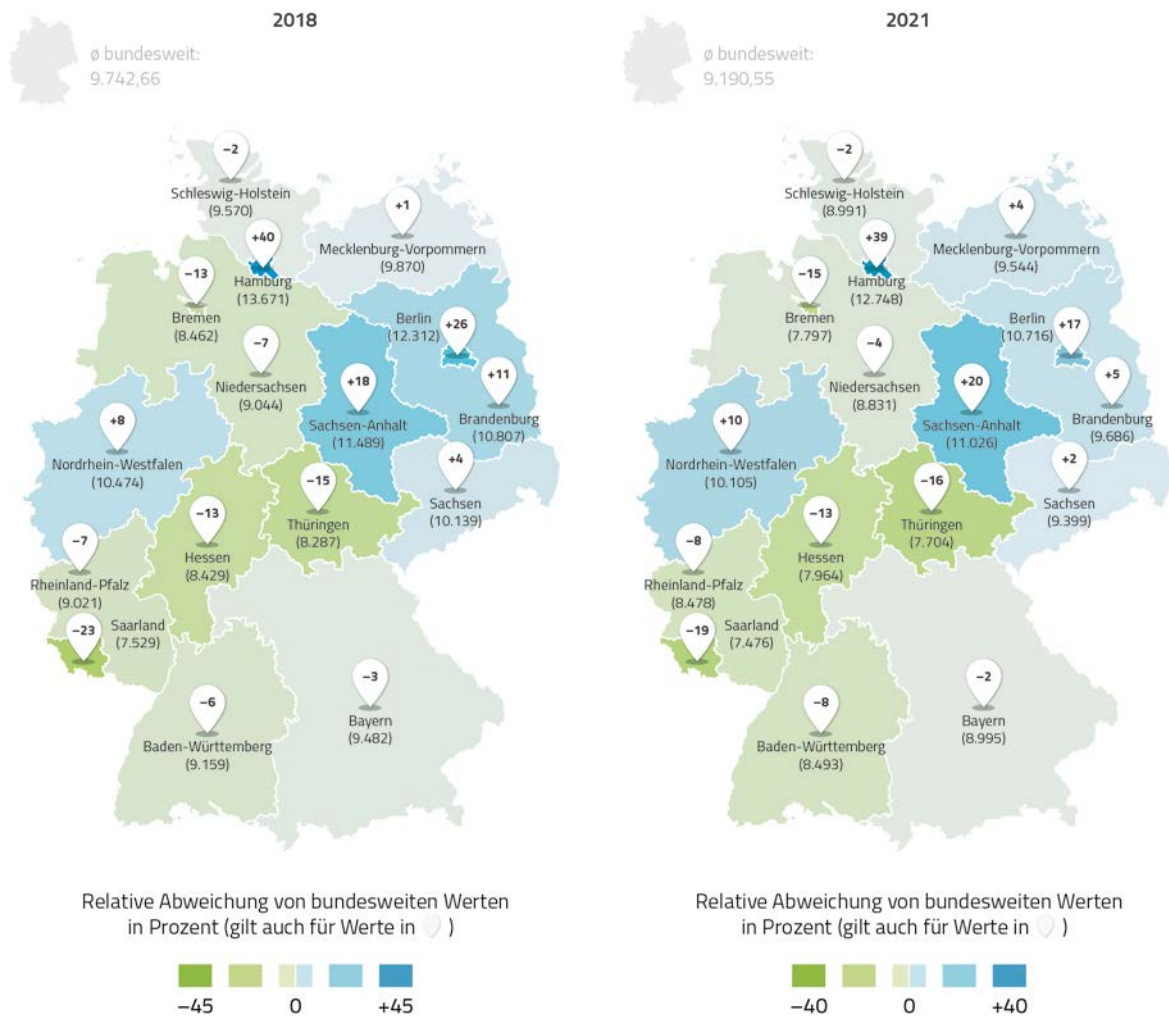
Abbildung 9: Relation der Anzahl an GKV-Versicherten zur Anzahl der Physiotherapiebetriebe auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2021 – Versicherte je Heilmittelbetrieb



Quelle: LEO-Daten des vdek 2018–2021

Die Zunahme der Anzahl an Betrieben in Kombination mit einer nahezu unveränderten Zahl der Verordnungen von Physiotherapie in der GKV (Abbildung 2) führt unweigerlich zu einer Verringerung der durchschnittlichen Menge abgerechneter Verordnungen pro Betrieb. Im Jahr 2018 kamen pro Betrieb 9.743 Verordnungen zur Abrechnung, 2021 nur noch 9.191 (minus sechs Prozent). Die meisten Verordnungen je Leistungserbringer-Betrieb werden in Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten mit Ausnahme von Bremen erbracht. Die geringsten Werte weisen die Betriebe in Thüringen, Hessen und dem Saarland auf (Abbildung 10). Wie bereits oben erwähnt, liegen keine Angaben zur Kapazität der Betriebe vor. Es wäre aber plausibel anzunehmen, dass die Betriebsgrößen in Großstädten größer ausfallen, damit die wahrscheinlich höheren Mietkosten wirtschaftlich breiter getragen werden können. Interessant ist aber, dass die regionale Struktur und die Spreizung bei der Verordnungsmenge je Versicherten (Abbildung 6) sich in der Betrachtung je Betrieb nicht finden lassen. Insbesondere der Verordnungsüberhang in den neuen Bundesländern wird von den Physiotherapiebetrieben überwiegend in einer Quote nahe am Bundesschnitt bearbeitet.

Abbildung 10: Relation von Physiotherapiebetrieben zu Verordnungszahlen der GKV auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2021 – Verordnungen je Heilmittelbetrieb



Quelle: LEO-Daten des vdek 2018–2021

## 2.6 Heilmittel-Atlas: Interaktive regionalisierte Analyse der Heilmittelversorgung

Auch dieses Jahr stellt das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) wieder einen „Heilmittel-Atlas“ zur Verfügung.

Der Heilmittel-Atlas bietet die folgenden Kennzahlen auf regionaler Ebene für die Jahre 2018 bis 2021 an.

Heilmittelversorgung in der GKV:

### Heilmittel-Atlas – Leistungen

- Verordnungen je 1.000 Versichertenjahre
- Patienten je 1.000 Versichertenjahre
- Ausgaben je Versichertenjahr
- Ausgaben je Verordnung
- Verordnungen je Patient

Heilmittelerbringer in der GKV:

Heilmittel-Atlas – Leistungserbringer 

- Anzahl der Heilmittelbetriebe
- Verordnungen je Heilmittelbetrieb
- Patienten je Heilmittelbetrieb
- Versicherte je Heilmittelbetrieb

Die Grundlage für das Angebot bilden auf die GKV hochgerechnete Auswertungen der Abrechnungsdaten der BARMER. Zusätzlich stehen die Daten zur Anzahl und Struktur der Leistungserbringenden Heilmittel zur Verfügung. Nutzerinnen und Nutzer können wählen, ob eine Kennzahl als Hochrechnung auf die GKV, also mit der realen Bevölkerungsstruktur in den Ländern, oder mittels Alters- und Geschlechtsstandardisierung betrachtet werden soll. Zudem können Fragestellungen durch Filterung auf spezifische Leistungsarten, Regionen oder Altersgruppen eingegrenzt werden.

Die selektierten Ergebnisse können wahlweise als Landkarte oder Diagramm angezeigt oder als CSV-Datei für weitere Bearbeitungen heruntergeladen werden.

### 3 Preis-, Umsatz- und Einkommensentwicklung in der Heilmittelversorgung

Mit dem erklärten Ziel der Stärkung aller Heilmittelleistungserbringenden und der Förderung der Attraktivität des Berufsbildes durch Gehalts- und Vergütungssteigerungen und Regelungen zur Berufsausbildung hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren tief in die Struktur der Heilmittelversorgung eingegriffen.

- Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde 2017 eine grundsätzliche Vergütungsreform vorgenommen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und damit die Anbindung der maximalen Preissteigerung an die Grundlohnsummenentwicklung wurde außer Kraft gesetzt. Die unterschiedlichen Preise in der GKV sollten sich in einem Konvergenzzeitraum über mehrere Jahre bis hin zur bundesweiten Preisgleichheit auf einem höheren Preisniveau annähern. Bereits in der Entstehungsphase des Gesetzes wurde erkannt, dass keineswegs ohne weitere Maßnahmen davon auszugehen ist, dass steigende Leistungsvergütungen für die Praxen auch zu den beabsichtigten Gehaltssteigerungen der Angestellten führen würden. In einer Stellungnahme des Bundesrats zum HHVG-Entwurf findet sich Folgendes: „Mit der neuerlichen Gesetzesänderung und der Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird suggeriert, dass mit Steigerungsraten über der Grundlohnsummenentwicklung die aktuell als nicht zufriedenstellend eingeschätzte Vergütungssituation von angestellten Therapeuten verbessert werden könnte. Dem ist nicht so [...] Aus diesem Grund sollten in diesen Verträgen insbesondere Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte verpflichtend geregelt werden“ (Drucksache, 19/21308).

- Offenbar ging es dem Gesetzgeber dann doch zu langsam mit den angestrebten Steigerungen der Vergütungen, denn im März 2019 wurde im Rahmen des TSVG eine erneute umfassende Reform für die Heilmittelversorgung beschlossen. Die 2017 eingeführte Konvergenzphase der Vergütungen wurde beendet und durch eine Höchstpreisregelung ersetzt. Alle Kassen hatten ab Mitte 2019 einheitlich den jeweils höchsten Preis für eine Leistung zu bezahlen, den eine einzelne Kasse bis dato abgeschlossen hatte. Darüber hinaus wurde die föderale Struktur der Vereinbarungen in der Heilmittelversorgung abgeschafft und durch eine kollektivvertragliche bundesweite Struktur ersetzt. Dem GKV-SV wurde das alleinige Verhandlungsmandat für alle Krankenkassen übertragen. Die weiteren Verhandlungen erfolgten ab 2020 auf der Basis der Ergebnisse der Höchstpreisregelung.

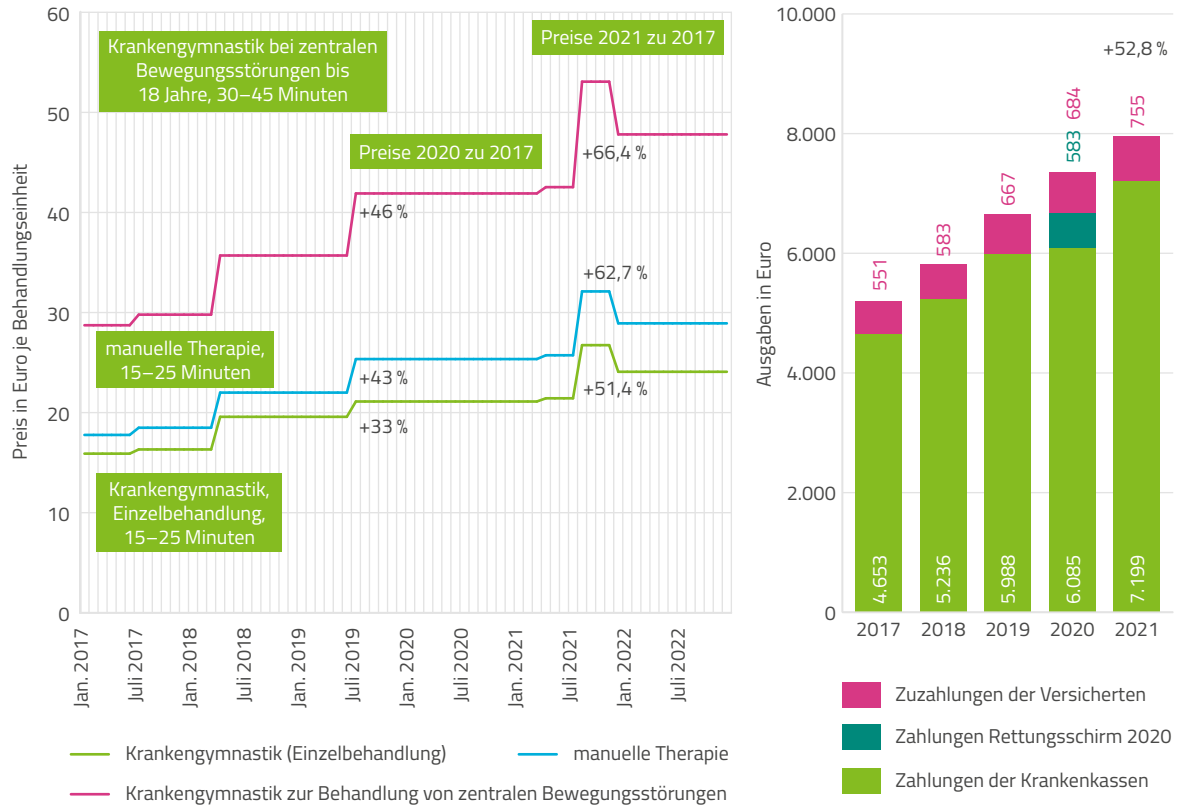
### 3.1 Preis- und Umsatzentwicklung in der Heilmittelversorgung 2017 bis 2021

Diese gesetzlich initiierten kurzfristig hintereinander wirksamen Preiserhöhungen für Heilmittel führten dazu, dass gegenüber dem ersten Jahr der Intervention durch das HHVG 2017 bis zum Jahr 2021 die Leistungsvergütungen der wichtigsten Einzelleistungen der Berufsgruppen zwischen 40 und 70 Prozent gesteigert wurden. Dies erfolgte, ohne dass sich der Leistungsinhalt wesentlich geändert hätte.

Für das Jahr 2020 wirkte zudem der Rettungsschirm Heilmittel. Dieser sollte befürchtete pandemiebedingte Umsatzrückgänge der Leistungserbringenden im Heilmittelbereich pauschal ausgleichen. Die Zahlungen auf Basis der Anträge der Leistungserbringenden summierten sich auf 810 Millionen Euro zu Lasten des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenkassen. Wie wir im letzten BARMER Heilmittelreport zeigen konnten, überstiegen die Zahlungen aus dem Rettungsschirm die tatsächlichen Verordnungs- und Umsatzrückgänge der Therapeutinnen und Therapeuten in 2020 um etwa das Doppelte, eine Rückzahlung überschüssiger Beträge war allerdings nicht vorgesehen. Der Rettungsschirm Heilmittel war eine Leistung allein der GKV und nicht wie bei den Schutzmaßnahmen für Krankenhäuser eine Leistung des Staates und damit aller Steuerzahler. Die Zahlungen des Rettungsschirms werden anteilig auf die Berufsgruppen aufgeschlüsselt und als Zusatzumsatz des Jahres 2020 nachfolgend eingerechnet.

Die gesetzlichen Zuzahlungen der Versicherten werden im Rahmen der Behandlung unmittelbar bei den Leistungserbringenden entrichtet. Sie sind Umsätze der Heilmittelerbringer, die zusätzlich zu den Ausgaben der Krankenkassen bei den Leistungserbringenden anfallen. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den für die jeweiligen Leistungen vereinbarten Preisen zuzüglich einer Rezeptgebühr von zehn Euro (§ 61 Satz 3 SGB V). Daher werden die Summen der Zuzahlungsbeträge in Höhe der in der Heilmittel-Schnellinformation des GKV-SV (GKV-SV, 2022a) nachfolgend als Umsatz der Heilmittelbetriebe ausgewiesen.

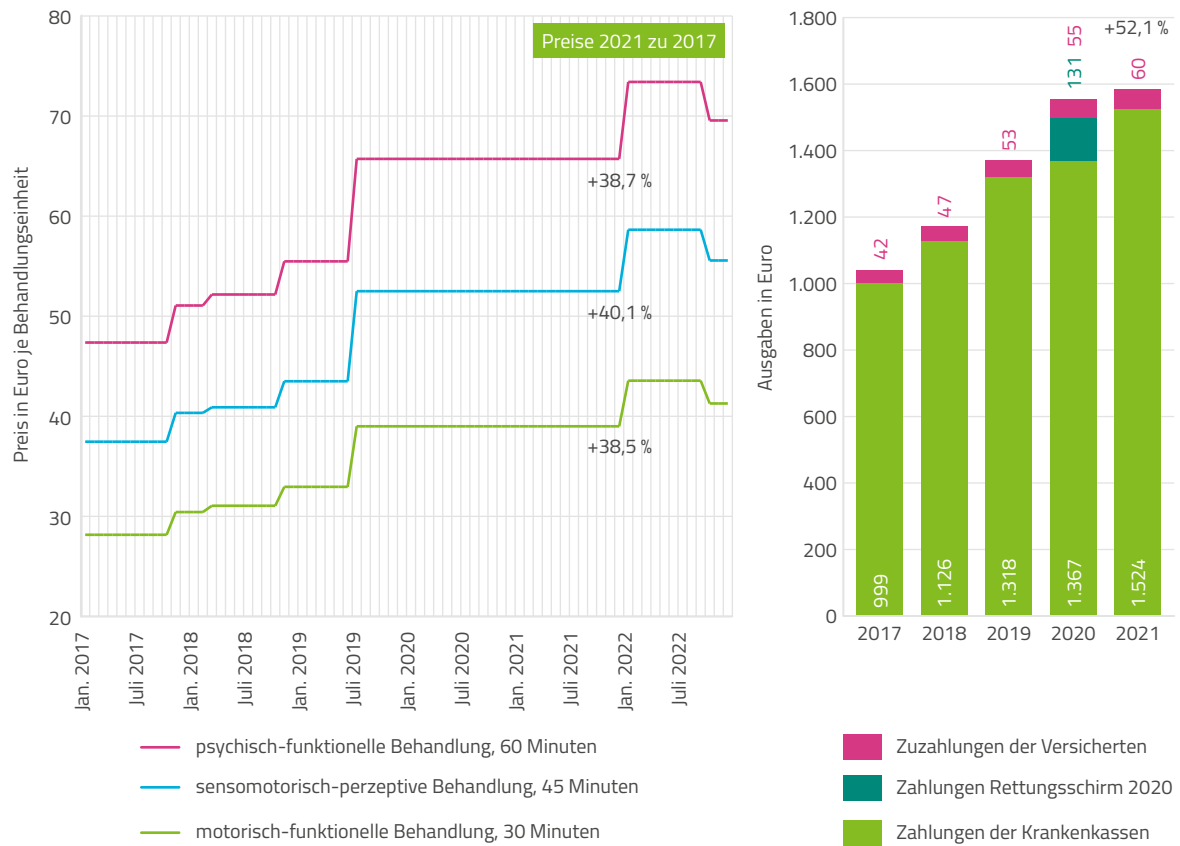
Abbildung 11: Preisentwicklung der wichtigsten physiotherapeutischen Leistungen und Umsatzentwicklung Physiotherapie



Quellen: GKV-SV, 2022b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2022a

Die wesentliche Ursache für die erhebliche Steigerung des Umsatzes in der Physiotherapie waren die ab 2017 gesetzlich initiierten Preissteigerungen für die Einzelleistungen zwischen 50 und 70 Prozent bis zum Jahr 2021. Diese Steigerungen setzen sich im Jahr 2022 noch fort, so dass mit einer weiteren Umsatzsteigerung zu rechnen ist. Auch für den Fall, dass die Vereinbarung der erhöhten Preise nicht pünktlich zum Auslaufen der bisherigen Preisregelung gelingt, wurde Vorsorge getroffen. So wurden die Preise in der Physiotherapie von August bis November 2021 befristet erhöht, um die zeitliche Verzögerung bei der Vereinbarung der Preise unmittelbar wirtschaftlich auszugleichen.

Abbildung 12: Preisentwicklung der wichtigsten ergotherapeutischen Leistungen und Umsatzentwicklung Ergotherapie

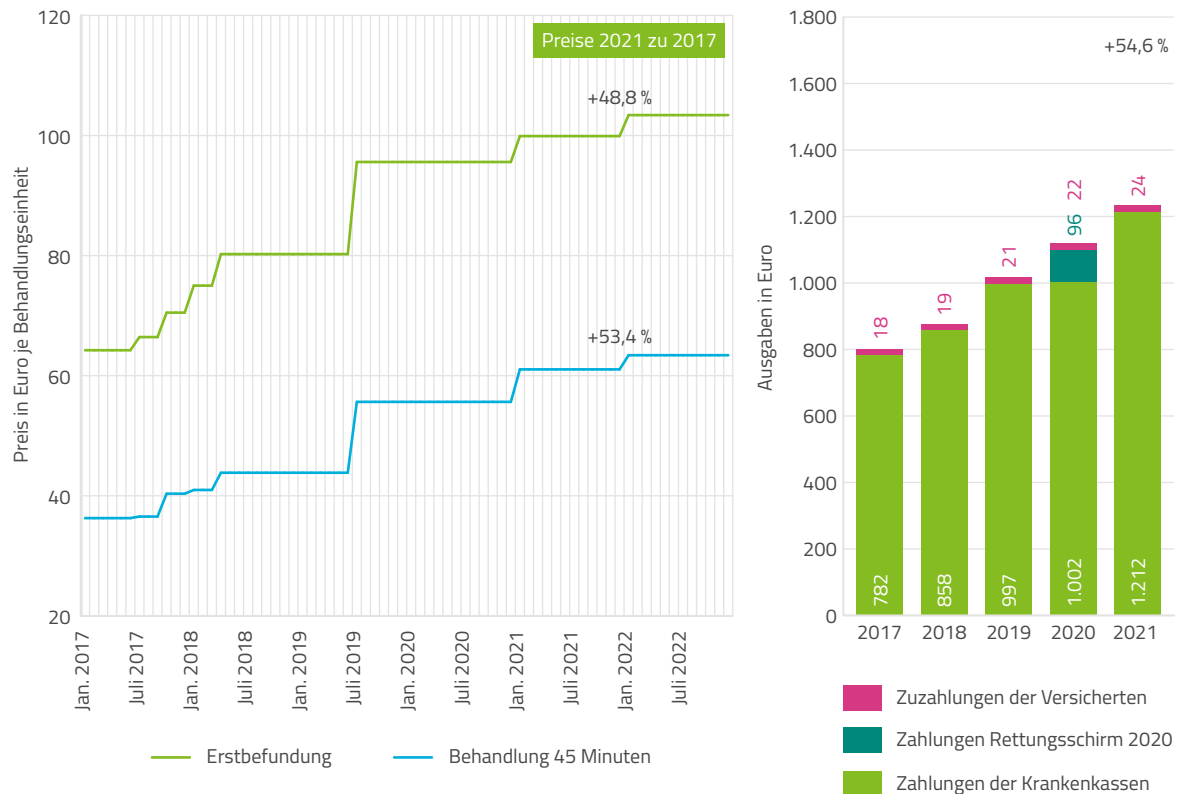


Quellen: GKV-SV, 2022b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2022a

Auch in der Ergotherapie wurden erhebliche Preissteigerungen für die Einzelleistungen ab 2017 vereinbart. Die Preisverhandlungen ab 2020 konnten allerdings nicht fristgerecht erfolgreich abgeschlossen werden, so dass ein Schiedsstellenverfahren erforderlich wurde. Gemäß der aktuellen Rechtslage müssen die Spitzenorganisationen des jeweiligen Heilmittelbereichs den Vertrag gemeinsam schließen (§ 125 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Das kann dazu führen, dass Uneinigkeiten zwischen diesen Spitzenorganisationen einen Abschluss verhindern. So kann jede einzelne Spitzenorganisation ein Schiedsverfahren erwirken, selbst wenn die Mehrheit der Organisationen der Leistungserbringenden dies nicht wünscht. Ein Mehrheitsvotum ist gesetzlich derzeit nicht vorgesehen, nur die Einstimmigkeit. Ob das Einstimmigkeitsprinzip dauerhaft trägt, wird die weitere Praxis zeigen. Durch die hierdurch bedingten längerfristigen Verzögerungen der Preisanhebung wurden nun die Preise von Januar bis September 2022 um einen zusätzlichen Faktor gesteigert, der diese Verzögerung wirtschaftlich ausgleichen soll.

Der Anteil der Zuzahlungen von Versicherten liegt bei ergotherapeutischen Leistungen deutlich niedriger als in der Physiotherapie. Dies liegt an der höheren Quote zuzahlungsbefreiter Patientinnen und Patienten, beispielsweise Kinder mit Behinderungen oder ältere chronisch kranke Patienten mit Schlaganfall.

Abbildung 13: Preis- und Umsatzentwicklung der wichtigsten Leistungen in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST)



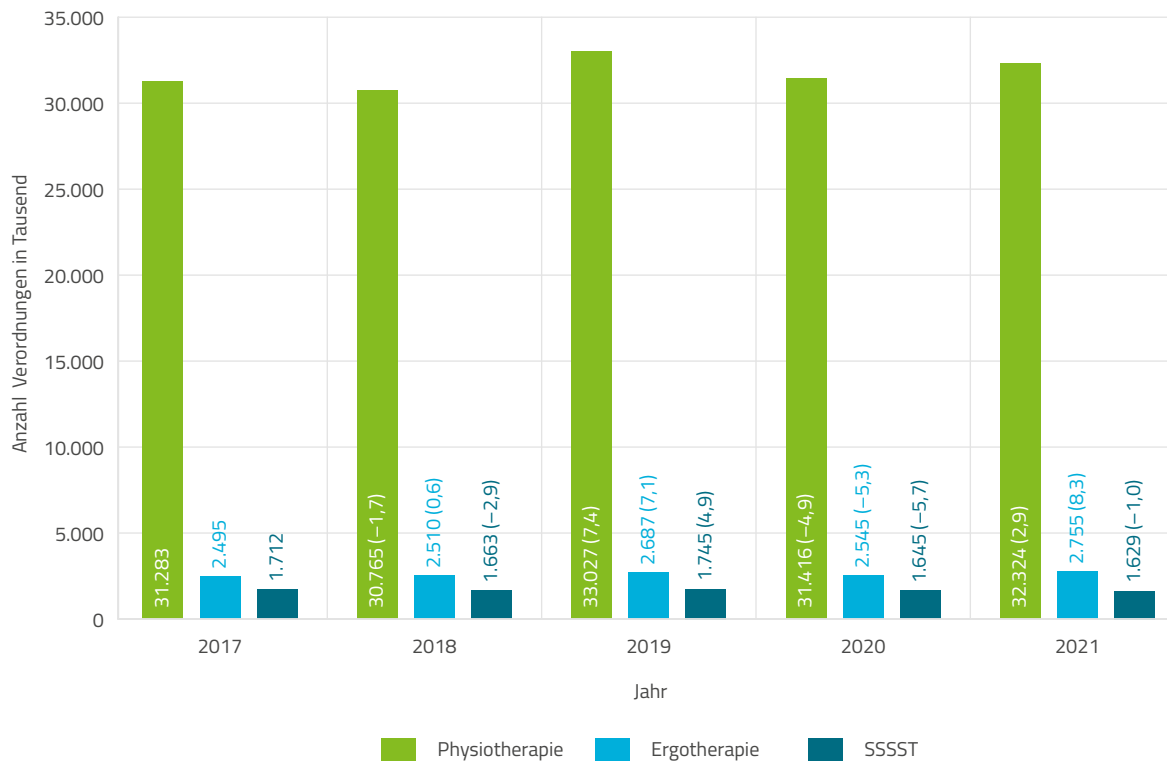
Quellen: GKV-SV, 2022b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2022a

Der Rahmenvertrag in der Berufsgruppe der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapeuten inklusive der Anlage Vergütungsvereinbarung wurde fristgerecht durch das Schiedsamt festgesetzt. Die Preise wurden dabei gestaffelt bis zum 30. Juni 2024 festgelegt. Der Zuwachs beim Umsatz ist 2021 mit fast 55 Prozent gegenüber dem Basisjahr 2017 der höchste der drei gezeigten Berufsgruppen. Der Anteil der Zuzahlungen durch die Versicherten ist sehr gering, weil zumeist Kinder therapiert werden. Alle Versicherten unter 18 Jahren sind in der GKV von den Zuzahlungen befreit.

### 3.2 Mengenentwicklung in der Heilmittelversorgung

Die Entwicklung der Preise und der Umsätze korrespondiert sehr stark. Beide stiegen im Zeitraum 2017 bis 2021 um deutlich über 50 Prozent an. Wie bereits Abbildung 2 zeigt, verläuft die Mengenentwicklung der Verordnungen in diesem Zeitraum in etwa auf dem gleichen Niveau. In ersten Jahr der Pandemie 2020 gab es einen Rückgang der abgerechneten Verordnungen von etwa fünf Prozent, der jedoch teilweise 2021 wieder aufgeholt wurde.

Abbildung 14: Anzahl und Entwicklung der Verordnungen in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2021

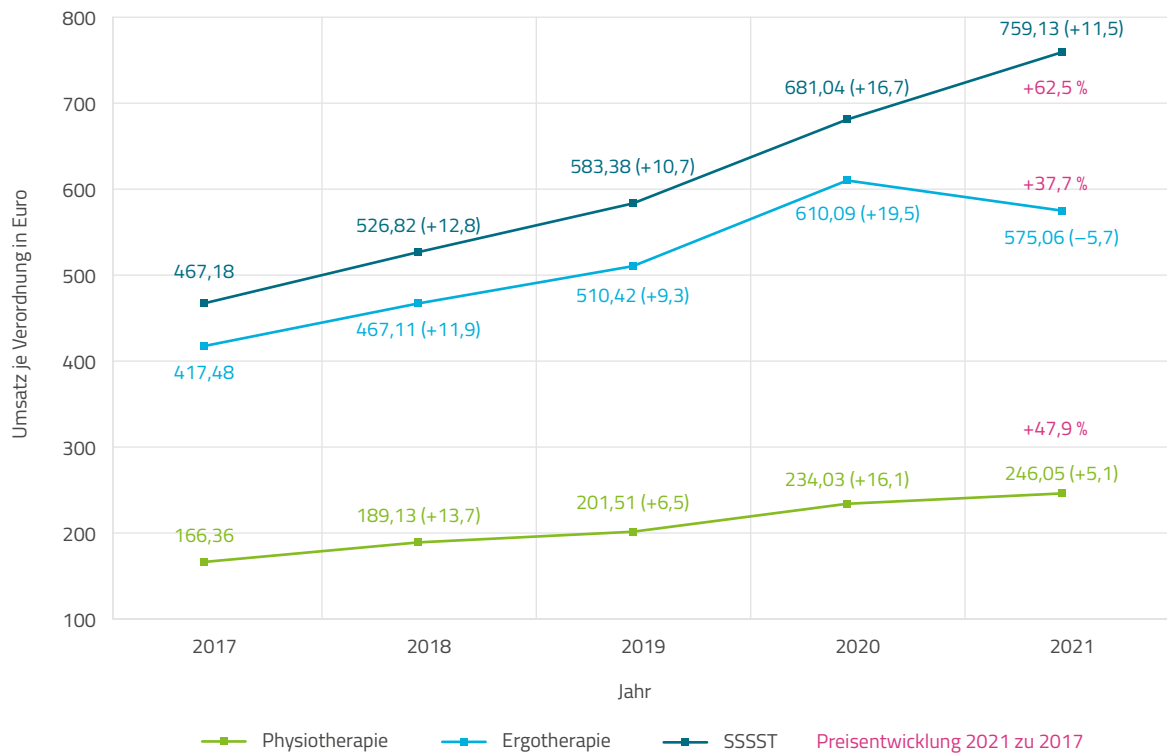


Anmerkung: Werte in Klammern zeigen die Entwicklung zum Vorjahr in Prozent.  
 Quellen: GKV-SV, 2022b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2022a

Bei der Physiotherapie und der SSSST ist insgesamt eine Stagnation der Verordnungsmenge festzustellen. Im Jahr 2019 wurden die Preise aller Heilmittel durch die gesetzliche Höchstpreisregelung sprunghaft deutlich angehoben. Gleichzeitig gab es in allen Berufsgruppen eine deutliche Steigerung der Anzahl abgerechneter Verordnungen. Der Zuwachs der Verordnungen 2019 wurde teilweise kompensiert durch die Auswirkungen der Pandemie im Jahr 2020. Der Rückgang von etwa fünf Prozent der Verordnungen führte allerdings durch den Rettungsschirm Heilmittel zu keinen Umsatzrückgängen, sondern sogar zu erheblichen Überzahlungen. Im Jahr 2021 steigt die Zahl der abgerechneten Verordnungen wieder an, allerdings in den Berufsgruppen sehr unterschiedlich. Der höchste Zuwachs ist bei den Ergotherapeutinnen und -therapeuten festzustellen, die sogar die Verordnungszahl von 2019 übertreffen konnten.

Um die Entwicklungen der Mengen- wie auch der Umsatzzahlen sachgerecht abzubilden, wird daher die Kennzahl „Umsatz je Verordnung“ im Folgenden zur weiteren Analyse herangezogen.

Abbildung 15: Umsatz je Verordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2021



Anmerkung: Werte in Klammern zeigen die Entwicklung zum Vorjahr in Prozent.  
 Quellen: GKV-SV, 2022b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2022a

Durch den Anstieg der Verordnungszahl in der Ergotherapie 2021 in Kombination mit der durch das Schiedsverfahren bis zum Jahresanfang 2022 verzögerten Vergütungserhöhung sank der Umsatz je Verordnung 2021 leicht. Die vereinbarten Vergütungen 2022 lassen jedoch eine deutliche Zunahme dieser Kennziffer ab dem Folgejahr sicher erwarten. In den beiden anderen Berufsgruppen setzte sich das Wachstum über den gesamten Zeitraum kontinuierlich fort.

### 3.3 Einkommensentwicklung der angestellten Heilmitteltherapeutinnen und -therapeuten

Die Entgeltstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA, 2022a) weist für ein Kalenderjahr das durchschnittliche Bruttomonatseinkommen nach Berufsgruppen aus. Die Angabe der jeweiligen Berufsgruppe ist Bestandteil des Meldeverfahrens für die Sozialversicherung durch die Arbeitgeber. Einbezogen in das Verfahren sind alle sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland. In die Berechnung des durchschnittlichen Monatseinkommens einer Berufsgruppe werden nur Beschäftigte einbezogen, die am 31. Dezember des jeweiligen Jahres vollzeitbeschäftigt waren (siehe Methodenteil; BA, 2022b).

Die Auswahl der unten betrachteten Heilmitteltherapeutenberufe basiert auf der „Klassifikation der Berufe 2010“ (BA, 2020). Aus der Gruppe 817 (nichtärztliche Therapie und Heilkunde) wurden folgende Berufe ausgewählt:

- 8171 Berufe in der Physiotherapie
- 8172 Berufe in der Ergotherapie
- 8173 Berufe in der Sprachtherapie

In einer Sonderauswertung der BA (BA, 2022a) für die Jahre 2017 bis 2021 erfolgte zudem für diese Berufsgruppen die Aufgliederung nach Wirtschaftszweigen, ob sie in einer stationären Einrichtung oder in ambulanter Praxis angestellt sind. Diese Angaben sind ebenfalls Gegenstand des Meldeverfahrens für die Sozialversicherung. Die Mediane der Entgelte dieser Berufsgruppen wurden durch die BA auf Bundes- und Landesebene berechnet.

**Tabelle 2: Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte in Euro von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2021 für Angestellte in Vollzeit außerhalb stationärer Einrichtungen**

	Monatsentgelt in Euro 2017	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2018	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2019	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2020	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2021	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Entwicklung 2021 zu 2017 in Prozent
<b>8171 Berufe in der Physiotherapie</b>	2.120	3,6	2.221	4,7	2.359	6,2	2.433	3,2	2.577	5,9	21,5
<b>8172 Berufe in der Ergotherapie</b>	2.286	4,1	2.380	4,1	2.517	5,8	2.606	3,5	2.756	5,8	20,6
<b>8173 Berufe in der Sprachtherapie</b>	2.204	3,0	2.308	4,7	2.471	7,1	2.595	5,0	2.796	7,7	26,8

Quelle: BA, 2022a

Die Absicht des Gesetzgebers war es seit 2017, durch die erheblichen Preissteigerungen „die wachsenden Anforderungen an die Heilmittelerbringer zu berücksichtigen und die Attraktivität der Therapieberufe weiter zu steigern. Somit wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen auch den angestellten Therapeuten zugutekommen“ (BMG, 2017). Darüber hinaus wurde auch im TSVG 2019 auf die Vergütung der angestellten Therapeuten ein zentrales Augenmerk gelegt. Die Vertragspartner haben Regelungen zu „Vergütungsstrukturen für die Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte“ (§ 125 Abs. 2 Nr. 9 SGB V) vertraglich festzulegen.

Dieser gesetzlichen Vorgabe wurde in den Rahmenverträgen des GKV-SV mit den Verbänden der Heilmittelerbringer entsprochen. Dort heißt es in den Verträgen der Berufsgruppen wortgleich: „Die von einem zugelassenen Leistungserbringer angestellten Leistungserbringer sollen von Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringer sollen daher, soweit möglich, vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben“ (Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V, GKV-SV, 2022c).

**Tabelle 3: Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte in Euro von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2021 für Angestellte in Vollzeit in stationären Einrichtungen**

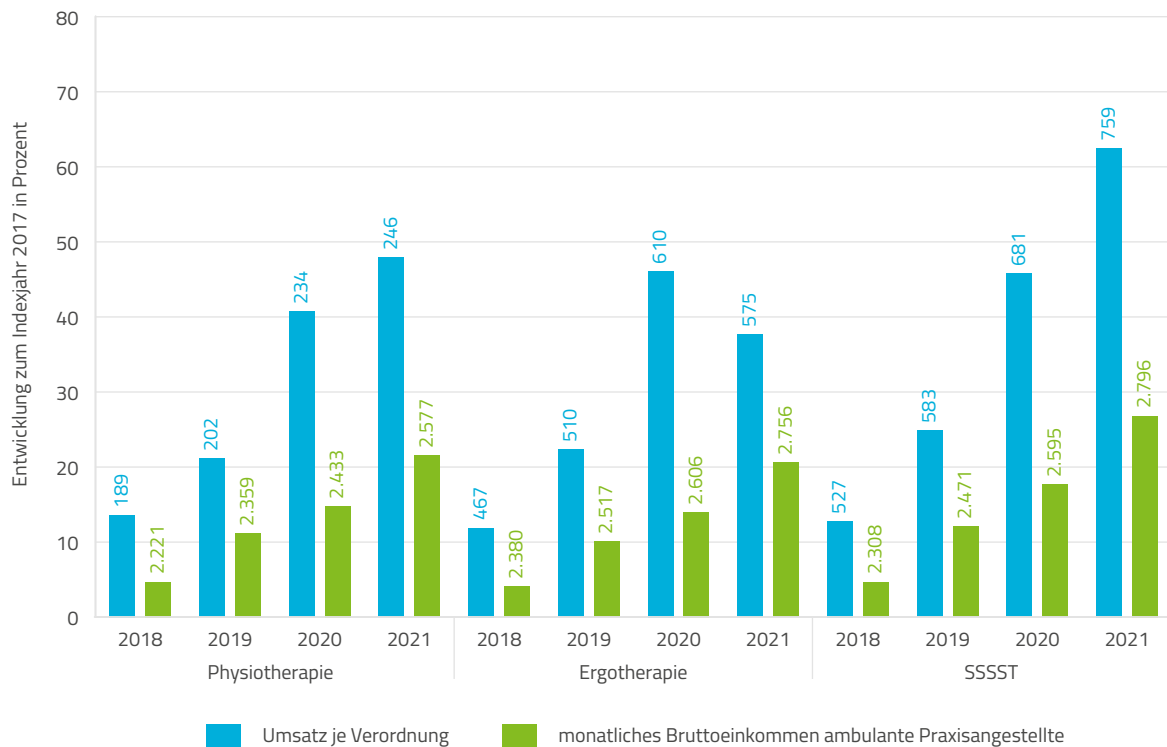
	Monatsentgelt in Euro 2017	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2018	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2019	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2020	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2021	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Entwicklung 2021 zu 2017 in Prozent
<b>8171 Berufe in der Physiotherapie</b>	3.064	3,0	3.144	2,6	3.264	3,8	3.349	2,6	3.452	3,1	12,7
<b>8172 Berufe in der Ergotherapie</b>	3.042	3,7	3.143	3,3	3.265	3,9	3.358	2,8	3.463	3,1	13,9
<b>8173 Berufe in der Sprachtherapie</b>	3.083	4,1	3.183	3,2	3.321	4,3	3.459	4,2	3.573	3,3	15,9

Quelle: BA, 2022a

Das Niveau der Monateinkommen ist in stationären Einrichtungen für Heilmitteltherapeutinnen und -therapeuten gegenüber den Angestellten in freier Praxis in allen betrachteten Jahren deutlich höher. Allerdings lag die Steigerung von 2017 bis 2021 bei den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in ambulanten Praxen höher als im stationären Bereich. Insofern hat sich der Gehaltsunterschied zwischen beiden Gruppen relativ betrachtet reduziert. Der Mehrverdienst im stationären Angestelltenverhältnis lag 2021 immer noch je nach Berufsgruppe zwischen 876 Euro und 707 Euro und damit zwischen 34,0 Prozent und 25,7 Prozent höher im Vergleich zu den angestellten Therapeuten in ambulanten Praxen. Bereits 2017 lag dieser Gehaltsunterschied absolut zwischen 944 Euro und 756 Euro. Der Abstand hat sich in diesen fünf Jahren absolut betrachtet nur geringfügig zwischen 50 Euro und 100 Euro monatlich verringert.

Das Ziel des Gesetzgebers einer Steigerung und Angleichung der Gehälter, um die Attraktivität der Berufsgruppe zu stärken, wurde zumindest im geringen Ausmaß mit einer leichten Annäherung der Gehälter zwischen den stationären und ambulanten Angestellten erreicht. Dazu haben die erheblichen Vergütungserhöhungen durch die Krankenkassen sicherlich beitragen können. Aber wie steht es um die vertragliche Zusage, dass die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten im angemessenen Rahmen von den Vergütungsanhebungen profitieren sollen? Dazu wird die Entwicklung der Umsätze je Verordnung in den drei Berufsgruppen den Entwicklungen der Gehälter der ambulanten Praxisangestellten gegenübergestellt. Dadurch wird auch die Mengenentwicklung berücksichtigt, denn eine steigende Anzahl abgerechneter Verordnungen würde Mehrarbeit bedeuten, die von zusätzlichen therapeutischen Kapazitäten erbracht werden müsste. Diese Mengeneffekte werden durch Nutzung der Kennzahl Umsatz je Verordnung in jedem Jahr berücksichtigt (Abbildung 16).

Abbildung 16: Einkommensentwicklung vs. Umsatzentwicklung je Verordnung 2018 bis 2021



Quelle: BA, 2022a

Bei den Berufsgruppen der Physiotherapie und der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie entspricht die Entwicklung der Monatsgehälter deutlich weniger als 50 Prozent der Umsatzsteigerung je Verordnung. In der Ergotherapie liegt die Gehaltsentwicklung mit 20,6 Prozent nur leicht über der Hälfte der zusätzlichen Umsätze je Verordnung. Die Ergotherapie ist der einzige Bereich, in dem der Umsatz je Fall 2021 leicht gesunken ist. Wie bereits oben erläutert, wird sich diese durch Schiedsverfahren entstandene Entwicklung im Jahr 2022 umkehren, und die Effekte des Jahres 2021 werden dann durch temporär verdoppelte Vergütungssteigerungen finanziell ausgeglichen. Die Gehaltsentwicklungen sind sachlogisch den Umsatz- und Gewinnentwicklungen der Betriebe zeitlich immer nachgelagert. Die tariflichen und wahrscheinlich auch die außertariflichen Gehaltsvereinbarungen haben Mindestlaufzeiten, nach deren Ablauf erst neu verhandelt wird. Daher liefert nur eine mehrjährige Betrachtung dieser Entwicklungen ein methodisch gesichertes Bild. Nach fünf Jahren erheblicher Vergütungs- und Umsatzsteigerungen kann man sich aber angesichts der gesicherten Ergebnisse die Frage stellen, ob die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten – wie vertraglich vereinbart und gesetzlich beabsichtigt mit dem Ziel der steigenden Attraktivität des Berufsbildes – in angemessener Weise an den milliardenschweren dauerhaften Vergütungsanhebungen beteiligt wurden? Angesichts der leicht reduzierten, aber weiterhin bestehenden deutlichen absoluten und relativen Vergütungsunterschiede zu angestellten Therapeutinnen und Therapeuten im stationären Bereich könnten an der Angemessenheit aus Sicht der Angestellten berechnete Zweifel aufkommen. Festzustellen ist, dass auch im Jahr 2021 wie bereits für 2020 eine gegenüber der Umsatzentwicklung unterproportionale Gehaltssteigerung konstatiert werden muss. Bei allen Therapeutenberufen konnte die bestehende Lücke zur Vergütung von Therapeuten im Krankenhaus bei Weitem nicht geschlossen werden (siehe Tabellen 2 und 3).

Einwände seitens der Praxisinhaber, dass Einnahmen aus dem Rettungsschirm 2020 einmalig waren und somit nicht weitergegeben werden konnten, können für 2021 nicht mehr gelten. Die Preisabschlüsse für 2022 zeigen, dass der Vergütungszuwachs sich auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird und damit eine sichere Basis für Gehaltszahlungen bietet. Um sogleich aktuell erwartbaren Argumentationen bezüglich gestiegener Energiepreise der Praxen und gestiegener Inflation zu begegnen: Die Analyse umfasst den Zeitraum bis Ende 2021. Zudem treffen Inflationseffekte und steigende Energiekosten Praxisbetriebe und Angestellte gleichermaßen.

### **3.4 Gutachten zur Wirtschaftlichkeit ambulanter Therapiebetriebe (WAT-Gutachten) im Auftrag der Verbände der Leistungserbringer, veröffentlicht August 2020**

Das WAT-Gutachten wurde vom Institut für Gesundheitsökonomik München, Prof. Neubauer im August 2020 veröffentlicht. Jeweils separat für die Berufsgruppen wird die wirtschaftliche Situation der Praxisbetriebe auf Basis von Befragungen der Betriebe analysiert. In der größten Berufsgruppe der Physiotherapie lag die Teilnahmequote nach Plausibilisierung bei 6,5 Prozent der Physiotherapie-Praxen (IfG, 2020a).

Die Analyse erfolgt demnach auf Basis eines kleinen, selbst selektierten Ausschnittes an Praxisbetrieben, die sich freiwillig zur Teilnahme entschieden und die Befragung vollständig durchgeführt haben. Dies führt aufgrund der unterschiedlichen betriebswirtschaftlichen Situation der einzelnen Betriebe zu nicht immer repräsentativ erhobenen Ergebnissen. Beispielsweise wird das durchschnittliche Jahresgehalt eines in ambulanter Praxis in Vollzeit angestellten Physiotherapeuten für 2018 im Gutachten mit 29.358 Euro ausgewiesen. Für angestellte Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Krankenhaus mit 42.362 Euro (IfG, 2020a, S. 48). Ausweislich der Entgeltstatistik der Bundesagentur für Arbeit betrug das bundesweit durchschnittliche Gehalt 2018 in ambulanter Anstellung 26.652 Euro (monatlich 2.221 Euro, siehe Tabelle 2) und in stationärer Anstellung 37.728 Euro (monatlich 3.144 Euro, siehe Tabelle 3). Die Differenz zwischen beiden Gehältern betrug also 2018 etwa 11.000 Euro und nicht 13.000 Euro wie im WAT-Gutachten angegeben. Dieser Wert ist einer der entscheidenden Faktoren für die Vergütungsforderungen im Gutachten in Höhe von +47 Prozent. Die Angleichung der Gehälter zwischen stationär und ambulant angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist unbestritten ein wichtiges Ziel des Gesetzgebers für die Vergütungsanpassungen. Umso wichtiger ist eine solide und neutrale Basis zur Messung der Zielerreichung auf breiter empirischer Basis, wie sie die Entgeltstatistik der BA liefert.

Es wird zudem im Gutachten unterstellt, dass die Einkommen der Angestellten 2018 bereits alle Vergütungserhöhungen der Jahre 2017 und 2018 beinhalten würden: „Da sich unsere Befragungsergebnisse auf das Jahr 2018 beziehen, ist davon auszugehen, dass sich die vereinbarten GKV-Vergütungssteigerungen des Jahres 2018 bereits weitgehend in den MitarbeiterInnenvergütungen niedergeschlagen haben“ (IfG, 2020a, S. 28). Das ist eine unrealistische und die Berechnungen zu den geforderten Gehaltssteigerungen verzerrende Annahme. Die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen des HHVG erfolgte mittels Vergütungssteigerungen ab Juli 2017, gefolgt von einer weiteren Erhöhung im April 2018. Im Gutachten wird unterstellt, dass zu genau diesen Zeitpunkten auf Basis der jeweiligen Umsatzprognosen in allen ambulanten Praxen neue Gehälter mit den Angestellten vereinbart worden sind. Realistisch ist diese Annahme in keiner Weise. In allen Branchen sind die Gehaltsentwicklungen den Umsatz- und Gewinnentwicklungen

der Betriebe zeitlich nachgelagert. Das ist schon dadurch zu erklären, dass die Gehaltsvereinbarungen eine bestimmte Laufzeit haben, zu deren Ablauf erst eine Anpassung neu verhandelt wird. Zudem wurden die Vergütungssteigerungen in den Praxen erst Monate nach den Preiserhöhungen wirksam. Für die neuen Preise war jeweils das Verordnungsdatum entscheidend. Die sechs Behandlungen einer Verordnung beispielsweise aus dem Monat Juli werden noch bis September durchgeführt. Danach erfolgen die Abrechnung, die Rechnungsprüfung und die fristgerechte Bezahlung durch die Kassen. So werden Preiserhöhungen ab Juli in der Regel erst ab Oktober in der Praxis finanziell wirksam. Eine Physiotherapiepraxis kannte also zum Jahreswechsel 2017 auf 2018 weder die gesamten Auswirkungen der Preisanpassung vom Juli 2017, noch war die weitere Steigerung ab April 2018 absehbar. Das zeigt, wie absurd die Annahme im Gutachten ist, dass in dieser sehr dynamischen Phase unterjähriger erheblicher Vergütungssteigerungen in den Jahresgehältern der Angestellten 2018 bereits die künftig resultierenden Umsatzsteigerungen der Folgezeiträume antizipiert und vereinbart werden konnten.

Aufgrund des zeitlichen Versatzes müssen Berechnungen zu den Beziehungen zwischen Einkommen und Unternehmensumsätzen methodisch immer über mehrere Jahre erfolgen. Die Vorgehensweise im WAT-Gutachten, die Höhe weiterer Umsatzsteigerungen für Betriebe durch die Gehälter des gleichen Jahres zu begründen, ist daher schlicht falsch. Die methodisch sinnvollere Basis für die Betrachtung des Verhältnisses von den Gehalts- zu den Umsatzentwicklungen ist daher die in diesem Report verwendete. Es wird mehrjährig analysiert und vom Basisjahr 2017 ausgegangen, als dem ersten Jahr des gesetzlichen Eingreifens in die Preisentwicklung und der „neuen Welt“ der bundeseinheitlichen Heilmittelpreise. Auch die empirischen Daten stützen diese Methodik. Die Gehaltssteigerungen der Angestellten in der Physiotherapie betragen 2018 tatsächlich +4,7 Prozent, während die Umsätze je Verordnung um 13,7 Prozent anstiegen (siehe Abbildung 16; BA, 2022a).

### **3.5 Regionale Einkommenssituation und -entwicklung der in Praxen angestellten Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten 2017 bis 2021**

Die Daten der Entgeltstatistik der Bundesagentur für Arbeit können auf Landesebene gegliedert werden. Unterschreitet allerdings die Anzahl der vollzeitbeschäftigten Angestellten in bestimmten Berufen regional einen Mindestwert, wird zur Wahrung der Anonymität das Durchschnittseinkommen nicht ausgewiesen. Dies führt dazu, dass für die außerhalb der Krankenhäuser angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten für das Land Bremen keine Angaben (k. A.) gemacht werden können. Für die Gruppe der Ergotherapeutinnen und -therapeuten werden die Monatsgehälter für fünf Bundesländer (Hamburg, Bremen, Saarland, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) nicht ausgewiesen. In die Berechnung der bundesweiten Ergebnisse fließen die Angaben aus diesen Ländern selbstverständlich mit ein. Die verbleibenden regionalen Einkommensdaten liefern jedoch sehr interessante Erkenntnisse.

Tabelle 4: Monatseinkommen der ambulant tätigen angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Vollzeit von 2017 bis 2021 auf Landesebene

	Monatsentgelt in Euro 2017	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2018	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2019	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2020	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2021	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Abweichung vom Bund in Euro 2021	Entwicklung 2017 bis 2021 in Prozent
Deutschland	2.120	3,6	2.221	4,7	2.359	6,2	2.433	3,2	2.577	5,9		21,5
Schleswig-Holstein	2.184	4,1	2.266	3,8	2.370	4,6	2.422	2,2	2.579	6,5	2	18,1
Hamburg	2.261	3,3	2.373	5,0	2.499	5,3	2.569	2,8	2.715	5,7	139	20,1
Niedersachsen	2.065	3,4	2.161	4,6	2.310	6,9	2.392	3,5	2.537	6,0	-40	22,8
Bremen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nordrhein-Westfalen	2.219	3,1	2.306	3,9	2.437	5,7	2.507	2,9	2.658	6,0	81	19,8
Hessen	2.206	3,2	2.286	3,7	2.409	5,4	2.478	2,8	2.613	5,5	37	18,5
Rheinland-Pfalz	2.189	3,7	2.275	3,9	2.397	5,3	2.475	3,3	2.632	6,4	56	20,2
Baden-Württemberg	2.257	2,7	2.349	4,1	2.475	5,4	2.524	2,0	2.660	5,4	83	17,9
Bayern	2.203	2,9	2.312	4,9	2.440	5,5	2.491	2,1	2.637	5,8	60	19,7
Saarland	2.130	2,5	2.212	3,8	2.336	5,6	2.341	0,2	2.534	8,2	-43	19,0
Berlin	2.171	5,2	2.319	6,8	2.520	8,7	2.614	3,7	2.764	5,7	187	27,3
Brandenburg	1.909	6,3	2.044	7,1	2.202	7,7	2.313	5,0	2.470	6,8	-106	29,4
Mecklenburg-Vorpommern	1.780	5,2	1.863	4,7	2.015	8,1	2.126	5,5	2.265	6,6	-311	27,3
Sachsen	1.739	5,5	1.850	6,4	2.031	9,8	2.118	4,3	2.261	6,8	-315	30,0
Sachsen-Anhalt	1.751	5,6	1.875	7,1	2.075	10,6	2.213	6,7	2.353	6,3	-224	34,4
Thüringen	1.757	5,7	1.863	6,1	2.020	8,4	2.086	3,3	2.214	6,2	-362	26,1

Quelle: BA, 2022a

Tabelle 5: Monatseinkommen der ambulant tätigen angestellten Ergotherapeutinnen und -therapeuten in Vollzeit von 2017 bis 2021 auf Landesebene

	Monatsentgelt in Euro 2017	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2018	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2019	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2020	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Monatsentgelt in Euro 2021	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Abweichung vom Bund in Euro 2021	Entwicklung 2017 bis 2021 in Prozent
Deutschland	2.286	4,1	2.380	4,1	2.517	5,8	2.606	3,5	2.756	5,8		20,6
Schleswig-Holstein	2.414	3,5	2.510	3,9	2.651	5,6	2.764	4,3	2.912	5,4	156	20,6
Hamburg	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Niedersachsen	2.223	3,0	2.305	3,7	2.440	5,8	2.530	3,7	2.718	7,4	-39	22,2
Bremen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nordrhein-Westfalen	2.379	3,4	2.454	3,2	2.603	6,1	2.672	2,6	2.812	5,2	55	18,2
Hessen	2.394	4,6	2.468	3,1	2.580	4,5	2.660	3,1	2.785	4,7	28	16,3
Rheinland-Pfalz	2.422	3,6	2.468	1,9	2.593	5,0	2.704	4,3	2.824	4,4	67	16,6
Baden-Württemberg	2.358	3,7	2.469	4,7	2.574	4,2	2.641	2,6	2.772	5,0	16	17,6
Bayern	2.405	2,2	2.507	4,2	2.637	5,2	2.704	2,5	2.834	4,8	78	17,8
Saarland	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Berlin	2.358	6,8	2.457	4,2	2.621	6,7	2.776	5,9	2.978	7,3	221	26,3
Brandenburg	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Mecklenburg-Vorpommern	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Sachsen	1.841	5,8	1.976	7,3	2.116	7,1	2.263	6,9	2.447	8,2	-309	32,9
Sachsen-Anhalt	1.938	6,8	2.041	5,3	2.169	6,3	2.330	7,5	2.478	6,4	-278	27,9
Thüringen	1.933	5,2	2.060	6,5	2.213	7,4	2.374	7,3	2.512	5,8	-245	29,9

Quelle: BA, 2022a

Die Einkommensentwicklung ist über den Gesamtzeitraum bundesweit für beide Berufsgruppen ähnlich hoch (21,5 Prozent zu 20,6 Prozent). Besonders beachtenswert ist das Ost-West-Gefälle der Einkommensentwicklung. In den neuen Bundesländern lag die Entwicklung etwa zehn Prozentpunkte über denen in den alten Ländern. Eine Erklärung für diesen Unterschied könnte sein, dass durch die Preisanhebung und bundesweite Vereinheitlichung der Vergütungen in diesem Zeitraum in den neuen Ländern ein erheblich größerer Zusatzumsatz erzielt werden konnte als in den alten Ländern. Die Preisvereinbarungen insbesondere der AOK in den neuen Ländern lag deutlich unter dem damaligen Bundesschnitt. Insofern ist positiv hervorzuheben, dass aus diesen besonderen regionalspezifischen Umsatzsteigerungen im Vergleich deutlich höhere Gehaltssteigerungen für die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten resultierten.

Dennoch ist festzuhalten, dass auch die Einkommensentwicklungen in den neuen Ländern erheblich hinter den mengenbereinigten Umsatzentwicklungen seit 2017 zurückbleiben. Der Abstand des Gehaltsniveaus in den neuen Ländern gegenüber dem Bundesschnitt wurde reduziert, die Einkommen sind jedoch immer noch rund zehn Prozent niedriger. Dies, obwohl die Vergütung aller Leistungen durch die Kassen seit 2019 bundesweit in gleicher Höhe erfolgt.

Die Gesamtbetrachtung der Gehaltsentwicklung ist gemessen an den zusätzlich aufgewendeten Mitteln, die 2021 3,6 Milliarden Euro erreicht haben und weiter ansteigen werden, in weiten Teilen ernüchternd. Positiv schlagen die Annäherung der ambulanten zu den stationären Einkommen der angestellten Therapeuten und die stärkere Anhebung in den neuen Bundesländern zu Buche. Allerdings wurden auch 2021 weder gleiche Einkommen für Therapeutinnen und Therapeuten im Krankenhaus und in der Praxis noch eine einheitliche Vergütung Ost und West erreicht – und dies, obwohl seit 2019 die Vergütungen sämtlicher Krankenkassen bundesweit einheitlich sind. Um diesen Zielen des Gesetzgebers nachzukommen, sind die Vertragsparteien auf Bundesebene nun gefordert, die Einkommensentwicklung der Angestellten der Vergangenheit in den Blick zu nehmen. Eine Anhebung der Gehälter in „angemessener Höhe“ wurde schließlich von allen Leistungserbringerverbänden vertraglich zugesagt, ist aber nicht erfolgt. Die aufgezeigte Entwicklung hat zur Folge, dass der Gehaltsanteil in den Praxisbetrieben erheblich gesunken ist. Auch in diesem Punkt wurde das WAT-Gutachten von der Realität nicht bestätigt.

## 4 Heilmittelversorgung bei Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz

### 4.1 Diagnose unspezifischer Rückenschmerz und Physiotherapie

Der bei Weitem größte Indikationsbereich bei der Verordnung physiotherapeutischer Leistungen betrifft Erkrankungen der Wirbelsäule. Im Jahr 2021 hatten Verordnungen in der Diagnosegruppe Wirbelsäulenerkrankungen (WS) einen Anteil von 42,3 Prozent an allen physiotherapeutischen Verordnungen. Die Behandlungseinheiten bilden mit 38,1 Prozent den größten Anteil an allen abgerechneten physiotherapeutischen Behandlungseinheiten (GKV-SV, 2022a).

Die Diagnosegruppe umfasst verschiedene Erkrankungen in dieser Körperregion. Der Heilmittelkatalog aus der Heilmittel-Leitlinie des G-BA weist als Leitsymptomatik dieser Diagnosegruppe lokale beziehungsweise sekundäre Rückenschmerzen aus, bedingt durch Störung der Muskelkraft, -ausdauer und -koordination oder des Muskeltonus (G-BA, 2022a, Anlage 3, S. 62).

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz ist demnach der zentrale Schwerpunkt in der physiotherapeutischen Versorgung. Ein Blick auf Patienten mit verordneter Physiotherapie offenbart, dass der überaus größte Anteil an Rückenschmerzen leidet.

Im Heilmittelreport 2021 wurde dargelegt, dass es große strukturelle Unterschiede bei der physiotherapeutischen Versorgung im Bereich der Krankengymnastik und der manuellen Therapie gibt und dass hierdurch erhebliche regionale Ausgabenunterschiede verursacht werden. In Anbetracht dessen, dass Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen einen großen Anteil am Versorgungsgeschehen in der Physiotherapie ausmachen und deren leitliniengerechte Versorgung eine aktivierende Therapie vorsieht, ist es von außerordentlichem Interesse, die Hintergründe für die Versorgungsunterschiede speziell für die Patientinnen und Patienten mit unspezifischem chronischen Rückenschmerz zu ergründen. Dies möchte der diesjährige Heilmittelreport 2022 leisten.

## 4.2 Heilmittel-Richtlinie des G-BA und ärztliche Versorgungsleitlinien

In der Heilmittel-Richtlinie bestimmt der G-BA die Regularien der ärztlichen Verordnung von Heilmittelleistungen und auch den Katalog verordnungs- und abrechnungsfähiger Leistungen im Heilmittelbereich. Diese Richtlinie und der Katalog sind wiederum Grundlage für die Gesamtverträge und Vergütungsvereinbarungen zwischen dem GKV-SV und den jeweils maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer. Daher bestimmt die Heilmittel-Richtlinie abschließend, welche Leistungen in welcher Aufgliederung und Detaillierung die Heilmittelversorgung in der GKV umfasst. Sie bestimmt ganz wesentlich das Berufsfeld der Heilmitteltherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen der GKV, denn therapeutische Leistungen dürfen nur dann gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden, wenn gemäß der Heilmittel-Richtlinie von Ärztinnen und Ärzten verordnet wird.

Bei geplanten Änderungen der Richtlinie werden ausgewählte Verbände im Heilmittelbereich zur Stellungnahme aufgefordert. Das Beschlussgremium des G-BA besteht aus den Beteiligten gemäß § 91, Absatz 2 SGB V. Die aktuelle Aufstellung der bei dieser Richtlinie zur Stellungnahme vom G-BA aufgeforderten Organisationen enthält vier Organisationen der Logopäden, drei der Podologen und jeweils lediglich eine Organisation der Physio- und Ergotherapeuten (G-BA, 2022b). Angesichts des finanziellen Anteils der Physio- und Ergotherapie von fast 90 Prozent aller Heilmittelausgaben eine etwas seltsam anmutende Gewichtung. Wissenschaftliche Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Physiotherapie- beziehungsweise Ergotherapiewissenschaft finden sich in der Aufstellung nicht. Möglicherweise übernimmt aber der Spitzenverband der Heilmittelverbände für diese Berufsgruppen weitere Aufgaben.

Tabelle 6 listet die gemäß Heilmittel-Richtlinie vorrangigen verordnungsfähigen physiotherapeutischen Maßnahmen im Indikationsbereich Wirbelsäule auf (G-BA, 2022a, Anlage 3). Diese werden auf Basis nationaler und internationaler Versorgungsleitlinien im Hinblick auf die Eignung zur Behandlung von Rückenschmerzen eingeordnet. Näheres zu den Inhalten der Leitlinien findet sich in den Kapiteln 4.2.1 bis 4.2.3.

Tabelle 6: Vorrangige physiotherapeutische Leistungen im Indikationsbereich Wirbelsäule gemäß Heilmittel-Richtlinie des G-BA

Leistungsart	Einzelleistungen	Indikationen (Auswahl)	Besondere Qualifikation des Physiotherapeuten erforderlich?	Als primäre Leistung bei chronischem Rückenschmerz leitliniengerecht?
Krankengymnastik (KG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KG</li> <li>▪ KG-Gruppe</li> <li>▪ KG-Gerät</li> <li>▪ KG im Bewegungsbad</li> <li>▪ KG im Bewegungsbad in der Gruppe</li> </ul>	passive und aktive Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane, der Gelenke oder der Muskelfunktion	nein	ja
manuelle Therapie (MT)	MT	manualtherapeutische Diagnostik, Gelenkfunktionsstörungen, Bewegungssegmentstörungen der Wirbelsäule, impulslose Mobilisation oder Anwendung von Weichteiltechniken	ja (mind. 260 Std.)	bedingt, für ausgewählte Indikationen, zum Beispiel muskuloskeletale Dysfunktionen, Blockaden
Massage-therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ klassische Massage</li> <li>▪ Unterwasserdruckstrahlmassage</li> <li>▪ Segmentmassage</li> <li>▪ Periostmassage</li> <li>▪ Bindegewebsmassage</li> </ul>	Muskelspannungsstörungen, Gewebeverhärtungen, Vernarbungen, Normalisierung des Muskeltonus	nein	nein
Übungsbehandlungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übungsbehandlung</li> <li>▪ Übungsbehandlung in der Gruppe</li> <li>▪ Übungsbehandlung im Bewegungsbad</li> <li>▪ Übungsbehandlung im Bewegungsbad in der Gruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unspezifische aktive oder passive Bewegungseinschränkung im Bereich von Gelenken und Wirbelsäule</li> <li>▪ allgemeine Muskelschwäche</li> </ul>	nein	ja
Chirogymnastik	Chirogymnastik	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ chronische Schmerzen lokal oder in Bewegungsketten bei degenerativen oder rheumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule</li> <li>▪ aktive und/oder passive Bewegungseinschränkung bei Erkrankungen der Wirbelsäule</li> </ul>	ja (mind. 160 Std. + spez. Ausstattung der Praxis)	ja

Quelle: G-BA, 2022a, S. 62, Anlage 3 Heilmittelkatalog

Die Heilmittel-Richtlinie bestimmt unter anderem verschiedene Massagetherapien als vorrangiges Heilmittel für Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule. Für die Behandlung von Rückenschmerzpatienten, die den weit überwiegenden Anteil in diesem Indikationsbereich darstellen, sind jedoch bewegungstherapeutische, aktivierende Heilmittel medizinisch indiziert. Bei diesen Therapien „soll das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund stehen“ (G-BA, 2022a, S. 21). Aufgeführt werden auch physiotherapeutische Leistungen, die nur sehr selten verordnet und abgerechnet werden. Beispielsweise wird die Chirogymnastik bei der BARMER jährlich nur in wenigen hundert Fällen abgerechnet, ein verschwindend geringer Anteil. Hier böte sich die Chance, pragmatisch und empirisch basiert, den gewachsenen Heilmittelkatalog insbesondere im physiotherapeutischen Bereich einer Konsolidierung zu unterziehen.

Die Zielstellung bei der Konsolidierung des Heilmittelkatalogs sollte auch die innere Konsistenz im Vergleich der Regelungen über die Berufsgruppen hinweg umfassen. So findet sich beispielsweise im therapeutischen Leistungskatalog der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie die Leistung Erst- und Bedarfsdiagnostik. Die darauf basierenden Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie werden abhängig von der Schädigung und der Belastbarkeit in 30-, 45- und 60-minütiger Behandlung erbracht. Eine detaillierte inhaltliche Beschreibung wie beispielsweise bei den physiotherapeutischen Leistungen erfolgt im Heilmittelkatalog nicht. Leistungen etwa der physiotherapeutischen Diagnostik zur genauen Bestimmung der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen auch angesichts des Behandlungsfortschritts finden sich im aktuellen Heilmittelkatalog hingegen nicht. Dies wäre wohl bei einer noch zu entwickelnden erweiterten Versorgungsverantwortung der Physiotherapeuten von zunehmender Bedeutung. Dazu mehr in Kapitel 4.2.4.

#### 4.2.1 Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz

Die nationale Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ enthält nach umfassender Auswertung der Studienlage folgende Empfehlungen für die physiotherapeutische Versorgung (NVL, 2017):

- Vermeidung von Bettruhe,
- Unterstützung körperlicher Aktivität durch Bewegungstherapie insbesondere Krankengymnastik,
- Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Gruppe.

Nicht empfohlen werden folgende Maßnahmen:

- Ergotherapie,
- Interferenzstromtherapie,
- Lasertherapie,
- Magnetfeldtherapie,
- Massagen,
- medizinische Hilfsmittel (zum Beispiel TENS-Geräte),
- Traktionsbehandlung.

Nur eingeschränkt empfohlen wird die Manuelle Therapie. Dazu heißt es: „Manipulative Therapie sowie Muskel-Energie-Technik (MET) waren im Vergleich mit Scheinbehandlung oder anderen Therapien bei Patienten mit akuten nicht spezifischen Kreuzschmerzen nicht effektiver in der Schmerzreduktion oder der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit. In einer gemischten Metaanalyse für akute und chroni-

sche Kreuzschmerzen führte manipulative Therapie im Vergleich zu keiner Therapie oder anderen passiven Therapieverfahren zu einer signifikanten Verbesserung der Schmerzintensität und körperlichen Funktionsfähigkeit. Manualtherapeutische Eingriffe an der lumbalen Wirbelsäule können nach sorgfältiger Indikationsstellung unter Beachtung der Kontraindikationen angewandt werden“ (NVL, 2017, S. 45).

#### 4.2.2 Versorgungsleitlinie des DMP chronischer Rückenschmerz

Die Richtlinie des G-BA für das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) chronischer Rückenschmerz (G-BA, 2022c, S. 125 ff.) kommt zu sehr ähnlichen Empfehlungen für die nichtmedikamentöse Therapie: „Als wesentliche Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.“

Aus dem Katalog physiotherapeutischer Leistungen wird also die Krankengymnastik als aktivierende und anleitende Behandlung klar als leitliniengerecht empfohlen (siehe Tabelle 6), während passive Therapien, wie Massagen, Wärme- und Kältetherapie, Traktionsbehandlung, als ungeeignete Therapien nicht empfohlen werden. Die manuelle Therapie wird in den Leitlinien uneinheitlich bewertet und nur mit Einschränkungen für bestimmte Indikationen wie beispielsweise bei muskuloskelettalen Dysfunktionen oder Blockaden empfohlen.

#### 4.2.3 Internationale Versorgungsleitlinien Rückenschmerz

Internationale Versorgungsleitlinien zu unspezifischem Rückenschmerz stimmen mit der nationalen Versorgungsleitlinie insofern überein, dass Patientinnen und Patienten mit akutem Rückenschmerz keine Behandlung in Anspruch nehmen müssen, sondern eine Ausheilung ohne Therapie erfahren sollen. Der Praxis-Leitfaden der Königlichen Niederländischen Gesellschaft für Physiotherapie (KNGF, 2021) greift die Inhalte der internationalen Versorgungsleitlinien im Speziellen auf. Er beschreibt das Vorgehen der Physiotherapeuten in der Anamnese und physiotherapeutischen Untersuchung und gibt vor, in jedem Fall die Hilfsbedürftigkeit, Red Flags sowie ätiologische und prognostische Faktoren, darunter funktionelle und anatomische Charakteristika sowie Aktivität und Partizipation, externe und persönliche Faktoren als Grundlage für die körperliche Untersuchung zu beurteilen.

Exercise Therapy (Bewegungstherapie) anzuwenden wird bei allen Behandlungsprofilen empfohlen. Dabei ist besonderer Wert auf die Anleitung individuell durchführbarer Übungen zu legen. Generell sollen die Übungen stufenweise in ihrer Intensität und Aktivität gesteigert werden. Es werden detailliert Angaben der Übungsparameter für die Muskelkraft, aerobe Ausdauer und Beweglichkeit als drei wesentliche Aspekte der Bewegungstherapie formuliert. Nichtübungstherapeutische Intervention, wie die manuelle Mobilisation und Manipulation durch einen Therapeuten, wird bedingt für die schwerergradigen Behandlungsprofile empfohlen – vorausgesetzt, die körperliche Untersuchung weist auf mechanische Ursprünge des Problems hin. Die Anwendung von Massage wird nicht empfohlen. Weiterführend sind in der Empfehlung zum therapeutischen Prozess die Information und Beratung sowie (Schmerz-)Aufklärung als fundamental ausgeschrieben.

An den Empfehlungen der KNGF ist zu erkennen, dass in den Niederlanden der Anamnese und physiotherapeutischen Diagnostik hohe Bedeutung zukommt. Diese ist in Deutschland in dieser Form nicht vorgesehen und wird den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten überantwortet.

#### 4.2.4 Konsolidierung des Heilmittelkatalogs Physiotherapie

Der Heilmittelkatalog Physiotherapie wird im Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V mittels 51 verschiedener Positionsnummern umgesetzt. Dabei waren die Vertragspartner bereits bestrebt, ähnliche oder identisch bewertete Leistungen unter einer Positionsnummer zusammenzufassen. Eine Auswertung der abgerechneten Leistungen zeigt jedoch weiteres Konsolidierungspotenzial, insbesondere für sehr selten abgerechnete Leistungen. Dies sollte bestenfalls einhergehen mit einer Prüfung der Heilmittel-Richtlinie, ob die jeweiligen Leistungen in der bisherigen Beschreibung noch dem Stand der medizinisch-therapeutischen Praxis entsprechen.

Beispielsweise werden Leistungen der Übungsbehandlung mit fünf verschiedenen Positionsnummern nur selten abgerechnet (im Jahr 2019 bei der BARMER weniger als 15.000 Fälle). Die Leistung der Chirogymnastik wurde sogar in 2019 nur knapp 500-mal bei der BARMER abgerechnet. Eine Integration dieser Leistungen in die übrigen Bewegungstherapien wäre ein pragmatischer Beitrag zur Entbürokratisierung.

Die physiotherapeutischen Leistungen im Wasser beziehungsweise im Schwimmbad werden in 14 verschiedenen Positionsnummern im Preisverzeichnis separiert. Alle diese Leistungen kommen nur selten zur Abrechnung, da schon die Voraussetzung, ein Schwimmbad zu betreiben, von den wenigsten Physiotherapiebetrieben erfüllt werden kann. Die drei Positionsnummern zu Kohlesäurebädern werden beispielsweise 2019 nur 530-mal gegenüber der BARMER abgerechnet.

Die Leistungserbringenden müssen für einige Leistungen Zertifikate und Zusatzqualifikationen nachweisen. Auch dieser mit bürokratischen und finanziellen Aufwänden verbundene Aspekt könnte im Zuge einer Konsolidierung des Heilmittelkatalogs und der Positionsnummern einer pragmatischen Revision unterzogen werden. Die Berufsausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten sollte möglichst fachlich so umfangreich sein, dass Zertifikate für Zusatzqualifikationen verzichtbar werden. Das würde vermutlich ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Attraktivität der Berufsausbildung haben.

### 4.3 Krankengymnastische Leistungen für Patientinnen und Patienten mit unspezifischem Rückenschmerz

Auf Basis der Vorgaben der genannten Leitlinien wird nun empirisch untersucht, ob in der Versorgungs- und Versorgungsrealität für Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz den Leitlinien gefolgt wird. Dieser Ansatz soll die Prozessqualität ambulanter Behandlung mittels physiotherapeutischer Leistungen zwischen Leitlinienanspruch und realer Versorgung beleuchten. Im Sinne der Leitliniengerechtigkeit werden hierbei zwei Situationen unterschieden.

Erstens wird danach gefragt, welcher Anteil an Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz im ersten Monat seit Indexdatum mit einer aktivierenden physiotherapeutischen Behandlung versorgt wurde. Die häufigsten Behandlungen sind hierbei Krankengymnastik, manuelle Therapie, Übungsbehandlung und die standardisierte Heilmittelkombination D1.

Zweitens wird untersucht, welcher Anteil an Patientinnen und Patienten streng nach Leitlinie verordnet wurde. Die häufigsten Behandlungen sind in diesem Fall Krankengymnastik, Übungsbehandlung und D1.

### 4.3.1 Abgrenzung des Patientenkollektivs Rückenschmerz mit physiotherapeutischen Leistungen

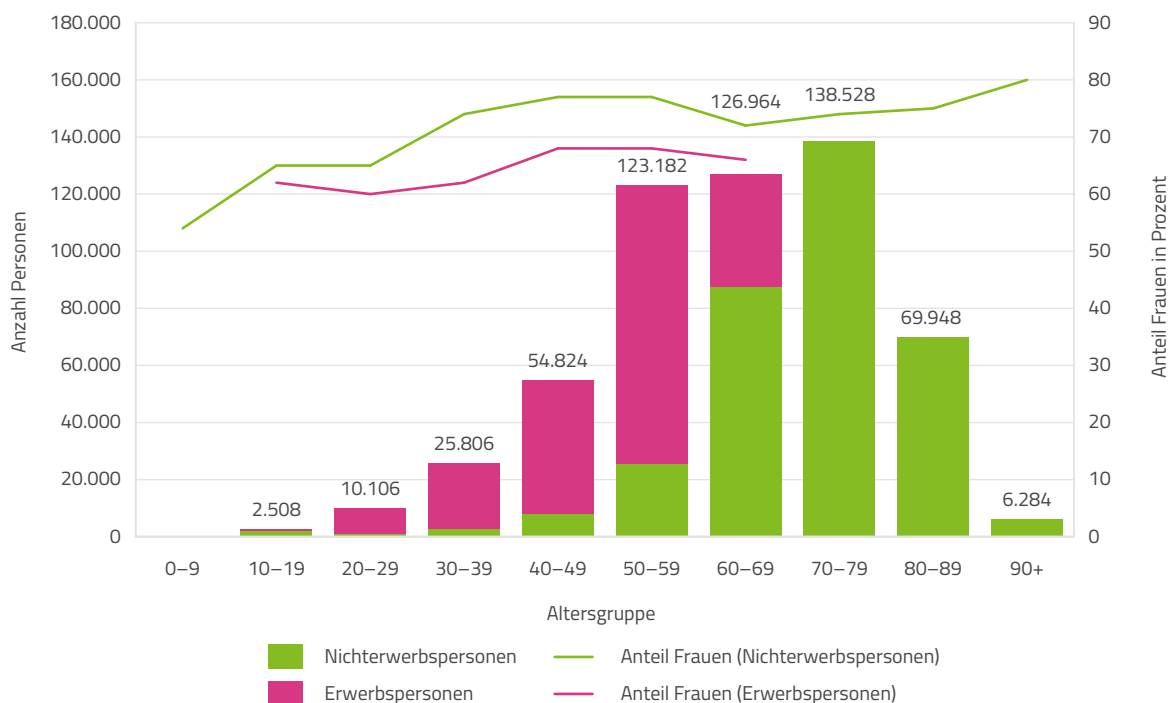
Auf Basis der Abrechnungsdaten der BARMER für die Jahre 2017 bis 2018 werden Patientinnen und Patienten anonymisiert ausgewählt, die folgende Kriterien erfüllen:

- gesicherte Diagnose Rückenschmerz (mindestens in zwei Quartalen),
- der Patient befindet sich in physiotherapeutischer Behandlung,
- der Patient ist voll beobachtbar für mindestens 365 Tage vor und nach Indexdatum,
- Gliederung der Patientengruppe in Beschäftigte und Nichtbeschäftigte.

Als Indexdatum der Beobachtung wird die erste physiotherapeutische Einheit innerhalb des Zeitraums mit einer Diagnose für Rückenschmerz genutzt. Der Rückenschmerz kann bereits als chronifiziert bewertet werden, da die gesicherte Diagnose für mindestens zwei Quartale bestand. Per Definition handelt es sich sodann um die erste physiotherapeutische Behandlung im Diagnosezeitraum mit chronischem Rückenschmerz seit mindestens 365 Tagen.

Abbildung 17 zeigt die Anzahl BARMER-versicherter Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz gemäß Einschlusskriterien. Es ist ersichtlich, dass die Rückenschmerzen ein mit dem Alter zunehmendes Phänomen sind, welches sich auch unabhängig vom Erwerbsstatus zeigt. Gleichwohl dominieren in den unteren Altersgruppen die Patienten mit Erwerbsarbeit und stellen bis zum Alter von etwa 60 Jahren die überwiegende Bedarfsgruppe dar.

**Abbildung 17: Anzahl an Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz sowie Frauenanteil nach Altersgruppen**



Quelle: BARMER-Daten 2017–2018

### 4.3.2 Krankengymnastische Leistungen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen

Auf Basis der Vorgaben der genannten Leitlinien wird nun empirisch untersucht, ob in der Versorgungs- und Verordnungsrealität für Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen den Leitlinien gefolgt wird. Als leitliniengerecht wird folgend die Verordnung von Krankengymnastik (KG) gewertet. Die Verordnung Manueller Therapie (MT) ist gemäß Leitlinien nur bedingt und nur für spezifische Indikationen bei Rückenschmerz empfohlen. Alle passiven physiotherapeutischen Maßnahmen wie Massagen und Traktionsbehandlung werden als nicht leitliniengerecht betrachtet.

Abbildung 18: Quote leitliniengerechter physiotherapeutischer Verordnung für Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2017–2018, Nichterwerbspersonen N = 340.823, Erwerbspersonen N = 217.416

Abbildung 18 stellt den Anteil der mit empfohlener, bedingt empfohlener und nicht empfohlener physiotherapeutischer Verordnung versorgten Patientinnen und Patienten getrennt nach Erwerbspersonen und Nichterwerbspersonen dar. In allen Altersklassen wurden die betrachteten Rückenschmerzpatienten zu über 90 Prozent mit empfohlenen und bedingt empfohlenen physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt. Der Anteil nicht empfohlener rein passiver Therapien bewegt sich im einstelligen Prozentbereich. So erfreulich dieses Ergebnis in Bezug auf die leitliniengerechte Versorgung erscheint, bleibt doch festzustellen, dass 9,5 Prozent der Erwerbslosen und 7,7 Prozent der Erwerbspersonen klar bei Rückenschmerz nicht indizierte physiotherapeutische Maßnahmen verordnet wurden. Diese nicht leitliniengerechte Verordnung betrifft allein im Jahr 2017 und allein bei der BARMER 11.849 Patientinnen und Patienten.

Betrachtet man die Altersverteilung zwischen den empfohlenen krankengymnastischen Behandlungen und der nur bedingt empfohlenen manuellen Therapie, so liegt der Anteil der empfohlenen Versorgung in allen Altersklassen bei etwa zwei Dritteln, nur unter den Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren und den Hochbetagten beträgt er über drei Viertel. Insgesamt nimmt der Anteil der nicht leitliniengerechten Verordnung passiver therapeutischer Maßnahmen mit steigendem Alter jedoch zu.

Betrachtet man über alle Altersgruppen hinweg die Verteilung zwischen empfohlener, bedingt empfohlener und nicht empfohlener Therapie regionalisiert auf Landesebene, zeigt sich auch für Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz der bereits seit Jahren bekannte höhere Anteil der manuellen Therapie in den neuen Bundesländern.

**Abbildung 19: Anteil empfohlener, bedingt empfohlener und nicht empfohlener physiotherapeutischer Behandlungen bei Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz regionalisiert nach Bundesländern**



Quelle: BARMER-Daten 2017–2018

Der Anteil der nicht empfohlenen physiotherapeutischen Therapieformen liegt in allen Ländern erfreulich niedrig; er liegt zwischen kritisch zu bewertenden 17 Prozent in Thüringen und vier Prozent in Hessen.

Andererseits liegt der Anteil von Rückenschmerzpatientinnen und -patienten, denen initial statt Krankengymnastik manuelle Therapie verordnet wurde, in den neuen Bundesländern bei über 50 Prozent. Der Anteil der empfohlenen Krankengymnastik liegt in diesen Ländern, mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern, bei lediglich etwa 30 Prozent.

#### 4.3.3 Verordnungstradition versus Patientenwunsch – Analyse des Zusammenwirkens von Arzt und Patient bei der physiotherapeutischen Verordnung für Rückenschmerzpatienten

Welche physiotherapeutische Leistung primär Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen verordnet wird, ist in den alten und neuen Bundesländern auch nach über 30 Jahren Wiedervereinigung sehr unterschiedlich. Manuelle Therapie und Krankengymnastik sind zwei unterschiedliche therapeutische Verfahrensweisen, deren Eignung für die Behandlung von Rückenschmerzpatientinnen und -patienten in den medizinischen Leitlinien auf Basis der Studienlage wie oben ausgeführt als unterschiedlich geeignet eingeschätzt wird.

Der Prozess der Verordnung physiotherapeutischer Leistungen geschieht in einer Interaktion zwischen den verordnenden Medizinerinnen und Medizinern sowie dem einzelnen Patienten. Dabei werden vermutlich sowohl Erwartungshaltungen und Wünsche des Patienten wie auch bevorzugte Ordnungsweisen und therapeutische Konzepte Einfluss auf den Inhalt der Verordnung haben. Die regional unterschiedliche Ordnungsweise erlaubt es, einen Einblick in den Wirkungsgrad von Patientinnen und Patienten auf der einen und Ärztinnen und Ärzten auf der anderen Seite bei der Verordnung physiotherapeutischer Leistungen zu nehmen. Wie gestaltet sich die Verordnung für Patienten mit Rückenschmerz, wenn diese aus den neuen in die alten Länder oder umgekehrt umgezogen sind?

**Tabelle 7: Anteil empfohlener und bedingt empfohlener Physiotherapie bei Rückenschmerzpatientinnen und -patienten nach Wohnsitzwechsel zwischen neuen und alten Ländern**

Herkunftsort	Wohnort bei Leistungsnahe	Anteil von Verordnungen KG oder MT in Prozent	Anteil mit Verordnung ausschließlich KG in Prozent
Westdeutschland	Westdeutschland	94,3	74,8
Ostdeutschland	Ostdeutschland	85,0	33,2
Westdeutschland	Ostdeutschland	91,5	50,9
Ostdeutschland	Westdeutschland	91,4	53,3

Quelle: BARMER-Daten 2017–2018

Die Ergebnisse der verschiedenen Personengruppen offenbaren deutliche regionale Unterschiede. Betrachtet wird zunächst der Anteil der Patientinnen und Patienten, die zumindest bedingt empfohlene Versorgung erhalten. Hierbei ist festzustellen, dass der entsprechende Versorgungsanteil bei Menschen, die schon immer in Westdeutschland gelebt haben, etwa 9,3 Prozentpunkte höher liegt als bei Menschen, die schon immer in Ostdeutschland wohnten (94,3 Prozent zu 85,0 Prozent). Menschen, die von Ostdeutschland nach Westdeutschland gezogen sind, zeigen eine Differenz von 2,9 Prozentpunkten (91,4 Prozent zu 94,3 Prozent) zu ihrer neuen Heimat beziehungsweise von 6,4 Prozentpunkten zu ihrer alten Heimat. Nimmt man an, dass ein Umziehen die Leistungserwartungen der Menschen nicht verändert, so ließen

sich die Zahlen wie folgt interpretieren. Der Ost-West-Unterschied von 9,3 Prozentpunkten kann zu etwa 2,9 Prozentpunkten auf die Patientenerwartungen zurückgeführt werden, da dieser Unterschied nach dem Umzug verbleibt. Die übrigen 6,4 Prozentpunkte können auf die verordnenden Ärztinnen und Ärzte zurückgeführt werden, da dieser Unterschied zur ursprünglichen Patientenherkunft nach dem Umzug entsteht. Anders ausgedrückt, läge nach dieser Interpretation der Ost-West-Unterschied bei der bedingt empfohlenen Versorgung zu etwa einem Drittel an den Patientenerwartungen (2,9/9,3) und zu zwei Dritteln an der Verschreibungspraxis der Ärztinnen und Ärzte (6,4/9,3). Geht man von einem Menschen aus, der von Westdeutschland nach Ostdeutschland gezogen ist, bestätigt sich dieses relative Verhältnis aus Patientenerwartung (2,8/9,3) und Verschreibungspraxis (6,6/9,3).

Hinsichtlich der definitiv empfohlenen Versorgung sind die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland mit 41,6 wesentlich höher. Legt man das vorangegangene Rechenmodell zugrunde, ist der Einfluss der Patientenerwartungen und der Einfluss der Verschreibungspraxis hier etwa gleich verteilt.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass tatsächlich die Patientenerwartung und die therapeutische Orientierung der verordnenden Ärztinnen und Ärzte Einfluss auf die verordnete physiotherapeutische Leistung bei Rückenschmerz haben. Die Zahlen erlauben sogar eine Einschätzung des Anteils der jeweils wirksamen Einflussnahme.

## Methodenteil: Standardisierung, Hochrechnung und Hinweise der Bundesagentur für Arbeit zu den Einkommensdaten

Für Standardisierung und Hochrechnung wird in diesem Report das Verfahren der direkten Standardisierung anhand von Alter, Geschlecht und Bundesland verwendet. Die Grundlage bilden jeweils die alters-, geschlechts- und bundeslandbezogenen Besetzungszahlen der KM-6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Die Standardisierung ist ein Verfahren, welches es ermöglicht, Daten unterschiedlicher Jahre oder Regionen vergleichen zu können, ohne aufgrund von Unterschieden oder Veränderungen in der Altersstruktur Verzerrungen zu beobachten. Bei dem Verfahren werden empirisch ermittelte Raten mit den Besetzungszahlen einer **fiktiven Standardbevölkerung** multipliziert. Beispielsweise nutzt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) die Europastandardbevölkerung, um Regionen vergleichbar zu machen (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2003, 740 ff.). Bei der Interpretation der Zahlen ist es wichtig zu bedenken, dass standardisierte Werte keine empirisch beobachtbaren Häufigkeiten anzeigen. Standardisierte Werte beschreiben hingegen fiktive Häufigkeiten, die sich ergeben würden, wenn die Bevölkerung wie eine Standardbevölkerung zusammengesetzt wäre.

Die Hochrechnung zielt darauf ab, aus einer Stichprobe die Werte der Grundgesamtheit zu extrapolieren. Dabei werden empirisch ermittelte Raten mit den Besetzungszahlen der **realen Bevölkerung** multipliziert. Eine Hochrechnung findet dann statt, wenn keine Vollerhebung möglich ist und dennoch Aussagen für die Gesamtbevölkerung getroffen werden sollen, zum Beispiel bei einem Zensus (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2020). Auch für die Hochrechnung ist zu beachten, dass es sich nicht um empirisch beobachtete Häufigkeiten in der Gesamtbevölkerung handelt. Es wird jedoch versucht, diese unverzerrt zu schätzen.

Ein einfaches fiktives Beispiel soll im Folgenden verdeutlichen, wie im Heilmittelreport die direkte Standardisierung erfolgt ist. Hierzu gehen wir davon aus, dass es die zwei Altersgruppen „Alt“ und „Jung“ und die zwei Regionen „Ost“ und „West“ gibt, und betrachten fiktive Patientenquoten:

	Ost			West		
	Patienten	GKV-Versicherte	Patientenquote je 1.000 Einwohner	Patienten	GKV-Versicherte	Patientenquote je 1.000 Einwohner
jung	25	250	100	50	500	100
alt	175	750	233	100	500	200
Summe	<b>200</b>	1.000	200	<b>150</b>	1.000	150

In beiden Regionen sollen 1.000 GKV-Versicherte wohnen, im Westen sind junge und alte Menschen gleich häufig, im Osten gibt es mehr ältere Menschen. Der Osten hat ein Drittel mehr Patienten mit Heilmittelbedarf (200/150). Um beide Regionen unabhängig der Altersstruktur zu vergleichen, wird nun die Altersstandardisierung angewandt. Hierbei werden die Patientenquoten mit der Standardbevölkerung multipliziert. Als Standardbevölkerung dient die Gesamtbevölkerung aus Ost und West.

	Ost			West		
	Patientenquote je 1.000 Einwohner	Standardbevölkerung	Patienten (fiktiv)	Patientenquote je 1.000 Einw.	Standardbevölkerung	Patienten (fiktiv)
jung	100	750	75	100	750	75
alt	233	1.250	292	200	1.250	250
Summe		2.000	<b>367</b>		2.000	<b>325</b>

In der Tabelle kann die fiktive Anzahl an Patienten unter der Standardbevölkerung abgelesen werden. Es wird ersichtlich, dass Ost ungeachtet der Altersstrukturen 13 Prozent mehr Heilmittel nutzt (367/325). Die übrigen 20 Prozent des Unterschieds zwischen Ost und West waren daher altersbedingt.

Auf ein Beispiel für die Hochrechnung wird an dieser Stelle verzichtet, da bei der Hochrechnung anstelle der Standardbevölkerung die tatsächlichen Besetzungszahlen in Ost und West einzusetzen sind.

Ausführliche Erläuterungen zu den Daten der Entgeltstatistik bietet die Bundesagentur für Arbeit (BA, 2022b).

## Literaturverzeichnis

BA – Bundesagentur für Arbeit (2020). Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020 (KldB 2010). Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/KldB2010-Fassung2020-Nav.html;jsessionid=99DD4AA4A4413A10F22EFB3F3FDDB150> [30.11.2022]

BA – Bundesagentur für Arbeit (2022a). Sonderauswertung des Entgeltatlas. Mediane der Bruttomonatsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten der Kerngruppe mit Angaben zum Entgelt nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) und ausgewählten ausgeübten Tätigkeiten (KldB 2010). Erstellt im Auftrag des bifg am 15. Juli 2022.

BA – Bundesagentur für Arbeit (2022b). Sozialversicherungspflichtige Bruttomonatsentgelte. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodische-Hinweise/BST-MethHinweise/Entgelt-meth-Hinweise.html> [30.11.2022]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Pressemitteilung. Verfügbar unter: <https://www.werner-sellmer.de/files/16.02.2017-Pressinformation--HHVG.pdf> [08.12.2022]

Drucksache (19/21308). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Jens Beeck, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP (Bundesregierung, Hrsg.). Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/213/1921308.pdf> [02.12.2022]

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2022a). Heilmittel-Richtlinie. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> [30.11.2022]

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2022b). Stellungnahmeberechtigte zur Heilmittel-Richtlinie. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2527/SN-Berechtigte\\_HeilM-RL\\_2022-03-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2527/SN-Berechtigte_HeilM-RL_2022-03-18.pdf) [30.11.2022]

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2022c). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL). Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2972/DMP-A-RL\\_2022-06-16\\_iK-2022-10-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2972/DMP-A-RL_2022-06-16_iK-2022-10-01.pdf) [30.11.2022]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2022a). HIS-Bericht. GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 7 SGB V. Januar bis März 2022. Verfügbar unter: [https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his\\_statistiken/2022\\_01/HIS-Bericht-Bund\\_202201.pdf](https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2022_01/HIS-Bericht-Bund_202201.pdf) [30.11.2022]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2022b). Heilmittelpreise. Preise zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V. Verfügbar unter: [https://www.gkv-heilmittel.de/fuer\\_heilmittelerbringer/heilmittelpreise/heilmittelpreise.jsp](https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/heilmittelpreise/heilmittelpreise.jsp) [02.12.2022]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2022c). Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V. Verfügbar unter: [https://www.gkv-heilmittel.de/fuer\\_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp](https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp) [30.11.22]

IfG – Institut für Gesundheitsökonomik (2020a). WAT-Bericht Physiotherapie. Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen. Verfügbar unter: [https://www.vpt.de/fileadmin/200805\\_WAT\\_Bericht\\_Physiotherapie.pdf](https://www.vpt.de/fileadmin/200805_WAT_Bericht_Physiotherapie.pdf) [30.11.2022]

IfG – Institut für Gesundheitsökonomik (2020b). WAT-Bericht Ergotherapie. Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen. Verfügbar unter: <https://dve.info/service/wat-gutachten/file> [30.11.2022]

IfG – Institut für Gesundheitsökonomik (2020c). WAT-Bericht Logopädie/Sprachtherapie. Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen. Verfügbar unter: [https://www.logo-deutschland.de/wp-content/uploads/200805-WAT-Bericht\\_Logop%C3%A4dieSprachtherapie.pdf](https://www.logo-deutschland.de/wp-content/uploads/200805-WAT-Bericht_Logop%C3%A4dieSprachtherapie.pdf) [30.11.2022]

IfG – Institut für Gesundheitsökonomik (2020d). WAT-Bericht Podologie. Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen. Verfügbar unter: <https://www.bv-fuer-podologie.de/presse.html> [30.11.2022]

KNGF – Königliche Niederländische Gesellschaft für Physiotherapie (2021). Clinical Practice Guidelines. Verfügbar unter: <https://www.kngf.nl/kennisplatform/guidelines> [01.12.2022]

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (Dritte, neu bearbeitete Fassung). Düsseldorf.

NVL – Nationale VersorgungsLeitlinie (2017). Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Verfügbar unter: <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz> [30.11.2022]

Rommel, A., Hintzpeter, B. & Urbanski, D. (2018). Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3 (4).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020). Hochrechnung der Informationen aus der Haushaltebefragung. Verfügbar unter: <https://www.zensus2011.de/SharedDocs/Aktuelles/Hochrechnung.html> [14.10.2021]

vdek – Verband der Ersatzkassen (2018–2021). LEO-Daten. Vertragsdaten der LEO-Datenbank.

WIdO – Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2020). Heilmittelbericht 2020. <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/heilmittelbericht/2020/> [08.12.2022]

## Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DMP	Disease-Management-Programm
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
HIS-Bericht	GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland
IK	Institutionskennzeichen
KG	Krankengymnastik
KM 6	Statistik zur Versichertenzahl der GKV
KJ 1	Statistik über die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV
KNGF	Königlich Niederländische Gesellschaft für Physiotherapie
MET	Muskel-Energie-Technik
MT	manuelle Therapie

SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SSSST	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen
WAT	Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen
ZNS	Zentrales Nervensystem

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Heilmittel, Ausgaben und Versicherte 2018 bis 2021 .....	4
Tabelle 2:	Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte in Euro von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2021 für Angestellte in Vollzeit außerhalb stationärer Einrichtungen .....	23
Tabelle 3:	Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte in Euro von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2021 für Angestellte in Vollzeit in stationären Einrichtungen ...	24
Tabelle 4:	Monatseinkommen der ambulant tätigen angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Vollzeit von 2017 bis 2021 auf Landesebene .....	28
Tabelle 5:	Monatseinkommen der ambulant tätigen angestellten Ergotherapeutinnen und -therapeuten in Vollzeit von 2017 bis 2021 auf Landesebene .....	29
Tabelle 6:	Vorrangige physiotherapeutische Leistungen im Indikationsbereich Wirbelsäule gemäß Heilmittel-Richtlinie des G-BA .....	32
Tabelle 7:	Anteil empfohlener und bedingt empfohlener Physiotherapie bei Rückenschmerzpatientinnen und -patienten nach Wohnsitzwechsel zwischen neuen und alten Ländern .....	39

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausgabenanteile nach Heilmittelbereich in Prozent .....	5
Abbildung 2:	Mengenentwicklung (Verordnungen GKV) absolut 2018 bis 2021 in Quartalen mit Trendlinie, gegliedert nach Leistungsarten .....	6
Abbildung 3:	Anteil der Versicherten mit Verordnung von Heilmitteln nach Alter und Geschlecht (links) und nach Leistungsbereichen (rechts) im Jahr 2021 .....	7
Abbildung 4:	Ausgaben über alle Heilmittel je Versicherten der Jahre 2018 und 2021 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung .....	8
Abbildung 5:	Ausgaben über alle Heilmittel je Versicherten der Jahre 2018 und 2021 nach Bundesländern mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung .....	9
Abbildung 6:	Verordnungen je Versicherten der Jahre 2018 und 2021 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung .....	10
Abbildung 7:	Anteil an Verordnungen mit Hygienepauschale und monatliche Ausgaben 2020 und 2021 .....	11

Abbildung 8:	Anzahl Heilmittelbetriebe nach Berufsgruppen und Qualifikationen (Physiotherapie) über die Jahre 2018 bis 2021 und prozentuale Entwicklung von 2018 zu 2021 .....	12
Abbildung 9:	Relation der Anzahl an GKV-Versicherten zur Anzahl der Physiotherapiebetriebe auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2021 – Versicherte je Heilmittelbetrieb .....	14
Abbildung 10:	Relation von Physiotherapiebetrieben zu Verordnungszahlen der GKV auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2021 – Verordnungen je Heilmittelbetrieb .....	15
Abbildung 11:	Preisentwicklung der wichtigsten physiotherapeutischen Leistungen und Umsatzentwicklung Physiotherapie .....	18
Abbildung 12:	Preisentwicklung der wichtigsten ergotherapeutischen Leistungen und Umsatzentwicklung Ergotherapie .....	19
Abbildung 13:	Preis- und Umsatzentwicklung der wichtigsten Leistungen in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) .....	20
Abbildung 14:	Anzahl und Entwicklung der Verordnungen in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2021 .....	21
Abbildung 15:	Umsatz je Verordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2021 .....	22
Abbildung 16:	Einkommensentwicklung vs. Umsatzentwicklung je Verordnung 2018 bis 2021 .....	25
Abbildung 17:	Anzahl an Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz sowie Frauenanteil nach Altersgruppen .....	36
Abbildung 18:	Quote leitliniengerechter physiotherapeutischer Verordnung für Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz nach Altersgruppen .....	37
Abbildung 19:	Anteil empfohlener, bedingt empfohlener und nicht empfohlener physiotherapeutischer Behandlungen bei Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz regionalisiert nach Bundesländern .....	38

## Impressum

### Herausgeber

BARMER Institut für  
Gesundheitssystemforschung (bifg)  
10837 Berlin

### Autoren

Nikolaus Schmitt  
Danny Wende

### Fachliche Beratung

Katharina Bopp  
Dr. Dagmar Hertle  
Prof. Dr. Andrea Pfungsten

### Redaktionelle Bearbeitung

Christina Wittkop

### Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

### Veröffentlichungstermin

Januar 2023

### DOI

10.30433/heilmittel.2022.01

### Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0